

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

Option : Psychologie Clinique

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

Thème

**L'estime de soi chez les personnes stomisées et leur
accompagnement référant.**

Réalisé par :

- **ACHAT Thanina**
- **AYOUAZ Kenza**

Encadré par :

.Mme. D MESSAOUR

**Année universitaire
2015-2016**

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance et nos remerciements à notre promotrice M^{me} Messaour Dalila pour ses orientations, ses précieux conseils, ses remarques pertinentes et sa coopération à réaliser ce modeste travail.

Nous remercions les membres de jury pour toute l'attention qu'ils portent à ce travail et d'avoir accepté de l'évaluer.

Nous tenons à remercier tout le personnel de l'hôpital de Sidi-aich.

Nous tenons à remercier tous les enseignants qui nous ont suivi durant nos années d'études, et tous ceux qui contribuent à l'expansion du savoir.

Enfin, nos vifs remerciements à tous ceux qui ont contribué de prêt ou de loin à l'élaboration de ce présent travail.

Merci.

Je dédie ce modeste travail à :

Ma mère :

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'affection et l'amour que j'éprouve envers toi. Puisse ce travail être la récompense de tes soutiens moraux et sacrifices que dieu te garde et t'accorde santé et bonheur pour que tu restes la splendeur de ma vie.

Mon père :

Puisse ce modeste travail constituer une légère compensation pour tous les nobles sacrifices que tu t'es imposé pour assurer mon bien être et mon éducation. Qu'il soit l'expression de ma profonde gratitude et ma grande considération pour le plus dévoué des pères que tu es. Puisse dieu te prêter longue vie, santé et bonheur.

Mes deux adorables sœurs :

Manen et Liza qui m'ont toujours soutenu.

Toute ma famille du côté paternel et maternel :

Grands-pères, grands-mères, mes oncles et leurs épouses, mes tantes et leurs époux, mes cousins et cousines

A mes amis :

*Kadjira, Sissouh, Taous, Kinouche, Mina, Kassiba, Asma, Fadia, Roza,
Kalim, Nassima, Mina, Koula, Cissa, Tinhinan, Karim, Kamou, Koucila,
Djef., Katou, Igman, Brahim, Nabil, Saïda, Fifi, Malika, Zahra,
Zarkou, Lana, Lolo*

A

Ma très chère binôme Kenza

Que Dieu vous garde.

Ihanina

Dédicaces

Je dédie ce mémoire à :

- *Mes chers parents, que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments, pour leur patience illimitée, leur encouragement contenu, leur aide, en témoignage de mon profond amour et respect pour leur grands sacrifices, en souhaitant la guérison à mon père.*
- *Mes soeurs : Rbiha, pour leur grand amour et soutien qu'elle trouve ici l'expression de ma haute gratitude, Mina ma sœur, Mezhoura et Ourdia .*
- *Mes chers frères, surtout Mouhand zine que je respecte beaucoup.*
- *À ma chère copine qui est, avant qu'elle soit mon binôme, une sœur à moi : Ihanina.*
- *À ma promotrice qui nous a beaucoup aidé tout au long du cheminement du mémoire.*
- *À une personne qui a occupé une grande place dans ma vie : Bilal.*
- *À mes deux cousines: Hassiba et Nassima, et leur chère mère*
- *À mes amis qui forment ma deuxième famille : Asma, Karim, Katou, Djef, Mina , Nassim, Sissa, Kinouche, Igman, Lana, Manen, Sihem, Zarkou, Brahim, Nabil, Saïda, Fifi, Malika, Zahra.*

Le sommaire

Introduction général.....	1
----------------------------------	----------

La partie théorique

Chapitre I: La stomie.

Préambule.....	3
----------------	---

I-Le côté médicale de la stomie.....	3
---	----------

1-Historique.....	3
-------------------	---

2-Définition de la stomie.....	4
--------------------------------	---

3-Les différents types de la stomie.....	4
--	---

4-Les causes de la stomie.....	5
--------------------------------	---

5-Les indications de la stomie.....	6
-------------------------------------	---

6-Le choix de l'appareillage.....	7
-----------------------------------	---

7-Les complications des stomies	11
---------------------------------------	----

8-La stomathérapie.....	12
-------------------------	----

II-Le coté psychologique de la stomie.....	14
---	-----------

Préambule.....	14
----------------	----

1-La qualité de vie chez les personnes stomisées.....	14
---	----

1-1-Adaptation et acceptation de la maladie.....	15
--	----

1-2-Image du corps.....	18
-------------------------	----

1-3-La vie sexuelle.....	20
--------------------------	----

2-Les réactions psychologiques.....	22
-------------------------------------	----

3-Les difficultés psychologiques.....	23
---------------------------------------	----

4-La prise en charge psychologique.....	25
---	----

Synthèse.....	28
---------------	----

Chapitre II: Estime de soi.

Préambule.....	29
1-Origin historique du concept estime de soi.....	29
2-La définition de l'estime de soi.....	30
3-Les composantes d'estime de soi.....	31
4-Les types d'estime de soi.....	33
5-Les théories de l'estime de soi.....	34
6-Les causes d'une faible estime de soi.....	37
7-Les symptômes d'une faible estime de soi.....	38
8-L'importance de l'estime de soi pour les TCC.....	39
Synthèse.....	42

Chapitre III: L'accompagnement.

Préambule.....	43
1-L'entourage.....	43
2-La relation entre le malade et l'accompagnant.....	44
3-Le rôle de l'accompagnant.....	45
4-la place des émotions dans l'accompagnement des patients stomisés.....	46
5-conseils et améliorations.....	48
6-La prise en charge.....	49
Synthèse.....	50

Chapitre IV : Problématique et hypothèses.

1-La problématique et les hypoyhéses.....	51
2-Définition et opérationnalisation des concepts.....	59

La partie méthodologique

Chapitre V : démarche de la recherche et groupe d'étude

Préambule.....	62
I .Démarche de la recherche et groupe d'étude	62
1-La pré-enquête.....	62
2-La méthode clinique.....	65
3-Presentation du lieu de la recherche.....	67
4-Présentation du groupe d'étude.....	67
Synthèse.....	70

Chapitre VI : lestechniques utilisées et leurs analyses

Préambule.....	71
I-Les techniques utilisées.....	71
1-L'entretien clinique de recherche.....	71
2-L'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi.....	74
II-L' analyse des techniques utilisées.....	75
1-Analyse de contenu de l'entretien clinique.....	75
2-Analyse et cotation de l'échelle d'estime de soi.....	75
3-Les modalités d'utilisations des techniques de recherches.....	78
Synthèse.....	79

Partie pratique

Chapitre VII : Présentation et analyse des résultats.....	80
Chapitre VIII : Discussion des hypothèses.....	103
Conclusion général.....	106
Liste Bibliographique.....	108
Annexe	

Introduction

Partie

Théorique

Chapitre I

La stomie

Chapitre II

Estime de soi

Chapitre III

L'accompagnement

Chapitre IV

Problématique et Hypothèses

Partie

Méthodologique

Chapitre V

Démarche de la recherche et groupe d'étude

Chapitre VI

les techniques

utilisées et

leurs analyse

Partie

Pratique

Chapitre VII

Présentation

et analyse des

résultats

Chapitre **VIII**

Discussion des

Hypothèses

Conclusion

général

Liste des tableaux :

Tableau	Titre	Page
Tableau 1.1	le choix de l'appareillage de la stomie	10
Tableau 5.1	le résultat total et sous échelles de « Cooper Smith »	65
Tableau 5.2	tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude selon le sexe	68
Tableau 5.3	tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude selon l'âge	68
Tableau 5.4	tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude selon le niveau d'instruction	69
Tableau 5.5	tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude selon la situation matrimoniale	69
Tableau 5.6	tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude selon le type de stomie	69
Tableau 6.1	Grille de correction	76-77
Tableau 6.2	les niveaux d'estime de soi.	77
Tableau 6.3	Valeurs caractéristiques des échelles	78
Tableau 7.1	Résultat total sous l'échelle de "COOPER SMITH" premier cas.	82
Tableau 7.2	résultat total sous l'échelle de "COOPER SMITH" deuxième cas.	86
Tableau 7.3	résultat total sous l'échelle de "COOPER SMITH" troisième cas	90
Tableau 7.4	Résultat total sous l'échelle de "COOPER SMITH" quatrième cas.	93
Tableau 7.5	résultat total sous l'échelle de "COOPER SMITH" cinquième cas.	97
Tableau 7.6	résultat total sous l'échelle de "S.COOPER SMITH" sixième cas.	99
Tableau 7.7	Tableau récapitulatif des résultats de test de Cooper Smith.	101
Tableau 7.8	Tableau récapitulatif des résultats de la contribution de l'accompagnant pour le patient sur le plan matériel et physique.	101
Tableau 7.9	Tableau récapitulatif des résultats de la contribution de l'accompagnant pour le patient sur le plan affectif.	102

Introduction général

Introduction général :

Les personnes ont toujours besoin, d'être reconnues et appréciées, se respecter soi-même et respecter les autres, avoir une activité valorisante -dans le travail, les loisirs, à l'école, à la maison.-, avoir des convictions, d'exprimer ses idées, se sentir utile, etc. Ces besoins sont le fondement pour pouvoir peu à peu se réaliser dans des projets, avoir confiance dans ses capacités, savoir apprendre de ses erreurs, croire en soi. Besoin d'accomplissement de soi, de réalisation de ses potentialités : trouver un sens à la vie et à sa vie, avoir des valeurs, créer, se projeter dans l'avenir, etc. Besoins vers lesquels elles tendront leurs vies durant.

Mais au cours de la vie de l'être humain il fait la rencontre de plusieurs obstacles et difficultés qui pourraient nuire à sa santé physique et psychique. Ainsi les personnes qui subissent une chirurgie abdominale avec la création d'une stomie, qu'elle soit temporaire ou permanente, ont besoin d'un soutien physique et psychologique continu afin de les aider à s'adapter à ce changement important dans leur vie. La personne qui doit subir une stomie ressent de la détresse et de l'anxiété à l'annonce du diagnostic et de l'opération. Les stratégies d'adaptation diffèrent ensuite selon que la stomie est temporaire ou permanente. L'évitement est fréquent chez les personnes dont la stomie est temporaire. Celles dont l'intervention est permanente affronteront leur situation pour, idéalement, devenir autonomes dans la prise en charge de leurs soins.

Toutes les expériences malheureuses vécues par les individus stomisés durant leur vie développent une faible estime de soi. Des expériences positives peuvent favoriser le regard porté sur soi-même, contrairement aux expériences négatives, qui défavorisent le regard porté sur soi-même. Quand l'estime de soi du sujet stomisé est endommagée, il ne peut pas s'accepter, et n'arrive pas à s'aimer tel qu'il est. Il tendra aussi à porter un jugement très sévère sur lui-même, ce qui rabaissera d'autant plus son estime de soi, d'où résultera le cercle vicieux dans lequel se trouvent beaucoup de personnes qui souffrent de ce sentiment.

Cependant, la modification perçue de l'image corporelle serait un important facteur prédictif d'acceptation de la stomie. Ainsi, le patient percevant peu de modification de son image corporelle suite à l'intervention s'y adapterait plus facilement par rapport aux autres. L'étude de Krousse et al13(2007) met d'ailleurs en évidence le fait que la moitié des patients interrogés

Introduction général

rappellent avoir été dépressifs après la création de leur stomie. Les patients ont le sentiment de ne pas/plus être comme les autres et de fait, perdent confiance en eux et n'ont plus d'estime d'eux-mêmes.

Après plusieurs lectures faites à ce propos, nous nous sommes intéressés à l'étude de «l'estime de soi chez les personnes stomisées et leur accompagnement référent» et notre objectif est de comprendre les besoins des patients et la façon dont ils sont exprimés, à différents moments du vécu de la maladie et du traitement. Pour cela nous avons adopté un travail qui comporte les éléments suivants :

-La partie théorique qui comprend trois chapitres, la stomie, l'estime de soi et l'accompagnement.

-Un cadre générale de la problématique et hypothèses.

-La partie méthodologique, elle est subdivisée en deux chapitres qui sont : la démarche de la recherche et groupe d'étude ; les techniques utilisées et leurs analyses.

La partie pratique, est aussi subdivisée en deux chapitres qui sont : présentation et analyse des résultats ; discussion des hypothèses.

Enfin, nous terminons avec une conclusion générale dans laquelle on a posé d'autres questions de perspectives concernant cette catégorie de malades dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

Chapitre I :La stomie

Préambule :

Suite à certaines maladies ou traumatismes, l'intestin, la vessie ou les voies urinaires ne peuvent plus assurer leur fonction. Dans ce cas, certaines interventions chirurgicales peuvent extirper une partie de l'intestin ou la vessie et créer une petite ouverture au niveau du ventre pour permettre l'évacuation des selles ou des urines. Cette ouverture s'appelle une stomie. Cette dernière peut provoquer chez la personne des perturbations physiques et psychiques qu'on va citer dans ce chapitre. On soulèvera donc le côté médicale de la stomie et son côté psychologique.

I.Le côté médicale :

1.Historique :

C'est la patiente anglaise Margareth WHITE qui fût considérée comme la première patiente stomisée de l'histoire. Il a été décrit qu'elle a été la première à avoir eu une terminaison artificielle sur le ventre.

William CHESELDEN fût le chirurgien qui l'opéra vers 1780. Margareth WHITE était âgée à l'époque de son opération de 73 ans. Malgré les techniques déficientes et les mauvaises conditions hygiéniques, elle survécut. Plus forte après l'opération, elle vécut encore de nombreuses années grâce à sa stomie.

Vous pouvez imaginer à l'époque, combien cela a pu être difficile, car il n'existait pas d'appareillage. Il est fort possible que c'est Madame WHITE elle-même qui aura dû se débrouiller à l'aide de chiffons...

Peut-être lui avait-t-on confectionné un réservoir de recueil métallique à poser sur le ventre. Il s'écoulera encore presque 200 ans avant que les patients porteurs d'une stomie puissent avoir une vie normale. Avec ces outils d'un autre temps, difficile de mener une vie normale. Dans un premier temps en toile, puis en cuir, des sacs étaient confectionnés pour recueillir les selles. (N., Verbaist, 2007, p.1)

2. Définition de la stomie :

Le mot stomie vient du mot grec Stoma qui signifie « bouche ». C'est une ouverture dans l'abdomen pratiquée par chirurgie pour aboucher un organe creux à la peau. On parle également de dérivation intestinale ou urinaire selon l'organe concerné. **(J.P. Wainsten, 1995, p.977)**

En terme général signifiant la procédure permettant de créer une ouverture dans le corps humain. Cette ouverture permet l'écoulement de selles ou d'urine hors du corps via l'abdomen. La stomie devrait être rouge, comme l'intérieur de la bouche, et devrait avoir un certain niveau d'humidité. La stomie est composée de plusieurs vaisseaux sanguins. De plus, elle n'est pas douloureuse car elle ne contient aucune terminaison nerveuse.

Au niveau digestif, la stomie est dite « définitive » lorsque le canal anal et l'anus ont été amputés, le plus souvent à cause d'un cancer. On parle de stomie « provisoire » lorsqu'une stomie, qui protège par exemple une suture digestive en aval, pourra être refermée au bout de quelques mois. Les stomies concernant le système urinaire sont presque toujours définitives, faisant généralement suite à un cancer. **(Dr Erpicum, 2014, p.1)**

3. Les différents types de stomie :

Il existe deux types de stomies : digestives et urinaires.

A. Les stomies digestives :

Les stomies digestives ou entérostomies sont des abouchements d'un segment de l'intestin à la peau, réalisés lors d'une intervention chirurgicale. Autrefois appelé de façon impropre "anus artificiel", la stomie va permettre l'élimination du contenu intestinal dans une poche de recueil.

-La colostomie: est l'abouchement définitif ou temporaire du gros intestin, également appelé colon, à la paroi de l'abdomen qui permet l'évacuation des selles. La colostomie située sur le colon gauche aura des selles quasi normales (moulées, épaisses..).

La colostomie sur le colon transverse et sur le colon droit donnera des selles plutôt pâteuses.

-L'iléostomie: est l'abouchement définitif ou temporaire de la partie terminale de l'intestin grêle (ou iléon) à la paroi abdominale qui permet l'évacuation des selles. Elle peut être provisoire après une colectomie totale (ablation du colon) avec conservation du rectum, une anastomose iléo-

rectale étant réalisée secondairement. (Définition de l'anastomose : En chirurgie, abouchements de deux conduits, ici l'iléon et le rectum).

-Gastrostomie : est l'abouchement chirurgical de l'estomac à la peau, ce qui permet l'introduction d'une sonde entrant par le ventre et allant directement dans l'estomac pour effectuer une alimentation entérale.

-Jéjunostomie : est l'abouchement chirurgical du jéjunum (une partie de l'intestin grêle, se situe entre le duodénum et l'iléon) à la peau, ce qui permet l'introduction d'une sonde entrant par le ventre et allant directement dans l'intestin, au niveau du jéjunum pour effectuer une alimentation entérale. (C., Soravia, S., Beyeler, L., Lataillade, 2005, p.3)

B. Stomie urinaire :

L'urostomie ou stomie urinaire est l'abouchement des voies urinaires à la peau soit par l'intermédiaire d'une sonde (urétérostomie) soit d'un segment d'intestin grêle dans lequel sont abouchées les uretères (Bricker) ou Urétérostomie cutanée Trans iléale (UCTI). Elle peut être temporaire ou définitive. Lorsque la vessie n'est plus fonctionnelle, il est nécessaire de dériver les uretères pour assurer l'évacuation des urines. Il existe deux principales catégories de dérivation des uretères :

-Dérivation urinaire directe

-Dérivation urinaire indirecte "type bricker" (B.Braun,1999,p5)

4. Les causes de la stomie :

Les maladies conduisant à la création d'une stomie sont relativement nombreuses :

Cancer du côlon, de la vessie ou du rectum, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin comme la maladie de Crohn ou la polypose adénomateuse familiale, des anomalies congénitales comme le spina bifida, des obstructions de l'urètre ou encore des traumatismes touchant les intestins ou l'appareil urinaire (accidents de la route, blessures par poignard ou par arme à feu...).

A. Les causes des stomies digestives :

-Les malformations intestinales : la plupart des stomies digestives relèvent de diverses maladies intestinales, comme elles peuvent aussi être la conséquence de malformations congénitales, il s'agit habituellement de nouveau-nés ou nourrissons, parfois d'enfants un peu plus grands.

-**Les tumeurs colorectales (polypes et cancer) :** Les tumeurs bénignes de grande taille de la paroi du côlon ou du rectum sont en revanche rares. Les tumeurs bénignes du côlon et du rectum sont appelées polypes. Il s'agit d'excroissances qui se développent à la surface de la paroi interne du côlon et du rectum, au niveau de la muqueuse.

-**Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (ou MICI) :** regroupent la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique. Toutes deux se caractérisent par une inflammation de la paroi d'une partie du tube digestif. Dans la maladie de Crohn, cette inflammation peut être localisée à tous les niveaux du système digestif, de la bouche à l'anus, même si c'est au niveau de l'intestin qu'on la retrouve le plus souvent. Dans la rectocolite hémorragique, elle est localisée au niveau du rectum et du côlon. (D St-Cyr, D Gilebert 2011, p.24)

B. Les causes des stomies urinaires :

Certaines atteintes (tumeurs, accidents, atteintes nerveuses, malformation congénitale, etc.) peuvent entraîner des risques sérieux pour le patient ou encore être la cause d'un défaut de fonctionnement de la vessie en condition normal (par exemple vessie neurologique).

-Cancers (Vessie, prostate, voies excrétrices.....)

-Tumeurs du voisinage (Cancer du côlon, drectum, Tumeur gynécologiques....)

-Vessie ayant subi des traitements aux rayons (Vessie radique)

-Fistules urogénitale ou urodigestive

-Vessie neurologiques (Paraplégie et Tétraplégie, Sclérose en plaque, Spina bifida....)

-Traumatismes (En cas de traumatisme du bassin par exemple)

-Amputation de verge (Gangrène de Fournier, Cancer de verge...)

Cette opération chirurgicale, relativement importante, a pour conséquence immédiate l'obligation d'assurer l'écoulement des urines par une issue artificielle. (H., Bamel, 2003, p.12)

5.Indications de la stomie :

Ce qui détermine l'indication de stomie, c'est la topographie. Toute l'évolution de la médecine ces dernières années a eu pour objectif de sauver le schéma corporel. C'est un peu comme le deuil de son anatomie, puisque c'est le changement de la morphologie qui est le plus difficile à accepter. Donc d'abord on refuse, ensuite on accepte et on se bat. C'est exactement comme pour un deuil. Et pour éviter ce qui reste un traumatisme, puisque personne ne naît en se disant qu'un jour elle

aura une stomie, cela reste un traumatisme pour les patients et c'est la raison pour laquelle on les accompagne maintenant beaucoup plus qu'on ne le faisait il y a une quarantaine d'années.

On essaye de sauver le circuit digestif mais dans certains cas la tumeur est tellement basse, et elle touche une zone fonctionnellement irremplaçable (le canal anal) qui sert surtout de continence et de contrôle des selles, et lorsque ce contrôle ne peut plus se faire, il vaut mieux dériver le passage des selles dans une poche extérieure même si cela se fait au prix d'un schéma corporel, que d'imaginer en permanence les selles aller s'écouler au niveau du périnée. Ce qui n'est pas envisageable. (R., Alvarez, 2013, p.4)

6. Le choix de l'appareillage :

Parce que toutes les stomies ne se ressemblent pas, chaque patient doit choisir, avec l'aide du personnel soignant, l'appareillage qui lui convient le mieux. Mais même si le choix est le plus adapté, la technique de soins lors du changement de l'appareillage est essentielle pour conserver sa stomie et la peau qui l'entoure en bon état.

L'appareillage est l'ensemble des matériels de recueil nécessaires à la bonne gestion d'une stomie. Son objectif est de recueillir les effluents et protéger la peau, sa sélection dépend : du type de stomie sa localisation et ses caractéristiques, et de la morphologie l'autonomie et la préférence du patient. Il se compose d'une poche de recueil et d'un système qui permet de fixer la poche sur l'abdomen. (N Dujardin, 2013, p.4)

La grande variété des matériels disponibles peut semer la confusion au départ. Mais après quelques essais et avec l'aide de professionnels spécialisés (infirmière stomathérapeute), la plupart des gens parviennent à trouver un système qui s'ajuste bien et qui répond à leur mode de vie. IL existe deux types d'appareillages:

- **Les appareillages en une seule pièce** : la poche de recueil et le système de protection ne font qu'un. L'ensemble est décollé à chaque changement de poche (une à deux fois par jour) et jeté après utilisation.
- **Les appareillages en deux pièces** : ils sont constitués d'une poche d'une part, et d'autre part d'un support protecteur, sur lequel la poche se colle ou s'emboîte. La poche se change une à deux fois par jour. Le support peut rester en place deux à quatre jours en fonction de la nature des selles.

Remarque : Les systèmes en deux parties agressent moins la peau qui entoure la stomie puisqu'ils sont retirés moins souvent que les systèmes en une pièce. En revanche, les systèmes en une pièce sont un peu plus souples.

➤ **Les différents types de poches :**

Il existe des poches transparentes ou opaques. Certaines sont fermées et d'autres sont « vidangeables ». Ces dernières sont munies d'une fermeture par bande auto-agrippante (velcro) située dans le bas de la poche et peuvent être vidées et nettoyées au lieu d'être changées à chaque fois. Le choix du type de poche dépend de la localisation de la stomie et de la consistance des selles :

-Pour les selles solides (colostomie du côté gauche), les poches fermées sont généralement préconisées. Elles sont dotées d'un filtre désodorisant qui élimine les odeurs des gaz et des selles.

-Pour les selles liquides ou semi-liquides (colostomie du côté droit), les poches vidangeables sont plus efficaces car elles peuvent être vidées régulièrement et permettent d'espacer les changements de poche.

-Les tampons obturateurs, ressemblent aux tampons hygiéniques utilisés pendant les règles. Il s'agit d'un dispositif absorbant qui, une fois la poche enlevée, peut être inséré dans la stomie afin d'éviter des fuites. Ce type de tampon peut être utilisé après une irrigation colique. Cela permet de gagner en confort. Il est possible aussi d'en utiliser pour certaines activités, avant de se baigner par exemple, pour faire du sport ou avant une relation sexuelle. Dans ce cas, il faut choisir des moments où le transit intestinal est faible car le tampon n'absorbera pas de grandes quantités de selles. Avec l'expérience, le porteur de la stomie sait gérer les moments où sa poche se remplit et ceux où il est plus « tranquille ». En adaptant son alimentation, en consommant par exemple des aliments qui ralentissent un peu le transit, on peut maîtriser peu à peu le fonctionnement de la colostomie. (S.,Guarnieri, 2015, p.8)

Remarque : Les tampons obturateurs ne peuvent pas être utilisés par les personnes qui ont une colostomie du côté droit car la production des selles est continue et elles sont plutôt liquides.

➤ **Savoir se servir des appareillages de stomie :**

Les soins de stomie sont avant tout des soins d'hygiène, et la maîtrise pour changer son appareillage est essentielle pour éviter les fuites et conserver sa stomie et la peau qui l'entoure en bon état.

Le matin, au calme et à jeun ou à distance des repas sont les meilleurs moments pour effectuer le changement car l'intestin a une charge minimale dans ces moment-là. L'appareillage à renouveler est retiré avec douceur puis, toujours avec douceur, la stomie et la peau qui l'entoure doivent être nettoyées avec de l'eau de robinet et un savon neutre, non agressif et non parfumé (type savon de Marseille), à l'aide d'un gant de toilette, d'une éponge ou tout autre matériel doux. Après lavage minutieux, rincer parfaitement puis bien sécher la peau autour de la stomie par tamponnement.

L'appareillage propre peut alors être appliqué avec soin en s'assurant que le diamètre de la poche (ou du support) est adapté à la taille de la stomie car cette dernière peut avoir des petites modifications avec le temps.

Ces soins sont aussi importants que le bon choix de l'appareillage et la combinaison des deux constitue la meilleure garantie d'une peau saine autour de la stomie, élément essentiel pour éviter l'irritation et les lésions cutanées qui constituent la plus fréquente des complications des stomies.

(J.,Cardenas,2013, p.6)

Tableau 1.1:le choix de l'appareillage de la stomie

Stomies	Écoulements	Type d'appareillage	Protecteur	Irrigation
Colostomie descendante Colostomie sigmoïde	Matières solides ou pâteuses	Poche fermée Mini-poche obturateur	Conseillé	Possible après avis médical
Colostomie transverse	Semi-liquides	Poche fermée ou vidable	Fortement conseillé	Non
Iléostomie	Liquides	Poche vidable	Fortement conseillé	Non
Iléostomie continente (Kock)	liquides	Réservoir à vider au moyen d'une sonde 4 à 5 fois par jour	Fortement conseillé	Consulter le médecin ou la stomathérapeute
Urostomie continente	Urine	idem	Idem	idem
Urostomie	Urine	Poche vidable munie d'un robinet de vidange	Fortement conseillé	idem

Source :réalisé par nous-même

Ce tableau ci-dessus résume le choix de l'appareillage de la stomie et les indications pour chaque type de poche, afin que le sujet stomisé puisse avoir l'idée de la poche qu'il doit utiliser selon sa stomie.

Remarque :Le choix de l'appareillage se fera en fonction du type de stomie, mais aussi de son emplacement et de la morphologie de la paroi abdominale.

Il est nécessaire de déterminer le diamètre de la stomie, ce qui peut être fait au moyen des anneaux de mesure contenu dans les boîtes de poche ou tout simplement avec un double décimètre. Si la stomie est parfaitement ronde, on pourra utiliser les poches prédécoupées au diamètre correspondant, mais si elle ne l'est pas il faudra choisir un diamètre plus petit ou égal afin de pouvoir redécouper celui-ci selon la forme de la stomie.

7. Les complications des stomies :

Les complications des stomies digestives peuvent nuire au bon fonctionnement de la stomie et à son appareillage apportant des problèmes supplémentaires au stomisé et rendant plus difficile sa réinsertion. Leur traitement est avant tout préventif par la réalisation très minutieuse de la stomie. La confection d'une stomie ne doit jamais être considérée comme un geste mineur, car l'apparition d'une complication va souvent nécessiter une réintervention dont certaines seront de réalisation délicate. Il faut distinguer les complications précoces des tardives. (E., Cotte, 2013, p.12-13-14)

A. Les complications précoces :

-La nécrose : elle est due à un défaut de vascularisation de la stomie soit par traction anormale sur le méso soit parce que le trajet pariétal est trop serré. Il faut donc être très attentif à cette traversée, c'est un temps difficile surtout chez les sujets obèses.

-La rétraction : ici, la stomie s'invagine sous l'effet d'une tension trop importante. Si la rétraction atteint le tissu cellulaire sous cutané ou le plan musculo-aponévrotique, il faut craindre des complications infectieuses pariétales et au pire, une péritonite en cas de rétraction complète dans l'abdomen. Lorsque la rétraction est minime, on évite la réintervention car se produit une cicatrisation secondaire mais alors on peut craindre une sténose tardive.

-L'éviscération : elle est due à une mauvaise fixation entéro-pariétale et à un orifice trop large ; elle peut s'accompagner de l'issue d'une anse grêle ou d'un paquet épiploïque à travers la plaie, au contact de la stomie, imposant une réintervention d'urgence.

B. Les complications tardives :

-Les éventrations : elles surviennent le plus souvent sur les colostomies iliaques gauches. L'éventration péristomiale est la complication tardive la plus fréquente et la plus difficile à traiter. L'appareillage est rendu difficile et elle peut être à l'origine de douleurs. Dans ce cas, la traversée pariétale a été trop large. Les résultats des reprises opératoires sont décevants surtout si l'on réintervient par abord local. Le meilleur traitement consiste à désinsérer la stomie, fermer la brèche pariétale et replacer la stomie ailleurs, mais c'est un geste lourd.

-**Le prolapsus** : surtout fréquent chez les colostomisés. Cette complication peut se rencontrer lorsque l'anse est trop libre, mal tendue ou mal fixée. La meilleure prévention est la confection d'un trajet sous péritonéal et leur traitement devient chirurgical lorsque le prolapsus commence à gêner l'appareillage pouvant entraîner des ulcérations de la muqueuse.

-**Les sténoses** : elles sont souvent les conséquences d'une minime rétraction de la stomie associée à une excision cutanée trop limitée. Leur traitement va consister à inciser la peau péristomiale et le tissu cellulaire sous cutané jusqu'au plan aponévrotique pour libérer l'anse, donner un peu d'étoffe pour en réséquer les deux derniers centimètres et fixer à nouveau l'extrémité par des points extra-muco-cutanés.

-**Les dermatites** : elles se voient surtout chez les iléostomisés où les effluents iléaux sont caustiques et peuvent attaquer la peau. Le traitement préventif est la confection d'une trompe iléale, qui permet aux selles d'aller directement dans la poche de recueil, et l'utilisation d'un appareillage qui va circonscrire intimement la stomie, évitant tout contact cutané. Chez les colostomisés, les dermatites sont d'origines irritatives ou allergiques et dans la plupart des cas, l'utilisation d'une pâte protectrice spécifique ainsi que la modification du type d'appareillage permet la guérison. Deux conditions doivent être réunies pour sécuriser le patient dès les premiers jours après l'intervention : la bonne localisation de la stomie qui va permettre un appareillage sans difficultés et l'utilisation d'un matériel performant et adapté c'est-à-dire qui soit parfaitement étanche aux matières, aux odeurs, facile à placer, non allergisant, non bruyant, peu onéreux, confortable. Il faut d'emblée souligner les énormes progrès réalisés par les fabricants. Un appareillage fiable et confortable peut être trouvé pour chaque stomisé. Une rapide évolution a permis de passer des systèmes antiques, inconfortables, dangereux et inadaptés aux diverses situations, à des systèmes fiables, insoupçonnables lorsque le patient est vêtu.

8.La stomathérapie :

La stomathérapie, c'est l'acquisition des connaissances techniques, des principes de relation d'aide et des soins éducatifs qui vont permettre au malade stomisé de retrouver son autonomie après l'intervention, afin de reprendre une vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle aussi normale que possible. Suzanne Montandon : 1ère infirmière stomathérapeute française.

1961 : 1ère école d'infirmière stomathérapeute à Cleveland

1976 : formation de 2 infirmières françaises à Cleveland

1978 : création de la 1ère école française

- **Rôle de l’Infirmière stomathérapeute :**

L’infirmière stomathérapeute est une infirmière spécialisée dans la prise en charge des personnes dotées d’une stomie. Elle les accompagne avant et après l’opération afin qu’ils puissent reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale normale.

Avant l’opération : quand une stomie est envisagée, l’infirmière stomathérapeute rencontre le patient et sa famille avant l’opération afin de leur expliquer en quoi elle consiste. L’emplacement de la future stomie est repéré en concertation avec le patient, en tenant compte de sa morphologie et de ses habitudes de vie. Après l’opération : l’infirmière stomathérapeute apprend au patient comment faire sa toilette et changer la poche afin qu’il soit indépendant le plus tôt possible. Elle l’aide aussi à choisir l’appareillage le mieux adapté à sa situation, en termes d’étanchéité, de confort, de discrétion, de facilité d’utilisation, etc. Après la sortie de l’hôpital : une infirmière stomathérapeute peut être consultée en cas de problème (lésion cutanée, appareillage à modifier...) ou pour faire le point sur la vie sociale, familiale, sexuelle...

Réalisation du soin : les soins se réalisent comme suit :

- Prévenir le patient et l’installer confortablement en décubitus dorsal.
- Mettre une protection sous le patient et effectuer un lavage simple des mains tout en mettant les gants non stériles.
- Enlever la poche souillée du haut vers le bas tout en maintenant la peau et quantifier les selles.
- Nettoyer la stomie avec le gant de toilette, de l’eau et du savon : une stomie se nettoie de la même façon que l’on nettoie un anus lors de la toilette.
- Rincer abondamment et sécher le pourtour de la stomie par tamponnement avec des compresses non stériles sèches, une fois terminé Jeter les gants.
- Mesurer le diamètre de la stomie à l’aide des dessins du socle et découper la partie adhésive du socle : ajouter 5 mm au diamètre mesuré et coller le socle en veillant à ne pas recouvrir une partie de la stomie puis fixer la poche sur le socle juste après un lavage simple des mains.
- Réinstaller le patient, Ranger, jeter et désinfecter tout le matériel utilisé.(G Langlois,

D Chaumier, 2008, p.2)

II. Le coté psychologique :

La santé organique n'est pas qu'une affaire médicale. On sait depuis quelques années déjà que divers facteurs psychologique jouent un rôle important à cet égard. Dans ce chapitre on va démontrer le coté psychologique de la stomie.

1. La qualité de vie chez les stomisés :

La personne nommée patient dans nos instances hospitalières est avant tout un être humain à part entière. Elle a son histoire de vie, ses normes, ses valeurs, ses vécus et ressentis. Elle possède ses propres représentations, a ses besoins, ses souhaits, mais aussi ses désirs, sans oublier ses doutes. La personne stomisée, de par sa maladie, est déstabilisée dans tout son être. Elle est comme : « cet arbre qui vient de subir une tempête et qui peu à peu va retrouver l'image qu'il offrait. Mais de par sa force, grâce à la sève qui coule encore en lui va enfin pouvoir amener autant de liens et donner autant de bouffées d'oxygène qu'il en est capable. Cette force qui grâce au calme revenu, à la lumière qui fait suite à l'ombre qui précédait cette mouvance, et ce grand changement, va pouvoir reprendre forme et vie »(C FEULIEN,et all,2010,p.5)

La personne stomisée est déstabilisée dans son contexte psychologique créé par la maladie. Elle ressent de nombreuses peurs qui créent des souffrances et de multiples questions l'interrogent : Quel va être son pronostic vital ? Cet organe qui est défaillant et de ce fait cette perte d'une partie de soi, cette mutilation, qui entraîne une altération de son image corporelle. Comment y faire face? Quel est son rôle, au sein de la famille? Et voici que la perte du schéma familial devient présente, époux ou épouses, père ou mère, amant ou maîtresse, pilier de la relation du schéma social, familial, etc. De plus, les traitements lourds (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) vont être présents, entraînant des douleurs physiques et morales. Et une interrogation revient sans cesse : quel sera mon devenir ? Chez l'homme comme chez la femme jeune adulte, la vie comporte un équilibre avec aussi la vie sexuelle. Et voici qu'une altération, voire une perte de sa fonction sexuelle, est présente et ressentie. Capitale pour l'équilibre et la réadaptation à la vie, trop souvent négligée il est important d'en comprendre les causes organiques liées à l'atteinte des nerfs périphériques. Mais il peut s'y imbriquer des causes psychogènes liées à l'altération de l'image corporelle, à l'anxiété et au stress, aux sentiments de dévalorisation, à la fatigue, à la

perte de la fonction de contrôle d'élimination, aux phénomènes de société valorisant le corps, le beau !

Définir la qualité de vie n'est pas chose aisée. A ce jour, il n'existe aucune définition consensuelle car la qualité de vie est multidimensionnelle : elle touche à toute une série de concepts liés au bien-être, à la santé perçue, au sentiment de satisfaction dans la vie, etc. Ainsi, l'OMS (1994) la définit comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.»

Si définir la qualité de vie est un exercice difficile, l'évaluer en est un autre. Il existe des questionnaires et des échelles de mesure mais la plupart d'entre elles ont été conçues pour quantifier la qualité de vie de personnes atteintes d'un cancer et n'ont pas été adaptées aux patients stomisés. Les auteurs dont les articles ont été analysés proposent pour la plupart différents angles d'approche définissant selon eux la qualité de vie des patients stomisés. Nous n'évoquerons ici que les dimensions communes à tous les auteurs. **(Marquis et al., 2003,p.83)**

1.1. Adaptation et acceptation de la maladie :

Comme évoqué plus haut, les nombreux changements engendrés par la pose d'une stomie demandent au patient d'accepter sa nouvelle apparence mais aussi de nouvelles contraintes. Il doit se « mettre en confiance » avec l'appareillage, affronter le regard des autres, s'auto-former pour gérer sa vie quotidienne.

A. L'acceptation physique:

-Diminution des capacités : Le patient perd le contrôle sur le fonctionnement de son corps. Cette perte de contrôle est source de problèmes tels que l'émission incontrôlée de selles et ou de gaz, à un mauvais moment. A cela s'ajoutent d'autres problèmes tels que fatigue, manque de force, troubles du sommeil, douleur, incontinence fécale, mal-être physique, problèmes cutanés autour de la stomie, difficultés liées au retour au travail ou rencontrées dans les loisirs et les voyages, etc. **(H Baumel ,1998,p.56)**

Rupture de l'apparence corporelle : la modification perçue de l'image corporelle serait un important facteur prédictif d'acceptation de la stomie. Ainsi, le patient percevant peu de modification de son image corporelle suite à l'intervention s'y adapterait plus rapidement.

La mise en place d'une stomie entraîne la présence d'un corps étranger que l'on ne peut supprimer, causant ainsi un changement de l'image du corps, visible immédiatement. Ce changement visuel peut fortement stresser les patients et expliquer des réactions de révolte ou de colère. Les patients peuvent percevoir la stomie comme une mutilation ou comme une nécessité pour vivre. Selon l'angle de vue, l'acceptation est plus ou moins difficile et le besoin de soutien et d'aide plus ou moins grand. Mais l'étude de Piwonka et al. montre que, globalement, le niveau de satisfaction des patients par rapport à leur image corporelle est malheureusement faible.

Le fait qu'une stomie soit temporaire donnerait au patient l'espoir de retrouver une élimination normale des selles et, peut-être paradoxalement, freinerait le processus d'adaptation et d'autonomie. (Coe et Kluka, 1988, p44)

-Altération du corps et diminution de l'activité sexuelle : les patients expriment un profond sentiment de dégoût vis-à-vis de leur corps (et *in fine*, souvent d'eux-mêmes).

La présence d'une poche sur l'abdomen est perçue comme « un intrus » lors des relations sexuelles. Persson et al. expliquent que globalement, les patients pensent qu'ils sont moins attirants.

Sentiment d'insécurité : dans l'étude de Krouse et al. 6 patients sur 10 rapportent un sentiment d'insécurité. Ils ont peur que la poche ne se voie, particulièrement lorsqu'elle est remplie de gaz. La majorité des patients relèvent d'ailleurs, dans l'étude de Staelens, que le choix des vêtements a été modifié à des degrés divers. Par ailleurs, la perte de contrôle sur l'élimination des selles et l'émission des gaz est inconfortable. Les patients ont peur de blesser la stomie ou que la poche ne cède, ils redoutent la vidange de la poche dans un lieu public et craignent que d'autres personnes puissent sentir l'odeur.

B. L'acceptation psychosociale :

-Acceptation de soi : la stomie provoque chez les patients le sentiment d'être différents des « autres » et est perçue comme « un objet qui leur est étranger » (Beitz, 1999 ; Persson et Hellström, 2002, cités dans Thorpe et al.). Cela peut être source de mal-être. L'étude de Krouse et al. (2007) met d'ailleurs en évidence le fait que la moitié des patients interrogés rapportent avoir été

dépressifs après la création de leur stomie. Les patients ont le sentiment de ne pas/ plus être « *comme les autres* » et de ce fait, perdent confiance en eux et n'ont plus d'estime d'eux-mêmes.

-Acceptation par les proches (influence sur la vie sociale) : Selon Piwonka et al, l'environnement social est très important après une stomie car la plus grande partie de l'anxiété des patients est provoquée par la perception de celle-ci par les autres. Ainsi, l'accompagnement par la famille et l'entourage proche est primordial. Les patients qui perçoivent un moindre soutien s'adaptent plus difficilement que les autres. Les personnes porteuses d'une stomie, globalement, ont peur que les autres puissent voir l'appareillage au travers de leurs vêtements. Ils craignent que cette vision provoque des changements dans leurs attitudes et enfin provoque une modification de leur propre vie sociale. Certains patients se sont repliés sur eux-mêmes, tandis que d'autres ont limité leurs contacts sociaux aux amis, aux voisins et autres personnes dans la même situation (Persson et al.). Certains affirment d'ailleurs rechercher des personnes « *comme elles* ». Aucun des patients ne dit pourtant avoir été traité différemment une fois la présence de la stomie révélée, et les patients l'ayant annoncé n'ont pas rencontré de problème particulier pour en parler (Staelens, Piwonka et al.,). Aucune étude ne s'est intéressée à l'influence du regard des soignants sur l'acceptation par les patients de leur stomie. **(M., Célérier, 2004 ,p.69)**

-Difficultés liées à l'activité professionnelle : la revue de littérature de Brown et Randle montre que, pour les patients, le fait de porter une stomie a peu ou pas influencé leurs activités professionnelles. Cependant, pour 35% tout de même, la présence de la stomie les a contraints à changer complètement de travail ou de métier.

Difficultés financières : dans le travail de Staelens, des répercussions financières suite à la stomie sont relevées mais elles sont liées au fait que les techniques de soins utilisées ne sont pas celles recommandées. Ces résultats indiqueraient, d'après l'auteur, un manque de suivi post hospitalisation des patients.

C. L'adaptation pratique :

La pratique de l'auto-soin a beaucoup d'importance dans l'adaptation du patient à la stomie. Le rôle d'éducation aux soins des infirmières est alors primordial.

Lazarus et Folkman, cités dans Piwonka et al, relèvent que l'apprentissage de l'auto-soin ne peut débuter que si le patient accepte sa nouvelle image corporelle. Cela se manifeste par : regarder et parler de la stomie, toucher la poche, montrer la stomie au conjoint ou à une personne de l'entourage, etc.

Les patients ont une plus grande confiance en eux pour la réalisation des manipulations et des soins quand ils ont été informés. Par ailleurs, les patients ayant eu préalablement des interactions avec une stomathérapeute s'adaptent mieux, psychologiquement, aux différents changements qu'occasionne le placement d'une stomie.

1.2. Image du corps :

L'image corporelle est la perception qu'une personne a de son corps. Elle résulte de ce que cette personne perçoit de son corps, mais aussi de ce qu'elle croit que les autres perçoivent de son corps. L'image corporelle change au cours d'une vie, au gré des expériences. Elle se construit à partir des pensées, valeurs et sentiments personnels, des messages véhiculés par l'entourage et du contexte socioculturel.

Après l'opération, une nouvelle vie commence avec un corps différent et pourtant c'est le même. Toute intervention chirurgicale réveille des angoisses très fortes liées au sentiment d'intégrité physique : qu'est ce qui se passe en moi que l'on doive enlever pour que je continue à vivre ? On ne va quand même pas me mettre une poche !! La décision de faire une stomie et d'appareiller la personne avec un système de poche qui doit recueillir les excréments, les urines, vient faire apparaître au grand jour quelque chose qui fait partie de l'intime, du caché. Ce sont des productions du corps humain qui sont souvent considérées comme dégoûtantes, sales, mal odorantes, et elles vont devenir visibles. Tant qu'elles sont dans l'organisme, leur présence ne gêne pas, mais là elles deviennent visibles pour moi, mais aussi pour les autres. Et puis la perte du contrôle de la « fonction d'exonération » comme on dit dans un langage savant, ramène la personne à un moment de sa vie où elle n'était encore qu'un petit enfant, et n'avait pas encore appris la propreté. Cet apprentissage a été source de satisfaction pour les parents et leur enfant, de fierté « il est propre » comme une réussite importante dans l'éducation du petit enfant. Et voilà que la maladie vient démolir cette réussite acquise depuis longtemps. Selon les difficultés techniques qui vont se poser après l'appareillage, le retour à la vie dite normale sera plus ou moins facile. La peur des odeurs qui viendraient révéler la présence de la poche à n'importe qui,

la crainte des fuites, autant de sujets d'inquiétude. Quel que soit le temps réel qui s'écoule entre l'annonce de la maladie, l'intervention chirurgicale et la stomie, il faut envisager un temps d'adaptation nécessaire, et qui peut être différent pour deux personnes différentes. La préparation psychologique est importante, même s'il y a urgence médicale.

Connaître la personne, ses habitudes de vie, son environnement familial, professionnel, ses activités de loisirs. Le fait de parler de ce que pourra être la vie après, cela permet d'envisager un futur autre. Même si ce futur paraît impossible avec la stomie, il amène à s'imaginer, donc se projeter vers un demain. Se représenter ce qui peut être, se fabriquer des images, cela permet de se familiariser avec ce qui va se passer, et aide à supporter l'angoisse de ce devenir inconnu. Cela limite le traumatisme psychique.

Et dans toutes les situations de maladie grave se pose pour la personne malade la question du sens de la vie : pourquoi cela m'arrive à moi, qu'est-ce que j'ai fait pour mériter ça ? Rechercher la cause est inévitable, et nécessaire pour donner du sens à ce qui n'en a pas.

Ces questions, il est important de pouvoir les partager avec d'autres personnes afin d'exprimer combien il est difficile de faire face dans ces moments. Pouvoir en parler à un membre de la famille (son conjoint, un frère, une sœur) ou à un ami, cela veut dire que c'est quelque chose de partageable avec l'autre, même s'il semble qu'il y ait des choses qu'il ne peut pas comprendre car il ne les vit pas.

Après l'intervention, il est important de trouver le matériel le plus adapté à son style de vie, son habillement, ses activités, sa vie sociale et familiale, et aussi sa vie sexuelle.

La maladie et la mise en place d'une stomie obligent la personne à évoquer avec d'autres des éléments de sa vie qui sont très privés et intimes. J'évoquais précédemment la perte du contrôle de l'élimination des urines ou de matières, mais que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, la question du devenir de la vie sexuelle se pose : comment faire avec la poche, l'intervention aura peut-être sur le plan physique altéré les fonctions sexuelles, ou bien la peur elle-même de

l'impuissance ou du rejet par son partenaire vont rajouter à la difficulté de s'accommoder de ce nouveau corps.

Certains parlent d'un sentiment de honte. La personne se sent indigne, non seulement à ses propres yeux, mais aussi pense-t-elle aux yeux des autres. La tentation de se replier sur soi et de ne pas exprimer ses ressentis peut s'amplifier au fil des jours. Cette honte surgit dans notre

existence lorsque nous sommes contraints de dévoiler brutalement et durablement ce qui relève de l'intime. Cela demande à ce que la personne se défasse des protections qu'elle a mis en place jusque-là pour préserver son intimité, c'est à dire abattre la frontière entre ce que l'on montre de soi, et ce qu'on garde en soi.

Non seulement il faut en quelque sorte abandonner son corps au regard et aux mains d'autrui, mais aussi dévoiler des zones corporelles intimes qui mettent plus ou moins en état de malaise. Cette honte se double du sentiment d'avoir en soi quelque chose qui se développe et qui abîme le corps de l'intérieur. Il est important que les professionnels permettent l'expression de ces sentiments, sans dire « mais non vous ne pouvez pas dire ou penser cela ». Parce que les malades pensent, et ressentent ces sentiments. (A., Ramé, 2006, p.18)

1.3. La vie sexuelle :

La sexualité désigne l'ensemble des comportements qui concerne la vie sexuelle : désirs, plaisirs et frustrations. Elle est influencée par des facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels. L'image corporelle et l'estime de soi sont étroitement liées à la satisfaction des besoins personnels et sexuels.

A. Image de soi, vie affective et sexuelle :

Avoir une stomie peut affecter la façon dont la personne perçoit son corps. Il est fréquent d'être préoccupé, de ressentir de l'anxiété face à son apparence et à l'altération d'une des fonctions de son corps. Cela peut parfois affecter les relations de couple, conduire à redouter la reprise d'une activité sexuelle. Ces réactions sont normales et doivent être anticipées. La confiance que se témoignent les conjoints peut aider à faire face. Le désir sexuel revient habituellement lorsque la personne commence à se sentir mieux et à se remettre de son expérience de la maladie. Il est possible qu'un peu plus de planification et qu'un peu moins de spontanéité soient nécessaires, mais dans la plupart des cas, il est possible de reprendre une vie sexuelle active. Chacun est libre de parler ou non de sa stomie à son entourage, à ses enfants. Certains se sentent plus à l'aise s'ils en parlent et d'autres, au contraire, préfèrent garder cela pour eux et ne pas en parler, même à leurs amis proches.

Toute stomie bouleverse la vie des personnes qui en sont atteintes ainsi que celle de leur entourage. La sexualité n'échappe pas à ces bouleversements. Cependant, les stomies n'affectent

pas toutes la sexualité de la même manière. Des stomies «symboliques et affectives» comme celles des testicules, de la verge ou de la prostate, peuvent remettre en jeu le sentiment de virilité, diminuer la capacité de séduction, réduire l'intérêt sexuel, modifier, voire supprimer l'érection et l'éjaculation. Si durant des années le corps médical a mis l'accent sur la guérison des malades, des efforts sont désormais entrepris afin de réduire les séquelles des traitements oncologiques et d'améliorer la qualité de vie des patients. La sexualité est désormais considérée comme l'un des paramètres de la qualité de vie. Malgré ces efforts, la sexualité paye encore un lourd tribut car la stomie, par sa nature même, par les répercussions psychologiques qu'elle induit, par les traitements qu'elle requiert, la modifie grandement. Le médecin généraliste est au cœur même de l'histoire du patient et est également en relation étroite avec tous les événements qui touchent sa personne. C'est la raison pour laquelle il nous a semblé utile, pour le médecin de premier recours, de faire le point sur ce qui peut être fait pour aider ces hommes face aux bouleversements qui altèrent leur fonctionnement sexuel.(F.,CAUGANT,2005,p.3)

B. Place de la sexualité dans la vie des Hommes :

La sexualité masculine ne saurait se limiter à l'érection mais en ce XXI^e siècle, nombre d'hommes, qu'on le regrette ou pas, se sentent encore validés par leur pénis. Les images dominantes de la masculinité restent pour beaucoup la puissance, la performance, la raison et la rationalité. Le pénis est assimilable à un baromètre: lorsqu'il fonctionne bien, tout va pour le mieux, mais lorsqu'il est défaillant, c'est une catastrophe. Le pénis est à la fois le fer de lance, mais également le talon d'Achille de certains mâles.

La sexualité ne revêt pas la même importance pour tout individu: ainsi les hommes français atteints d'un cancer de la prostate recevant l'information selon laquelle ils risquent d'être impuissants suite à une prostatectomie radicale réagissent différemment: 20% refusent l'intervention car, pour eux, la sexualité est trop importante et s'en passer est inimaginable, 20% l'acceptent car, pour eux la sexualité n'est pas importante et les 60% restants l'acceptent également car pour eux c'est le prix à payer pour guérir en sachant que des traitements des troubles érectiles sont disponibles. Ces différences d'attitude face à la sexualité s'expliquent par plusieurs facteurs.

Lorsque la sexualité occupe une place mineure dans la vie d'un individu, passé sa période reproductive, la perte de sa fonction érectile ou éjaculatoire ne l'affectera que peu. Dans notre

société, l'absence de désir (en dehors de tout cancer) est désormais le trouble sexuel le plus fréquent: 1 à 15% des hommes et 3 à 35% des femmes. Chez l'homme atteint de cancer, les causes d'une baisse de la libido sont multiples: l'angoisse et le stress liés au futur, la fatigue, la dépression, les douleurs, la chimiothérapie et la radiothérapie de même que certains médicaments comme les traitements hormonaux. Chez l'homme atteint d'un cancer, la libido est diminuée dans plus de 80% des cas durant les traitements et de près de 30 à 40% dans les années qui suivent les traitements. La présence ou l'absence d'une partenaire joue également un rôle très important dans le maintien ou l'effacement de la sexualité. Près de la moitié des hommes sans cancer, mais souffrant de dysfonction érectile, renonce à un traitement de sildénafil par ailleurs efficace, en raison de l'absence d'opportunité ou de désir et près d'un quart du fait de l'absence de désir de leur partenaire. Plus l'homme vieillit, plus sa partenaire pèse dans le maintien ou l'effacement de sa sexualité. Chez les plus de 55 ans, seuls 22% des hommes et 4% des femmes qui n'ont pas de partenaire fixe conservent une activité sexuelle. La fréquence des rapports sexuels passe de 3,21 rapports sexuels/semaine chez les 16-20 ans, à 1,8 vers la cinquantaine puis 0,9 chez les plus de 70 ans. La fréquence de l'activité sexuelle diminue donc avec l'âge. Cependant, 73% des hommes et des femmes entre 57 et 64 ans sont sexuellement actifs, 53% des 64 à 75 ans et 23% des plus de 75 ans. L'état de santé interfère également avec le maintien ou l'effacement de la sexualité. De nombreuses maladies chroniques et des médicaments ont un effet délétère sur la sexualité. Passé 40 ans, un homme sur deux souffre, à divers degrés, de troubles érectiles. L'impuissance totale passe de 5% à l'âge de 40 ans à 15% à 70 ans. Un mauvais état de santé, quel que soit l'âge, a plus d'effets délétères sur la fonction érectile que le vieillissement en soi. La sexualité n'a pas de norme définie, elle fait partie d'un équilibre naturel dans la relation humaine et appartient à chacun. De ce fait, elle doit être abordée au même titre que d'autres thématiques mais, pour cela, il faut que nous soyons nous-même au clair avec notre propre sexualité. (Manderson et al, 2005, p.40)

2. Les réactions psychologiques :

Toute personne atteinte d'une maladie difficile ou chronique (stomie ou autre) peut passer par les phases de deuil suivantes :

1ère phase : la négation et le refus de croire

“ ce n'est pas à moi que cela arrive “ , “ ce n'est pas possible “

2ème phase : la prise de conscience

la colère : “ pourquoi moi seul ? “ “ Qu’est-ce que j’ai fait au bon Dieu? “

le ressentiment : “ si on s’est aperçu plus tôt “

le marchandage : “ si j’essayais d’autres thérapeutiques”

3ème phase :

la tristesse parfois la dépression. La tristesse est exprimée par la parole ou les pleurs.

4ème phase : la phase de récupération

L’acceptation et la réorganisation des relations. L’aide fournie au stomisé de la part de son médecin traitant, la stomathérapeute, le stomisé visiteur, son partenaire ou les membres de sa famille va accélérer son passage à la phase terminale.

Cette aide lui sera fournie par les explications, les renseignements, et la relation directe avec un stomisé visiteur qui va lui donner l’exemple d’une vie normale qu’il peut toujours mener.

A noter qu’un passage lent des phases, va lui engendrer des perturbations psychologiques, comme la dépression.

-Après la chirurgie : Le stomisé a le droit les premiers jours après l’intervention de nier la réalité, de ne pas vouloir regarder sa stomie, de vider sa poche et ne pas vouloir apprendre à s’appareiller.

La présence d’un membre de sa famille est nécessaire dans l’apprentissage des soins pour être capable plus tard de l’aider si nécessaire. En général, l’aspect de la stomie est rouge et son diamètre varie de 2-5cm, elle sera oedématiée après la chirurgie, mais elle le sera moins un peu plus tard. Elle n’est pas douloureuse au toucher parce qu’elle n’est pas innervée mais elle peut saigner un peu au nettoyage. **(Eyffred et lavigne,p.,25-30)**

3. Les difficultés psychologiques :

La stomie pose de multiples problèmes psychologiques : au malade, à sa famille mais aussi au médecin, aux soignants. Les interactions entre toutes ces personnes sont complexes.

Le patient stomisé se trouve confronté à différentes difficultés psychologiques tel que l’anxiété, la dépression, les troubles alimentaires...etc.

- **Stomie et anxiété** : l'anxiété est un symptôme ressenti comme un sentiment pénible et vague d'attente d'un danger imprécis, toujours imminent. Cette souffrance s'accompagne très souvent de signes somatiques variés qui dominent parfois le tableau clinique : ce sont surtout des signes respiratoires, cardiaques, digestifs, urinaires, neurologiques. On dit que les patients somatisent leur angoisse, c'est-à-dire qu'ils l'expriment par leur corps.
- **Stomie et dépression** : plusieurs maladies peuvent avoir un impact sur l'humeur et conduire à une dépression, en particulier les pathologies qui touchent le cerveau comme la maladie de Parkinson ou Alzheimer. La dépression peut également survenir avec des cas de maladies du cancer, du cœur ou de diabète et de façon générale lorsque le système immunitaire ou hormonal est atteint.
- **Stomie et troubles alimentaires** : en cas de stomie, d'autres troubles peuvent également apparaître et être maîtrisés en adaptant son alimentation.

-Irritation au niveau de la stomie : Elle peut être due à certains aliments peu ou pas digérés avant d'arriver à la colostomie ou l'iléostomie. Ceci concerne notamment certains fruits et légumes consommés avec leur peau (tomates, pommes,.....etc.), des fruits contenant des graines (fraises, framboises.....etc.) qui doivent être temporairement évités.

-Les flatulences et odeurs : Elles sont parfois embarrassantes. Elles peuvent être limitées en évitant de consommer certains aliments comme les œufs, certains légumes (brocolis, choux, oignons), les boissons gazeuses ou encore les édulcorants artificiels. En plus d'identifier et de limiter les aliments à l'origine de la gêne, il est conseillé de prendre ces repas à horaires réguliers en prenant le temps de bien mastiquer les aliments afin de valoriser leur digestion. Il est également possible d'installer une poche de colostomie avec un filtre limitant la propagation des odeurs et de la vider régulièrement.

4. La prise en charge psychologique :

Pour pouvoir prendre en charge le malade psychologiquement, on distingue différentes phases de préparation du malade :

- **L'annonce d'une mauvaise nouvelle :**

Lorsque nous avons à annoncer une mauvaise nouvelle à quelqu'un, nous savons bien par expérience qu'il faut choisir le « bon moment ». Le bon moment, ce n'est pas seulement une question de temps, mais aussi de conditions dans lesquelles la personne pourra entendre ce que nous avons à lui dire.

Entendre, cela veut dire comprendre ce qui est dit, sans que cela ne mette la personne dans un état de désespoir. Ces précautions que nous prenons, nous savons bien qu'elles sont importantes pour permettre à l'autre d'encaisser la nouvelle sans perdre ses capacités de compréhension, sans perdre la capacité de relation à l'autre, sans perdre la raison, et sans être détruit par cette mauvaise nouvelle.

« Comment je vais lui dire... il ne peut pas entendre ça... je ne peux pas lui dire ça... » Autant de commentaires qui témoignent de cette difficulté de dire en ménageant l'autre. Une collègue psychologue parle de l'annonce du diagnostic comme du moment où ou une personne voudrait ne pas avoir à dire à quelqu'un ce que l'autre voudrait ne pas avoir à entendre.

Ces précautions que nous prenons dans notre vie avec nos proches, doivent être plus que nécessaires dans notre travail, au moment de l'annonce d'un diagnostic. Cette annonce ne peut se faire n'importe comment. Cette annonce va faire rupture avec ce qu'était la vie jusqu'à ce moment précis.

Chacun de nous sait bien que la maladie peut l'atteindre, mais cela reste virtuel. Or là, toute la vie bascule et c'est la maladie qui devient la chose autour de laquelle la vie va s'organiser.

Rapidement ce sont les examens multiples et l'intervention chirurgicale. Quand cette annonce se double de l'annonce d'une stomie (terme tout à fait inconnu de la majorité des personnes), et de la précision qu'il faudra peut-être ou sûrement mettre une poche... cela modifie radicalement l'idée que se fait la personne de son avenir. Elle augure de grands changements, des bouleversements auxquels il va falloir faire face.

Dans un premier temps, certains pensent qu'ils n'y arriveront jamais, qu'ils ne pourront pas vivre comme ça, autant mourir tout de suite... d'autres se disent ce n'est rien il faut y aller. Entre ces

deux extrêmes, ce sont toutes les variantes que vous connaissez sûrement mieux que moi. Ces réactions qui semblent opposées, sont en fait de même nature : la vie qui va être maintenant semble impossible : entre faire comme si rien n'allait changer ou penser que plus rien ne sera comme avant... cela témoigne d'une impossibilité de s'imaginer vivre autrement que maintenant. Ce sont des questions qui se télescopent : est-ce que je vais pouvoir continuer à travailler, est-ce que je vais pouvoir retravailler après mon opération, est-ce que je devrai changer de métier... ou je ne pourrai plus participer aux sorties et aux fêtes, comment je vais faire avec cette poche, je n'en veux pas, est-ce que vous ne pouvez vraiment pas faire autrement, est-ce que c'est définitif, comment je vais faire pour avoir une vie à peu près normale...

Les mots de la médecine transmettent des informations sur le corps humain, sur ses pathologies, ils ne parlent pas du ressenti de la personne (qui d'ailleurs change d'identité et devient patient). Les termes techniques qui sont attachés à des actes chirurgicaux, à des protocoles de soin, sont parfois difficiles à comprendre. La personne qui vient consulter après de nombreux examens, même si elle redoute parfois qu'on lui annonce quelque chose de grave, peut-être dans un état d'esprit tel qu'elle n'entendra que ce qu'elle peut entendre : « le médecin m'a dit que j'avais un cancer à petites cellules, oh ! je suis soulagé parce que c'est sans doute pas grave »... une jeune maman à l'annonce d'un cancer et des chimios qui vont être faites rapidement, répond au médecin « je ne peux pas venir faire mes chimios parce que je dois amener mes enfants à l'école le matin et les prendre le midi pour déjeuner ». Les deux malades ne sont pas idiots, ils disent simplement combien ce qu'on vient de leur dire ne peut pas être entendu.

La personne devient malade aux yeux des autres : ses autres identités, professionnelle, sociale, familiale s'estompent au bénéfice de cette seule caractéristique : je suis malade. La maladie prive la personne du plaisir d'être ou d'apparaître comme elle le souhaite. La stomie va venir marquer par sa présence la maladie.

Si le langage de l'annonce est trop technique, « jargonnant », il ne permet pas à la personne de se l'approprier. Si l'annonce est trop brutale, la personne va peut-être ne rien entendre parce que sinon elle s'effondre sur le plan psychique et elle peut en toute bonne foi dire après qu'on ne lui a rien dit. Si l'annonce est faite dans un registre trop banal pour épargner le patient (ce n'est rien, ce n'est pas grave ou il y a plus grave), cela ne l'aide pas non plus à intégrer l'information. Souvent la personne cherche à être rassurée : ce n'est pas trop grave, je vais m'en sortir, je vais guérir, j'ai combien de chances...

Quelle que soit la manière de dire, cela va être un choc pour la personne, alors autant l'amortir le plus possible en donnant une information adaptée, partielle si on sent que la personne aujourd'hui ne peut pas en entendre plus, en tenant compte des réactions qu'elle peut avoir.

Il faut bien entendu du temps, et une annonce de cancer ou de maladie chronique grave, ne devrait jamais se faire en 5 minutes, sans que la personne n'ait le temps de poser des questions, de se faire préciser les choses. **(F.,Caugant, 2005, p.1-2)**

- **L'enseignement préopératoire :**

L'enseignement préopératoire est important pour le patient et sa famille, surtout en cette période où les séjours postopératoires en établissements hospitaliers sont écourtés. Il permet l'assimilation des connaissances, l'acquisition des habiletés nécessaires aux soins de stomie, la diminution du stress et l'élimination des fausses perceptions. Il favorise aussi l'adaptation à long terme d'une personne dont la stomie est permanente **(Haugenet al., 2006,p.67)**.

En expliquant les divers types d'interventions chirurgicales et leur impact sur le fonctionnement intestinal ou vésical, l'infirmière doit informer le patient des diverses modifications physiologiques qu'il est appelé à subir. Il importe de le rassurer. L'enseignement vise à répondre à ses préoccupations et doit être adapté à ses capacités. Ainsi, un patient n'est pas toujours en mesure d'assimiler l'information. Intégrer sa famille ou ses proches améliore le processus d'adaptation. L'infirmière doit répondre à leurs questions ou encore les diriger vers un membre de l'équipe interdisciplinaire. **(Turnbullet al., 2004,p.77)**

Il est préférable que certains sujets soient abordés en période postopératoire surtout s'ils traitent de l'adaptation. Ils deviennent alors plus concrets.

- **Un apprentissage progressif :**

Apprendre que l'on a un cancer du côlon ou du rectum, que l'on va se faire opérer et que l'on va avoir une colostomie est une étape qui n'est pas facile à vivre psychologiquement. La présence de l'équipe médicale et paramédicale, de psychologues, ainsi que des infirmières stomathérapeutes est essentielle pour atténuer ce premier choc. Dans les premiers jours qui suivent la stomie, une phase d'apprentissage commence avec l'aide et le soutien de l'équipe médicale et paramédicale. Il faut apprendre à vivre avec une stomie, prendre des repères, gagner en assurance et en autonomie afin de reprendre le cours normal de sa vie. Après la phase

d'apprentissage et avec l'habitude, la plupart des personnes qui vivent avec une stomie ont une vie normale, reprennent leur métier ou leurs activités, pratiquent un sport, etc. (C.,Meyer,1997,p.98)

N.B : Quand au terrain de recherche la prise en charge était un peu différente par rapport a cette théorie cité au-dessus car l'hospitalisation été centrée sur le stomisé et son accompagnant. Au début c'est l'infirmière qui s'occupe du sujet puis éduque l'accompagnant du stomisé qui par la suite pourra le prendre en charge. Malheureusement la prise en charge psychologique reste pauvre vue la non disponibilité de psychologues ce qui empêchele stomisé d'extérioriser ses souffrances psychiques. Pour les cas mis à notre disposition nous avons fait de notre mieux pour les aider à dépasser cette période difficile de leur vie et accepter leur nouvelle situation...etc.

Synthèse :

Même si on parle beaucoup aujourd'hui de la place du malade, de l'importance de prise en charge, il faut bien reconnaître que dans de nombreuses situations, cela concerne avant tout le traitement et les soins. En redonnant à l'expérience du malade toute sa valeur, on contribue à une autre compréhension de la maladie qui n'est pas seulement une entité médicale, mais qui est toujours la maladie d'un malade.

Chapitre II : Estime de soi

Preambule :

S'estimer soi-même, se faire confiance, s'aimer, ne pas se dévaloriser est essentiel pour bien vivre sa vie et bien vivre avec les autres. Et cela se cultive.

1. Origine historique du concept d'estime de soi :

Si dans le langage courant l'estime de soi est définie comme la valeur que nous nous accordons, les recherches en psychologie la font apparaître comme une notion beaucoup plus complexe.

W. James, dès 1890, s'intéressait à comparer l'intelligence de l'homme à celle de l'animal, il fut le premier à décrire l'estime de soi comme le rapport entre réussites/aspirations ainsi qu'entre les résultats et échecs, il l'appelait « *la conscience de la valeur du moi* ». Il s'agit pour lui d'un rapport entre les aspirations et les réussites effectives, l'écart entre l'objectif et le résultat donne donc le niveau d'estime de soi. Cette théorie sera reprise plus tard par de nombreux chercheurs.

Ainsi, on peut supposer qu'un élève à haute estime de soi se percevrait « compétent » parce qu'il aurait atteint ses objectifs alors qu'un élève à faible estime de soi se percevrait « non compétent » car il n'aurait pas atteint ses objectifs. L'estime de soi dépendrait donc de l'importance que l'élève accorde à sa réussite dans un domaine particulier.

Pour Charles Cooley, en 1902, l'estime de soi se définit comme une construction sociale, elle serait façonnée par l'ensemble des interactions (le regard des autres) entre les individus : « *le miroir social* ». Cela signifierait que l'estime de soi d'un élève serait plus forte lorsque son environnement (sa famille, ses pairs, ses amis, ses professeurs) aurait une bonne opinion de lui.

Pierre Humbert et al. Ils ont montré que les élèves en grande difficulté scolaire dans un circuit spécialisé surévaluent leurs capacités, du fait notamment d'un certain relâchement des exigences scolaires et du regard plus bienveillant de l'enseignant spécialisé.

Les chercheurs n'ayant pu démontrer une relation très nette entre échec scolaire et faible estime de soi, ils se sont plutôt intéressés aux relations établies entre sentiment de confiance et performance.

On comprend mieux ici et nous y reviendrons que, dans le domaine des performances scolaires, c'est plus la confiance en ses capacités d'apprentissage (Bandura 2002) que l'estime de soi qui

est en jeu ; d'où l'intérêt d'aider l'élève à mieux se connaître, à acquérir de meilleures stratégies qui le rendront plus compétent qui lui redonneront donc confiance en ses capacités, à mettre en place avec lui une réflexion métacognitive « *qui consiste à aider l'élève à prendre conscience de sa pensée* » (Britt Mari Barth,1987). Ces théories, décrivant un processus interne et un autre externe,font déjà apparaître la difficulté d'appréhender la notion d'estime de soi.(Mauss,2004,p.13)

2.Définition de l'estime de soi :

L'estime de soi est un jugement relativement constant que l'individu porte sur lui-même et qui se manifeste par une attitude favorable ou défavorable par rapport à soi. C'est l'égo, l'image que nous avons de nous-même.

Cette représentation intérieure se construit à partir de notre contact avec les autres et avec l'environnement, c'est une valeur changeante. Elle peut augmenter ou diminuer selon le regard qu'on porte sur nous-même, selon nos actions et leurs résultats. Ainsi, il est possible qu'elle soit très haute ou très basse selon les périodes de la vie. Elle consiste à se dire qu'on a de la valeur, qu'on est unique et important. C'est se connaître et s'aimer tel qu'on est avec ses qualités et ses limites. C'est s'apprécier et s'accepter tel qu'on est. (T.,Lecomte, C.,Leclerc, 2004, p.2)

- **William James** : pour William James l'estime de soi est la conscience de la valeur du soi ,le poids de cette valeur repose sur l'importance que la personne accorde à ses différents types de moi.
- **Cooper Smith** : L'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapport avec le monde extérieur.

L'estime de soi est la manière dont une personne se considère, se donne de la valeur en tant qu'individu.

L'individu,pour s'attribuer cette valeur, compare ses aspirations personnelles avec ses réussites actuelles.Il est important de signaler que l'estime de soi n'est pas le reflet des capacités réelles du sujet mais de celles qu'il croit avoir ou pas.

- **Larousse** : Estime de soi (angl.self-esteem)

❖ Valeur personnelle, compétence, qu'un individu associe à son image de soi :

L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable d'atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet, le moi actuel d'une part et, d'autre part, le moi idéal, le moi-qui-devrait-être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qui le connaissent.

3. Les composantes d'estime de soi :

Avoir confiance en soi, être sûr de soi, être content de soi. Les termes et les expressions employés dans le langage courant pour désigner l'estime de soi sont légion. En fait, chacun d'eux se réfère à l'un de ses multiples aspects. En réalité, l'estime de soi repose sur trois "ingrédients" : La confiance en soi, la vision de soi, l'amour de soi. Le bon dosage de chacune de ces trois composantes est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse. (F., Delenne, 2012, p.14)

✓ l'amour de soi :

C'est l'élément le plus important. S'aimer ne souffre aucune condition : on s'aime malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers, simplement parce que une petite voix intérieure nous dit que l'on est digne d'amour et de respect. Cet amour de soi "inconditionnel" ne dépend pas de nos performances. Il explique que nous puissions résister à l'adversité et nous reconstruire après un échec. Il n'empêche ni la souffrance ni le doute en cas de difficultés, mais il protège du désespoir.

L'amour de soi dépend en grande partie de l'amour que notre famille nous a prodigué quand nous étions enfant et des "nourritures affectives" qui nous ont été prodiguées. Les carences d'estime de soi qui prennent leur source à ce niveau sont sans doute les plus difficiles à rattraper. On les retrouve dans ce que les psychiatres appellent "les troubles de la personnalité", c'est-à-dire chez des sujets dont la manière d'être avec les autres les pousse régulièrement au conflit ou à l'échec. S'aimer soi-même est bien le socle de l'estime de soi, son constituant le plus profond et le plus intime. Pourtant, il n'est jamais facile de discerner chez une personne, au-delà de son masque social, le degré exact de l'amour qu'elle se porte.

✓ La vision de soi :

C'est le regard que l'on porte sur soi. Cette évaluation, fondée ou non, que l'on fait de ses qualités et de ses défauts, est le deuxième pilier de l'estime de soi. Il ne s'agit pas de connaissance de soi; mais la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations. La subjectivité y tient donc le beau rôle ; son observation est difficile, et sa compréhension, délicate. C'est pourquoi, une personne complexée – dont l'estime de soi est souvent basse – laissera souvent perplexe un entourage qui ne perçoit pas les défauts dont elle se croit atteinte. Positive, la vision de soi est une force intérieure qui nous permet d'attendre notre heure malgré l'adversité. Dans d'autres cas, une vision de soi limitée poussera le sujet à la dépendance vis-à-vis d'autrui : on peut établir des relations satisfaisantes avec les autres, mais on se limite au rôle de suiveur, on ne passe que sur des voies déjà explorées par d'autres. On a du mal à construire et à mener à bien des projets personnels.

✓ La confiance en soi :

La confiance en soi s'applique surtout à nos actes. Etre confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes. Contrairement à l'amour de soi et, surtout, à la vision de soi, la confiance en soi n'est pas très difficile à identifier ; il suffit pour cela de fréquenter régulièrement une personne, d'observer comment elle se comporte dans des situations nouvelles ou imprévues, lorsqu'il y a un enjeu, ou si elle est soumise à des difficultés dans la réalisation de ce qu'elle a entrepris. La confiance en soi peut donc sembler moins fondamentale que l'amour de soi ou la vision de soi, dont elle serait une conséquence. C'est en partie vrai, mais son rôle nous semble primordial dans la mesure où l'estime de soi a besoin d'actes pour se maintenir ou se développer : des petits succès au quotidien sont nécessaires à notre équilibre psychologique, tout comme la nourriture et l'oxygène le sont à notre équilibre corporel. Ne pas redouter outre mesure l'inconnu ou l'adversité témoigne d'un bon niveau de confiance en soi.

Ces trois composantes de l'estime de soi entretiennent généralement des liens d'interdépendance : l'amour de soi (se respecter quoi qu'il advienne, écouter ses besoins et ses aspirations) facilite incontestablement une vision positive de soi (croire en ses

capacités, se projeter dans l'avenir) qui, à son tour, influence favorablement la confiance en soi (agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui). L'estime de soi n'est pas donnée une fois pour toute. Elle est une dimension mobile de notre personnalité. Plus ou moins haute, plus ou moins stable, elle a besoin d'être régulièrement alimentée.

4. les types d'estime de soi :

On trouve différents types d'estime de soi dont les principaux sont :

- **L'estime de soi haute et stable:** qualifiée de résistante. Elle présente peu de fluctuations dans des circonstances événements favorables ou défavorables de la vie quotidienne. Le sujet fait preuve d'écoute rationnelle et cherchera à convaincre plutôt qu'à déstabiliser.
- **L'estime de soi haute et instable :** qualifiée de vulnérable car des fluctuations importantes en réponse aux événements de la vie quotidienne. Le sujet est plus sensible à l'échec et aux critiques. « Si dans des situations stables ces deux profils de l'estime de soi haute ne se différencient guère, l'écart se forme et se creuse dans un contexte compétitif ou déstabilisant. Ces différences peuvent trouver leur explication dans l'environnement familial. »
- **L'estime de soi basse et stable :** le sujet présente peu de fluctuations d'estime de soi au quotidien. Ses états émotionnels sont régulièrement négatifs. Il fournit peu d'efforts à la promotion de son image et de son estime de soi. Il paraît « résigné » face à l'échec et au rejet.
- **L'estime de soi basse et instable :** globalement sensible et réactive aux événements extérieurs. Avec des états émotionnels mixtes : négatifs mais avec des moments positifs, le sujet est capable de faire des efforts pour augmenter son estime de soi

Les parents semblent jouer là aussi un rôle non négligeable dans les origines de la basse estime de soi :

- Déficit d'encouragement de la part des parents malgré une réelle affection, pour les sujets à estime de soi basse et instable : surprotection parentale avec peu de valorisation de l'enfant.

- Sentiment d'absence de contrôle de son environnement chez les sujets à estime de soi basse et stable : décès ou état dépressif d'un des parents, carences affectives importantes. (G., Gaynor, N., Branden, 2015, p.5)

- Cependant idéaliser les sujets à haute estime de soi stable et dévaloriser les autres serait une erreur. Il faut donc relativiser selon les circonstances, car la plupart d'entre nous adoptons des comportements variables.

5. Les théories de l'estime de soi :

Il existe plusieurs théories pour l'estime de soi, on s'est contenté de citer quelques-unes , parmi elles :

- **La théorie d'Abraham Harold Maslow :**

Maslow est particulièrement reconnu pour sa théorie de la motivation, "A Theory of Human motivation", paru dans un article en 1943. Il soutient que la motivation repose essentiellement sur la satisfaction des besoins humains. Maslow distingue cinq grandes catégories de besoins. Selon lui, nous avons en premier lieu des besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi et finalement des besoins d'accomplissement. Ceux-ci disposent d'une organisation hiérarchique et peuvent être classés sur différents niveaux. Il considère que la personne passe à un besoin d'ordre supérieur quand les besoins de niveau inférieur sont satisfaits. Dans sa théorie, Maslow inscrit l'estime de soi dans le niveau supérieur de la hiérarchie des besoins humains. Il représente l'estime de soi comme le besoin de réussir ce qu'on entreprend, de se sentir compétent et d'être reconnu par autrui. Cette théorie sera schématisée plus tard sous forme de pyramide.

La pyramide de Maslow est aujourd'hui contestée. Sa principale critique repose sur la hiérarchisation des besoins qui n'est pas appliquée par tous les individus car à un moment donné, ces besoins peuvent être simultanés voire contradictoires. (C.GeorgeBoeree, 2006, p.132)

De plus Maslow n'a étudié que la population occidentale et instruite pour aboutir à son modèle.

- **La théorie de Chartes Cooley:**

Cooley va donner une perspective sociologique au Soi et théoriser le concept de soi social, qui continuera d'être développé par les interactionnistes symboliques tel que Mead. Il avance l'idée d'un "Soi miroir" ou "Soi réfléchi". Il s'agit de la théorie du "looking glass self", selon laquelle le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée par les interactions avec l'entourage, et cela dès l'enfance. En jouant ainsi le rôle de "miroir social", l'image de soi renvoyée par autrui influence le Soi de l'individu en affectant les réponses cognitives,

émotionnelles et comportementales de celui-ci. Autrement dit, c'est le regard des autres qui renvoie des indications permettant à l'individu de connaître l'opinion qu'ils ont de lui. L'impact sur le Soi de l'individu sera d'autant plus fort que les relations sociales de celui-ci seront significatives. Dans cette perspective, l'estime de soi s'élabore à partir des évaluations que les personnes significatives formulent à propos de la personne, et que celle-ci s'approprie. Le regard positif des autres est ainsi un déterminant important de l'estime de soi. L'estime de soi de l'individu augmente si les autres ont une bonne opinion de lui. Inversement, si les autres ont une opinion négative de l'individu, celui-ci l'intègre et développe alors une faible estime de soi.

Pour Charles Cooley, les autrui significatifs constituent un miroir social que l'individu regarde et dans lequel il détecte leurs opinions sur lui-même. Cette idée de soi a trois composantes :

- ❖ Nous imaginons le jugement que porte l'autre à notre égard après nous avoir observés.
- ❖ Nous tirons les conséquences de jugement que nous avons prêté à l'autre et nous éprouvons en conséquence un sentiment de soi comme la fierté ou la honte.
- ❖ Nous décrivons ce que nous imaginons que l'autre pense de nous. (C., Cooley, 1922, p.184)

- **L'approche interactionniste et symbolique de soi :**

Le postulat fondamental de l'interactionnisme symbolique est que l'individu et la société sont des unités inséparables, interdépendantes, se construisant réciproquement. Le Soi et la société interagissent mutuellement, chacun n'étant pleinement compréhensible que dans le contexte de ses rapports avec l'autre. Les interactionnistes symboliques vont, dès lors, considérer les concepts de Soi des individus comme étant déterminés par leurs interactions symboliques avec autrui. Dans cette optique, une personne acquiert des caractéristiques au cours du processus d'interaction avec son environnement social, notamment sur la base des rôles qu'elle tient, mais elle commence aussi à éprouver un sentiment de Soi. Elle s'aperçoit progressivement que les autres réagissent à sa présence et à ses propres actes et qualités personnelles conformément à ses attentes. Cette aptitude naissante à adopter le point de vue d'autrui et à se considérer soi-même comme un objet engendre des croyances et des attitudes relatives à soi, bref une « conception de Soi ». Les théoriciens du rôle (Goffman, 1959 ; Mead, 1934, 1963), bien plus que les théoriciens d'autres orientations, ont élaboré et employé le concept de soi comme une structure cognitive qui naît de l'interaction de l'organisme humain et de son environnement social. Le social et le cognitif paraissent indissociablement liés, au point que certains auteurs (McGuire et McGuire, 1988 ;

Zavalloni et Louis-Guérin, 1988), identifiés comme des interactionnistes symboliques, imaginent impossible qu'un individu seul puisse extérioriser ses propres points de vue. Mead fut l'un des premiers à soutenir la thèse selon laquelle seul le lien social permet une telle extériorisation, parce qu'il permet à l'individu de se voir avec les yeux des autres. Les individus apprennent aussi sur eux-mêmes des autres, à la fois dans les comparaisons sociales et dans les interactions directes. McGuire et McGuire (1988) trouvent ainsi qu'un des déterminants les plus puissants des conceptions de Soi couramment utilisables est la configuration de l'environnement social immédiat. Ce courant interactionniste symbolique fournit une quantité non négligeable de travaux sur le concept de Soi. Il se caractérise par un scepticisme croissant à l'égard de « l'attitude pseudo-scientifique traditionnelle » et de la démarche expérimentale (**Zavalloni et Louis-Guérin, 1988, p. 176**).

Pour les chercheurs qui se réclament de ce courant, les recherches à orientation cognitiviste sont mécanistes et uniquement synchroniques, et ne peuvent qu'ignorer la capacité de l'individu à se construire activement un Soi et à se comprendre comme un être historique. Cette approche soulève des problèmes intéressants. Il est vrai, par exemple, que les études se focalisant exclusivement sur la structure du Soi négligent un aspect essentiel de la constitution du concept de Soi : autrui. Elles ne permettent pas non plus de voir les relations étroites qui peuvent exister entre les versants personnel et social du concept de Soi, l'histoire personnelle étant intimement liée à l'histoire collective et dépendante des appartenances et affiliations sociales. Mais si les problèmes soulevés par les interactionnistes symboliques sont bien réels, les réponses apportées sont moins satisfaisantes. En admettant même que l'approche expérimentale ne fournisse pas d'éléments décisifs pour rendre compte du social, « on voit mal en quoi la récuser par principe constituerait un quelconque progrès » (**Monteil et Martinot, 1991, p. 63**).

Ce refus de la méthode expérimentale a dès lors conduit la recherche interactionniste à être perçue comme sans utilité, et à être rejetée par les tenants d'une approche cognitive.

- **L'approche cognitive du soi:**

Dans cette perspective cognitive, les théoriciens du Soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le Soi contiendrait une variété de représentations. Les représentations de Soi seraient cognitives et/ou affectives – ces dernières correspondent aux auto-évaluations positives et négatives –, de formes verbales, neuronales ou sensori-motrices, ou sous forme d'images. Elles

représenteraient le Soi dans le passé et le futur aussi bien que dans l'ici et maintenant ; elles seraient ainsi des représentations du Soi actuel et du Soi possible. Certaines seraient organisées dans des structures contenant à la fois une base de connaissances bien élaborées et des règles de production pour savoir comment se comporter dans certains types de conditions. D'autres conceptions seraient plus provisoires, construites sur le lieu d'une interaction sociale particulière. Elle s'intéresse essentiellement aux mécanismes psychologiques acquis par le sujet pour expliquer l'installation de la maladie ainsi que son maintien accorde une grande importance aux représentations et aux croyances de sujet. (J.P.,Codol, 1981, p.111)

6. Les causes d'une faible estime de soi :

Les causes d'un manque d'estime de soi sont liées à l'éducation, au rôle de l'entourage, familial ou scolaire, parfois on remonte dans l'enfance ou souvent, de mauvaises appréciations répétées, des brimades, des colères autour de l'enfant, qui se culpabilise et se rend responsable de ce qui ne va pas. Mais aussi à un manque de stimulation, une sorte d'indifférence de la part de l'entourage, et on occupe alors une place un peu transparente. Les causes peuvent aussi découler de culpabilité liée à une situation mal acceptée : parents en conflit, déséquilibre familial, secret, silence, etc.

Un choc, un grand changement, une instabilité, un sentiment d'abandon sont bien sûr directement agissant sur l'estime de soi. L'effet négatif enfin dû à la grande admiration pour l'enfant, proférée, et non réaliste, non basée sur les réelles qualités et les efforts couronnés de succès. Il y a aussi un aspect social lié au manque d'estime généralisé. Nous baignons dans un ensemble de conditions et de lieux communs, qui ne facilitent pas la prise de conscience de sa valeur. Par exemple, le terme échec, trop souvent attribué à toute action ne donnant pas un résultat tel qu'on l'imaginait. La dépréciation des difficultés, ralentissements, baisse de motivation, etc... tout ce qui accompagne tout un chacun dans sa vie. Autre exemple : Par peur et repli général, rares sont les milieux professionnels acceptant de faire confiance, simplement, à quelqu'un. Chaque candidat à l'emploi doit montrer patte blanche, polir un CV impeccable, justifier le moindre changement, le plus petit flottement... (C.,André, F.,Lelord;2014, p.4)

7. Les symptômes d'une faible estime de soi :

Personne n'est à l'abri d'une faible estime de soi. Cependant, il faut différencier les sentiments dus à la faible estime de soi de ceux de la tristesse, ou des effets cumulés de plusieurs mauvaises journées. Il existe quelques symptômes de la faible estime de soi que vous pouvez reconnaître si vous soupçonnez qu'un de vos proches puisse souffrir de cet état.

D'abord, il est important de réaliser que la tristesse ou l'impression de ne pas s'être réveillé du bon côté du lit le matin ne constituent pas des preuves d'une faible estime de soi. C'est parce que les psychologues associent souvent l'estime de soi à une conception de soi-même qui *persiste dans le temps*. Cette image indélébile peut s'imprégner de toutes les activités d'une personne, puisqu'elle est à la base de la conception qu'a cette personne de sa valeur propre.

Un des premiers symptômes est *la dépréciation de soi*. Vous pouvez constater qu'une personne avec une faible estime de soi va aisément dire des choses négatives sur elle-même, jusqu'à passer des commentaires du genre à quel point ils ne sont pas dignes des efforts ou du temps que les autres leur donnent. Ils parleront aussi de leur incapacité à remplir leur tâche.

En plus de se dévaloriser, les gens qui souffrent de faible estime de soi expriment constamment leur désarroi face à leur *image corporelle* et à leur allure. Cette perception négative est l'un des signes les plus concrets d'une faible estime de soi. Ils peuvent sembler constamment paranoïaques et sensibles à l'impression des autres face à leur image. Le pire: certains pourront compenser aux effets de cette mauvaise image de soi en souffrant d'une forme quelconque de trouble alimentaire.

Les gens qui souffrent d'une faible estime de soi peuvent être *obsédés par l'ordre*, tâchant de répondre à un standard impossible de perfection en effectuant n'importe quelle des tâches qui leur incombe. Cela les mène à travailler plus lentement que les autres, et peut les rendre plus vulnérables aux impressions de ne pas être à la hauteur à cause de leurs propres attentes impossibles. Ce sentiment d'échec (malgré le fait qu'ils n'aient pas failli à leur tâche, mais plutôt à leurs propres standards impossibles et perfectionnistes) contribue à alimenter leur mauvaise perception de leur valeur propre.

Certains peuvent aussi être clins à plaire devenant ainsi très dépendants de l'approbation des autres afin de se sentir valorisés. Ils ne ressentent aucun plaisir à compléter et à atteindre des buts à moins que leurs efforts soient reconnus par des gens dont ils respectent l'opinion.

Ils seront aussi très enclins à se comparer à d'autres personnes desquelles ils ont une opinion très élevée. Cependant, il est important de noter que chez eux cette forme de comparaison sert à combler le besoin essentiel de mettre l'emphase sur leurs lacunes et leurs faiblesses.

Alors qu'il y a ceux qui s'éloignent de la société à cause de leur faible estime d'eux-mêmes, il y a aussi ceux qui y répondent par une rage non dissimulée face à eux-même ou aux autres. Ils l'exhiberont soit en se blessant eux-mêmes, soit en blessant ceux qui les entourent, même si ces personnes ne sont pas ceux qui déclenchent ces sentiments de rage. Au bout du compte, c'est la faible estime de soi qui les pousse à se détester et à détester ceux qui les entourent. Ils seront aussi plus enclins à piquer des colères au sujet de menus détails lorsqu'ils ont l'impression d'avoir été pris ou humiliés.

En identifiant les symptômes d'une faible estime de soi, vous serez capable de déterminer quelles sont les meilleures étapes à suivre pour y répondre adéquatement. Si votre situation ou celle d'un proche s'apparente favorablement à l'un de ces symptômes, il serait peut-être bon de chercher de l'aide auprès d'un psychologue ou d'un thérapeute. (M., Salazar, 2010, p.1-2-3)

8. L'importance de l'estime de soi pour les TTC:

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont largement utilisées pour accompagner les personnes qui souffrent d'une faible estime de soi. A l'aide d'exercices pratiques et de jeux de rôle, le thérapeute va amener la personne à mieux se connaître, à accepter ses forces et ses faiblesses et à s'affirmer en supportant mieux les situations d'échec. Un travail sur les pensées et les émotions négatives que le sujet porte à son égard va être à la base de cette thérapie.

La psychanalyse peut également apporter une aide précieuse pour favoriser l'estime de soi. Guidée par un thérapeute dans la cure analytique, la personne aura accès à une meilleure connaissance d'elle-même. Elle pourra affronter différemment ses blocages et remettre plus facilement en question son mode de fonctionnement. (M., Vachon, 2014, p.4-5-6)

L'estime de soi varie selon le rapport qu'entretient l'individu avec lui-même :

Est-ce qu'il a un regard positif ou négatif ?

La capacité d'un individu à prendre conscience de ses qualités lui sera bénéfique. Lorsqu'une personne rencontre des difficultés, il lui sera plus difficile de les surmonter si elle a une faible estime d'elle-même. L'estime de soi agit sur les comportements : une personne qui a confiance en elle aura plus de facilité à réaliser ses projets et à s'intégrer à de nombreuses sphères sociales. Un trop peu ou un trop plein d'estime de soi ne facilite pas la cohésion avec soi-même et son entourage. Ce qu'il faut c'est trouver le juste équilibre en acceptant ses qualités et ses défauts.

➤ **Comment retrouver son estime de soi grâce aux TCC ?**

Il peut arriver de rencontrer de grosses difficultés et de passer par certains échecs professionnels, amicaux, sentimentaux. L'interprétation de ces échecs peuvent remettre totalement en question un individu jusqu'à penser qu'il est nul voire médiocre.

Pour mieux vivre les événements, il est préférable de s'accepter tel que l'on est : personne n'est parfait, tout le monde a des défauts et des qualités. Les inégalités existent, c'est un fait, mais elles ne devraient pas induire un sentiment de dévalorisation ou de supériorité.

Dans la vie, les événements ne se déroulent pas toujours comme on le souhaite. Si c'était le cas, vaudrait-elle vraiment le coup d'être vécue ?

➤ **Le principe des thérapies comportementales et cognitives (TCC) :**

❖ La philosophie des TCC : La philosophie des TCC repose sur le principe du changement actif par l'expérimentation du patient face à ses difficultés. Contrairement à la psychanalyse, les TCC ne tiennent pas tellement compte des événements passés pour expliquer les difficultés du présent. Cependant, elles se focalisent sur le présent, le ici et maintenant, pour changer le futur. Pour autant, l'histoire du patient n'est pas laissée pour compte, mais elle ne reste pas un facteur déterminant.

Avec les TCC, on part du postulat que les peurs, les angoisses, les frustrations,

les troubles sont issus de facteurs externes (environnemental, social, professionnel, éducation) et internes (croyances, émotions, sensations). Le thérapeute ne s'attardera pas plus sur les pensées que sur le comportement ou le contexte environnemental du patient. Ce dernier est invité à explorer son mode de fonctionnement tant au niveau émotionnel que réactionnel. Lors d'une thérapie, la relation entre le thérapeute et son patient est dynamique. L'objet de la thérapie est de cibler le problème afin de privilégier l'échange dans un souci de collaboration constructive. La mise en situation face à des situations problématiques pour le patient s'effectue graduellement, où chaque pallier franchi, est une réussite. A l'aide du thérapeute et à travers sa propre analyse, le patient est amené à comprendre pourquoi « cette situation » est anxiogène. Les TCC favorisent l'autonomie, la revalorisation et l'estime de soi du patient. L'objectif est de l'aider à retrouver une harmonie et un mieux-être. La finalité étant que les symptômes et les troubles disparaissent au profit de nouveaux mécanismes comportementaux et cognitifs, de nouveaux réflexes, de nouvelles attitudes, dont le but est l'épanouissement, le bien-être et le plaisir.

❖ **Dimension comportementale, cognitive et émotionnelle de l'estime de soi :**

L'estime de soi est une caractéristique de la personnalité, composée de trois dimensions :

- **Comportementale** : elle influence notre engagement dans l'action et se nourrit en retour de nos succès
- **Cognitive** : Elle dépend du regard que nous portons sur nous, mais elle le module à la hausse ou à la baisse
- **Emotionnelle** : Elle dépend de notre humeur de base, qu'elle influence en retour. Par conséquent, une bonne estime de soi facilite notre engagement à l'action, est associée à une autoévaluation plus fiable et permet une stabilité émotionnelle plus grande. L'estime de soi est donc une fonction importante dans la capacité à s'engager efficacement dans l'action. Les études ont montré que les personnes avec une faible estime de soi s'engagent avec précautions et réticence dans l'action. Ils abandonnent vite face aux difficultés et

ont tendance à hésiter et à remettre à plus tard toute prise de décision (procrastination). Tandis que les personnes à haute estime de soi agissent plus rapidement et persistent malgré les difficultés.

- **Les objectifs d'une TCC** : L'objectif principal de la TCC est d'aider la personne à trouver et/ou retrouver son autonomie et des relations sociales et professionnelles. La thérapie cognitivo-comportementale permet au patient d'être actif et de trouver des solutions à ses problèmes qui soient d'une plus grande efficacité que leur façon actuelle d'y faire face.

Patient et psychologue travaillent ensemble à :

- Spécifier les problèmes présents (fréquence, intensité, durée, modalités d'expression...).
- Déterminer les facteurs de maintien et conséquences sur le patient et son environnement.
- Développer une compréhension commune des problèmes présentés par le patient.
- Identifier comment ces problèmes se développent et affectent les modes de pensée, les comportements et les émotions
- Déterminer les conséquences de ces problèmes sur le fonctionnement quotidien du patient.
- **La durée d'une TCC** : La TCC est une thérapie brève allant généralement de 3 mois à 2 ans. Néanmoins, il est parfois nécessaire, en fonction de l'ancienneté et la gravité du trouble, de prolonger la durée de la thérapie.

Synthèse :

L'estime de soi est la base sur laquelle on construit une image de soi, on peut la comparer aux fondations d'une maison. On aura beau peindre les murs, décorer les pièces, changer la fenestration, refaire la toiture, si les fondations ne sont pas assez solides, la maison risque à tout moment de s'effondrer.

Chapitre III : L'accompagnement

Préambule :

Reprendre une vie normale en présence d'une stomie sera progressive et ceci avec l'encouragement et l'aide des membres de la famille, de l'équipe soignante, et surtout du stomisé visiteur.

1. L'entourage :

Alors en parler ou pas et à qui ?

Se pose la question pour chacun de dire ou ne pas dire et à qui. Entre ceux qui ne veulent rien dire à personne et ceux qui le disent à tout le monde, il y a là aussi toute la palette des nuances possibles. Mais pourquoi faut-il se taire ou bien pourquoi faudrait-il en parler ?

La question posée de cette manière invite à se demander : qu'est-ce que je veux partager avec qui et comment ? De la même manière qu'avec un événement important de la vie, nous ne le partageons pas de la même manière avec les différentes personnes de notre entourage.

Entre ceux qui sont bienveillants à notre égard et sauront nous aider dans cette épreuve à traverser et ceux qui l'entendront comme une information à propager pour avoir quelque chose à dire, le choix est vite fait.

Dans le cadre de la famille, il est important de tout prendre en compte afin de ne pas générer des conflits ou des incompréhensions. Un parent qui soudain passe beaucoup de temps dans la salle de bain alors qu'il ne le faisait pas avant, sans explication, cela peut inquiéter les enfants. Expliquer aux enfants ce qui se passe, c'est aussi leur donner les moyens de comprendre, de ne pas s'angoisser. Certains enfants voudront voir, d'autres non. Il ne peut pas y avoir de position dogmatique, et il est important dans cette histoire de la vie que chacun soit prêt à accepter l'autre même différent de lui. Parfois, certaines personnes ne se sentiront pas capables d'en parler, et puis progressivement cela se fera. Il est de la responsabilité des professionnels d'être attentifs aux personnes qui se replient sur elles-mêmes, qui sont submergés par la honte. Il est probable que cela se fera par étapes, et ce qui semblait impossible hier, peut devenir faisable demain. L'entourage familial doit être aussi soutenu au fil des jours. Un être humain n'est pas bien fait pour vivre sans les autres êtres humains et se couper des autres, c'est les condamner et

secondamner à la solitude. Aider quelqu'un qui pense qu'il ne vaut plus grand chose, qu'il n'est plus bon à grand-chose, voire qu'il devient une charge pour les siens, en tous cas qui se sent dévalorisé, c'est avant tout lui dire qu'il est et qu'il reste cet homme ou cette femme digne d'intérêt, voire d'amour, et qu'il ne peut être réduit à sa maladie. (F., Caugant, 2005, p.4)

2. La relation entre le malade et l'accompagnant :

La place de l'accompagnant dans la relation entre le malade et son médecin est de le soutenir psychologiquement pour l'aider à surmonter les difficultés engendrées par la maladie et ses traitements. Il peut s'agir également de conseils et d'aide à la prise de décision : l'accompagnant connaît très bien le malade et peut juger de ce qu'il est capable d'accepter et de ce qu'il désire réellement. Néanmoins, l'accompagnant ne se substitue pas au patient qui garde le contrôle complet de l'évolution de son traitement.

L'accompagnant n'a qu'un rôle consultatif et de soutien, il peut permettre au patient de poser les bonnes questions que celui-ci n'ose pas poser aux médecins et voit les choses avec une perspective différente qui peut éclairer la situation.

Lors de la première consultation ou des consultations de suivi, il est peut-être nécessaire, surtout lorsque l'on est angoissé, d'être accompagné par un proche. En effet, la loi du 4 mars 2002 (loi sur les droits des malades) permet à chaque patient de désigner une personne de confiance, un membre de sa famille, un proche, son médecin traitant, pour recevoir l'information le concernant s'il le souhaite : Vous pouvez donc venir accompagné de la personne de votre choix. Ceci vous permettra de mieux retenir toutes les informations que vous aurez peut-être du mal à intégrer, surtout si vous êtes angoissé ou si vous rencontrez des difficultés pour vous concentrer. Ce défaut de mémorisation s'accroît lorsque l'on vous annonce des informations douloureuses et difficiles, comme le fait le médecin lors de la première consultation.

De plus, chaque patient est libre de ne pas informer ses proches de son état de santé. Il doit le mentionner au médecin ou au personnel soignant en précisant le nom, le prénom et le lien de parenté ou d'amitié de la personne qui ne doit pas être mise au courant des informations concernant sa maladie. Il ne faut pas oublier, lors de la consultation, de signaler le référent médical (le plus souvent le médecin traitant) aux personnes d'accueil du centre de traitement. (M., Gallais, 2004, p.12)

3. Le rôle de l'accompagnant :

L'information et la communication avec le patient stomisé sont des éléments clés dans l'accompagnement. C'est le malade qui montre le chemin. Il a besoin « d'appivoiser » sa stomie. (ADuvernois, 2009, p15)

A. La famille du patient:

Lorsqu'on est diagnostiqué, tous les membres de la famille sont bouleversés. Personne ne peut prévoir ce que la stomie va modifier dans la vie d'une famille. Chacun voit sa vie perturbée de façon différente. Cela dépend de plusieurs éléments comme :

- La maladie (type de stomie, stade de la maladie, traitements proposés, effets secondaires, etc.) ;
- Les expériences et sentiments antérieurs que chacun peut avoir de la stomie ;
- Le lien que le membre de la famille a avec la personne malade, si c'est un père ou une mère, un enfant, un frère ou une sœur, un parent éloigné, etc. ;
- La capacité et la disponibilité de l'entourage à aider et à accompagner le patient ;
- Les conditions de vie de la famille ;
- L'histoire et l'organisation de la famille ;
- Les modes de communication entre le patient et ses proches.

La famille a une place importante dans l'accompagnement de la personne malade, même si vivre auprès d'elle peut s'avérer souvent compliqué et difficile. Les informations médicales sont avant tout destinées au patient. C'est à lui que revient la décision d'informer ou non ses proches. Le médecin doit demander au patient l'autorisation d'informer la famille, chaque fois que cela est possible. La famille est exclue de l'information uniquement si c'est la volonté exprimée par la personne malade auprès des soignants. Ceci sera alors mentionné dans le dossier médical du patient.

Informez toute personne de l'entourage qui le demande pour dédramatiser le fait d'avoir une stomie. L'idéal est que cela soit fait par le patient lui-même mais il peut demander l'aide de professionnel s'il n'y arrive pas.

Prévoir des lieux de parole pour que les familles des patients puissent aussi exprimer leur vécu de l'ostomie avec des soignants. Cela permettra peut-être d'éviter l'épuisement familial. Certaines familles font tout pour que le patient accepte sa nouvelle situation et rien n'y fait.

B. Le psychologue:

- Est responsable de l'animation du groupe et de sa continuité au fil des réunions,
- Énonce les règles du groupe et garantit leur respect,
- Favorise l'émergence des questions, la mise en mot, la prise de distance, l'accueil des émotions...

C. L'infirmier(e):

- Favorise l'émergence de questions ressenties grâce à sa connaissance du patient.
- Répond aux questions liées aux soins des stomies et rassure le patient grâce à son expérience.
- Développer la relation d'aide de confiance.
- Promotion et acceptation de l'expression de sentiments négatifs et positifs.
- Création d'un environnement de soutien et de confort.
- Assistance dans la satisfaction des besoins.

4. La place des émotions dans l'accompagnement du patient stomisé :

Laissez le patient exprimer ses émotions, c'est souvent risquer de faire face à ses propres émotions. C'est de cette prise de conscience, qu'est née notre envie d'approfondir notre compréhension des émotions. Comment surviennent-elles et quel sens pouvons-nous leur donner? Que deviennent les émotions non exprimées? Comment tendre vers une réelle authenticité au sein d'une relation de soins?

❖ Les émotions :

L'émotion est définie par Lainé et Roy comme étant l'émergence soudaine et transitoire d'un état d'intensité affective en réaction à un événement. Elle passe par le corps et contrairement au sentiment, elle ne passe pas par l'esprit. Nous avons choisi de développer les quatre émotions retenues par Petitcollin qui sont les plus souvent rencontrées dans la littérature : la joie, la colère, la tristesse et la peur. (C., Lainé, E., Roy, 2004, p.56)

• La joie :

La joie exprime une satisfaction qui se caractérise par un sentiment de plénitude. Elle sert de moteur à l'envie de progresser. C'est la meilleure source de motivation. Elle libère de l'énergie qui peut se manifester de différentes manières : bonne humeur, exaltation, gaieté, réjouissance, plaisir, béatitude,...

• La colère :

La colère exprime une frustration face à une injustice. Elle sert à mettre ses limites et à chasser les intrus. C'est un moyen mis en place quand quelqu'un ou quelque chose menace notre territoire. Elle consomme de l'énergie et peut aller de l'irritation à la fureur en passant par la rage, l'exaspération, l'emportement, l'agacement...

• La tristesse :

La tristesse révèle un manque affectif qui apparaît lorsqu'on est privé de quelque chose. Ressentir de la tristesse, c'est accepter de ressentir ce manque. C'est un passage transitoire et nécessaire préparant à une situation nouvelle. Elle est appropriée à chaque fois que nous avons un deuil à faire. Elle fait baisser le niveau d'énergie. Elle peut se manifester avec une intensité variable : cafard, mélancolie, dépression, chagrin, amertume,...

• La peur :

C'est la perception d'une situation avenir nécessitant de la prudence. Elle sert à avertir du danger en augmentant le niveau de vigilance de celui qui la ressent. C'est une émotion d'anticipation. Elle amène à réagir et génère de l'énergie. Elle va de l'appréhension à l'angoisse en passant par l'affolement, l'inquiétude, la crainte,...

5. Conseil et amélioration :

Le rythme des consultations post opératoires est à déterminer en fonction des besoins des patients mais sont nécessaires. Lors de chaque rencontre avec les patients, les soignants devront :

- ✓ déterminer les stades d'acceptation de la maladie, du traitement et de la stomie qui ne sont pas fixés de manière définitive. Laisser les patients exprimer leur dégoût éventuel, leurs craintes et espoirs. Les aider à revenir dans la réalité si les craintes ne sont pas justifiées. Passer le relais à d'autres professionnels si la situation semble stagner ou si le patient est déprimé.
- ✓ Evaluer l'état cutané de la peau péristomiale et la présence ou l'absence de fuites
- ✓ Montrer leur disponibilité afin de poursuivre la relation d'aide débutée et de cette manière renforcer le soutien psychosocial apporté
- ✓ Evaluer l'existence d'accidents, de fuites, la manière dont ils ont été vécus et aider à anticiper les réactions au cas où un nouvel accident se produirait
- ✓ Vérifier que le patient reçoit toujours le matériel souhaité et qu'il se sente libre dans sa relation avec le bandagiste
- ✓ Être attentif au coût des traitements et détecter tout souci financier afin de référer à l'assistante sociale.

A ce stade, les besoins retenus pour les patients sont :

A. Dans le domaine du psycho affectif :

- Besoin d'être rassurés par rapport à l'avenir, aux traitements éventuels, à la vie, à la mort, à l'intervention de remise en continuité.
- Besoin d'un soutien psychosocial.
- Besoin d'un accompagnement pour évoluer sur le chemin de l'acceptation de la maladie, du traitement, de la stomie.
- Besoin d'être encouragés à parler de leur stomie, de leurs sentiments, de leur vécu.
- Besoin d'écoute.
- Besoin d'être préparés aux changements induits par la présence de la stomie.
- Besoin d'être préparés aux incidents dus à la présence de la stomie et à la manière d'y remédier.

- Besoin d'accompagnement de leur conjoint, de leur famille.
- Besoin d'être entourés de soignants compétents dans les domaines du savoir, du savoir-faire et du savoir-être.
- Besoin d'exprimer un dégoût face à la stomie.
- Besoin d'être entendus et reconnus dans les difficultés vécues avec la stomie en dehors de l'hôpital (fuites, impossibilité de réaliser certaines activités, ...).

B. Dans le domaine de l'éducation :

- Besoin d'être formés à la réalisation des soins de la stomie.
- Besoin de connaître la surveillance de la stomie et comment réagir si un problème se pose.

C. Dans le domaine de l'information :

- Besoin d'information en rapport avec l'état actuel de la maladie, la stomie, les traitements complémentaires éventuels, le matériel, la vie avec une stomie, la remise en continuité
- Besoin d'identifier les personnes ressources qui pourront l'aider à gérer les problèmes qui pourraient se présenter.

D. Dans le domaine du physique :

- Besoin d'un appareillage adéquat et adapté tant au niveau de sa forme que de sa disponibilité
- Besoin d'un suivi en consultation (ou follow up) adapté à sa situation.

E. Dans le domaine du social :

- Besoin de voir ses difficultés financières éventuelles détectées et prises en charge.

6. La prise en charge :

La majorité des patients ont eu à faire face à un écoulement de selles sur le corps depuis la sortie de l'hôpital c'est pour cela qu'il faut travailler le risque d'accident et la manière d'y réagir durant l'hospitalisation et en consultation même si l'appareillage tient bien. Il est donc nécessaire d'avoir toujours un minimum de matériel avec soi.

Les demandes de suivi des patients sont différentes d'un patient à l'autre. Négocier les suivis proposés en fonction des demandes des patients et des disponibilités des stomathérapeutes.

Proposer à chaque soignant de poser des questions sur l'état cutané et l'adhérence de l'appareillage lors de chaque consultation afin de détecter les problèmes cutanés.

De nombreux patients dépendent d'une infirmière à domicile pour la réalisation du soin de la stomie c'est pour cela qu'il faut aider les quelques patients qui souhaitent obtenir une autonomie dans leurs soins à la trouver en cas de besoin.

Les adaptations des techniques de soins semblent minimales mais présentes, il faut donc évaluer à chaque consultation les modifications apportées à la technique de soin, car plus on s'éloigne de l'intervention plus il y a d'adaptation.

Elaborer une liste de points qui ne peuvent être évités, pour que la stomathérapeute sache ce qu'elle peut laisser passer et ce sur quoi elle doit être intransigeante.

Il y a des activités que les patients ne font plus à cause de la stomie. Évaluer ce qui n'est plus fait lors de chaque consultation, voir ce qui pose problème au patient et essayer de trouver avec lui des solutions acceptables pour qu'il puisse refaire toutes ses activités. (S., Néron, 1995, p.30)

Synthèse :

L'expérience psychique, c'est la face cachée de la maladie, celle d'un chemin singulier, d'une expérience intime vécue comme épreuve et combat. À bien des égards, elle reste une expérience non partageable, vécue essentiellement seul. Aucun témoignage ne peut en restituer toute l'étendue. Mais la parole des malades livre la force d'une vérité : ils sont une figure de la fragilité humaine. À ce titre, ils nous apprennent quelque chose d'essentiel : leur parcours est une expérience humaine fondamentale ; leur fragilité porte une lumière symptomatique sur le comportement humain face à la vie menacée.

1-La problématique et les hypothèses :

Tous ceux qui, un jour, apprennent qu'ils ont une maladie mortelle ou incurable ont le sentiment que leur vie s'arrête. C'est le début d'un voyage qui les emporte « vers le côté nocturne de la vie ». Du point de vue psychologique, il s'agit avant tout d'une expérience qui confronte brutalement à la réalité de la souffrance et à l'horizon de la mort. **(G.,Fischer,2008,p.10)**

Aujourd'hui, nous avons une vision essentiellement médicale de la maladie, mais il y a aussi le côté psychologique. Pour lui, elle est une épreuve, une expérience bouleversante qui l'oblige à affronter des situations auxquelles il n'est pas préparé. Pour lui, c'est une vie qui bien souvent ne ressemble plus à la vie, une vie où il est placé face à des questions qui souvent le dépassent : où trouver la force de se battre ? Comment continuer à vivre ? À quoi se raccrocher, s'il n'y a plus d'espoir de s'en sortir ?

Il est naturel de se poser de nombreuses questions afin de pouvoir y faire face quel que soit la maladie et la souffrance vécue par la personne. Cependant, on parlera de la stomie comme d'une expérience psychique où la perte de la santé est perçue comme la précarité même de la vie. Elle consiste le plus souvent à aboucher un segment d'intestin à la peau. Elle peut être temporaire pratiquée en attendant que la cicatrisation des lésions permettent un rétablissement de circuit digestif ou urinaire normal, ou définitive si en aval les voies digestives ou urinaires sont détruites, obstruées ou enlevées.

En Algérie, environ 40 000 personnes sont atteintes par un cancer du côlon, contraignant le malade à vivre avec une poche sur l'abdomen qui coûteraient 8 000 DA par mois au malade.

La création d'une stomie est toujours mal vécue par le malade et son entourage qu'il soit familial (au sens restreint comme au sens large), amical ou professionnel. Elle engendre toujours des répercussions. Le compagnon ou la compagne peuvent être confrontés à l'irritabilité ou aux autres conséquences du stress de son/sa conjoint(e) stomisé(e). Les enfants et/ou petits-enfants risquent d'être mis à l'écart parce qu'ils ne sont pas toujours informés de ce qui arrive à leur parent malade, ce qui peut les laisser dans une incompréhension ou un sentiment d'abandon profond. Les ami(e)s sont parfois écartés par crainte de ce qu'ils pourraient penser, et finissent par

se retirer du fait des multiples relances infructueuses. Professionnellement, un tiers des personnes stomisées changent de métier ou d'activité professionnelle, alors qu'aucune contrainte ne les obligeait à opter pour une nouvelle orientation. La crainte du regard des collègues et de l'employeur est la plupart du temps la cause de ce changement. De plus, ceux-ci, quand ils ne sont pas informés de la stomie, ne comprennent pas les réactions « étranges », les absences et les départs soudains de l'employé qui a, en fait, rencontré des soucis avec sa poche. La prise en considération de ces répercussions sera la garantie pour le patient stomisé et son entourage de ne plus subir ces effets, mais au contraire de mieux les gérer, et ainsi limiter leurs impacts.

En effet, La mise en place d'une stomie entraîne la présence d'un corps étranger que l'on ne peut supprimer, causant ainsi un changement de l'image du corps, visible immédiatement. Ce changement visuel peut fortement stresser les patients et expliquer des réactions de révolte ou de colère, les patients peuvent percevoir la stomie comme une mutilation ou comme une nécessité pour vivre. Selon l'angle de vue de Piwonkz et al, l'acceptation est plus ou moins difficile et le besoin de soutien et d'aide plus ou moins grand, comme ils montrent que le niveau de satisfaction des patients par rapport à leur image corporelle est malheureusement faible. **(B.CRISPIN et coll,2001,p.10).**

Mais, le fait d'accepter sa stomie et de pouvoir s'appuyer sur un environnement soutenant, aide à mieux s'y adapter. Ainsi, les personnes ayant des contacts sociaux vont plus facilement chercher de l'aide auprès des professionnels et de leur réseau de contacts, ce qui leur permet de mieux accepter leur situation. A contrario, les personnes ayant peu de contacts sociaux rejettent les accompagnements possibles, auraient moins l'opportunité de s'exprimer et se replieraient plutôt sur eux-mêmes, refusant d'accepter leur stomie. Acceptation et soutien sont liés, sans que l'on sache si l'un influence l'autre ou s'ils sont interdépendants.

Parmi les recherches effectuées sur le besoin des stomisés, Piwonka et al (1999) estiment que les stomathérapeutes doivent davantage souligner l'existence des groupes de soutien pour les patients qui expriment un besoin de parler, de rencontrer des personnes « comme elles » et de pouvoir exprimer leur vécu. Ces groupes doivent permettre aux patients de se sentir moins « différents », d'échanger leur expérience, mais aussi de mieux accepter leur opération. Dans cet

ordre d'idée, des stratégies visant à encourager les patients à accepter leur stomie et à s'engager dans leur vie sociale devraient d'ailleurs être mises en place (**Simmons et al., 2007,p23**).

Ainsi, Thorpe et al. (2009) mettent l'accent sur la complexité des changements corporels que vivent les patients stomisés. Ils insistent sur la nécessité de mieux comprendre -et aider à comprendre- comment sont vécus ces changements afin d'intégrer dans la pratique médicale une réponse cohérente aux besoins qu'ils impliquent.

Parmi les perturbations psychologiques éprouvées par les personnes stomisées, on souligne la dévalorisation et la dégradation de leur estime de soi.

L'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. Croire à sa réussite personnelle, se mobiliser en fonction d'un but à atteindre, ressentir plus ou moins profondément un échec, améliorer ses performances en mettant à profit les expériences antérieures, sont des attitudes directement liées à l'estime de soi. En d'autre terme l'estime de soi recouvre une disposition mentale qui prépare l'individu à réagir selon des attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelle.(**C.,Smith,1984,p.5**)

Actuellement l'estime de soi joue un rôle très important dans la vie de l'être humain surtout concernant les stomisés.La personne est constamment entrain de percevoir et de juger sa personne et son agir, soit de façon favorable, soit de façon défavorable. Comment est-ce que je regarde ma personne? Quelle image ai-je de mon corps? Quelle image ai-je de mes attributs personnels? Quels commentaires est-ce que je fais sur ma personne? S'agit-il de commentaires encourageants ou de paroles méprisantes? Comment est-ce que je me sens par rapport à moi-même? Mes émotions et mes sentiments vis-à-vis de moi-même sont-ils optimistes ou pessimistes?.

Certains chercheurs pensent que l'estime de soi est en fait l'addition de plusieurs estimations de soi, spécifiques à différents domaines, qui peuvent fonctionner de manière relativement indépendante les unes des autres. Par exemple on peut avoir une bonne estimation de soi dans le domaine

professionnel et une moins bonne en matière de vie sentimentale. Selon les circonstances et les interlocuteurs, le sentiment de valeur personnelle peut alors varier considérablement. Chez la plupart des personnes, cependant, un succès ou un échec dans un domaine donné aura tout de même des conséquences dans les autres. Un chagrin d'amour entraînera chez le sujet éconduit ou abandonné un sentiment de perte de valeur personnelle globale. A l'inverse, une réussite dans un domaine précis donnera le plus souvent un coup de fouet à l'estime de soi. En revanche, pour d'autres chercheurs, il est impossible de compartimenter l'estime de soi: difficile d'en avoir une bonne dans un domaine sans que cela ne bénéficie au domaine voisin. Inversement, une estime de soi médiocre dans un secteur altérera forcément notre niveau global de satisfaction de nous-même. L'estime de soi ne peut alors se comprendre que comme un regard global sur soi-même. **(C.,André et F., Lelord,2001,p.57)**

W.James est l'un des premiers auteurs à avoir considéré l'estime de soi comme résultante d'une construction personnelle. A cet effet, il pense que l'estime de soi est la conscience de la valeur du moi et le rapport entre ce que nous sommes, -notre soi réel- et ce que nous voudrions être -notre soi idéal -.

C.Cooley évoque l'influence de l'environnement relationnel sur la perception qu'un individu se forge de lui-même, il postule qu'autrui serait un miroir dans lequel nous nous percevons et que les jugements d'autrui sur nous seraient intériorisés et créeraient la perception que nous avons de nous. Ainsi, l'estime de soi résulte de la confrontation entre soi idéal et soi perçu qui dépend de l'environnement relationnel de chacun.**(M.,Delphine,1995,p.16)**

Rien n'est finalement plus complexe que l'estime de soi, puisqu'il se situe au carrefour de différents types de maturation (neuro-développementale, cognitive, psychoaffective), l'estime de soi se rapporte à la façon dont un individu évalue son degré de compétence, son importance, sa réussite et sa valeur. Elle désigne le plus souvent les émotions associées au processus cognitif d'auto-évaluation. Une haute estime de soi est particulièrement importante car elle traduit une perception positive de votre valeur personnelle. Elle est déterminée par des expériences antérieures et par des pensées positives qui se reflètent par une attitude positive. Des expériences malheureuses lors de l'enfance, des critiques par les parents, des professeurs ou des camarades

peuvent provoquer des sentiments d'infériorité et une perte d'estime de soi. Cependant, le regard que nous portons sur nous-même a aussi une influence considérable sur notre estime de soi. Faute de pouvoir changer nos expériences passées, nous pouvons malgré tout agir sur celles que nous vivons maintenant. Bien que les bases de l'estime de soi se construisent depuis l'enfance, l'estime de soi ne reste pas figée lorsque nous atteignons l'âge adulte. Au contraire, elle continue d'évoluer et de changer. Ce qui fait qu'un petit choc peut provoquer toute une différence, tel que le regard du patient sur sa propre stomie : permettre la distinction des affects de honte et de dévalorisation.

Plusieurs approches théoriques tentent de comprendre, d'analyser et d'expliquer ce phénomène, il existe aussi une marge considérable dans la façon d'expliquer ce problème dans les milieux scientifiques.

L'approche intrapersonnelle remonte à plus d'un siècle. Selon cette perspective, initiée par William James (1890), l'estime de soi serait le produit d'une comparaison entre les caractéristiques perçues du soi (le concept de soi réel) et un soi idéal, c'est-à-dire les représentations de ce que la personne souhaiterait être (concept de soi idéal). L'estime de soi a également été conceptualisée en termes interpersonnels. Selon les auteurs originels (Baldwin, 1897 ; Cooley, 1902 ; Mead, 1934), le soi est une construction sociale façonnée au travers des échanges avec les autres. Ils pensent que les sentiments que les personnes nourrissent vis-à-vis d'elles-mêmes sont déterminés par la manière dont elles croient que les autres les évaluent. **(J.,Famose,2009,p.,23)**

L'approche psychosociale étudie les influences du psychisme sur les relations que nous entretenons avec autrui. Elle analyse la façon par laquelle nos pensées, sentiments et comportements sont influencés par la présence imaginaire, implicite ou explicite des autres, par leurs caractéristiques et par les divers stimuli sociaux qui nous entourent. De plus, elle examine comment nos propres composantes psychologiques et biologiques personnelles influent sur notre comportement social. Maslow inscrit dans sa théorie l'estime de soi dans le niveau supérieur de la hiérarchie des besoins humains. Il représente l'estime de soi comme le besoin de réussir ce qu'on entreprend, de se sentir compétent et d'être reconnu par autrui.

L'approche psychanalytique s'inscrit dans une démarche d'analyse de l'inconscient individuel mais aussi collectif, considérant que le psychisme d'un individu est constitué aussi bien d'éléments de sa vie personnelle, que de représentations faisant appel aux mythes et symboles universels. Elle met en place un processus d'individuation afin que le sujet accède à son propre Soi, centre de son psychisme, de son être.

Sigmund FREUD (1856-1939) étudie l'estime de soi dans ses rapports avec le narcissisme, qui consiste en l'amour que le sujet se porte à lui-même. Ce rapport n'est pas un concept à tonalité négative, il s'agit plutôt d'une dimension constructive et adaptative qui permet au sujet, en s'appuyant sur l'amour qu'il éprouve pour lui-même, d'aimer quelqu'un d'autre. Le manque d'estime de soi serait l'altération du sentiment d'amour et d'estime pour soi-même que ressent le sujet. L'objet d'amour, selon Freud, est un révélateur narcissique qui permet d'obtenir une gratification narcissique à travers autrui dans un jeu de miroir. Pour Freud, ne pas être aimé diminue le sentiment d'estime de soi, être aimé l'élève, et représente le but et la satisfaction dans le choix d'objet narcissique.

Carl Gustav JUNG (1875-1961) étudie le Soi dans son ouvrage "Métamorphoses de l'âme et ses symboles" (1912). Son œuvre a d'abord été liée à la psychanalyse de Sigmund Freud, dont il fut l'un des premiers collaborateurs, et dont il se sépara par la suite en raison de divergences théoriques. Jung utilise le Soi pour désigner l'archétype qui structure la psyché. Le retrouvant dans toutes les mythologies et religions du monde, il s'agit du lieu virtuel où s'unifient le conscient et l'inconscient, permettant ainsi la réalisation de la personnalité authentique. Il a pour fonction de réaliser l'être et de maintenir le contact des différentes couches psychiques entre elles.

Heinz KOHUT (1913-1981) théorise et développe le concept de narcissisme préétabli par Freud. Kohut se dissociera ensuite de la position analytique freudienne. Selon Kohut, un narcissisme solidement établi confère à l'individu une confiance en soi suffisante pour permettre l'ouverture à l'autre dans sa différence. Dans le cas contraire, l'auteur décrit des accès de rage narcissique en réponse à une blessure d'amour-propre de la personne. Ces réponses peuvent prendre la forme de sentiment d'agression, de colère ou encore de pouvoir destructeur. Dans les racines de l'estime de soi que constitue le narcissisme, on trouve donc d'emblée la notion de comportement violent lié à

un narcissisme défaillant. Kohut introduit aussi le terme d'empathie, qui occupe une place fondamentale dans sa pensée. Pour Kohut, cette notion d'empathie, d'identification à autrui, au sens quotidien de « se mettre à la place de... » est incontournable en matière de psychanalyse. La clinique psychanalytique passe par l'empathie du psychanalyste, il ne peut y avoir de recueil « objectif » de données psychanalytiques sans passage par le psychisme et la subjectivité de l'analyste, toute donnée clinique comme toute interprétation implique l'empathie.

Etant donné que l'approche cognitivo-comportementale, s'intéresse aux pensées aux sentiments et aux comportements, ainsi qu'au côté observable des pensées, en avançant des interprétations sur le vécu psychologique des sujets subissant des changements venant de l'intérieur ou de l'extérieur, et l'approche psychanalytique qui exprime la notion d'estime de soi et qui est appliquée à la relation avec le somatique et l'état psychique du sujet. On s'est intéressé à l'approche intégrative qui englobe les deux approches cognitivo-comportementale et psychanalytique.

Notre recherche a pour but, d'une part, de comprendre l'expérience personnelle de la stomie, la gestion du traitement et les ajustements du mode de vie et, d'autre part, d'identifier les besoins d'information, de soutien, d'aide pratique et d'éducation thérapeutique des patients stomisés, à différents stades du traitement (préopératoire, postopératoire immédiat et à distance de l'intervention). On est tenté de définir les besoins des patients stomisés en termes de qualité de vie et d'adaptation à l'intervention, ainsi leur estime de soi et l'acceptation de leur image corporelle sera meilleur avec pour but l'amélioration de la qualité du traitement et de la prise en charge durant le séjour hospitalier et dans la vie quotidienne ensuite. Ainsi qu'un retour rapide après l'intervention vers une qualité de vie qui satisfait le patient.

Ces données nous ont amenées à formuler notre problématique et poser les questions suivantes :

- Est-ce que la stomie mène les stomisés à se dévaloriser ou à se sous-estimer?
- Existe-t-il un accompagnant référent précis qui peut comprendre profondément les besoins des personnes stomisées tel que les besoins affectifs ?

Hypothèses :

Afin de répondre aux questions posées nous avons formulé des hypothèses, qui nous faciliteront le chemin de l'enquête :

-Les personnes stomisées souffrent d'une mauvaise estime de soi, sur le plan psychologique elle se manifeste par : l'anxiété, un sentiment de dévalorisation, manque de confiance en soi, stress, honte...etc.

- Il existe un accompagnant qui peut être soit un membre de la famille ou une autre personne de son entourage qui peut comprendre les besoins du stomisé, ce dernier le considère comme un appui, une source de sécurité pour lui, mais sur le plan affectif la compréhension et la contribution reste pauvre et insuffisante.

2. Définition et opérationnalisations des concepts :

2.1. Définition des concepts:

- **La stomie :**

La stomie est l'abouchement chirurgical d'une partie du tube digestif ou du système urinaire à la peau. Concrètement, il s'agit d'un segment d'intestin qui est cousu à la peau. Cette poche permet à de nombreux patients (souffrant de cancers, de maladies inflammatoires, de malformations Ano rectales, etc.) de continuer à évacuer leurs urines ou leurs selles

- **Le stomisé :**

Une personne portant une stomie est appelée «stomisé», terme impropre en français mais validé par l'usage dans un contexte médical.

- **L'estime de soi :** selon :

James 1980 L'estime de soi est le rapport entre les aspirations et les réussites effectives.

Coopersmith 1984 Renvoie à l'évaluation qu'une personne fait d'elle-même, elle est le reflet d'une attitude d'approbation ou de désapprobation.

- **L'accompagnement :**

Les travaux sur l'accompagnement commencent à la fin des années quatre-vingt-dix, au moment où ce récent « mode d'aide » monte en puissance. La réflexion sur ce qu'accompagner veut dire n'a pourtant pas été épuisée, ni par les approches réflexives, ni par les praticiens, sans cesse conduits à mettre en regard de « l'accompagnement » (le mot), « la chose » qu'ils pratiquent. Comme le souligne Gusdorf, « Mettre de l'ordre dans les mots, c'est mettre de l'ordre entre les pensées, mettre de l'ordre entre les hommes » (**Gusdorf, 1968, p. 37**)

Vers 1600, l'accompagnement se définit comme une partie qui accompagne la partie principale. Le verbe accompagner signifie prendre pour compagnon, puis se joindre à quelqu'un, notamment pour faire un déplacement en commun. Aujourd'hui, l'accompagnant est une personne qui accompagne et qui guide. D'après Margot Phaneuf (2013) : « Accompagner quelqu'un, ce n'est pas se placer devant, ni derrière ni à sa place. C'est être à ses côtés pour le soutenir. »

2.2. Opérationnalisation des concepts :

- **La stomie :**

C'est une petite ouverture de forme ronde ou ovale qui est légèrement enflée juste après la chirurgie mais finit par rétrécir 6 à 8 semaines plus tard si elle est temporaire, elle ne contient pas de nerfs c'est pourquoi elle n'est pas douloureuse lorsqu'on la touche mais elle peut saigner facilement en raison de la présence de nombreux petits vaisseaux sanguins près de la surface. La stomie s'étire légèrement pour évacuer les selles, mais contrairement à l'anus, elle ne possède pas de muscle pour contrôler l'émission des selles, comme elle n'est affectée ni par l'eau ni par les contacts.

- **Le stomisé :**

C'est une personne qui a subi une intervention chirurgicale et qui porte une poche de recueil des selles ou des urines. Cette personne souffre physiquement et psychologiquement, c'est pourquoi elle nécessite un traitement pour soigner la pathologie et une thérapie pour soulager la souffrance psychique.

- **L'estime de soi :**

L'estime de soi c'est l'opinion que l'on a de ses qualités et défauts, c'est tout à la fois ce que la personne pense d'elle-même et de l'image qu'elle donne aux autres. Elle renvoie aux regards que chacun porte sur lui-même qu'ils soient positifs ou négatifs. *Une bonne estime de soi se manifeste par* : un sentiment de sécurité, l'amour envers soi-même, sentiment de compétence et de performance,...etc.

Une mauvaise estime de soi se manifeste par: un sentiment d'insécurité et de culpabilité, la haine envers soi-même, des pensées négatives, de la honte, peur, détresse, difficultés à prendre des décisions...etc.

- **L'accompagnement :**

L'accompagnement de la personne stomisée peut être fait par plusieurs personnes :

- Le médecin ou le chirurgien qui se charge de l'opération : lequel doit effectuer la mise en place de la stomie et doit pouvoir déterminer le matériel nécessaire, en quantité et en qualité selon le type de stomie, d'effluents, l'état cutané, et la morphologie abdominale du

patient. Ce dernier lui doit sa dextérité pour manipuler ces appareillages et faire ses auto-soins.

- Infirmier (infirmière) ou stomathérapeute : surveille le stomisé après l'opération et met en œuvre un programme d'éducation thérapeutique c'est-à-dire un transfert de connaissances et de compétences sur les soins de stomie.
- Psychologue joue un rôle très important sur l'état psychique du patient stomisé avant et après l'opération (il doit : reconnaître, encourager, soutenir, valoriser, gratifier, déstresser, etc.)
- famille ou autre proche : prend en charge le stomisé à domicile (auto soins par transfert de compétences) et peut remplacer l'infirmier pour les soins courants et aider le stomisé et le soutenir pour s'accepter sur le plan affectif, compte tenu des conseils du psychologue.

Chapitre V : La démarche de la recherche et groupe d'étude :**Préambule :**

La méthodologie renvoie aux liens entre la théorie de la réalité sociale et la méthode qu'une étude utilise pour rendre compte d'un aspect de la réalité, dans notre thème d'étude qui s'intitule «Estime de soi chez les personnes stomisées et leur accompagnement référant » on va présenter la méthode de notre recherche, les techniques de recueil et analyse de données.

I.Démarche de la recherche et groupe d'étude :**1. La pré-enquête :**

Dans toute recherche en particulier en sciences humaines et sociales, la pré-enquête est très importante. A ce sujet, NISABWE (2007-2008) indique que : « la pré-enquête est une reconnaissance ou une familiarisation avec le terrain et permet la reformulation des questions du guide d'entretien ».

L'importance de la pré-enquête apparaît dans la définition suivante : « la pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle est appelée phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente. (Cario.R, 2000, p11)

Avant d'entamer notre thème de recherche une pré-enquête a été menée sur le plan théorique et pratique.

Sur le plan théorique, une recherche documentaire était la première étape dans la réalisation de notre travail de recherche. Nous nous sommes rendu dans plusieurs centres de documentation afin d'avoir accès à plusieurs ouvrages et articles sur notre thème d'étude; d'autre part une fréquentation de quelques sites internet nous a beaucoup aidé.

Nous avons aussi eu l'opportunité de mettre la main sur quelques documents au niveau des responsables du service de la santé; et eu des entretiens avec quelques spécialistes de la santé (infirmières, médecins, chirurgiens...etc.) concernés par le sujet d'étude afin de recueillir leur avis sur l'estime de soi des stomisés.

Sur le plan pratique, on a effectué notre pré-enquête à l'hôpital Belhoucine Rachid de Sidi Aich dans le service de chirurgie où on s'est rapproché des patients stomisés pour faire des entretiens préliminaires avec eux, sur la situation qu'ils vivent, et ses conséquences sur leur état psychique. Ceci nous a permis de constater chez eux une grande souffrance psychique, des douleurs morales et physiques, manque de confiance en soi...etc.

Durant la période d'enquête, nous avons dans nos mains une autorisation de la part de l'administration locale et d'une attestation de recherche délivrée par le Doyen de la Faculté de Sciences humaines et sociales de l'Université de Bejaia.

Avant la descente sur terrain, nous avons d'abord commencé à lire et à relire le guide d'entretien afin d'éviter les tâtonnements le moment venu de notre entretien. Avant d'entamer l'entretien, nous commençons par nous présenter à nos enquêtés et leur préciser l'objet de notre recherche. Ces contacts se passaient de façon douce et naturelle dans le but de gagner et de garder leur confiance et leur collaboration

Cette pré enquête a été pour nous une étape qui nous a permis d'être au courant des réalités de notre terrain d'enquête. Pour le cas qui nous concerne, avant de nous lancer dans la pré-enquête, un guide d'entretien a été élaboré d'avance.

Ainsi, nous avons commencé la pré-enquête avec un homme que nous avons rencontré par le biais de nos connaissances. Lors des premières rencontres, nous avons commencé par l'introduction de notre entretien par des questions d'ordre général pour une mise en confiance.

Durant l'entretien avec nos enquêtés, nous laissons le sujet s'exprimer librement sans pour autant diriger et interrompre son discours. Nous avons donc essayé de suivre les propos de PINTO & al (1964, p.815), où ils conseillent qu'« A partir du moment où l'enquêté commence à parler, l'enquêteur ne doit pas l'interrompre ou le questionner mais demeurer dans une attitude de compréhension.»

Toutefois, cette position de PINTO est à relativiser car pour les cas enquêtés, nous avons fait recours à la reformulation de nos questions et à poser d'autres questions liées aux informations livrées par les enquêtés.

Tenant compte de la nature de notre thématique d'enquête qui est «l'estime de soi chez les personnes stomisées et leur accompagnement référant », nous laissons l'enquêté s'exprimer librement sur sa situation car comme le précise DE LANDSHEERE (1976, p. 83), « ...cette

méthode permet de mieux comprendre les motivations, les conflits, les attitudes des sujets qui, une fois mis en confiance, révèlent petit à petit leurs anxiétés, leurs frustrations, leurs sentiments, leurs espoirs et leurs préjugés ».

En ce qui concerne notre conduite, nous avons préféré nous entretenir avec chaque cas à part, dans le but d'éviter des résistances éventuelles et préserver l'intimité des sujets. Nous tenions en considération la disponibilité de nos enquêtés. Nous nous fixions chaque fois un rendez-vous avec les sujet tandis que les entretiens se déroulaient à l'hôpital ou dans les associations vue la disponibilité des cas.

Afin de recueillir le maximum possible d'informations, un seul cas pouvait nous prendre trois occasions ou plus en fonction de la disponibilité de nos enquêtés. Signalons en passant que la durée moyenne des entretiens est légèrement inférieur à trente-cinq minutes et cela dans le but de ne pas fatiguer nos enquêtés.

❖ **Présentation du cas et résultat de la pré-enquête :**

Le premier cas de notre pré-enquête était un homme (S.O) âgé de 38ans, marié depuis sept ans, père de deux garçons, son niveau scolaire est de 3ème(A.S), commerçant de profession, sa situation socio-économique est moyenne. Le cas (S.O) présente une colostomie définitive suite à un accident très violent provoquant un choc pour lui et sa famille. Mais durant l'entretien ce cas c'est révélé très courageux et collaborateur avec nous. Il a raconté son accident et exprimé ses émotions sans aucune difficulté répétant chaque fois : *« c'est la volonté de dieu et je suis prêt à tout accepter et à tout endurer »*¹ même concernant son entourage, il a de bonnes relations avec sa famille et ses amis, il semble très ouvert mais il a toujours un sentiment d'infériorité vis-à-vis de son travail, il disait : *« je ne suis plus utile comme avant, y'a beaucoup de choses qui ont changé, je ne peux plus faire grand-chose pour ma famille..., j'ai l'impression de ne plus pouvoir les satisfaire comme avant, maintenant c'est eux qui vont devoir m'aider et c'est un peu gênant parce que j'ai pas l'habitude et c'est injuste »*² ce qui fait que malgré son courage et sa volonté à faire plein de chose pour sa famille, il reste toujours le

¹ Tikchi n rabi kavlagh koulékh athidesaadigh

² ouslihagh ara amzik, atas lahwayej ikvedlen, ouzmiragh ara adkhedmagh hawla n lahwayej ilafamiw..., tehousough ouzmiragh araatesfarhagh amzik, thoura dlouthni iglak ayi iwnéne, tesithehigh lavouda onomagh ara yarna machi del hak.

sentiment d'être incapable, de dévalorisation, et un peu de honte et d'humilité. Ce qui fait que sa stomie a certainement changé sa vie quelque part et a touché son estime de soi. Ence qui concerne son accompagnant durant l'hospitalisation et qui était sa femme, celle-ci raconta l'histoire tout en pleurant, très sensible donc, mais malgré tout acceptant sa stomie et le soutenant beaucoup, elle disait : *« j'essaye toujours de ne pas pleurer à ses côtés pour qu'il ne ressente pas ma douleur ou que j'ai de la pitié envers lui. Je veux toujours garder une bonne relation surtout pour le bien de nos enfants, et pour qu'il ne ressente pas de changement... »*³

Tableau 5.1 : le résultat total et sous échelles de « Cooper Smith »

	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge
Cas (S.O)	16	5	7	3	31	3

A partir des résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith qu'on a appliqué à (S.O), on a identifié une estime de soi très basse, la note totale de (31) points, ce qui explique que le patient présente une mauvaise estime de soi, un sentiment d'infériorité et manque de confiance en soi malgré la qualité favorable de son environnement.

Cette pré-enquête nous a permis de cerner notre question de recherche pour s'intéresser à l'estime de soi chez les personnes stomisées et leur accompagnement référent.

2. La méthode clinique :

Elle se définit par : « méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée ». (N., Sillamy, 2003, p.57)

La psychologie clinique étudie et traite tout « fait » ou « événement » psychologique normal ou pathologique indépendamment de sa cause connue ou supposée. Elle vise la mobilisation des processus proprement psychologiques au sein d'une relation donnée. Le psychologue joue sur les effets de rencontre avec un autre qui permettront de soulager la souffrance psychique tout en

³ Tsiyigh kolasse akéne ossétroyagh ara ariféssé bache ouguétehoussara sél karehiw nagh yétghidhiyi, vghigh anili kolasse bkhir akéne othossonara daryanagh, ovghighara adehosséne syésnagh...

analysant son propre engagement au sein de cette relation. La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre à relever aussi fidèlement que possible la manière d'être d'humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (Lagache, 1949). (K.chahraoui et H.bénony,2003,p.11)

Elle répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations (l'observateur est partie intégrante de l'observation), à la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie.

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. L'analyse des productions en provenance de ces outils est largement diversifiée puisqu'il peut s'agir d'analyse de contenu, d'analyse psychopathologique, d'analyse normative, d'analyse perceptivo-cognitive, etc.

•L'étude de cas :

Selon Huber, (1993) l'étude de cas vise non seulement à donner une description d'une personne, de situation et de problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes. Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire et ce, indépendamment des aspects de diagnostic. Celui-ci favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents, etc. L'étude de cas enrichit les connaissances en sciences humaines dans la mesure où elle favorise les productions des représentations subjectives en situation et en relation ; ce que des mesures objectives et fiables ne peuvent aucunement apporter, d'où la nécessité d'envisager la méthode clinique comme fondamentalement complémentariste. (K.,Chahraoui et H.Bénony,2003,p.12)

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologique mais tente de restituer les problèmes d'un sujet dans un contexte de la vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension, organisation de la personnalité, relation avec l'environnement présent et passé de l'ensembles de ces données descriptives, le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite, celle-ci étant multiple, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (K., Chahraoui, et H. Bénony, 2003, p.126)

3. Présentation du lieu de recherche :

Cette étude s'est déroulée au niveau de l'établissement public hospitalier de Sidi-Aich, l'hôpital Rachid Belhoucine, lors d'un stage pratique effectué, après l'accord et décision du directeur de « E.P.H » Etablissement public hospitalier de Sidi-Aich.

•Cet hôpital regroupe plusieurs services :

- A)-Service de chirurgie centrale
- B)-Service médecine interne
- C)-Service pédiatrie
- D)-Service ophtalmologie
- E)-Service réanimation
- F)-Service maternité gynécologie

4. Présentation de groupe d'étude :

Notre population d'étude est composée de 6 personnes âgées entre 35 et 55ans dont quatre hommes et deux femmes auxquels on avait appliqué le test d'estime de soi de Cooper-Smith.

Ces personnes partagent les même souffrances et douleurs et se sont toutes montrées compréhensives et collaboratrices.

4.1. Sélection de groupe d'étude :

-Notre groupe de recherche comprend six sujets que nous avons sélectionnés sur des critères d'homogénéité bien précis dans la mesure ou notre thème concerne des patients atteint de la même maladie. Notons :

a) L'âge : Tous les sujets sont des adultes.

b) Stomie : Ils portent tous une poche.

c) Ils sont tous mariés

d) Leur stomie est définitive.

-Cependant certains critères que nous avons jugé non pertinents pour la sélection n'ont pas été retenus :

a) Sexe : cette variable n'est pas étudiée de façon indépendante car nous avons opté pour un groupe varié qui englobe les deux sexes.

b) Leur niveau socio-intellectuel et socio-économique est dissemblable entre les cas.

c) Leur type de stomie diffère d'un patient à l'autre.

d) Les personnes de stomie temporaire sont exclues de notre choix.

❖ **Tableaux récapitulatifs des caractéristiques des cas étudiés :**

Les tableaux suivants résument les études faites selon les caractéristiques choisies dans chaque cas.

Tableau 5.2 : tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude selon le sexe

Sexe	Masculin	Féminin
Sujet	4	2
pourcentage	67%	33%

Source : réalisé par nous même à partir des cas retenus au niveau de l'hôpital

Le tableau ci-dessus présente le sexe des cas en pourcentage, on a 67% de sexe masculin et 33% sont de sexe féminin. On remarque que le nombre de stomisés hommes est beaucoup plus grand que celui des femmes.

Tableau 5.3 : tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude selon l'âge

Age	30-40 ans	40-50 ans	50-60 ans
Sujet	1	3	2
pourcentage	17%	50%	33%

Source : réalisé par nous même à partir des cas retenus au niveau de l'hôpital

Le tableau précédent indique l'âge des stomisés. Dans l'intervalle (30-40 ans) on a 17% de stomisés par contre dans l'intervalle de (40-50) on a 50%, et celui des (50-60) ans représente 33% de notre groupe d'étude. On remarque que la plus part des stomisés sont des adultes et la catégorie la plus touchée est celle de 40 à 50 ans.

Tableau 5.4 : tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étudiés selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	primaire	Moyen	Universitaire
Sujet	4	1	1
Pourcentage	70%	15%	15%

Source : réalisé par nous même à partir des cas retenus au niveau de l'hôpital

Le tableau ci-dessus représente le niveau d'instruction des cas d'étude. On a 70% qui ont un niveau primaire, 15% ont un niveau moyen et pareil pour ceux qui ont un niveau universitaire. A remarquer que la plus part ont un niveau primaire.

Tableau 5.5: tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	célibataire	Marié	Veuf
Sujet	0	6	0
Pourcentage	0%	100%	0%

Source : réalisé par nous même à partir des cas retenus au niveau de l'hôpital

Le tableau ci-dessus représente la situation matrimoniale des cas. On a 100% des cas qui sont mariés et 0% de célibataire ou veuf. On remarque que dans notre étude que l'échantillon retenu est celui des personnes mariées.

Tableau 5.6: tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude selon le type de la stomie

Type de stomie	colostomie	iléostomie	Urinstomie
Sujet	4	2	0
Pourcentage	67%	33%	0%

Source : réalisé par nous même à partir des cas retenus au niveau de l'hôpital

Le tableau précédent résume le type de stomie de l'échantillon que nous avons retenu. On a 67% de sujets avec une colostomie, 33% ont une iléostomie et 0% ont une urinstomie. On remarque que la plus part des sujets sont atteints d'une colostomie.

Synthèse :

La méthode est la manière de faire une chose suivant certains principes, certaines règles et selon un certain ordre pour parvenir à un but, dans notre recherche on s'est basé sur la « méthode clinique » car elle implique une démarche rigoureuse liée à l'expérience pratique, à la relation, à la demande (institutionnelle, individuelle, groupale), à l'implication, aux champs du social et aux valeurs culturelles et à la complexité du fonctionnement psychologique de l'être humain.

I. Les techniques utilisées :

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observation et/ou de mesures prétendues scientifiquement acceptables et réunissant suffisamment de qualités d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques. (O.,Aktouf, 1987,p.81)

Dans notre étude, les techniques mises en œuvre dans notre pratique sur le terrain sont l'entretien clinique de recherche de type semi-directif et l'échelle de l'estime de soi de C Smith.

1. L'entretien clinique de recherche :

L'entretien avec le patient et/ou avec son entourage permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. Il n'est pas la seule méthode d'évaluation et même s'il peut être complété considérablement par d'autres observations (en milieu naturel, à l'hôpital, etc.), examens et tests psychologiques. Son but est diagnostique et thérapeutique.

L'objet de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. L'entretien d'évaluation en pratique clinique nécessite la mobilisation, du côté du clinicien, d'un mouvement d'empathie propre à la démarche compréhensive conjointement à une approche active et centrée. Le clinicien est en quête d'éléments précis et préétablis servant à catégoriser et à classer ; mais il importe de différencier :

- les symptômes observés
- les symptômes ressentis par le patient
- l'interprétation que le patient donne de ses symptômes
- l'interprétation que fait le clinicien ou un membre de l'entourage (parents chez l'enfant, conjoint chez un adulte, entourage familial chez la personne âgée) des symptômes du patient.(K.Chahraoui,H.Bénony,2003,p.32)

- durant notre entretien clinique de recherche nous avons observé les cas afin d'enrichir notre étude et obtenir plus d'information sur eux.

1.1. L'entretien semi-directif :

On dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique.

Dans ce type d'entretien le clinicien pose une question puis se retire pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours.

1.2. La conduite de l'entretien clinique de recherche :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (blanchet, 1992). Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement préparée identique pour tous les sujet. Elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. Blanchet (1985) distingue deux types de consignes : celles qui induisent un discours d'opinions (« J'aimerais que vous me parliez de..., ce que cela représente pour vous ») et celles qui induisent un discours de narration (« J'aimerais que vous me parliez de..., comment ça s'est passé pour vous »)

1.3. Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisée ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien, la préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu. Les différentes formes de relance doivent également faire l'objet d'une préparation à l'avance.

L'entretien se déroulera d'une manière semi directif, et les questions seront posées selon le niveau intellectuel et linguistique des patients stomisés interrogés ; on le retrouve dans le guide d'entretien ci-dessous :

Informations personnelles :

Notre objectif est de préciser et d'avancer des informations sur les sujets, sur l'enfance et les traumatismes déjà vécus et leur influence sur la tenue du corps ainsi que leur état de santé. On résume quelques questions dans les axes qui suivent.

1-Quel est votre âge ?

2-Quel est votre situation matrimoniale ?

Axe 1 : Information sur l'état de santé (le médicale) :

Notre type de questions concernant cet axe se résume aux informations concernant l'état de la santé. On le résume aux deux questions suivantes :

1-Quel type de stomie présentez-vous ?

2-Est-ce que c'est une stomie temporaire ou une stomie définitive ?

Axe 2 : Informations sur l'estime de soi du stomisé (côté psychologique) :

Notre type de question concernant cet axe se résume aux informations concernant l'estime de soi des personnes stomisées . Il est résumé par les deux questions suivantes :

1-Quelle est votre première réaction après avoir subi la stomie ?

2-Avez-vous développé des perturbations psychologiques ?

Axe 3 : Informations sur le l'entourage du stomisé

Notre type de question concernant cet axe se résume aux informations concernant l'entourage du stomisé . On a posé les questions suivantes :

1-Quelle est la réaction de vos proches lors de l'annonce de la stomie ?

2-Avez-vous quelqu'un de vos proches qui est stomisé ?

Axe 4 : Informations concernant l'accompagnant du stomisé

Notre type de question concernant cet axe est lié aux informations concernant l'accompagnant du stomisé . On a posé les deux questions suivantes :

1-Quelle est votre relation avec le stomisé ?

2-Pensez-vous que vous êtes capable d'aider le stomisé à mieux dépasser sa maladie ?

Axe 5 : Projection dans l'avenir

Notre type de question concernant cet axe se focalise sur les informations concernant la vision du stomisé pour l'avenir. Ce sont les questions suivantes qui sont posées :

1-Quel est votre vision du futur et que pensez-vous de l'avenir ?

2-Que souhaitez-vous dans l'avenir ?

Remarque : Les questions restantes sont présentées dans les annexes.

2. L'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi :

- **Définition de l'inventaire :**

Selon C Smith le terme "estime de soi" renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes, qu'elle que soit les circonstances, c'est en ce sens, une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et professionnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de sa vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle.). L'inventaire a donc été élaboré pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi. (C. Smith, 1984, P10)

- **Description de l'inventaire d'estime de soi :**

-L'inventaire d'estime de soi a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives vers soi-même dans les domaines sociaux, familiaux, personnels et professionnels.

-Le S.E.I comporte 58 items, décrivant les sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auquel le sujet doit répondre en cochant une case "me ressemble" ou "ne me ressemble pas" pour les deux formes (scolaire et adulte), la composition de l'inventaire est identique, mais nous avons choisi la forme adulte pour notre groupe de recherche.

- **Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs :**

-Items positifs : (1-4-5-8-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58.)

-Items négatifs : (2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57.)

- **cette forme est composée de cinq échelles :**

-1-L'échelle générale : 26 items (1- 3- 4- 7- 10 -12- 13- 15 -18 -19- 24 -25 -27- 30- 34- 35 - 38- 39 -43- 47- 48 -51- 55- 56 -57.)

-2-L'échelle sociale : 8 items (58- 41- 21- 28 -40- 49 -52.)

-3-L'échelle familiale :8 items(6- 9- 11- 16 -20- 22 -29 -44.)

-4-L'échelle professionnelle :8 items (2- 17 -23- 33- 37- 42- 46 -54.)

-5-L'échelle de mensonge :8 items (26- 32- 36- 41 -45 -50 -53 -58.)

Source : Inventaire d'estime de soi **S.COOPER SMITH**

- **L'administration du test de l'estime de soi :**

Cette étape nous a permis d'évaluer l'estime de soi de chacun de nos sujets.L'administration du test était individuelle.le temps moyen de l'administration était de 20 à 25 minutes au lieu de 10 minutes comme le prévoit le CPA(1984) et cela à cause de la non compréhension de certains mots qu'on a pris soin de traduire en Kabyle.

II. L'analyse des techniques utilisées

1. L'analyse de l'entretien clinique :

- L'état de la santé (Le coté médicale)
- L'estime de soi du stomisé (Le coté psychologique)
- Le soutien de l'entourage pour le stomisé
- L'accompagnant du stomisé
- Projection dans l'avenir

2. L'analyse et cotation de l'échelle d'estime de soi(SEI) :

L'analyse des résultats obtenus par le test d'estime de soi se fait en deux étapes qui sont les suivantes :

2.1. La correction :

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

Tableau 6.1 : Grille de correction

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

			Ne me ressemble pas	1
--	--	--	---------------------	---

Source : inventaire d'estime de soi S.COOPER SMITH.

2.2. Classement et interprétation :

-Après la correction de réponses obtenues on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théoriques et aussi la note de l'échelle de mensonge.

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

Tableau 6.2 : les niveaux d'estime de soi

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

Source : inventaire d'estime de soi S.COOPER SMITH.

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

évaluation positive du soi. La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (46 à 49) considérée comme une bonne estime de soi.

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

Tableau 6.3 : Valeurs caractéristiques des échelles

	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Totale	Mensonge
Moyenne	22,16	6,70	6,88	6,72	42,46	3,22

Source : inventaire d'estime de soi S.COOPRE SMITH.

Ce tableau nous aide à repérer par une comparaison intra-individuelle, le domaine où l'estime de soi est basse à plus élevée. Il est utilisé aussi dans l'interprétation de la note d'échelle de mensonge. Une note élevée à cette échelle peut simplement indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

L'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon les résultats obtenus à cette échelle, notons la note maximale de 26 pour l'échelle générale, et 8 pour les autres échelles. Elle est de 50 pour la note totale d'estime de soi.

3. Les modalités d'utilisations des techniques de recherches :

On a utilisé la technique de l'entretien clinique avant la passation de test d'estime de soi de SCooper Smith

3-1. Modalité de déroulement de l'entretien clinique :

L'entretien que nous avons effectué s'est déroulé en trois séances, la première est une séance de rencontre avec les stomisés et concerne les informations personnelles sur eux, la 2ème concerne les questions préliminaires, quand à la troisième séance elle est un entretien semi-directif avec un guide d'entretien bien précis.

3-2. Modalité de déroulement de test d'estime de soi :

C'est dans la dernière séance qu'on fait passer le test pour tous les cas individuellement après les avoir prévenu et suite à leur consentement bien sûr. Pendant la passation on a pris soin de traduire quelques items en kabyle (cruel, rêvasser...etc.) et cela à cause de niveaux d'instruction qui diffèrent d'un cas à

l'autre. Conformément à l'étude de Roger Perron on a essayé de respecter l'intimité des sujets en leur donnant des surnoms.

Synthèse :

Afin d'évaluer l'estime de soi des personnes stomisées et de recueillir des données qui vont nous permettre d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses, on s'est basé sur la méthode descriptive, qui est l'étude de cas la plus adéquate, pour mieux comprendre la clinique de chaque cas ainsi que sa réaction envers la stomie. On a utilisé deux outils de recherche qui sont l'entretien semi directif et le test d'estime de soi de Cooper Smith ; la passation des entretiens et l'administration de test « inventaire d'estime de soi » nous ont permis de recueillir les données nécessaires pour notre recherche ; ces données seront présentées et analysées dans le chapitre qui suit.

❖ Le 1^{er} cas (B.K) :

I .L'analyse du contenu de l'entretien clinique :

-“B K” homme âgé de 38ans, marié et père de 2garçons,d'un niveau d'étude primaire. Il présente une colostomie définitive depuis un an et demie.

-“BK”Paraissait fatigué,pâle et soucieux, cela ne l'a pas empêché de garder courage et d'être souriant. Il s'est senti à l'aise durant l'entretien.

1. L'état de la santé (coté médicale) :

-Durant son enfance,le patient n'a subi aucune maladie.

-Quant à sa stomie :il a subi l'intervention chirurgicale pour une colostomie à l'âge de 36 ans, suite à des douleurs abdominales ,et une présence de sang dans les selles,ce qui l'a incité à consulter un médecin pour exploration .Après plusieurs examens médicaux, des polypes au niveau du colon sont détectés, ils sont à l'origine de sa maladie.

-Le médecin annonce l'intervention chirurgicale pour sa stomie, dans le but de couper 11cm du rectum atteint par la tumeur.Le patient était déprimé mais le médecin l'a encouragé à faire face.

-Après l'opération le patient nous a parlé de ses douleurs musculaires qui ne cessent de se propager le long de son corps et il n'y avait que sa femme a ses coté tout au long de son hospitalisation qui a duré plus d'une semaine.

-“B k” décrit son état après l'hospitalisation en nous disant’ *’J’aibeaucoup souffert durant le premier mois qui a suivi l’opération¹*’il disait aussi’ *’Je n’ai pas l’habitude de prendre un régime alimentaire et cela me gênebeaucoup²*’parce-qu’ auparavant le patient avait l’habitude de manger tout ce qu’il voulait mais le régime l’enempêche à présent.

-Le raconte“*La poche me dérangebeaucoup surtout les moments où je dors³*”car il ne cesse pas de penser qu’elle va décoller à n’importe quel moment ce qui l’empêche de dormir la nuit.

¹ -twaqarhaghmlih de agouramenzou iditev3an l’opération aynou.

² -ounoumagh ara khedmagheregimanechthaiqelqiyimlih.

³ -la poche thetjiniyihawela surtout amaraganagh.

2. L'estime de soi du stomisé:(Le coté psychologique)

-Le patient malade manifeste un léger retrait social, il évite de s'afficher avec des proches, en public et même en présence de sa famille à cause de sa timidité, ses propos sont : *‘je ne pouvais pas imaginer qu'un jour je serai stomisémais voilà mon cas ¹!’*

-Pour lui la stomie a changé le rythme de sa vie car il était un homme en bonne santé maintenant il est un homme qui porte une poche, qui a perdu un organe de son corps, ses propos sont : *‘je n'essaie rien dans la vie, je suis incomplet, je suis différent des autres.....²’* Aussi *‘le jour où j'accepterai cette nouvelle situation, n'arrivera jamais³’*. Il a perdu confiance en lui et en les autres.

-la stomie ne lui rappelle aucun choc précédent.

3. Le soutien de l'entourage pour le stomisé :

-‘B.K’ pense que son entourage a honte de lui lors de l'annonce de sa stomie car il est le premier à avoir cette dernière, en disant *‘Je n'ai besoin de personne pour m'aider, je ne suis pas un handicapé pour m'aider⁴’*.

-Même ses relations sociales ont été changées après avoir subi la stomie. Il s'est trouvé dans un état d'isolement, même sa relation avec sa femme a changé.

-d'après ses propos il n'y a pas de personne bien précise qui le comprend vraiment.

4. L'accompagnant du stomisé :

-Durant l'entretien qu'on a effectué avec la femme du patient on a conclu que le patient a totalement changé envers sa femme car elle nous a dit qu'ils étaient en bonne relation avant la stomie, et il ne la laissait pas l'aider lors du changement de la poche, il lui a même interdit de se rapprocher de lui à partir du jour même de sa sortie de l'hôpital jusqu'à aujourd'hui. Son mari est devenu un inconnu pour elle, parfois elle se sent triste pour lui. Elle disait *‘si seulement j'étais à sa place¹’* c'est une femme qui a de l'empathie pour son mari.

¹ -ouranwigharaakadhelkaghlakichouvanwayi.

² -ournfi3agh iwchemadegadounithayi, neki d el3avd azgen.

³ -ouditawedarawassebdegaraqavlaghimaniw aka.

⁴ -ourouhwajagharawara yi3awnen machi d ama3dour neki.

5. Projection dans l'avenir :

-Le patient disait *“mon futur je le laisse pour moi car il est moins bon et pas clair ²”* aussi *“je pense que je ne vais rien faire au futur³”*.

-Le patient a préféré ne pas répondre ,il n'a pas voulu parler de son avenir .

II.L'analyse de l'échelle de S. COOPRSMITH :

Tableau 7.1 : Résultats total de sous échelle de’’ COOPER SMITH’’ :

	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Mensonge	total
‘‘B.K’’	8	1	2	2	3	13

Source : réalisé par nous même

-Après la passation de l'échelle de COOPER SMITH pour le patient ‘‘B.K’’, les résultats obtenus sont de (13) points, ce qui signifie que le patient a une estime de soi très basse.

-A partir du tableau ci-dessus, on va présenter les notes obtenus pour chaque sous échelles du patient :

-L'échelle générale : Une note de (8) points sur (26) points(la note maximale), a été obtenue dans les différentes situations : réaction, émotions....etc.,la moyenne de l'échelle générale est de (22 ,16) ce qui signifie que son estime de soi est très basse,lors de la passation de l'échelle.

-L'échelle sociale :On a obtenu la note de (1)point sur la note maximale ;qui est de (8)points ,on constate que cette note est trèsinférieure à la moyenne de cet échelle qui est (6,70),ce qui signifie que le patient souffre d'un problème relationnel,on peut en outre dire qu'il n'y a aucune interaction entre lui et les autres,il nous a répondu en cochant la case *“me ressemble”* *“j'ai honte de moi, les gens me considèrent comme un handicapé qui sert à rien”*

¹ -loukankan d nekiigelandegoumkan-is.

² -ayeniditedounathejaghinekikhateroudyetvanaramadi.

³ -hsighbeliouxhedmaghwalouiwaka dassawen.

-L'échelle familiale : On a obtenu la note de (2)points sur (8)points de la note maximale, et cette note est inférieure à la moyenne qui est de (6,88) ce qui signifie que le patient n'a pas trouvé le soutien souhaité de la part de sa famille et se sent rejeté, il a répondu en cochant la case "me ressemble" "*personne ne s'intéresse beaucoup à moi*", avec un regard très vague et triste.

-l'échelle professionnelle : Le patient a obtenu (2)points de la note maximale, ce qui signifie qu'il est moins satisfait, et développe une incapacité et une difficulté à reprendre convenablement son travail, il a répondu en cochant la case "me ressemble" "*c'est difficile pour moi d'avoir à prendre la parole dans mon groupe de travail ce n'est pas comme avant*"

- Les résultats de l'échelle de mensonge restent secondaires, mais il faut les prendre en compte dans l'interprétation de la note total de l'estime de soi.

-L'échelle de mensonge: Le patient a obtenu une note de (3) points sur (8) ce qui indique qu'il est dans la moyenne qui est de (3,22), ce qui signifie une attitude non défensive par rapport au test, ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Résumé du cas "B.K" :

-A partir de l'entretien et l'analyse des résultats de l'échelle de COOPER SMITH, le patient présente un sentiment de dévalorisation, de manque de confiance en soi et en les autres, un repli sur soi, un sentiment d'échec.....etc. Au niveau du test on a obtenu un résultat de 13 points, ce qui correspond à la première classe (33), et qui signifie que le sujet a une très basse estime de soi.

- Quand à l'apport de l'environnement du patient, il est défavorable d'après lui. Mais après un entretien effectué avec sa femme on a conclu que le patient a rejeté le soutien de sa famille et de son entourage par peur de ce qu'ils penseront de lui. Il a gardé l'idée que son entourage a honte de lui, et n'a pas pu trouver un accompagnant qui puisse le comprendre profondément.

❖ Le 2eme cas (K.T) :

I. Analyse du contenu de l'entretien clinique :

- 'K.T' est un homme âgé de 50ans, marié depuis 27 ans, père de 5 enfants, son travail est tôlier, d'un niveau d'étude primaire, il présente une colostomie définitive.

- 'K.T' est rentré fatigué, avec des douleurs d'une intervention qu'il a subi il y a 27 jours de cela. Il était plein de courage malgré ses douleurs, son sourire ne l'a pas quitté depuis son entrée mais ses pauvres yeux bleus cachent une grande tristesse dedans, il nous a dit : *'je suis à votre service'¹*.

1. L'état de la santé :(coté médicale)

- Durant son enfance le patient n'a subi aucune maladie jusqu'au début de l'âge de 38ans. il a été atteint par le diabète ce qui l'a empêché de travailler comme tôlier, il a arrêté de pratiquer son métier pour devenir un agent de sécurité. Le 1 avril 2016 il a été hospitalisé en urgence pour une intervention chirurgicale au niveau de l'estomac. Le 28 avril 2016 le patient a subi une intervention chirurgicale pour colostomie suite à des douleurs au niveau du ventre, et des vomissements. Après consultation et examens approfondis (écographie ...) le médecin lui annonce la cause de ses symptômes et qui s'avère être son colon. La prescription de traitements reste sans résultats, sa santé continuait de s'aggraver.

- 'K.T' a décrit son hospitalisation en disant *'je préfère mourir que revivre ces jours-là !'²* il nous a dit aussi qu'il n'a pas eu de complication lors du traitement, même en ce qui concerne le régime alimentaire qui lui est imposé.

- Le patient était très courageux, il disait toujours *'C'est le destin, on ne peut rien y faire'³*, aussi *'tout ira bien'⁴*.

¹- aqlingerifassenanwen.

²- tmenighademthaghwala ad3awdagh ad3achagh oussan am wiyi.

³- d elmakthouvounazmiraraassnekchem g lechghalisirebi.

⁴- adilhuelhalnchalah.

2. L'estime de soi du stomisé :(coté psychologique)

-La première réaction du patient après avoir subi la stomie était un sentiment de tristesse, mais avec le soutien de sa femme et ses enfants il s'est un peu adapté, ses propos sont : *"à monréveil j'étais triste mais le fait de voir ma famille autour de moi j'ai eu le courage de continuer et d'avancer vers l'avant¹"* il nous a dit aussi *"c'est vrai que la stomie a changé mon mode de vie car je suis moins à l'aisemais dieu merci je suis encore en vie.²"*

-Le patient pense qu'il n'y a pas une grande différence entre lui et les autres car il vit sa vie normalement, il s'est même adapté facilement à sa nouvelle situation, il ne trouve pas de difficulté lors de la mise en place de la stomie et il nous répond toujours en souriant *"je remerci dieu de m'avoir donné une telle famille et une femme empathique qui m'a beaucoup aidé³"*.

-La stomie ne lui rappelle pas de choc vécu précédemment.

3. Le soutien de l'entourage pour le stomisé :

-Le patient nous a dit *"ma famille et mes proches ont été choqué a l'annonce de ma stomie,mais dieu merci,c'est tout le monde qui m'a soutenu moralement et financièrement⁴"*. Il nous a dit qu'il était le premier de sa famille à subir la stomie et que c'est sa femme qui s'est occupée de lui durant toute son hospitalisation, elle a même accompli ses soins quotidiens.

-Il nous a parlé de ses relations sociales en disant *"je n'ai aucun problème dans mes relations sociales, j'aime tout le monde et c'est tout le monde qui m'aime.⁵"*

-Il pense que sur le plan affectif personne ne peut comprendre vraiment ce qu'il ressent exactement, malgré le soutien de sa famille.

4. L'accompagnant du stomisé :

¹ -imiidoukighheznaghmlh ma3na imiidwalaghakthafamiltiwdayenhousaghbelizemraghadkemplaghazath.

² -dassah la stomieayithvadliyiakamek it3ichagh maiselhamdoulahmazaliyi t3ichagh.

³ -adhemdaghrebiathchekragh igess3an thafamilt am thfamiltiw d tamtuth am thamtutiw.

⁴ -imdoukaliw d yiqrivniw khel3an akimiislans la stomieayimaiselhemdoulahakuthanssen 3awneniyi ama s lahdouramasououssourdi.

⁵ -ouras3igh ara yak aghoulifhabighakelghachi meme nouthanidaghenhemelniyi.

-On a effectué un entretien avec la femme du patient, elle était pleine de gentillesse et de compréhension avec nous, d'après les informations qu'on a recueillies, on a conclu que la relation entre le patient et sa femme était une bonne relation qui contient de l'amour, du respect et de l'empathie.

-Elle nous a dit que les jours d'hospitalisation de son mari, c'est elle qui aidait son mari à changer sa poche les jours de son hospitalisation mais maintenant c'est lui qui s'en occupe car il s'est habitué, alors il préfère se débrouiller tout seul.

-elle nous a dit qu'elle ne laissait jamais son mari seul, ses propos *“mon mari a pris soin de moi toute au long de ma vie, je ne vais pas le laisser tomber¹ .”*

5. Projection dans l'avenir :

-Le patient disait *“mon futur je le laisse pour dieu²”* aussi *“je ne souhaite à personne de vivre ce que j'ai vécu car c'est trop dur³”*

-Avec un visage souriant et des larmes aux yeux il disait *“je souhaite le bonheur pour tout le monde et la réussite pour mes enfants⁴...”* le patient n'a pas pu finir ses phrase car il avait les larmes aux yeux.

II .L'analyse de l'échelle de S.COOPER SMITH :

Tableau 7.2 : résultats total de sous échelle de “COOPER SMITH”

	Générale	Sociale	Familiale	professionnelle	mensonge	Total
“K.T”	22	7	7	7	6	43

-Après passation de l'échelle de Cooper Smith pour le patient “K.T” on a obtenu les résultats suivants : (43) points, cela signifie que le patient a une estime de soi moyenne.

-A partir du tableau ci-dessus, on va présenter les notes obtenues pour chaque sous échelle du patient :

¹ -argaziwihoudriyakdegdounith-iwamek aka athejaghtoura.

² -tham3ichth-iw aka arzethatejaghirebi.

³ -ayen id3achagh aka thouraouthidtmenigharaihedakhater you3ar.

⁴ -tmenigh ala elkhirimedena kuth d ervahiaraw-iw.

-L'échelle générale : une note de (22)points sur (26)points (qui est la note maximale),a été obtenue dans les différentes situations :réaction,émotion...etc. la moyenne de l'échelle générale est de (22,16) ce qui signifie que son estime de soi est à la moyenne lors de la passation de l'échelle.

-L'échelle sociale :on a obtenu la note de (7)points sur (8)points (qui est la note maximale),on constate que cette note est presque à la moyenne de cet échelle qui est (6,70),ce qui signifie que le patient ne souffre pas d'un problème relationnel, on peut même dire qu'il y a une bonne interaction et une bonne communication entre lui et son entourage. Il nous a répondu en cochant la case "me ressemble" *'je suis très à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.'*

-L'échelle familiale : on a obtenu la note de (7) points sur (8) points de la note maximale et cette note est presque à la moyenne qui est de (6,88)ce qui signifie que le patient a trouvé un grand soutien de la part de sa famille, il a répondu en cochant la case "me ressemble" *'qu'il est beau d'avoir une famille qui t'aime.... '*

-L'échelle professionnelle : le patient a obtenu (7) points sur (8) points de la note maximale ce qui signifie qu'il est satisfait de sa situation, il avait une bonne capacité à reprendre convenablement le travail.

-L'échelle de mensonge : le patient a obtenu une note de (6) points sur (8) points de la note maximale, ce qui indique qu'il a dépassé la moyenne. Cela signifie que son attitude est défensive ou qu'il existe un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

❖ Résumé du cas "K.T" :

-A partir de l'entretien et l'analyse des résultats de l'échelle de "COOPER SMITH",le patient "K.T" a présenté au début un sentiment de dévalorisation mais ça ne l'a pas empêché de garder espoir.

-Au niveau du test on a obtenu un résultat de(43) points correspondant à la 3ème classe (41 à45) ce qui signifie que le sujet est dans la classe moyenne concernant son estime de soi .

-Quant à l'apport de l'environnement du patient on note qu'il est favorable mais sur le plan affectif le patient pense que malgré tout c'est difficile de trouver une personne qui peut comprendre ce qu'il ressent exactement.

❖ Le 3eme cas (M.S) :

I.L'analyse du contenu de l'entretien clinique :

- "M S" femme âgée de 43 ans, mariée depuis 17 ans, mère de 2 filles et un garçon, d'un niveau d'étude universitaire, enseignante d'arabe dans un lycée depuis 19 ans. Elle présente une colostomie définitive.

- La patiente a accepté de participer à la recherche avec plaisir, elle est rentrée dans la salle avec un large sourire, un regard plein d'espoir. On a constaté un transfert positif de sa part.

1-L'état de la santé :(coté médicale)

- La patiente n'a parlé d'aucun problème de santé vécu durant son enfance. Elle a vécu une enfance saine de maladies.

- A l'âge de 42 ans, la patiente a subi pour la première fois de sa vie une intervention chirurgicale pour colostomie, suite à des douleurs au niveau du ventre, des vomissements et présence de sang dans les selles. Ce qui l'a incitée à consulter un médecin pour exploration. Après plusieurs examens médicaux ils ont constaté que c'était une occlusion intestinale empêchant le passage de la nourriture et une bonne digestion.

- La patiente a été opérée en urgence, et hospitalisée pendant une semaine, et depuis sa sortie elle a effectué des séances de chimiothérapie. Elle raconte : ***"je préfère faire des interventions chirurgicales chaque jour que de faire une séance de chimiothérapie car c'est trop dur¹"***.

- Elle nous a parlé de sa réaction en nous disant : ***"j'étais choquée à mon réveil! Mais dieu merci, le médecin m'a soulagé et encouragée à ne pas perdre espoir²"***

- La patiente a dit que les premiers temps elle avait des difficultés pour la manipulation de l'appareillage mais qu'avec le temps elle s'est habituée ; ses propos sont : ***"heureusement que je ne souffre pas d'une maladie chronique³!"***

¹ -zemraghadkhedmaghkoulyoumles opérationwalayiweth n la séance n la chimio khatar you3ar.

² -khel3agh imidoukigh ma3na oufighedatviv-iwivededghouriihoudriyi.

³ -hamdoulahkan our s3igh aralahlakidhowmén.

2-L'estime de soi du stomisé :(coté psychologique)

-Après avoir découvert que ce n'était pas temporaire, elle n'a pas accepté sa stomie, elle a développé une détresse du fait qu'elle se sentait triste, malheureuse, dévalorisée, et rejetée par son conjoint, elle avait honte de son corps, elle disait : *"la stomie a changé toute ma vie"¹*.

-La patiente avait perdu le goût de la vie pendant plus de 20 jours mais après elle a pu revenir à son état normal, elle nous a dit *"je ne sais pas ce qui m'arrivait au pare avant, je souhaitais seulement n'avoir jamais eu la poche, mais je ne peux rien y faire."²*

-la stomie ne lui rappelle pas de traumatismes vécus précédemment

3-Le soutien de l'entourage pour le stomisé :

-La patiente a une bonne relation avec son entourage, elle vit avec son mari et ses enfants, lorsqu'elle a parlé de sa famille elle avait le sourire aux lèvres nous disant : *"ma famille est le plus beau cadeau que dieu m'a offert"³*.

-A part ça la stomisée n'avait aucun problème dans ses relations sociales, car elle était aimable avec tout le monde vu sa gentillesse, son respect et sa politesse, pendant l'entretien .

-Elle disait qu'il y'avait une personne bien précise qui la comprenait et que c'était son mari qui comprenait vraiment ses aspirations.

4-L'accompagnant du stomisé :

-On a effectué un entretien avec le mari de la stomisée, il était compréhensif avec nous, il demandait *"que voulez-vous savoir ? je suis prêt a vous aidez dans votre recherche"⁴*. Il était sympathique, et nous a même raconté sa première rencontre avec la patiente. Il nous a raconté qu'ils ont vécu une grande histoire d'amour, en bougeant les épaules et les sourcils à chaque minute qui passe, ce qui veut dire qu'ils avaient une relation solide entre eux. Il parle avec un visage souriant en disant : *"c'est moi la moelle épinière de la maison, c'est moi qui*

¹ -la stomie ayith vadli yakadounith-iw.

² -ou 3limagh aradachouiyoughen, tmenighedkanloukan ours 3igh ara la pocheayi.

³ -tafamiltiwaki da cadeau el 3ali degadounithiw.

⁴ -aqliddayiaken 3iwnegh deglaqrayaanwen.

aide ma femme lors du changement de la poche, ça transformation n'est rien devant l'amour et le respect que j'ai envers ma elle...¹

5-Projection dans l'avenir :

-La patiente nous a parlée de son futur avec un grand espoir, en disant *''dans la vie il y a des hauts et des bas, j'espère que dieu me donnera la force d'aller de l'avant pour honorer mon mari et mes enfants²*

-La stomisée disait aussi en pleurant *''je souhaite le meilleur pour mes enfants et je prie dieu de ne pas leurs endurer ce que j'ai vécu car c'est trop dur³*

II .L'analyse de l'échelle de S.COOPER SMITH :

Tableau 7.3 :résultats totaux de sous échelle de ''COOPER SMITH''

	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	mensonge	totale
''M.S''	16	6	7	5	5	34

-Après la passation du test de l'échelle de Cooper Smith pour le patient ''C'' les résultats obtenus sont de (34)points,on a identifié, chez la patiente une estime de soi basse.

-A partir du tableau ci-dessus,on va présenterles notes obtenues pour chaque sous échelle du patient :

1-L'échelle générale : une note de (16) points sur (26) points(la note maximale), ce qui signifie que la patiente n'a pas d'estime de soi.

-La moyenne de l'échelle générale est de (22,16) mais on a obtenu (16) ce qui signifie que son estime de soi est basse.

2-L'échelle sociale : on a obtenu la note de (6) points sur (8) points(la note maximale),on constate que la patienteest en bonne relation avec son entourage,elle nous a répondu en

¹ -d nekiidaqarouy n oukham,dneki igt3awanen tamtoutiwmarathekhdem la poche,hemlaghthamghartiawamekthavghouthmoug.

² -degadounithila el3ali d diri,nekiasstelvaghirebiayidyefkelqouwaadkemlaghfeljala n oumghar-iw d arawiw.

³ -tmenighlahnairawaw-iwnchalahdegrebi oudt3ichin araayen id3achagh.

cochant la case ‘me ressemble’ *être entouré des gens qui s’inquiète pour toi c’est le plus beau sentiment de la vie.*”

3-L’échelle familial : on a obtenu la note de (7)points sur (8)points, cette note est un petit peu supérieure à la moyenne qui est de (6,88) ce qui signifie que le milieu familial de la patiente est à la hauteur, ce qui veut dire que sa famille a fait de grands efforts dans le but de la soutenir, elle a répondu en cochant la case ‘me ressemble’ en disant : *’’ma famille est formidable je jure que ma famille est formidable.’’*

4-L’échelle professionnelle : la patiente a obtenu la note de (5/8 points) ce qui signifie que la patiente n’est pas tout à fait satisfaite de son milieu de travail, elle disait qu’elle n’avait pas de problème avec ses collègues, elle a répondu en cochant la case ‘me ressemble’ pour *’’j’aime beaucoup mon travail ainsi que mes collègues, cela fait plus de 18 ans que je suis enseignante et je n’ai pas eu de problèmes que ce soit avec mes élèves ou autres’’.*

5-L’échelle de mensonge : La patiente a obtenu une note de (5) sur (8) de la note maximale, ce qui caractérise une attitude défensive ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Résumé du cas ‘M.S’:

-A partir de l’entretien et l’analyse des résultats de l’échelle de ‘COOPER SMITH ‘ la patiente ‘M.S’ présente une faible estime de soi, manque de confiance en soi et même parfois un sentiment de dévalorisation. Au niveau du test on a obtenu un résultat de (34) points qui correspond à la 2^{ème} classe (34 à 40) et qui signifie que la patiente a une estime de soi basse.

-Quand à l’apport de l’environnement la patiente a trouvé un bon soutien dans son milieu, surtout de son conjoint qui était très affectueux.

❖ **Le 4ème cas (H.M) :****I.L'analyse du contenu de l'entretien clinique :**

- 'H.M' est un homme âgé de 46 ans le grand d'une fratrie de 11 membres, 5 sœurs et 5 frères .Il est marié depuis 12 ans et père de 2garçons. Ayantarrêté ses études à la 9^{ème} année .il travaille comme receveur de bus.Il présente une iléostomie.

-Le patient paraissait triste et soucieux, son corps était trèsmaigre, pendant l'entretien il était mal à l'aise et il n'arrêtait pas de regarder l'heure.

1-L'état de la santé :(coté médicale) :

-On n'a pas pu recueillir beaucoup d'information sur son enfance durant l'entretien car on a respecté sa propre volonté.

-Quand à sa stomie,il a subi une intervention chirurgicale depuis un an. Les symptômes étaient des douleurs au niveau de tout le corps, et des vomissements. Il disait : *'j'ai eu des douleurs intenses, je ne pouvais même pas bouger¹'*.

-Le patient a dit que la stomie a changé beaucoup de choses en lui, changé le rythme de sa vie, elle lui faisait honte, il la considère comme un obstacle qui l'empêche de faire son travail, décrocher les gens, il n'a pas trouvé un moyen de soulager ses douleurs il a donc préféré s'isoler,ses propos sont : *'je préfère ne pas continuer de parler de ce sujet²'*.

-Ce qui nous a obligé à passer directement à la passation du test suite à la volonté du patient qui s'impatientait : *'Pouvez-vous me passer le test dont vous parlez,si cela peut vous aider dans vos recherches³'*

2-L'accompagnant du stomisé :

-Durant l'entretien qu'on a effectué avec la femme du patient,on a découvert qu'il avait des problèmes psychologiques qui sont survenus lors de la mort de son fils à cause d'un accident de voiture. Elle nous a dit que sa relation avec son mari (patient) était bien malgré ses troubles psychologiques mais cela avant qu'il soit stomisé car depuis il est devenu insupportable. Il ne

¹ -Twaqarhaghmlih,amakenouzmiraghara ad herkagh.

² -adhevsaghakhiroutkemilagharalahdourfanechtha.

³ -thzemred ayithess3adid le test ani fi yidhedradakenyakan,mayela akni3awen g laqrayaenwen.

faisait que se disputer avec elle et s'isoler par la suite. En ce qui concerne la poche, elle nous a dit qu'il s'en occupait depuis le 2ème jour de sa sortie de l'hôpital.

II .L'analyse de l'échelle de S.COOPER SMITH :

Tableau 7.4 : Résultats totaux de sous échelle de "COOPER SMITH"

	Générale	sociale	Familiale	Professionnelle	Mensonge	Total
'H.M''	5	2	0	1	3	8

-Après la passation de l'échelle de "COOPER SMITH" pour le patient "H.M" et on a obtenu les résultats suivant : (8) points on a identifié chez le patient une estime de soi très basse.

-A partir du tableau ci-dessus, on présentera les notes obtenues pour chaque sous échelle du patient :

1-L'échelle générale : une note de (5) points sur (26) points (qui est la note maximale) a été obtenue dans les différentes situations : réaction ,émotion.....,la moyenne de l'échelle générale est de (22,16) ce qui signifie que l'estime de soi du patient est basse.

2-L'échelle sociale : on a obtenu une note de (2) points sur (8) points (qui est la note maximale), on a conclu que la note obtenue est très inférieure à la moyenne de cet échelle qui est (6,70) ce qui signifie que le patient manque d'interaction sociale et souffre d'un problème relationnel.

3-L'échelle familiale : on a eu un zéro sur (8) points (qui est la note maximale), cette note est inférieure à la moyenne qui est (6,88), ce qui signifie que le patient n'avait aucune relation avec sa famille, il n'a pas reçu le soutien et la solidarité souhaités de la part des membres de sa famille, il nous a répondu en cochant la case "me ressemble" "*'j'ai perdu mon fils dans un accident de voiture et...(le patient était en train de pleurer) je suis seul dans ce monde, croyez moi je vous jure que je n'ai personne.'*"

4-L'échelle professionnelle : le patient a obtenu (1) point sur (8) (note maximale), ce qui signifie que le patient a une incapacité à reprendre le travail, et il lui semble qu'il n'a aucun intérêt à travailler, il a répondu en cochant la case "me ressemble" "*pourquoi travailler ?? Ah !!!*"

5-L'échelle de mensonge : on a obtenu la note de (3)points sur (8)points ce qui indique que le patient est à la moyenne qui est (3,22), ce qui signifie que son attitude est non défensive par rapport au sujet. Pas de désir de donner une bonne image de soi.

❖ Résumé du cas "H.M":

-A partir de l'entretien et l'analyse des résultats de l'échelle de S.COOPRE SMITH, le patient présente des sentiments de dévalorisation, manque de confiance en les autres, sentiments d'incapacité à aller de l'avant.

-Au niveau du test on a obtenu un résultat de (8) points, ce qui correspond à la première classe et signifie que le patient a une estime de soi très basse.

-Quand à l'apport de l'environnement du patient on constate qu'il est défavorable vu son isolement.

❖ Le 5eme cas (B.S) :

I .L'analyse du contenu de l'entretien clinique :

-“B.S” est un homme âgé de 53 ans, marié et père de 7 enfants, d'un niveau d'étude primaire. Il présente une colostomie définitive depuis 2 ans.

-Le patient paraissait normal pendant les premières minutes d'entretien mais il a soudainement changé de comportement, il est devenu triste, soucieux et même fatigué.

1-L'état de la santé :(coté médicale) :

-Le patient n'a subi aucune maladie grave avant cela, ses propos : *“nous les grands nous n'avons pas le droit d'être malade”*¹ (un visage souriant).

-Concernant sa stomie, il a subi une intervention chirurgicale pour une colostomie à l'âge de 51 ans révélée par des douleurs abdominales et une présence de sang dans les selles qui obligèrent le patient à consulter un médecin dans l'urgence. Après examens médicaux, le médecin annonça la nécessité d'une intervention chirurgicale inattendue.

-Le patient a dit qu'il a eu des difficultés lors de la manipulation de l'appareillage surtout pendant les premiers mois ; il a dit aussi que la poche était le cauchemar de sa vie surtout durant la première semaine mais qu'avec le temps il s'est habitué.

2-L'estime de soi du stomisé : (coté psychologique) :

-Le patient malade a développé un sentiment de dévalorisation et un retrait social, il évite de côtoyer son entourage, ses propos : *“moi je préfère ne pas m'afficher en public avec ce sac...”*²

-Il nous a dit qu'il avait des difficultés à dormir tout au long de la nuit, que cela est dû à la présence de la poche qu'il surveille, ses propos : *“je n'arrive pas à dormir la nuit à cause de cette poche elle me donne beaucoup de soucis”*³

¹ -neknisimaqranen ounas3ara elhaqanehlek.

² -nekiouthibigharaadvinaghakarmeden s elscayiaaaaah.

³ -ouzmiragharaadegnagh la3cha wasslakhatertqelqaghf la pocheayi.

-Le patient a dit qu'il ne voit pas vraiment de différence entre lui et les autres car cela peut arriver à n'importe quelle autre personne, il avoua : *''c'est vraiment dure d'avoir une maladie pareille, mais il ne faut jamais avoir honte d'une maladie¹''*. Il nous a dit aussi qu'il n'a jamais perdu la confiance en soi car dieu est toujours avec les croyants ses fidèles.

3-Le soutien de l'entourage :

-Le patient avait trouvé tout le soutien de la part de son entourage (la famille, les amis, les proches, les voisins...), il nous a dit qu'il est en bonne relation avec tout le monde et que c'est tout le monde qu'il a soutenu avant et après sa stomie.

-Le patient nous a dit aussi que c'est sa femme qui s'est occupé de lui pendant son hospitalisation et après sa sortie, en nous disant : *''que dieu protège ma vieille femme, sans elle je ne sais pas quoi faire²''*. Il nous a dit aussi qu'il n'avait jamais eu de sentiment déplaisant à l'égard de sa femme.

4-L'accompagnant du stomisé :

-D'après l'entretien effectué avec la femme du patient, on a conclu que le patient et sa femme forment un couple uni, ils ont une relation solide. C'est elle qui a pris soin de son mari pendant son hospitalisation et n'avait jamais honte de lui.

-La femme du patient nous a dit aussi qu'elle ne se sent pas fatiguée de devoir aider son mari lors de l'entretien de sa poche, ses propos : *''mon mari était toujours à mes côtés dans le meilleur comme dans le pire, comment voulez-vous que maintenant je le laisse tomber³??''*.

5-Projection dans l'avenir :

-Le patient disait : *''je ne souhaite que du bien pour ma famille et mes amis⁴''* avec un sourire qui n'a pas quitté son visage.

-Il nous a dit qu'il ne veut rien changer de son futur tant que ce n'est pas la volonté de dieu.

¹ -d essah you3r elhalathelkedakayi ma3na ilaqjamaisatesseth hid g lahlak.

² -adihrezrebithamgharhiw loukanoulachit ou3limagh aradachouakhedmagh.

³ -azgaz-iwiladyidi g oussan el3ali d woussan n diriamekithevgamathejaghneki g elwaqthayi.

⁴ -atmenighhachaelkhirithfamiltiw dimdoukaliw.

II .L'analyse de l'échelle de S.COOPER SMITH :

Tableau 7.5 : résultats totaux de sous échelle de "COOPER SMITH"

	Générale	Sociale	Familiale	professionnelle	Mensonge	Total
"B.S "	11	6	3	3	2	25

-Après la passation du test de l'échelle de S.COOPER SMITH pour le patient : le total des résultats obtenus est de (25) points, on a identifié chez le patient une estime de soi très basse.

-A partir du tableau ci-dessus, on va présenter les notes obtenus pour chaque sous échelle du patient :

1-L'échelle générale : une note de (11) / (26) points (26 est la note maximale) a été obtenue dans les différentes situations : réaction, émotion....., la moyenne de l'échelle générale est de (22,16) ce qui signifie que son estime de soi est très basse lors de la passation de l'échelle.

2-L'échelle sociale : on a obtenu la note de (6) points sur la note maximale, qui est de (8) points, on constate que cette note est à la moyenne de cet échelle qui est de (6,70), ce qui signifie que le patient ne souffre pas de problème relationnel, on peut même dire qu'il est équilibré dans ses relations sociales.

3-L'échelle familiale : on a obtenu la note de (3) sur (8) points (8= note maximale), et cette note est inférieure à la moyenne qui est de (6,88) ce qui signifie que le patient n'a pas trouvé un soutien de la part de sa famille, il a répondu en cochant la case "me ressemble" "*je n'ai personne, personne ne s'inquiète pour moi et ça me fait mal*".

4 -L'échelle professionnelle : le patient a obtenu (3) sur (8) points, ce qui signifie que le patient présente une incapacité à reprendre son travail.

5-L'échelle de mensonge : le patient a obtenu une note de (2) points sur (8) points ce qui indique une note inférieure à la moyenne qui est (3,22) ce qui signifie que le patient n'a pas défendu son image de soi.

❖ Résumé du cas "B.S":

A partir de l'entretien et l'analyse des résultats de l'échelle de S.COOPER SMTH, le patient présente un grand manque de confiance en lui et les autres .au niveau du test on a obtenu un résultats de (25)points, ce qui correspond à la première classe et signifie que le sujet a une très basse estime de soi.

❖ Le 6ème cas (A.Y) :

I. L'analyse du contenu de l'entretien clinique :

-“A.Y” est une femme âgée de 55 ans, mariée depuis 25ans, mère d'une fille, son niveau d'étude est terminale, d'une situation socio-économique moyenne, femme au foyer.

-la patiente était fatiguée, pâle et soucieuse, mais elle paraissait à l'aise durant l'entretien.

1-L'état de la santé :(coté médicale) :

-Durant son enfance la patiente n'a subi aucune maladie grave.

-Quand à sa stomie, elle a subi une intervention chirurgicale pour une iléostomie à l'âge de 54ans. Elle dit avoir eu des douleurs aiguës après son opération, elle dit aussi : *‘je n'avais pas envie de suivre le régime alimentaire que le médecin m'avais imposé’*¹. Elle raconte qu'elle avait eu des problèmes de sommeil, et n'arrivait pas à dormir pendant son hospitalisation.

2-L'estime de soi du stomisé :(côté psychologique) :

-Durant l'entretien effectué avec la patiente, on a remarqué qu'elle évitait de répondre aux questions, ce qui nous a obligées de passer directement à la passation du test conformément à la volonté de la patiente.

3-L'accompagnant de la stomisée :

-Durant l'entretien qu'on a effectué avec le mari de la patiente, on a enregistré les mêmes remarques que celles qui sont faites avec elle-même et qui sont l'évitement total de chaque question posée. Ceci nous empêcha de recueillir toutes les informations recherchées.

4-Projection dans l'avenir :

-Lors de l'entretien avec la patiente, elle a laissé entendre : *‘je n'ai pas de futur moi’*² *‘aussi’* *‘je ne veux pas parler de ça’*³

II .L'analyse de l'échelle de S.COOPER SMITH :

Tableau 7.6 : résultats totaux sous l'échelle de “S.COOPER SMITH”

	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Mensonge	total
‘A.Y’	4	4	2	2	5	12

¹ -ouvghigh ara adtev3agh aregimiyidifkaatviv.

² -ourtalighwalouarezath.

³ -ouvghigharaadhedraghfanechtha.

-Après passation du test de l'échelle de COOPER SMITH pour le patient : le résultat obtenu est de (12) points. On a identifié chez le patient une faible estime de soi.

-A partir du tableau ci-dessus, on présentera les notes obtenues pour chaque sous échelles du patient soit:

1-L'échelle générale : une note de (4) points sur (8) points (8 est la note maximale), a été obtenue pour les différentes situations : réaction, émotion....Ce qui signifie que son estime de soi est très basse lors de la passation de l'échelle.

2-L'échelle sociale : on a obtenu la note de (4) points sur (8) points (8 est la note maximale). On constate que ce patient a une note inférieure à la moyenne de cette échelle ce qui signifie que le patient souffre d'un problème relationnel.

3-L'échelle familial : on a obtenu la note de (2) points sur (8) points pour cette catégorie, cette note est inférieure à la moyenne qui est de (6,88) ce qui signifie que la patiente n'a pas trouvé un soutien conséquent de la part de sa famille.

4-L'échelle professionnelle : la patiente a obtenu (2) points sur (8) points (8 est la note maximale) ce qui montre que la patiente est moins satisfaite de son travail.

5-L'échelle de mensonge : la patiente a obtenu la note de (5) points sur (8) ce qui indique qu'elle est supérieure à la moyenne (3,22), ce qui explique que son attitude est défensive vis-à-vis du test.

❖ Résumé du cas 'A.Y':

-A partir de l'entretien et l'analyse des résultats de l'échelle de S.COOPER SMITH, la patiente présente un manque de confiance envers les autres vu les réponses obtenues pour cette échelle. Au niveau du test on a obtenu un résultat de (12) points, ceci correspond à la première classe ce qui indique une très basse estime de soi.

-Quand à l'apport de l'environnement de la patiente on a conclu qu'elle évite chaque question en rapport avec la famille, les amis...etc.

❖ Récapitulatif des résultats de notre groupe d'étude :

Tableau 7.7 : Tableau récapitulatif des résultats de test de Cooper Smith

Sujet niveau	Bas	Très bas	Moyen
1		X	
2			X
3	X		
4		X	
5		X	
6		X	
pourcentage	17%	67%	17%

Source : réalisé par nous même

Le tableau ci-dessus résume les résultats obtenus après avoir utilisé le test d'estime de soi de C Smith sur notre groupe d'étude. On a enregistré 17% des cas qui ont un niveau d'estime de soi bas, 67% ont un niveau très bas et 17% ont un niveau moyen d'estime de soi. On remarque que la majorité du groupe retenu a un niveau d'estime de soi très bas, cela signifie que la stomie joue un rôle très important dans l'estime de soi de la personne stomisée.

Tableau 7.8 : Tableau récapitulatif des résultats de la contribution de l'accompagnant pour le patient sur le plan matériel et physique

Sujet	Type d'accompagnant	La Contribution	La non contribution
1	Epouse		X
2	épouse	X	
3	Epoux	X	
4	Epouse	X	
5	Epouse	X	
6	Epoux		X
pourcentage		67%	33%

Source : réalisé par nous-même

Le tableau précédant représente le type et la contribution de l'accompagnant de la personne stomisée. On note que 67% ont reçus une contribution de leurs accompagnants mais 33% d'entre eux n'ont pas reçus une contribution suffisante. On remarque que la majorité des stomisés ont reçus une contribution de leurs accompagnant mais cela reste sur le plan matériel et physique.

Tableau 7.9 : Tableau récapitulatif des résultats de la contribution de l'accompagnant pour le patient sur le plan affectif.

Sujet	Type d'accompagnant	Contribution affective	Non contribution affective
1	Epouse		X
2	épouse		X
3	Epoux	X	
4	Epouse		X
5	Epouse		X
6	Epoux		X
pourcentage		17%	83%

Source : réalisé par nos soins.

Le tableau précédant représente le type et le taux de contribution de l'accompagnant à la personne stomisée. On note que 17% ont reçus une contribution affective suffisante de leurs accompagnants mais que pour 83% d'entre eux la contribution est insuffisante et n'est pas appréciée. On conclut donc que pour la majorité des stomisés la contribution de leurs accompagnants reste insuffisante sur le plan affectif.

Discussion des hypothèses :

-On reprend dans ce chapitre,nos hypothèses pour pouvoir les discuter,selon les résultats obtenus lors de notre étude pratique.

- **La première hypothèse :**

Les personnes stomisés souffrent d'une mauvaise estime de soi, sur le plan psychologique,elles se manifestent par : l'anxiété, un sentiment de dévalorisation, manque de confiance en soi, stress, honte...etc.

L'étude effectuée sur la mauvaise estime de soi qui se manifeste par : l'anxiété, sentiment de dévalorisation, stress et autre, confirme l'hypothèse ci-dessus, les résultats sont comme suit :

-Le premier cas 'B.K' :

-A partir de l'entretien et l'analyse de l'échelle d'estime de soi de S.COPPER SMITH ;le patient présente des sentiments de dévalorisation,manque de confiance en lui et en les autres, repli sur soi, honte de son image de corps, ce qui signifie qu'il a une mauvaise estime de soi.

-Le deuxième cas 'K.T' :

-D'après l'entretien et l'analyse de l'échelle de S.COPPER SMITH, le patient est caractérisé par un sentiment de dévalorisation, culpabilité, stress et peur mais ces derniers ne l'on pas empêché de garder espoir.

-Le troisième cas 'M.S' :

-D'après l'entretien et selon les résultats de l'échelle de S.COPPER SMITH ,la patiente présente une faible estime de soi ,manque de confiance, sentiment de dévalorisation, peur et stress ce qui signifie que la patiente a une mauvaise estime de soi.

-Le quatrième cas 'H.M' :

- Le patient, d'après l'entretien et selon les résultats de l'échelle de COPPER.S ;est caractérisé par un sentiment de dévalorisation,manque de confiance en soi,sentiment de culpabilité, anxiété et stress. Ce qui signifie qu'il a une faible estime de soi a cause de sa stomie.

-Le cinquième cas "B.S" :

-D'après l'entretien et selon l'échelle de COOPER.S, le patient est caractérisé par un grand manque de confiance en lui et les autres, il préfère s'isoler pour se sentir mieux, il a un grand sentiment de culpabilité et de peur.

-Le sixième cas "A.Y" :

-D'après l'échelle de COOPER.S, la patiente présente un manque de confiance dans les autres vu les réponses obtenues lors de l'entretien qu'on a effectué avec elle, et présente un sentiment de dévalorisation, culpabilité, et repli sur soi.

-On peut confirmer notre hypothèse sur les personnes stomisées qui souffrent d'une mauvaise estime de soi qui se manifestent par le sentiment de dévalorisation, manque de confiance en soi, stress, honte et autres car notre groupe de recherche répond aux manifestations citées ci-dessus.

- **La deuxième hypothèse :**

Il existe un accompagnant qui peut être soit un membre de la famille ou de l'entourage qui peut comprendre les besoins de la personne stomisée, ce dernier le considère comme un appui, une source de sécurité pour lui, mais sur le plan affectif la compréhension et la contribution reste pauvre et insuffisante.

-L'étude faite sur la non compréhension du côté affectif des stomisés de la part de leurs accompagnant confirme notre hypothèse, les résultats étant comme suit :

-Le premier cas "B.K" :

- Vu l'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle de S.Cooper Smith, on a conclu que le patient ne répond pas au soutien de son accompagnant, qui est sa femme. il préfère ne pas s'afficher en public, il ne partage même pas ses douleurs internes avec quelqu'un, ce qui signifie que son accompagnant n'a pas réussi à avoir la confiance du patient pour pouvoir l'aider sur le plan affectif.

-Le deuxième cas "K.T" :

-En s'aidant de l'analyse de l'entretien et des résultats de l'échelle de S.Cooper Smith, on a conclu que l'accompagnant qui est la femme du patient a gagné la confiance de son mari, elle

a pu le comprendre dans le moindre détail, et même sur le plan affectif, ce qui signifie que le patient répond positivement à l'aide de sa femme.

-Le troisième cas "M.S" :

- L'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle de S Cooper Smith, fond conclure que la patiente répond négativement au soutien de son mari, elle a eu un sentiment de dévalorisation et de honte vis à vis de son corps mais son conjoint a essayé de l'aider à se remettre, mais malheureusement il n'a pas pu la comprendre sur le plan affectif.

-Le quatrième cas "H.M" :

-Selon l'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle de S Cooper Smith on peut conclure que le patient ne répond pas au soutien de son accompagnant, il préfère ne pas parler de ses douleurs interne, il pense que personne ne le comprend, il préfère s'isoler ce qui nous a aidé à conclure que ce patient n'a pas trouvé celui qui peut le comprendre et l'aider sur le plan affectif.

-Le cinquième cas "B.S" :

-Durant l'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle de S Cooper Smith, le patient a trouvé un soutien de la part de sa famille, ces amis, mais concernant le soutien affectif dont il avait besoin, personne n'a réussi à le lui offrir.

-Le sixième cas "A.Y" :

-D'après l'analyse de l'entretien et les résultats de l'échelle de S Cooper Smith, la patiente était entourée du soutien de sa famille, mais le côté affectif reste toujours pauvre car elle n'a pas eu la compréhension dont elle avait besoin.

- Notre étude, a pu confirmer notre hypothèse sur la non compréhension du côté affectif des personnes stomisées, de la part de leurs accompagnants car la plus part de nos cas ont répondu favorablement à notre hypothèse citée précédemment, mais cela caractérise notre groupe de recherche qui ne représente pas toute la population mère.

Conclusion général :

Ce mémoire est le fruit d'une réflexion menée tout au long de l'année, on ne le considère pas comme un aboutissement, mais plutôt comme le début d'une nouvelle étape dans notre carrière professionnelle.

Dans notre recherche, on a posé des questions à des patients, après consultation d'ouvrages et une pré-enquête, les réponses des cas qu'on a investigué et analysé, concernent évidemment les trois variables traitées ici sur « l'estime de soi chez les personnes stomisées et leur accompagnement référent ». On a proposé deux hypothèses à cet égard, qu'on a essayé de vérifier sur le terrain : La mauvaise estime de soi chez les personnes stomisées qui se manifeste généralement par la honte, sentiment d'infériorité, culpabilité et perte de confiance en soi mais diffère d'un cas à l'autre. Et l'apport de l'accompagnement sur la qualité d'estime de soi des personnes stomisées qui peut être défavorable et se manifester par la crainte, le repli sur soi, l'isolement, la méfiance excessive, et des idées négatives...etc.- ou au contraire favorable -et se manifester dans ce cas par la confiance en soi, la résistance, l'ouverture aux autres, la facilité d'atteindre un but personnels...etc.-.

Cependant le terrain nous informe que les patients ayant une stomie ont des attitudes négatives envers eux-mêmes, surtout si la stomie est définitive, elle entraîne pour le patient et son entourage de multiples modifications physiques et psychologiques inévitables et souvent difficiles à vivre.

Par ailleurs, l'estime de soi joue un rôle considérable sur la façon de mener sa vie, d'imaginer son avenir, et d'initier ou non des projets. La capacité de s'appuyer sur ses points forts fait que les difficultés sont perçues mais la personne ne s'y arrête pas, animée de la conviction qu'elle pourra les surmonter ou les contourner. Seul l'objectif importe. A l'inverse, une faible estime de soi s'accompagne d'une tendance à souligner ses défauts et ses lacunes et à se décourager rapidement, d'où il ressort une paralysie des projets. En bref, la chance sourit aux audacieux et qui ne tente rien n'obtient rien. L'individu téméraire rencontre bien sur des écueils mais il se donne aussi la possibilité d'atteindre son but alors que celui qui, les bras ballants, reste sur la rive et se morfond. Tôt ou tard, celui qui s'est investi, avec persévérance, en vue d'améliorer sa condition récolte les fruits de ses efforts. Le véritable danger est de perdre sa vie par crainte de la

Conclusion général

risquer. Au plus le temps passe sans que l'individu ait réalisé aucun de ses rêves, au plus l'estime de soi baisse et moins il y'a de chances de la voir remonter.

Bien évidemment, le niveau de l'estime de soi n'est pas fixé une fois pour toutes. Il est fonction de plusieurs paramètres. La sécurité de base est le premier élément sur lequel la confiance en soi se fonde. Par la suite, l'identité, l'appartenance, la compétence et la détermination interviennent pour moduler l'estime de soi. A condition, que les oscillations n'atteignent pas des seuils critiques, ces variations insufflent une énergie supplémentaire à la dynamique du désir. De fait, régulièrement l'être humain module le cadre de son existence afin de retrouver un niveau acceptable d'estime de soi. Par contre, lorsque l'estime de soi est excessivement basse, il ne trouve plus la force de se redresser et de faire face correctement. La course désirante devient alors mortifère. Le système défensif mis en place pour parer à l'angoisse est pathologique dans la mesure où il n'est pas adapté aux normes comportementales de vie communautaire admises par la majorité et il est pathogène puisqu'il ne permet pas à l'individu de sortir de sa problématique et d'évoluer vers le mieux-être. (Isabelle Levert)

A la lumière de notre travail on peut dire que la stomie laisse des conséquences négatives sur les personnes stomisées ainsi que sur leur qualité d'estime de soi. En effet, il faut accorder plus d'attention à ces personnes en souffrances que ce soit verbalement, psychologiquement ou physiquement.

Nous espérons à travers cette recherche avoir contribué à faire sortir les personnes stomisées de leurs peines et leurs silences, comprendre leurs souffrances les transmettre et surtout leur accorder une écoute et prise en charge. Nous voulons particulièrement ouvrir de nouvelles perspectives pour d'autres recherches ultérieures, en posant des questions de perspectives :

- Est-ce que les personnes stomisées souffrent de dépression ?
- La stomie provoque-t-elle des troubles de sommeil ?

Cette recherche reste une bonne expérience en termes d'apprentissage et de découverte sur le plan pédagogique, scientifique, personnel et humain. Comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique.

Les annexes :

Annexe 1 :

❖ Le guide d'entretien :

Informations personnelles :

- 1-Quel est votre âge ?
- 2-Quel est votre situation matrimoniale ?
- 3-Quel est votre niveau d'instruction ?
- 4-Quel est votre profession ?

Axe 1 : Information sur l'état de santé actuel et précédent :

- 1-Quel type de stomie présentez-vous ?
- 2-Est-ce que c'est une stomie temporaire ou une stomie définitive ?
- 3-Actuellement vous suivez un traitement, comment le vivez-vous ?
- 4-Depuis quand êtes-vous stomisé ?
- 5-Est-ce-que la poche vous dérange ?
- 6-Suivez-vous un régime alimentaire ?
- 7-Avez-vous des difficultés pour la manipulation de l'appareillage ?
- 8-Souffrez-vous d'autres maladies ?
- 9-Avez-vous subi des maladies dans votre enfance, si oui lesquelles ?

Axe 2 : Informations sur la psychologie et l'estime de soi du stomisé :

- 1-Quelle est votre première réaction après avoir subi la stomie ?
- 2-Avez-vous développée des perturbations psychologiques ?
- 3-Pensez-vous que la stomie a changé votre mode de vie ?
- 4-Pensez-vous qu'il y a une différence entre vous et les autres ?

5-Arrivez-vous à vous adapter facilement à cette nouvelle situation ?

6-Quelle est votre réaction lors de la mise en place de la stomie ?

7-Comment vous percevez-vous avec la poche ?

8-Est-ce que vous avez le sentiment de l'échec dans votre vie ?

9-Est-ce que vous avez confiance en vous ?

10- Avez-vous vécu un traumatisme dans votre enfance ?

11-Cette stomie vous rappelle-t-elle un choc précédent ?

Axe 3 : Informations sur le l'entourage du stomisé :

1-Quelle est la réaction de vos proches lors de l'annonce de la stomie ?

2-Avez-vous quelqu'un de vos proches qui est stomisé ?

3-Avez-vous une personne proche de vous lors des premiers temps de votre maladie ?

4-Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos soins quotidiens ?

5-Sentez-vous que vous êtes rejeté par votre entourage à cause de cette stomie?

6-Comment vivez-vous cette situation vis-à-vis de votre vie sexuelle ?

7-Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis de votre conjoint ?

8-Parlez nous de vos relations sociales ?

9-Sentez-vous que vous êtes indésirable par votre conjoint ?

10-Avez-vous une personne précise dans votre entourage qui comprenne vos aspirations ?

Axe 4 : Informations sur l'accompagnant du stomisé :

1-Quelle est votre relation avec le stomisé ?

2-Pensez-vous que vous êtes capable d'aider le stomisé à mieux dépasser sa maladie ?

3-Aidez-vous le stomisé lors du changement de la poche ?

4-Pensez-vous aidez le stomisé a s'adapter a sa nouvelle image corporelle ?

5-Avez-vous le sentiment de pitié envers le stomisé ?

6-Sentez-vous parfois que vous n'êtes pas obligé d'aidé le stomisé ?

7-Sentez-vous une fatigue excessive envers le stomisé ?

Axe 5 : Projection dans l'avenir

1-Quel est votre vision du futur et que pensez-vous de l'avenir ?

2-Que souhaitez-vous dans l'avenir ?

3-Si vous avez une chose à changer dans votre vie sa serai laquelle ?

Annexe 2 :

INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH

FORME ADULTE

S.E.I

NOM :.....**PERNOM**.....

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

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

CONSIGNES

LAISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

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

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

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

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phases**,meme si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981by Consulting psychologistes Press,Inc,Palo Alto ,California

Copyright de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué,

25,rue de la plaine-75980 Paris cedex20.Tous droit réservés.

Achevé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépot légal 1 er Trim.1984-Edit 528050

Les annexes

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

Annexe 3 : le 1^{er} cas

INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH

FORME ADULTE

S.E.I

NOM :.....(B).....**PERNOM** :.....(K).....

AGE :.....38.....**SEXE** : homme.....**DATE DE L'EXAMEN** :12/05/2016.

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

CONSIGNES

LAISSEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

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

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

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

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phases**,meme si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981by Consulting psychologistes Press,Inc,Palo Alto ,California

Copyright de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué,

25,rue de la plaine-75980 Paris cedex20.Tous droit réservés.

Achevé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépot légal 1 er Trim.1984-Edit 528050

Les annexes

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

Annexe 4 : le 2ème cas

INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH

FORME ADULTE

S.E.I

NOM :.....(K).....PERNOM :....(T).....

AGE :.....50.....SEXE :homme...DATE DE L'EXAMEN :12/05/2016.....

PROFESSION :Agent de sécurité NIVEAU D'ETUDE :...../.....

CONSIGNES

LAISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondre

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

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

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

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phases**,meme si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981by Consulting psychologistes Press,Inc,Palo Alto ,California

Copyright de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué,

25,rue de la plaine-75980 Paris cedex20.Tous droit réservés.

Achevé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépot légal 1 er Trim.1984-Edit 528050

Les annexes

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

Annexe 5 : le 3^{ème} cas

INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH

FORME ADULTE

S.E.I

NOM :.....(M).....PERNOM :(S).....

AGE :.....43.....SEXE :Femme .DATE DE L'EXAMEN :3/05/2016

PROFESSION :Enseignante. NIVEAU D'ETUDE :Superieur.....

CONSIGNES

LAISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

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

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

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

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phases**,meme si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981by Consulting psychologistes Press,Inc,Palo Alto ,California

Copyright de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué,

25,rue de la plaine-75980 Paris cedex20.Tous droit réservés.

Achevé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépot légal 1 er Trim.1984-Edit 528050

Les annexes

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

Annexe 6 : le 4ème cas

INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH

FORME ADULTE

S.E.I

NOM :...(H.).....**PRENOM** :.....(M).....

AGE :.....46.....**SEXE** :Homme **DATE DE L'EXAMEN**.3/05/2016

PROFESSION :...../.....**NIVEAU D'ETUDE** :9^{ème} année.....

CONSIGNES

LAISSEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

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

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

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

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phases**,meme si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981by Consulting psychologistes Press,Inc,Palo Alto ,California

Copyright de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué,

25,rue de la plaine-75980 Paris cedex20.Tous droit réservés.

Achevé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépot légal 1 er Trim.1984-Edit 528050

Les annexes

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

Annexe 7 : le 5ème cas

INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH

FORME ADULTE

S.E.I

NOM :.....(B).....**PERNOM**.....(S).....

AGE :.....53.....**SEXE** :Homme .**DATE DE L'EXAMEN**.2/05/2016

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

CONSIGNES

LAISSEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

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

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

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

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phases**,meme si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981by Consulting psychologistes Press,Inc,Palo Alto ,California

Copyright de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué,

25,rue de la plaine-75980 Paris cedex20.Tous droit réservés.

Achevé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépot légal 1 er Trim.1984-Edit 528050

Les annexes

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

Annexe 8 : le 6ème cas

INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH

FORME ADULTE

S.E.I

NOM :.....(A).....**PERNOM**...(Y).....

AGE :55.....**SEXE** :Femme.....**DATE DE L'EXAMEN** :2/05/2016

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

CONSIGNES

LAISSEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

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

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

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

Efforcez-vous de répondre à **toutes les phases**,meme si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981by Consulting psychologistes Press,Inc,Palo Alto ,California

Copyright de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué,

25,rue de la plaine-75980 Paris cedex20.Tous droit réservés.

Achevé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépot légal 1 er Trim.1984-Edit 528050

Les annexes

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

Les annexes

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

G

So

F

P

T

M

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

La Liste bibliographique

Livres et ouvrages :

- 1-Baumel ,Hughes ,André «**Vivre avec une stomie :Digestive ou urinaire.** » (1998).
- 2-Cathrine Lainé-Etienne Roy,« **Du don usage des émotions au travail.**» (2004) .Ed : ESF.
- 3-C.Feulien-B.Cristin-A.Deccache « **Comprendre le vécu des patients stomisées :Quels besoins d'aide et d'éducation ?**»,(2010).
- 4-Cristothe André-François Lelord, « **L'estime de soi –S'aimer pour mieux vivre avec les autres** », (2008), Ed : Odile Jacob.
- 5-Hervé .Bénony,Kadija Chahraoui, « **L'entretien clinique** »(2013), Ed :Dunod.
- 6-Josiane de Saint Paul, « **Estime de soi confiance en soi,les fondements de notre équilibre personnels et social** », (2000), Inter Edition.
- 7- K.Chahraoui et coll, « **Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique**», (2003), Paris, Ed : Dunod.
- 8-Maurice Raichlin, « **Les méthodes en psychologie** » (1983), Paris, Ed :6, Paris.
- 9-Marie Laure-Cuzacq-Myriam, « **Le grand livre d'estime de soi** », (2013), Ed : ESI.
- 10-Mazza Jocelyne-Maria Grazia Mazza « **Etre jeune femme et devoir subir une stomie** », (2014), Ed : Baudelaire.

Articles et revus :

- 1-A.Duvernois« **Les besoins des stomisées** », (2009).
- 2- A.,Ramé « **Les patients stomisés** », (2006), Revue de l'infirmière.
- 3-B.Fabregas, « **20 ans de stomathérapie** », (1999), *Soins* n°632.
- 4-Blanchet, « **La conduite de l'entretien clinique de recherche** », (1992).
- 5-C.Georgeb Boeree« **Théorie de motivation** », (2006).
- 6-Col et Kluka« **Adaptation et stomie**», (1988).
- 7-Collectif., « **20 ans de stomathérapie** », (1999).
- 8-F.Caugant« **Image de soi, vie affective et sexuelle**», (2005).
- 9-F.Delenne«**Les composantes d'estime de soi**», (2012).
- 10-Guide des bonnes pratiques en stomathérapie chez l'adulte, (2003).
- 11-O.Aktouf, «**Les techniques en psychologie clinique**», (1987).
- 12-Revue du MAUSS « **De la reconnaissance Don, Identité et Estime de soi** »N°23, (2004).
- 13-Lecourte, C.Leclerc« **Estime de soi, définition et types**» (2004).
- 14-Turbul et al « **Soi infirmiere**» (2004).

Les dictionnaires :

1-Delamare Jacques, « **Dictionnaire de l'infirmière** », (2002), Paris : Maloine, , 530p.

2-E. Fouquet, H. Neefs, « **Dictionnaire Encyclopédique** », (1997), Paris : Hachette, 2080p.

3-H.Bloch coll, « **Grand dictionnaire de psychologie** », (1999), Ed Paris, Larousse-bordas.

4-J.Quevauvilliers, L.Perlemuter, « **Dictionnaire Médical de l'Infirmière** », (2004), Paris : Masson, 1086p.

5-N. Sillamy, « **Dictionnaire de psychologie** », (2003), Paris, Ed Larousse, puf.

Les sites internet :

- http://www.cyes.info/themes/education_sante/definitions_education_sante.php
- <http://www.invs.sante.fr>
- <http://www.doctissimo.fr>
- <http://www.bbraun.com>
- <https://www.abcd-chirurgie.fr/patients/points-forts/stomatherapie.html>
- <http://www.Stomanet.fr>
- <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article167>
- <http://www.estimesoietdesautres.be/maslow.html>
- <http://www.estimesoietdesautres.be/cooley.html>