



Université Abderrahmane Mira de Béjaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie clinique

Thème

L'ESTIME DE SOI CHEZ LES PERSONNES HEMODIALYSEES

Étude de six (06) cas entre (22 et 69 ans) à la clinique Benmouffok Akbou.

Présenté par :

MOUSSAOUI Tounes

HAMOUCHE Maïssa

Encadré par :

Dr : M. LAOUDJ

Année universitaire : 2022/2023

Remerciements

C'est avec un grand plaisir et une sincère gratitude qu'on souhaite remercier tous ceux et celle qui nous ont permis de réaliser le présent mémoire de maîtrise grâce à leurs efforts soutenus constants ainsi qu'à leur précieuse confiance.

Dans le cheminement ayant conduit à la réalisation de ce mémoire, on tient à remercier tout d'abord notre promoteur **Dr M. Laoudj** pour ses précieux conseils, son aide et ses encouragements et son dévouement tout au long de la réalisation de ce travail.

Un merci spécial à monsieur **Laboudi** qui a toujours était là dans le cas de besoin.

Un grand merci au directeur de la clinique privé d'hémodialyse **Dr Benmouffok.K** de nous avoir permis d'effectuer notre stage au sein de son établissement ainsi pour le médecin néphrologue **Dr S.Chihani** pour son accueil, tous les médecins et infirmiers et à toute l'équipe qui travaille dans la clinique qui nous a orienter, aider et conseiller (Malika- Assia – Sonia -Khadidja – Djamal – Chibane –Sylia –Sonia et tous les autre dont on ne connaît pas leurs noms)

On tient à remercier infiniment tous les patients qui se trouvent au sein de la clinique et qui souffrent de l'insuffisance rénale, de nous avoir aidé à réaliser cette recherche par leurs compréhension et patience.

Enfin, cette liste n'ayant pas de prétention à l'exhaustivité, on tient à remercier toutes les Personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce projet de maitrise.

Dédicace

Je dédie ce travail à :

*Mes chers parents, pour leur amour, leurs sacrifices, leur soutien et
encouragement durant toutes ces années d'étude.*

Mes chères sœurs et mes chers frères qui m'ont toujours guidé à la bonne voie.

*Mes chères amies, que je remercie infiniment pour leur confiance, leur
présences, soutien et encouragement lors de la réalisation de ce travail : Lydia,
Khoukha, Katia et Dihia.*

*Mon binôme, Maissa avec qui j'ai partagé les diverses entraves pendant la
réalisation de ce travail.*

TOUNES

Dédicace

Avec l'aide de dieu le tout puissant de m'avoir donnée la force et le courage de mener ce modeste travail à qui je dédie :

A ceux qui mon donnée à mon existence un sens à ma vie qui mon offert l'amour et leurs Soutien, à mes très chères parents que dieu les gardes. Ce travail est le fruit de ses sacrifices qu'elle consentit pour mon éducation et ma formation.

A mon cher frère Fateh

A mes chères sœurs : Hanane, Katia, Sabrina et Warda

Et mes neveux : Mokrane, Aymen , Dylane , Axel , Elhacen .

Mes nièces : Anies et Lyna

Mes beaux frères : Md tayeab, Nabil, Massi, Nadir

Sans oublier toute ma famille paternelle et maternelle

Mes chères amies : Lydia, Sylia, Mamou

A mes chers cousin et cousine

Mes grands-mères Taous et Ndjima

Mon grand-père Elhocine

Mon cher oncle : Yahia

Ainsi ma belle famille

Mon fiancé Sofiane

A mon binôme avec qui j'ai partagé les bons et les mauvais moments durant la préparation de ce mémoire

MAISSA

Listedes abréviations :

IR : Insuffisance Rénale

IRC : Insuffisance Rénale Chronique.

IRA : Insuffisance Rénale Aigue.

MRC : Maladie Rénale Chronique.

HTA : l'Hyper Tension Artérielle.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

IRCT :Insuffisance Rénale Chronique Terminale

Liste des tableaux :

Numéro	Titre de tableau	page
Tableau 1	Les stades d'évaluation de la maladie rénale chronique	25
Tableau 2	La prescription d'hémodialyse intermittente	29
Tableau 3	Critère des personnes qui s'estime et celle qui a une faible estime de soi	83
Tableau 4	La présentation de la population d'étude	89
Tableau 5	Inventaire de l'estime de soi de COOPERSMITH	104
Tableau 6	Inventaire de l'estime de soi de COOPERSMITH	104
Tableau 7	Indiquant les niveaux d'estime de soi	105
Tableau 8	Indiquant la correction des réponses de l'inventaire de COOPERSMITH	106

Liste des figures :

Numéro	Titre de la figure	page
Figure 1	Anatomie du rein	14
Figure 2	Un dialyseur	46
Figure 3	Membrane de dialyse	47
Figure 4	Générateur moniteur	48
Figure 5	Composition de dialysat	49
Figure 6	Traitement de l'eau	49
Figure 7	Schéma d'une fistule artério-veineuse radio-céphalique mature	56
Figure 8	Fistule artério-veineuse ulno-basilique gauche bien développé	57

Table des matières

Remerciements

Dédicaces

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction général

Le Cadre générale de la problématique

- 1- Problématique et hypothèses
- 2- Définition des concepts clés
- 3- Définition opératoire des concepts
- 4- Les objectifs de la recherche

Partie théorique

Chapitre I : L'hémodialyse

Préambule

Section I : Hémodialyse : aspect médicale

1. Le rein

- 1.1 Définition
- 1.2 L'anatomie-physiologie
- 1.3 Les différentes fonctions de rein dans le corps

2. Insuffisance rénale(IR) :

- 2.1 Définition de l'IR
- 2.2 Lestype de l'insuffisance rénale
- 2-2-1 l'Insuffisance rénale aiguë (IRA)
 - 2-2-1-1 Définition de l'insuffisance rénale aiguë

2-2-1-2 Les types de l'insuffisance rénale aigue

2-2-1-3 Les causes et les symptômes de l'insuffisance rénale aigue

2-2-1-4 Le diagnostic et le traitement de l'insuffisance rénale aigue

2-2-2 l'Insuffisance rénale chronique (IRC)

2-2-2-1 Définition de l'insuffisance rénale chronique

2-2-2-2 Les symptômes de l'insuffisance rénale chronique

2-2-2-3 Les causes de l'insuffisance rénale chronique

2-2-2-4 La classification de l'insuffisance rénale chronique

2-2-2-5 Le Diagnostic et le traitement de l'insuffisance rénale chronique

2-2-2-6 L'insuffisance rénale chronique en Algérie

3.l'hémodialyse :

3-1 Définition de l'hémodialyse

3-2 Historique de l'hémodialyse

3-3 Les principes d'hémodialyse

3-4 Matériel d'hémodialyse

3-5 Les complications d'hémodialyse

3-6 Les abords vasculaires

Synthèse

Section II : L'hémodialyse : aspects psychologiques et sociaux

Préambule

1- L'angoisse de la mort chez la personne dialysée

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

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

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

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

6-Dysfonctionnements sexuels chez la personne dialysée

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

8-Réflexion sur les délégués mondes de prise en charge

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

10-Le rôle des soignants

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

12-Observance du traitement immuno supprimeur

Synthèse

Chapitre II : l'estime de soi

Préambule

1-Définition de soi

2-Apparition du concept de soi

3-Définition de l'estime de soi

4-Former l'estime de soi

5-les caractéristiques d'une personne qui s'estime

6-Les caractéristiques et conséquences du manque d'estime de Soi

7- Critères d'une haute et d'une basse estime de soi

Synthèse

Partie pratique

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Préambule

1- La pré-enquête

2- La démarche de la recherche

2-1 La méthode utilisée

3-Présentation de la population d'étude et le lieu de la recherche

3-1 Présentation de la population d'étude1

3-2 Présentation de lieu de la recherche

4-Les outils d'investigations

4-1 L'entretien semi directif

4-2 Le guide d'entretien

4-3 Les attitudes de clinicien durant l'entretien

4-4 L'échelle d'estime de soi de « coopersmith»

4-5 Le déroulement général de la pratique

Synthèse

Chapitre IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses.

Préambule

1-présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et de test d'investigation d'estime de soi de « Coopersmith» forme adulte

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

2-Discussion des hypothèses

3-Les difficultés rencontrées durant cette recherche

synthèse

Conclusion générale

La liste bibliographique

La liste des annexes

Introduction

Introduction

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

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

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

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

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

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

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

L'insuffisance rénale n'est pas synonyme de troubles de la personnalité, ou de trouble mentaux, cependant tout le monde n'est pas capable de réagir et de gérer sereinement le

Introduction

traumatisme que représente forcément un traitement aussi astreignant que la dialyse ou même, a un moindre degré, que la transplantation.

Tout le monde s'accord à reconnaître que le dialyse est un traitement difficile à supporter par ses contraintes de temps et d'horaires, par la fatigue qu'elle entraîne, par sa dépendance vis-à-vis du corps médical et ses retombées sur la vie des malades ... il reste évident que la meilleur façon de l'aborder est la prise en charge personnelle de son traitement par le malade afin de permettre la meilleur adhésion possible au traitement.

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

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

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

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

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

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

Pour répondre aux objectifs de cette recherche, nous avons choisi comme terrain d'étude le centre d'hémodialyse EURL CLINIQUE BENMOUFOK et une population de six cas afin de vérifier le degré d'estime de soi chez les personnes hémodialisées.

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

Introduction

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

On a élaboré la partie théorique qui comprend deux chapitres :

-le premier(1) chapitre : intitulé « l'hémodialyse » : dans lequel nous évoquerons l'aspect médical qui présente des termes liés :- au premier lieu à la définition, l'anatomie et les différentes fonctions du rein. -Et au deuxième lieu à l'insuffisance rénale, définition, les types (les symptômes, les complications, les causes, la classification, le diagnostic et le traitement). -au troisième lieu à la dialyse (définition, méthodes). - et au quatrième lieu l'hémodialyse qui comporte la définition, l'historique, les principes, le matériel, les complications et les abordages vasculaires. Et aussi l'aspect psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux chroniques qui comporte (l'angoisse de la mort chez la personne dialysée, les signes cliniques de la dépression, le problème du rapport au temps, le régime et les contraintes alimentaires, les remaniements de l'image du corps, les dysfonctionnements sexuels, le problème de l'effraction, réflexion sur les différents mondes de prise en charge, le problème de l'accompagnement en fin de la vie, le rôle des soignants, la transplantation rénale et l'attente de la transplantation, observance du traitement immuno suppresseur.)

-le deuxième(2) chapitre : intitulé « l'estime de soi » : nous abordons la définition de soi, l'apparition du concept de soi, la définition de l'estime de soi, former l'estime de soi, les caractéristiques d'une personne qui s'estime, Les caractéristiques et conséquences du manque d'estime de Soi, Critères d'une haute et d'une basse estime de soi.

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

-le troisième(3) chapitre : qui compose la méthodologie de la recherche, la population et le lieu de la recherche ainsi que nos outils d'investigations (l'entretien clinique, l'échelle d'estime de soi de coopersmith), le déroulement général de la pratique et enfin les difficultés de la recherche.

-le quatrième(4) chapitre : présentation, analyse et discussion des hypothèses, qui compose des points suivants : présentation, analyse de l'entretien et l'échelle d'estime de soi de coopersmith, ainsi que la discussion des hypothèses.

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

Problématique

Problématique

Vivre en bonne santé est l'une des principales préoccupations des êtres humains, la santé est un état de bien-être physique, mental et social. Bien entendu, l'absence de la maladie n'est guère un indice ou une preuve de bonne santé.

Le bien-être physique fait référence à la conception biomédicale. Tandis que le bien-être social et mental fait référence à la notion de bonheur. Des caractéristiques doivent cependant être prises en compte, pour définir un état de santé. Ce dernier varie d'un individu à l'autre, chacun doit constamment réagir efficacement aux agressions dont son organisme est victime.

La santé est définie, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), comme un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. (<https://www.has-sante.fr> consulté le 20-05-2023

A toute défaillance de la santé, il y a une réaction, et comme déjà cité, une réponse. Avoir une maladie fait partie de la vie de tout être humain quel que soit son âge ou son sexe.

La maladie est définie comme une altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution. (Sillamy.N,1980)

Durant la vie quotidienne, l'être humain pourrait être atteint de quelque maladie comme les maladies chroniques. (Emmanuel.H,2010)

Ainsi, avoir une maladie chronique c'est vivre au quotidien avec la maladie dans sa vie au travail, sociale et en particulier dans sa vie personnelle. La maladie chronique est souvent associée à une invalidité ou un handicap, soit temporaire ou définitif. Les personnes touchées par ces maladies restent trop souvent en marge.

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement. Responsable de 63% des décès, elles sont la toute première cause de mortalité dans le monde. (<https://www.has-sante.fr> consulté le : 20-05-2023)

Parmi les maladies chroniques auxquelles l'homme fait face durant sa vie quotidienne, on évoque l'insuffisance rénale chronique (IRC) qui touche principalement les reins.

Problématique

L'insuffisance rénale chronique est la réduction progressive de la capacité de filtration des reins. Elle se marque par une rétention de déchets dont témoigne l'élévation de la concentration sanguine d'urée et de créatinine, et un déficit de production de deux hormones. Ces déficits induisent respectivement une anémie et une baisse du calcium dans le sang. Une hypertension artérielle est fréquente, ainsi que des troubles osseux. L'insuffisance rénale chronique s'aggrave à un rythme variable. Une surveillance médicale régulière et des conseils diététiques sont utiles, de même que le contrôle de la pression artérielle. Il faut recourir à la dialyse chronique et/ou à la transplantation rénale pour éviter des complications graves, principalement cardiaques. (Flammarion, 2004, p.747)

L'insuffisance rénale chronique (IRC) constitue une pathologie fréquente, invalidante et un lourd problème de santé publique en Algérie comme dans le monde. (Boubchir.A, 1996, p.23)

Elle touche près de 600 millions de personnes dans le monde, dont 1,5 millions d'Algériens. Les deux principales causes sont la néphroangiosclérose (30%), et la néphropathie diabétique (20%). <https://www.algerie360.com>

On remarque que le taux des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique est sensiblement en hausse. Le professeur Hammouche, président de la SANDT, annonce et confirme en 2019 que l'Algérie enregistre environ 4000 nouveaux cas souffrant d'IRCT par an. <https://www.lesoirdalgerie.com>

Dans le monde, le nombre de patients traités pour insuffisance rénale chronique terminale a été estimé en fin d'année 2013 à 3,2 millions de patients avec un taux de croissance d'environ 6%, et continue d'augmenter à un taux nettement plus élevé que celui de la population mondiale. Sur ces 3.200.000 patients IRCT, environ 2.522.000 ont été traités par dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale) et environ 678.000 personnes vivaient avec une transplantation rénale, soit 70,3% patients en hémodialyse, 8,4% en dialyse péritonéale et 21,2% transplantés. <https://www.algerie360.com>

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

L'hémodialyse est une technique d'épuration sanguine extra rénale au moyen d'hémodialyseurs fonctionnant sur un circuit de circulation extracorporelle. (Masson, 2001, p.426)

L'hémodialyse est parfois utilisée dans certains cas d'intoxication grave, mais c'est surtout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aiguë et chronique. A moins qu'une greffe de rein

Problématique

puisse être pratiquée, le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse est définitif. (Larousse, 2010, p.444)

L'impact psychologique de la dialyse a une double signification ; d'une part, il est lié à la souffrance et à la mort. D'autre part, à l'image du corps qui est incomplète et qui présente un manque et une incapacité d'être autonome.

La baisse de la satisfaction corporelle touche l'identité, et l'estime de soi chez les personnes souffrant d'IRCT et qui se retrouve en hémodialyse.

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 de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet ; le moi actuel d'une part 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.

L'estime de soi permet de se donner une valeur, une motivation et des aspirations. L'évaluation de soi va alors appliquer la gestion des attitudes temporelles et des conduites d'anticipation, ainsi, en permettant à l'individu d'avoir confiance en lui-même, elle favorise l'investissement de l'avenir.

L'estime de soi selon le petit Larousse de la psychologie (2008) : « c'est l'attitude de plus au moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine ».

<https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmiers-2eme-edition-page-185>

L'estime de soi, est l'évaluation continue de la valeur d'une personne, de l'importance qu'on s'accorde comme personne. Elle représente combien une personne se considère valable. Elle se développe en étant fidèle à soi-même, en se respectant dans ses besoins, émotions, limites et valeurs.

Nous avons abordé l'hémodialyse pas en tant que traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale, mais plutôt par-rapport aux conséquences psychologiques qu'elle peut avoir sur la représentation de l'estime de soi.

Notre recherche se veut un essai enfin de contribuer à démontrer que les personnes en hémodialyse, suite à l'insuffisance rénale chronique, d'un regard biologique peut influencer négativement sur le plan psychologique et résulte chez ces personnes une faible estime de soi.

Problématique

Nous avons choisi comme terrain d'étude la clinique d'hémodialyse Benmoufok qui se situe à Akbou wilaya de Béjaïa et qui répond aux objectifs de notre recherche. On a opté pour la méthode clinique qui permet d'étudier cas par cas et aussi avec un entretien clinique qui nous a permis de récolter plus d'informations sur les patients hémodialysés que ce soit sur le plan social, familiale, professionnel ainsi personnel. Et afin d'évaluer le degré de l'estime de soi chez les personnes hémodialysés, suite à l'insuffisance rénale chronique terminal, nous avons choisi " le test d'investigation d'estime de soi de Cooper Smith". Tentant de répondre au problème que nous avons ciblé dans notre recherche en posant les questions suivantes :

- est-ce que les personnes hémodialysés, suite à l'insuffisance rénale chronique, présente une faible estime de soi ?

Hypothèses de recherche :

- 1- les patients hémodialysés manifestent une faible estime de soi
- 2- les patients hémodialysés manifestent une estime de soi négatif.

Les raisons du choix du thème :

- Manque d'études sur l'estime de soi sur les personnes atteintes d'IRCT ce qui nous a poussés à traiter ce thème dans le but d'évaluer leurs estime de soi et pourquoi pas pouvoir les aidée et de les motiver et améliorer leurs estime de soi.
- L'IRCT est un sujet d'actualité et très délicat qui nécessite plus de prise en charge.
- c'est une maladie qui a touché beaucoup de personnes et qui peut encore toucher beaucoup d'autres personnes par manque de sensibilisation et d'orientation.
- Amener un plus à notre bibliothèque et avoir plus de recherche à ce sujet et approfondir nos connaissances théorique et technique dans le domaine de la psychologie clinique.
- manque de travaux Algérien sur ce sujet malgré son importance sur l'actualité sanitaire et quotidienne.

Les objectifs du choix de thème :

Les objectifs envisagés dans notre étude sont les suivants :

- Ce travail a pour but de connaître le niveau d'estime de soi chez les personnes atteintes d'insuffisance rénal chronique terminale.
- Comment l'IRCT influence négativement sur l'estime de soi chez les personnes souffrantes de cette maladie.

Problématique

- Enrichir la bibliographie sur cette thématique.
- Ouvrir plus de lumière sur ce sujet afin de pouvoir prendre plus en considération l'état psychique des personnes atteintes de cette maladie.
- Aider les personnes qui souffrent d'IRCT à une meilleure prise en charge médicale et surtout psychologique.
- Aider les patients d'IRCT à pouvoir accepter leurs maladie et savoir faire face et vivre avec une telle situation.
- Voir la réalité de la relation existant entre les complications de l'insuffisance rénale chronique terminale et l'estime de soi du malade.

L'intérêt du choix de thème :

Le taux de plus en plus élevé des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale qui représente un grand problème de santé publique et aussi l'importance de ce sujet dans l'actualité sanitaire et quotidienne, et à cette effet évaluer le degré d'estime de soi chez ces patients devient un enjeu dans le domaine de la psychologie en prenant en compte leur besoin pour une bonne prise en charge psychologique.

Définition des concepts clés :

1- L'Estime de Soi :

« Valeur personnelle, compétence, qu'un individu associé à son image de soi. »

On peut aussi dire que c'est appréciation favorable de soi-même. Il s'agit donc d'une évaluation d'un jugement de valeurs à-propos de soi (**Saint Paul J, 1999, P7**).

2- L'hémodialyse :

Selon Larousse médical l'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel. Il est utilisé parfois dans certains cas d'intoxication graves. Mais c'est surtout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aiguë et chronique. Afin qu'une greffe rénale soit pratiquer (**Science médical. 1997, p.466**).

Définition opératoire des concepts clés :

1- l'estime de soi : désigne la valeur et le respect que l'on se porte à soi-même. Elle influence la manière dont on se voit, se juge et interagit avec le monde.

2- l'hémodialyse : l'hémodialyse est un traitement médical qui consiste à filtrer le sang à travers un appareil spécialisé appelé dialyseur, en retirant les déchets, l'excès de liquide et les substances nocives accumulées dans le corps chez les personnes dont les reins ne fonctionnent pas correctement.

Partie théorique

Chapitre I : L'hémodialyse

Hémodialyse : aspect médicale

Chapitre I : L'hémodialyse

Préambule :

Le rein est un organe très sensible dans le corps, il s'écrite l'urine, et comme d'autres organes du cours il est malheureusement exposé à beaucoup de maladies, et parmi ses maladies on a l'insuffisance rénale chronique; qui est une maladie chronique et mortelle, où dans sa phase terminale elle conduite à un risque de décès. Cette maladie est devenue un problème majeur de santé publique par le taux de plus en plus élevée.

Dans ce chapitre on va aborder deux aspects: le premier c'est l'aspect médical: où on va parler au premier lieu du rein, et au deuxième lieu de l'insuffisance rénale et ses types, au troisième lieu on va aborder la dialyse et ses méthodes, puis au quatrième lieu de l'hémodialyse (historique, principes, matériels, complications et les abords vasculaire).

Le deuxième aspect c'est l'aspect psychologique et social

1- Le rein :

1-1 Définition du rein :

Organe élaborant l'urine.

Les reins au nombre de deux sont situés dans les fosses lombaires à la hauteur des deux dernières vertèbres lombaires et des dernières cotes sous la forme le foie pour le rein droit, contre la rate pour le rein gauche en arrière de la cavité péritonéale. (**LE PETIT LAROUSSE de la médecine ; Page 834**).

1-2 L'anatomie-physiologie du rein :

Les deux reins sont situés derrière l'abdomen, de part et d'autre de la colonne vertébrale. En forme de haricot de 12 centimètres de long, ils pèsent environ 160 g chacun. Les reins filtrent environ 170 litres de sang par jour, soit l'équivalent du contenu du corps humain toutes les 30 minutes. Ils ont pour principales fonctions de : - épurer le sang de ses déchets, évacués dans les urines, pour ne garder que les substances utiles au bon fonctionnement de l'organisme ; - maintenir constante la composition et pression artérielle du sang (quantité d'eau, de sel, de potassium...) ; - transformer la vitamine D qui permet l'absorption du calcium alimentaire et sa fixation sur l'os; - produire l'érythropoïétine, qui stimule la production des globules rouges.

Le sang est amené par les artères et les artérioles rénales jusqu'aux unités de filtration, les néphrons. À la sortie de chaque néphron, le sang épuré regagne la circulation générale par les veines rénales. Les urines sont, elles, collectées par les calices, qui se déversent dans le

Chapitre I : L'hémodialyse

bassinets. Elles s'écoulent ensuite par les uretères vers la vessie où elles sont stockées.(Ma Maladie Rénale Chronique 2022 ;Page 23).

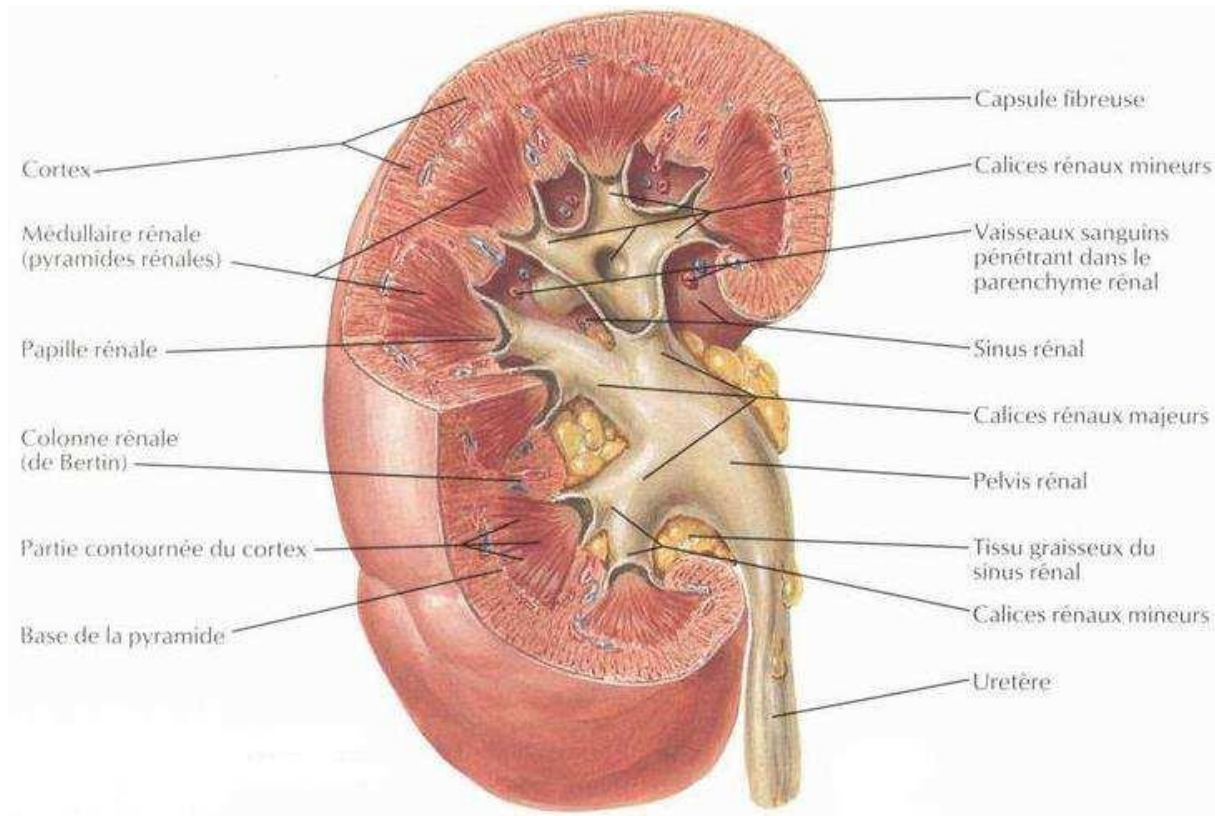


Figure 1 : Anatomie du rein

1-3 Les différentes fonctions du rein dans le corps :

Nous avons normalement deux reins situés de part et d'autre de la colonne vertébrale, à hauteur des fausses côtes. D'un brun rougeâtre, ils ont la forme d'un haricot gros comme un poing serré. La fonction première des reins est d'éliminer les déchets du sang et de retourner le sang purifié dans le système. Chaque minute, environ un litre de sang (le cinquième de tout le sang que pompe le cœur) entre dans les reins par les artères rénales. Une fois purifié, le sang sort par les veines rénales. Chaque rein contient plus d'un million de très petites unités appelées néphrons. Chaque néphron possède un filtre minuscule, le glomérule, qui débouche sur un tubule. Les glomérules extraient l'eau et les déchets du sang et les déversent dans les

Chapitre I : L'hémodialyse

tubules. Une grande partie de cette eau est réabsorbée par les tubules. Les déchets, eux, sont concentrés dans les urines. Chaque tubule déverse l'urine formée dans une sorte d'entonnoir, le bassinnet. Le bassinnet se prolonge hors du rein par un conduit appelé l'uretère. L'uretère recueille les urines et les achemine jusqu'à la vessie. A l'extrémité de la vessie, un tube appelé urètre évacue l'urine hors de l'organisme. Normalement, les reins sont capables d'éliminer de l'organisme entre un et deux litres d'urine par jour, selon la quantité de liquide absorbée par l'individu.

Un rein normal peut augmenter considérablement sa charge de travail. Par exemple, dans le cas où l'un des reins ne fonctionnerait plus du tout, l'autre se développe au point de faire à lui tout seul le travail des deux reins.

C'est pourquoi les reins sont importants car ils remplissent trois fonctions essentielles :

- 1- les reins régulent la quantité d'eau dans l'organisme
- 2- les reins éliminent les déchets
- 3- les reins produisent des hormones

(vivre sa vie avec son insuffisance rénale, 2004, p.02, 03).

2-insuffisance rénale(IR) :

2-1 Définition de l'Insuffisance Rénale :

Réduction de la capacité des reins à assurer la filtration et l'élimination des produits de déchet du sang, à contrôler l'équilibre du corps en eau et en sels et à régulariser la pression sanguine. L'insuffisance rénale résulte d'affections qui atteignent les reins, caractérisées par une diminution du nombre des néphrons, ces unités fonctionnelles dont l'élément principal est le glomérule, petite sphère où s'effectue la filtration du sang et où s'élabore l'urine primitive. Elle se traduit par une élévation des taux sanguins de créatinine et d'urée. **(LAROUSSE, 2010, p.523).**

2-2-les types de l'insuffisance rénale :

L'insuffisance rénale signifie que le sang n'est plus ou mal filtré. Il existe deux types d'insuffisances rénales :

Chapitre I : L'hémodialyse

2-2-1 L'insuffisance rénale aiguë (IRA) :

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

Déclin rapide de la fonction primordiale des reins, c'est-à-dire de leur aptitude à filtrer. La quantité d'urines émise est souvent réduite (voir Oligurie) ou nulle, mais elle peut être normale ou même supranormale. L'accumulation de déchets azotés (urée, créatinine) et acides, et une rétention d'eau, de sodium et de potassium en sont les conséquences majeures.

L'insuffisance rénale aiguë relève de trois mécanismes principaux :

Insuffisance rénale fonctionnelle par un flux sanguin rénal insuffisant, comme par exemple au cours d'une hémorragie ou d'une déshydratation :

- obstacle sur la voie excrétrice urinaire bloquant l'écoulement des urines, par exemple calculs des uretères ou tumeur de prostate:

Insuffisance rénale organique par lésion rénale intrinsèque due par exemple à une baisse brutale et prolongée de la pression artérielle, à une infection, à l'usage de toxiques ou de médicaments (néphrite tubulo-interstitielle aiguë), ou coïncidant avec une inflammation des glomérules rénaux (voir Glomérulonephrites) ou avec une hypertension artérielle très sévère. L'insuffisance rénale aiguë. Nécessite un traitement rapide, privilégiant la cause, en particulier dans les deux premiers mécanismes. Lorsqu'elle est organique, elle implique le recours à une technique d'épuration extrarénale (voir Dialyse). La gravité de l'évolution dépend en premier lieu de la cause de l'insuffisance rénale. Lorsqu'une guérison survient, elle est souvent complète. (Flammarion, 2004, p.747, 748)

2-2-1-2-les types de l'insuffisance rénale aiguë :

A) Forme pré-rénale ou fonctionnelle :

Cette forme est déterminée par une réduction impromptue, aiguë, de la perfusion sanguine rénale. Les causes les plus fréquentes sont :

1. pertes importantes hydro-électrolytiques ayant pour conséquence une grave déshydratation générale (vomissements incoercibles, diarrhée, brûlures, etc.).
2. une hémorragie massive, par exemple due à un traumatisme ou à des lésions gastro-intestinales.
3. une hypotension artérielle sévère, causée par des facteurs cardiogéniques (infarctus du myocarde, décompensation cardio-vasculaire, graves arythmies cardiaques, etc.) ou par la diminution des résistances périphériques (réactions dues à l'hypersensibilité, en dotoxinémie provoquée par des germes Gram-négatifs, acidose, insuffisance surrénalienne, etc.).

A l'apparition de cette forme d'IRA, le rein n'est pas immédiatement touché, c'est pourquoi, si les altérations générales sont rapidement corrigées (par exemple en rétablissant le volume

Chapitre I : L'hémodialyse

sanguin circulant ou les niveaux normaux de tension artérielle), il est possible d'obtenir un retour à la normalité de la fonction rénale antérieure. Si au contraire ces altérations demeurent pendant plusieurs heures, le tissu rénal subit une véritable lésion entraînant un tableau d'IRA organique. (Luigi. C et Springer-verlag, 1999, p.15, 16)

B) Forme parenchymateuse ou organique :

Il s'agit d'une forme qui présente, dès son apparition, de graves lésions du tissu rénal. Elle peut se présenter pour des causes toxiques, infectieuses, obstétriques, à la suite de traumatismes ou d'interventions chirurgicales. En présence d'un syndrome néphrétique aigu, de néphrite interstitielle aiguë et d'hypertension artérielle accélérée, l'IRA organique est partie intégrante du tableau clinique. D'autres causes sont l'infarctus rénal par thrombose ou embolie des artères rénales et la thrombose des veines rénales ou de la veine cave inférieure. Les formes d'IRA causées par l'utilisation, ou plus précisément par l'abus, de médicaments, en particulier les antibiotiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens, sont de plus en plus fréquentes. Le rejet aigu du rein greffé est aussi une forme organique d'IRA. Le mécanisme interne qui mène à la nécrose tubulaire aiguë et par conséquent à l'IRA n'est pas encore tout à fait connu. Ces dernières années, la théorie qui a tendance à s'imposer de plus en plus est celle qui admet que les différentes causes d'IRA organique déterminent, par le biais de l'implication du système rénine-angiotensine et des prostaglandines, une altération de la vascularisation sanguine intra rénale, avec ischémie glomérulaire et par conséquent oligoanurie. La structure rénale généralement frappée est le tubule rénal, exposé à des nécroses, alors que le glomérule est presque toujours indemne, réalisant le tableau de nécrose tubulaire aiguë. Le tubule est une structure capable de se régénérer en 15-20 jours environ: après cette période il y a généralement résolution du tableau clinique. L'aspect de nécrose tubulaire aiguë et d'intégrité glomérulaire est aisément décelable par une biopsie rénale.

Il arrive parfois, surtout quand l'IRA survient à la suite d'hypertension accélérée, ou d'une cause liée à l'accouchement ou à un avortement, que la lésion puisse amplement intéresser aussi les glomérules : c'est alors un tableau de Nécrose corticale qui prend forme. Dans de telles circonstances, le rétablissement des fonctions rénales peut être partiel ou totalement absent, menant vers l'insuffisance rénale chronique. (Luigi. C et springer-verlag, 1999, p.16 et 17).

C) Forme post-rénale ou obstructive :

Cette forme est en majorité du domaine chirurgical. Elle est due à une obstruction des voies excrétoires urinaires, généralement causée par des calculs ou par des néoplasies, qui peut être localisée à n'importe quel niveau (pelvis, uretère, vessie ou urètre). Les néoplasies se logent aussi bien dans la lumière qu'à l'extérieur des voies urinaires, pouvant déterminer, pendant leur développement, une compression, et par conséquent une obstruction de ces voies. Les sténoses urétrales et l'hypertrophie ou les néoplasies de la prostate peuvent aussi mener à cette forme d'IRA. L'obstruction doit être bilatérale (ou unilatérale en cas de rein

Chapitre I : L'hémodialyse

fonctionnellement ou anatomiquement unique) pour mener à l'IRA. Une obstruction unilatérale n'est pas toujours évidente à l'examen clinique, au point de passer inaperçue. En effet, si le rein controlatéral est normal, il n'y a pas insuffisance rénale.

Dans ce type d'IRA, comme dans le précédent il n'existe pas de lésions irréversibles immédiates du tissu rénal, même en présence du tableau clinique de l'IRA. Si l'obstacle est levé, les fonctions rénales reprennent rapidement : si au contraire l'obstacle demeure pendant plusieurs jours, voire des semaines, le rein pourra ressentir même profondément cette situation, et les structures rénales seront définitivement compromises, menant à l'insuffisance rénale chronique. (Luigi. C et Springer-verlag, 1999, p.17).

2-2-1-3-les causes et les symptômes de l'insuffisance rénale aiguë :

L'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle est due à une hypovolémie (diminution du volume sanguin circulant, entraînant un abaissement du débit de sang irriguant les reins), et peut donc résulter soit d'une baisse de la pression artérielle, provoquée par une hémorragie, une défaillance cardiaque ou un état de choc, soit d'une déshydratation importante liée à une diarrhée ou à des vomissements abondants. Cette forme d'insuffisance rénale n'occasionne pas de lésion du tissu rénal et disparaît avec le trouble responsable.

L'insuffisance rénale aiguë organique est due à des altérations anatomiques des tubules (nécrose tubulaire aiguë), du tissu interstitiel (néphrite interstitielle aiguë), des glomérules (glomérulonéphrites) ou des vaisseaux (néphropathies vasculaires) du rein. Ces lésions peuvent être dues à une intoxication (médicaments, produits iodés utilisés pour des examens radiographiques), à une réaction allergique, à un processus infectieux, immunologique, etc. L'insuffisance rénale aiguë obstructive est liée à la survenue d'un obstacle (calcul, tumeur) sur les voies excrétrices (bassins, uretères, vessie).

Le Symptôme clinique le plus révélateur de l'insuffisance rénale aiguë est l'anurie (arrêt de toute production d'urine par les reins). Cependant, le volume des urines peut n'être que diminué, voire rester normal.

Certaines manifestations particulièrement graves peuvent survenir hyperkaliémie (pouvant entraîner des troubles cardiaques graves), œdème pulmonaire aigu, acidose, hyponatrémie. (LAROUSSE, 2010, p.525).

Chapitre I : L'hémodialyse

2-2-1-4- Le diagnostic et le traitement de l'insuffisance rénale aiguë :

Diagnostic :

Il repose sur la mise en évidence de la diminution de la filtration glomérulaire par mesure de l'élévation du taux sanguin de créatinine chez des patients ayant eu auparavant des valeurs normales. En cas d'insuffisance rénale aiguë obstructive, il fait de plus appel à l'urographie intraveineuse, à l'échographie et au scanner afin de visualiser la dilatation des cavités rénales, et parfois l'obstacle. Le diagnostic d'une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle peut nécessiter une ponction-biopsie.

Traitement :

L'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle disparaît rapidement après traitement de sa cause transfusion en cas d'hémorragie, perfusion de sérum salé en cas de déshydratation, etc. Cependant, si ce traitement n'est pas entrepris assez tôt, elle peut se transformer en une insuffisance rénale aiguë organique, plus sévère. L'insuffisance rénale aiguë organique demande le traitement de l'affection en cause, celle-là déterminant également le pronostic. Des séances d'hémodialyse sont parfois nécessaires, durant plusieurs jours ou quelques semaines, jusqu'au rétablissement de la fonction rénale.

L'insuffisance rénale aiguë obstructive est en général rapidement réversible après une intervention chirurgicale consistant à lever l'obstacle ou à dériver les urines de façon à assurer une reprise de la fonction rénale. Cependant, chez certains malades, les désordres sanguins engendrés par l'insuffisance rénale sont tels qu'avant tout geste chirurgical une épuration du sang par hémodialyse est indispensable. (LAROUSSE, 2010, p.525).

2-2-2-insuffisance rénale chronique :

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

Insuffisance rénale chronique est une Réduction progressive de la capacité de filtration des reins. Elle se marque par une rétention de déchets dont témoigne l'élévation de la concentration sanguine d'urée et de créatinine, et un déficit de production de deux hormones, ces déficits induisent respectivement une anémie et une baisse du calcium dans le sang. Une hypertension artérielle est fréquente, ainsi que des troubles osseux. L'insuffisance rénale chronique s'aggrave à un rythme variable. Une surveillance médicale régulière et des conseils diététiques sont utiles, de même que le contrôle de la pression artérielle. Un apport accru en

Chapitre I : L'hémodialyse

vitamine D et en calcium, et en cas d'anémie sévère l'administration de l'hormone d'origine rénale stimulant normalement la fabrication des globules rouges permet de corriger l'anémie et de limiter les troubles osseux. Au stade d'insuffisance rénale dite terminale, il faut recourir à la dialyse chronique et/ou à la transplantation rénale pour éviter des complications graves, principalement cardiaques et l'aggravation vers l'urémie terminale. (FLAMMARION, 2004, p. 748).

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

Les insuffisances rénales chroniques minimales ou modérées n'entraînent en général que peu de signes. Elles sont souvent diagnostiquées de manière fortuite, par exemple à l'occasion d'un bilan pour hypertension artérielle, protéinurie (présence de protéines dans les urines) ou hématurie (présence de sang dans les urines), ou encore dans le cadre de la surveillance d'une autre affection, que l'insuffisance rénale chronique vient compliquer. Les insuffisances rénales chroniques plus avancées ont, au contraire, des conséquences cliniques et biologiques importantes et complexes. Une insuffisance rénale chronique se complique presque toujours d'une anémie liée à la diminution de la sécrétion d'érythropoïétine (hormone stimulant la production des globules rouges par la moelle osseuse) par le rein et entraînant une fatigue, un essoufflement, des difficultés à réaliser des efforts physiques. Une hypertension artérielle est fréquemment observée, des complications osseuses, regroupées sous le terme d'ostéodystrophie rénale, provoquent une déminéralisation osseuse ainsi que des complications nerveuses entraînant notamment des troubles sensitifs, voire une paralysie motrice; une rétention de sodium à l'origine de conséquences cardiaques telles qu'une insuffisance cardiaque gauche se manifestant par un œdème pulmonaire aigu, une augmentation du taux de potassium dans le sang, parfois à l'origine de troubles du rythme cardiaque. La taille des reins, observables en échographique, est souvent diminuée. (LAROUSSE, 2010, p.524)

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

Des causes physiologiques et environnementales multiples :

Les origines du développement d'une maladie rénale chronique peuvent être variées, mais elles conduisent toutes à l'altération continue des vaisseaux sanguins qui amènent le sang vers les cellules rénales, dont le nombre et les capacités se réduisent au fil du temps. L'hypertension artérielle et le diabète sont responsables de plus de la moitié des cas, mais diverses pathologies sont également en cause : glomérulonéphrite, maladie auto-immune (lupus, polyarthrite rhumatoïde...), polykystose rénale, pyélonéphrites à répétition, anomalie

Chapitre I : L'hémodialyse

ou obstacle chronique sur les voies urinaires (calculs, malformation...). Par ailleurs, l'utilisation au long cours de certains médicaments (anti-inflammatoires, anticancéreux, antibiotiques...) ou l'exposition à des toxiques (plomb, mercure...) peuvent aussi entraîner une altération de la fonction rénale.

Enfin, des facteurs comme l'âge avancé, les maladies cardiovasculaires, l'obésité ou le tabac accentuent également le risque. **(Ma Maladie Rénale Chronique, 2022, p.23)**

1-Le diabète sucré:

Le diabète sucré est souvent appelé diabète tout court. Il y a diabète lorsque le pancréas ne sécrète plus le taux d'insuline nécessaire à l'organisme ou que celui-ci ne peut plus utiliser adéquatement l'insuline sécrétée par le pancréas. L'insuline est une hormone indispensable à l'organisme. Elle agit comme un excellent médiateur chimique et son rôle est de réguler la quantité de glucose (sucre) dans le sang. C'est pour cela que les personnes atteintes de diabète grave doivent obligatoirement prendre de l'insuline par injection ou des médicaments qui aident le pancréas à sécréter plus d'insuline, ou encore qui aident l'organisme à mieux utiliser l'insuline fabriquée par le pancréas. Même si les personnes atteintes de diabète s'injectent de l'insuline ou prennent des médicaments, elles ne sont pas à l'abri de la destruction de certains vaisseaux sanguins. Par exemple, la rétine de l'œil risque à la longue de s'abîmer et d'entraîner une perte de la vue. Les fragiles vaisseaux sanguins des filtres des reins peuvent aussi subir des dommages. On se rend compte de la détérioration progressive des reins lorsque l'on détecte dans les urines des taux de protéines de plus en plus élevés. Plus la maladie progresse plus la quantité de protéines augmente. Quant au traitement, plus il commence tôt (par exemple, avec les médicaments comme les inhibiteurs ECA) et plus il y a de chances de freiner l'évolution de la maladie. Les traitements intensifs peuvent ralentir l'évolution de la maladie quel que soit son stade. Un contrôle annuel de la fonction des reins incluant le taux de protéines dans les urines est maintenant recommandé pour diagnostiquer et traiter à son stade précoce la maladie rénale diabétique.

Il arrive parfois, à un stade avancé de la maladie, que la perte des protéines sanguines soit importante. Dans ce cas, l'eau normalement retenue dans le sang se propage dans les tissus et provoque des enflures (œdèmes). Avec le temps, le diabète peut atteindre les filtres des reins à un point de non-retour : les reins ne fonctionnent plus et la thérapie de suppléance devient indispensable. Le tabagisme peut aussi endommager les vaisseaux sanguins, aggravant les complications du diabète. Les personnes atteintes de diabète devraient cesser de fumer. Les

Chapitre I : L'hémodialyse

infections se développent rapidement chez les personnes atteintes de diabète. Si ces infections, notamment celles des voies urinaires, ne sont pas traitées, elles risquent d'endommager les reins. Il est recommandé aux personnes atteintes de diabète de ne négliger aucune infection et de la faire traiter immédiatement. La glomérulonéphrite: La glomérulonéphrite, ou néphrite, se déclare lorsque les glomérules, ces petits filtres minuscules qui servent à purifier le sang, se détériorent. Il existe plusieurs sortes de glomérulonéphrites. Certaines guérissent sans traitement médical, contrairement à d'autres qui nécessitent des médicaments. Il y en a qui ne répondent à aucun traitement et qui entraînent l'insuffisance rénale chronique Certains indices laissent penser que la glomérulonéphrite est due à une déficience du système immunitaire de l'organisme. Normalement, le travail du système immunitaire est de protéger l'organisme contre l'invasion de corps étrangers comme les virus et les bactéries. Le système immunitaire est un système de défense constitué de cellules qui produisent des substances (anticorps) capables de reconnaître les corps étrangers (antigènes).

Les anticorps se lient aux antigènes. Ces complexes antigène-anticorps attirent sur le champ de bataille d'autres substances et d'autres éléments du système de défense. Généralement, c'est le système immunitaire qui gagne et l'organisme retourne à la normale après la destruction des corps étrangers. Malheureusement, lorsque le système immunitaire ne fonctionne pas convenablement, il risque lui-même de porter gravement atteinte aux reins. En effet, il arrive que le système immunitaire attaque par erreur les filtres rénaux, entraînant l'inflammation des reins (le terme >>glomérulonéphrite >> veut dire en latin << inflammation des glomérules des reins >>). Un autre type de glomérulonéphrite se déclare lorsque les complexes antigène-anticorps se déposent dans les glomérules. L'une des glomérulonéphrites causée par les complexes antigène-anticorps est le lupus érythémateux systémique. Le lupus peut toucher de nombreux organes. Généralement, il se manifeste chez la femme de 20 à 30 ans et endommage le plus souvent les articulations et la peau. Le lupus, qui entraîne fréquemment la dégradation des reins, est habituellement traité par des médicaments comme les stéroïdes, qui normalisent le système immunitaire.

Si la glomérulonéphrite ne guérit pas d'elle-même ou ne peut bénéficier d'aucun traitement, les filtres des reins se détériorent progressivement jusqu'à perdre leur capacité de purifier le sang.

Chapitre I : L'hémodialyse

2-L'hypertension :

Une tension artérielle élevée (hypertension) peut provoquer l'insuffisance rénale chronique. L'inverse est également vrai: l'insuffisance rénale chronique peut induire l'hypertension. L'hypertension endommage les petits vaisseaux sanguins qui drainent le sang vers les filtres des reins. Une hypertension qui dure depuis longtemps et qui n'est pas traitée ou une hypertension sévère risquent de provoquer IIRC, en réduisant la circulation du sang dans les reins. D'autre part, les reins sécrètent une hormone qui joue un rôle important dans le contrôle de la tension artérielle. Lorsque les reins sont atteints et qu'ils ne fonctionnent plus très bien, cette hormone peut être sécrétée en grande quantité, entraînant l'hypertension et une dégradation de la fonction rénale. Il est donc important de surveiller de près l'hypertension pour éviter, à long terme, la dégradation des reins.

3-La maladie poly kystique autosomique dominante :

La maladie poly kystique autosomique dominante (MPAD) est la maladie rénale héréditaire la plus répandue. Elle est transmise à 50% des enfants d'un parent affecté. Le terme « poly kystique » signifie «< plusieurs kystes ». Les reins poly kystiques sont plus gros que la normale. Ils contiennent des kystes remplis de liquide qui leur donnent une surface bosselée. Ces kystes, qui grossissent graduellement, exercent une pression sur le tissu rénal entraînant parfois l'insuffisance rénale terminale. Souvent, dès la quarantaine, les personnes atteintes ont besoin de dialyse ou d'une greffe. Cependant, parce que la maladie suit un rythme propre selon les individus, le temps entre l'apparition des kystes et la nécessité de la dialyse varie beaucoup. Vu que la maladie est héréditaire, il est conseillé aux personnes atteintes d'informer les autres membres de la famille pour qu'ils fassent les analyses requises : ils risquent, eux aussi, d'en être affectés.

4-L'obstruction des voies urinaires :

Toute obstruction (ou blocage) des voies urinaires risque d'endommager les reins. Les obstructions peuvent se produire dans l'uretère ou à l'extrémité de la vessie. Des malformations congénitales peuvent être à l'origine d'un rétrécissement de l'uretère supérieur ou inférieur, ce qui parfois entraîne une IRC chez les enfants. Chez les adultes l'augmentation du volume de la prostate, les calculs rénaux ou les tumeurs peuvent causer l'obstruction des voies urinaires.

5-La néphropathie de reflux :

La néphropathie de reflux est la nouvelle appellation de l'ancienne « pyélonéphrite chronique ». Cette maladie s'explique par un reflux anormal des urines de la vessie vers les reins, provoquant des lésions. Cette maladie affecte les enfants nés avec une anomalie au niveau de la jonction entre l'uretère et la vessie. Il y a risque d'insuffisance rénale terminale lorsque la néphropathie de reflux est détectée tardivement ou que les reins sont déjà gravement lésés.

6-L'IRC induite par des médicaments :

L'usage abusif de médicaments peut porter atteinte aux reins. Les médicaments les plus utilisés qui peuvent endommager les reins sont certains médicaments qui agissent contre la douleur et l'arthrite. Consommés à fortes doses et à long terme. Ces analgésiques achetés sans ordonnance, y compris l'aspirine, risquent d'endommager les reins. L'usage de drogues illégales comme l'héroïne et la cocaïne peut contribuer à la dégradation des reins. (Simon, 2007, pp.6-11)

2-2-2-4-La classification de l'insuffisance rénale chronique :Les stades d'évolution de la maladie rénale chronique :

La maladie rénale chronique est classifiée en 5 stades de gravité croissante, selon la valeur de débit de filtration glomérulaire(DFG). On parle d'insuffisance rénale chronique lorsqu'elle DFG est inférieure à 60ml/min/1,73m² et d'insuffisance rénale chronique terminale en dessous de 15ml/mn/1.73m². (Simon. P, 2007, pp.6-11)

Chapitre I : L'hémodialyse

	Débit de filtration glomérulaire (DFG en ml/min/1.73m ²)	Pourcentage de la fonction rénale prévalant à chaque stade	Définition	Symptômes
Stade 1	≥90	+ de 90%	Maladie rénale chronique avec DFG normal ou augmenté	Aucun symptôme manifeste. Taux de d'urée et de créatinine normaux
Stade 2	60 à 89	89% à 60%	Maladie rénale chronique avec DFG légèrement diminué	Aucun symptôme manifeste. Taux de d'urée et de créatinine normaux ou légèrement élevés
Stade 3	STADE 3A : 45 à 59 STADE 3B : 30 à 44	59% à 30%	Insuffisance rénale chronique modérée	Apparition des premiers symptômes : fatigue, perte d'appétit, démangeaisons, augmentation de taux de créatinine, excès durée et, parfois, début d'anémie
Stade 4	15 à 29	29% à 15%	Insuffisance rénale chronique sévère	Fatigue, perte d'appétit et démangeaisons persistantes.
Stade 5	< 15	-De 15%	Insuffisance rénale chronique terminale	Symptôme : insomnies, gêne respiratoire, démangeaisons et vomissements fréquents. Taux élevés de créatinines et d'urée

Tableau 01 : stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Chapitre I : L'hémodialyse

2-2-2-5-Le Diagnostic et le traitement de l'insuffisance rénale chronique :

Diagnostic :

Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique repose sur la mise en évidence de la diminution de la filtration glomérulaire par une élévation du taux sanguin de créatinine. L'examen consiste à mesurer la clairance de la créatinine c'est-à-dire le nombre de millilitres de plasma que les glomérules peuvent débarrasser de cette substance d'origine musculaire en une minute. La clairance normale de la créatinine est de 130 millilitres/minute. Le suivi régulier des chiffres de clairance permet en outre de surveiller l'évolution d'une insuffisance rénale sous traitement. (LAROUSSE, 2010, p.524)

Traitement :

Il vise à prévenir les complications de l'insuffisance rénale chronique. Le sujet doit suivre un régime pauvre en protéines et parfois en sodium (sel); les aliments riches en potassium (fruits, chocolat) doivent être évités, voire proscrits. Les traitements médicamenteux luttent contre les symptômes de l'insuffisance rénale : antihypertenseurs, dérivés de la vitamine D, calcium, médicaments destinés à abaisser le taux de phosphore et de potassium dans le sang.

La dialyse devient indispensable lorsque la clairance de la créatinine est inférieure à 10 millilitres/minute; il en existe deux types: l'hémodialyse, ou rein artificiel, où le sang est épuré en dehors de l'organisme, au travers d'une membrane artificielle, et la dialyse péritonéale, lors de laquelle le péritoine du malade est utilisé comme membrane de filtration. La greffe de rein est le seul traitement définitif de l'insuffisance rénale. Actuellement largement répandue, elle concerne des patients relativement jeunes (jusqu'à 60 ans en moyenne et dont la maladie n'est pas susceptible de se reproduire sur le greffon. (LAROUSSE, 2010, p.524).

2-2-2-8-L'insuffisance rénale chronique en Algérie :

En Algérie, la prise en charge, encore incorrecte, de l'IRC, et la perte quotidienne de nombreux enfants nécessitant un traitement de suppléance de la fonction rénale, doivent retenir l'attention des autorités sanitaires et les conduire à initier une stratégie globale de prise en charge. Dans les pays développés, le nombre d'enfants survivants grâce à un traitement conservateur puis substitutif de l'insuffisance rénale ne cesse de croître.

Par ailleurs, la transplantation rénale pédiatrique est devenue routinière, permettant la survie et la réhabilitation d'enfants qui étaient condamnés auparavant. Ces succès sont le fruit

Chapitre I : L'hémodialyse

de l'expérience et de la coopération au sein de centres pédiatriques spécialisés, seuls capables d'aborder un problème aussi crucial que la prise en charge adaptée de la maladie rénale de l'enfant.

Il est temps de tirer des leçons permanentes de ces exemples(en excluant tout mimétisme) et d'offrir à l'enfant Algérien, en insuffisance rénale, une vie correcte. Ceci pourrait se réaliser :

- En dépistant suffisamment tôt cette pathologie;
- En la prenant en charge, convenablement, par un traitement conservateur adapté au type de la maladie rénale reconnue, de manière à retarder au maximum, le stade ultime, qui est l'IRT.

A ce stade, toutes les actions doivent s'articuler autour de la promotion et de l'encouragement du Programme National de dialyse Transplantation incluant l'enfant.

En définitive, et de cette étude, il ressort clairement, que la prise en charge correcte de l'IRC de l'enfant, doit passer obligatoirement par :

- La création d'unités de néphrologie pédiatrique spécialisée (telle celle de Canastel d'Oran) qui assureraient, sans rupture, l'ensemble des soins aux malades rénaux : maladie rénale, IRCet enfin IRT.
- La sensibilisation des autorités sanitaires (établissement rapide du Registre National de l'IRC), de tous les traitants (formation spécifique et documentation) ainsi que l'ensemble de la population (à travers tous les médias) au problème de l'IRC. (Cherfa.T et Kaid Tlilane.N, p.113)

Chapitre I : L'hémodialyse

3-l'hémodialyse.

3-1-Définition de l'hémodialyse :

Hémodialyse Méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel L'hémodialyse est parfois utilisée dans certains cas d'intoxication grave, mais c'est sur tout le traitement majeur de l'insuffisance rénale aiguë et chronique. A moins qu'une greffe de rein puisse être pratiquée, le traitement de l'insuffisance rénale chronique par hémodialyse est définitif L'hémodialyse permet d'épurer le sang des déchets qui sont normalement éliminés dans l'urine (urée, créatinine), de corriger un éventuel déséquilibre électrolytique (taux anormal de sodium, de potassium, de bicarbonates, etc. dans le sang) et de rééquilibrer le pH du sang en cas d'acidose (acidité sanguine excessive). (Masson, 2001, p.444)

Technique :

L'hémodialyse consiste à mettre en contact à travers une membrane semi-perméable appelée dialyseur ne laissant passer que les petites et les moyennes molécules) le sang du malade et un liquide dont la composition est proche de celle du plasma normal (dialysat). Déroulement En cas d'insuffisance rénale chronique, les séances ont lieu trois fois par semaine La majorité des patients se rend dans des centres d'hémodialyse hospitaliers, publics ou privés Mais la séance peut aussi avoir lieu au domicile du patient (dans ce cas, celui-ci suit d'abord une formation soit avec son conjoint, soit avec ses parents s'il s'agit d'un enfant) ou encore dans un centre d'autodialyse. En cas d'insuffisance rénale aiguë, les séances ont lieu tous les jours ou tous les 2 jours, dans des services de néphrologie ou de réanimation, jusqu'à la guérison. (Masson, 2001, p.444)

Surveillance :

Dans les centres d'hémodialyse où sont pris en charge les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, une surveillance médicale, assurée par un néphrologue, est obligatoire. Celui-ci fixe la durée des séances, la quantité d'eau plasmatique à filtrer et les traitements annexes, diététiques et médicamenteux. L'hémodialyse est parfaitement compatible avec une vie normale.

Chapitre I : L'hémodialyse

3-2-Historique de l'hémodialyse :

Thomas Graham 1854 – Vividiffusion :

En 1854, un chimiste écossais, Thomas Graham, décrit, dans un papier intitulé Sur la force osmotique, le passage de molécules d'une solution hautement concentrée à une solution faiblement concentrée à travers une membrane semi-perméable qu'il a confectionnée à partir d'une vessie de bœuf. Le travail de Thomas Graham fut le point de départ de nombreuses recherches sur le rôle de la membrane dans la diffusion des solutés.

1900 – Le premier rein artificiel – John Jacob Abel :

Ce n'est que dans les premières années de 1900 qu'un pharmacologiste de Johns Hopkins Université à Baltimore (États-Unis), John Jacob Abel, propose le traitement de l'insuffisance rénale par le passage du sang à travers un circuit extracorporel dans lequel le sang serait filtré de façon sélective. John Jacob Abel, Leonard Rowntree et Benjamin Brecknell Turner travaillent activement sur un système de dialyse, et en 1913 publient leur premier article sur la « vividiffusion ». Le rein était un long élément cylindrique avec des bouchons en verre à chaque extrémité et, au centre, de nombreux tubes de collodion. L'entrée et la sortie du sang se trouvaient à la même extrémité du dialyseur. Le sang circulait dans les tubes de collodion, et la solution de dialyse pénétrait et ressortait de l'élément cylindrique par l'autre extrémité. La température de la solution de dialyse était constamment surveillée par un thermomètre situé à l'extrémité du rein. Pour réduire les risques de coagulation, un anticoagulant était injecté au niveau de la connexion artérielle. L'héparine n'étant pas connue en 1913, on utilisait une substance appelée Hirudine (extrait de sangsue).

1915 – Les premières recherches européennes – George Haas :

En 1915, un chercheur allemand, George Haas, de l'université clinique de Giessen, développa un système similaire à celui d'Abel. Il utilisa également le collodion comme matériau de membrane, mais il simplifia les connexions de ces membranes de collodion (fig. 2.1). L'entrée et la sortie du dialysat se situaient sur le corps du cylindre, ainsi que le thermomètre. Il ajouta également un système de recueil du liquide ultrafiltre. L'hirudine était encore le seul anticoagulant utilisable, bien qu'elle causât de nombreux soucis à George Haas. L'héparine fut synthétisée en 1919, mais George Haas ne l'incorpora à son système qu'en 1928. Bien

Chapitre I : L'hémodialyse

qu'il débutât son travail avec des animaux, Hass est reconnu comme étant le premier médecin à avoir effectué une dialyse chez un patient humain.

1930 – La technique en « sandwich » Heinrich Necheles :

Un autre chercheur, Heinrich Necheles qui travaillait à l'université de Pékin en Chine, décrit une caractéristique très importante, incorporée dans beaucoup de dialyseurs contemporains : la membrane de dialyse en « sandwich ». Il utilisa dans ses premières expériences une membrane péritonéale de mouton. Malheureusement, la membrane se distendait trop rapidement, et pour éviter cette distension trop importante, il eut l'idée de la maintenir avec un grillage. Le volume interne de la membrane s'en trouva diminué, alors que la surface de la membrane en contact avec le dialysat était augmentée.

1937 – L'acétate de cellulose – William Thalheimer :

En 1937, un scientifique américain, William Thalheimer, fit une découverte importante : l'acétate de cellulose (cellophane). Ce matériau utilisé dans l'industrie alimentaire pour la fabrication des saucisses pouvait être employé pour filtrer les solutés du sang. La première utilisation de la membrane cellophane a été faite par Willem Johan Kolff.

Début des années 1940 – Le rein à tambour rotatif – Willem Johan Kolff :

Willem Johan Kolff, un jeune physicien travaillant à l'université de Groningen aux Pays-Bas, fut le premier chercheur à suggérer que les toxines pouvaient être extraites du sang des patients souffrant d'insuffisance rénale. Le tambour était conçu en lattes de bois sur lesquelles on enroulait une membrane en cellophane de 30 à 40 mètres de long. Lorsque le sang pénétrait dans la membrane, il était propulsé par le mouvement rotatif du tambour.

La surface des premiers dialyseurs de Willem Johan Kolff était d'environ 2,4 m². La partie la plus basse du tambour était immergée dans une solution de dialyse. La séance complète durait 6 heures. Dans le début des années 1940, Willem Johan Kolff a essayé d'appliquer ce système à l'insuffisance rénale aiguë. Cela lui permettait de soustraire les toxines de l'organisme jusqu'à la reprise de la fonction rénale. En fait, Willem Johan Kolff réalisa 15 dialyses avant d'obtenir son premier succès. Sophia Schafstadt, une femme de chambre de 68 ans avec un syndrome hépatorénal, fut la première patiente qui resta en dialyse jusqu'à ce que sa fonction rénale soit rétablie.

Milieu des années 1940 – Le rein à tambour vertical – Nils Alwall :

Dans le milieu des années 1940, un autre type de rein artificiel fut développé par Nils Alwall, en Suède.

Chapitre I : L'hémodialyse

L'avantage de ce rein vertical était qu'il n'y avait pas besoin de rotation. La membrane était enroulée autour d'un axe stationnaire, le sang circulait grâce à une pompe à sang. Pour améliorer l'ultrafiltration, Nils Alwall installa une pompe aspirante sur le circuit dialysat* créant ainsi pour la première fois une pression négative*. Le système d'Alwall était plus facile à utiliser que le rein rotatif. Nils Alwall a introduit la première pression négative dans le dialysat et en 1948, il a décrit la première canule pouvant être utilisée pour obtenir un accès aux vaisseaux sanguins du patient. Il fut le premier également à ouvrir un centre de dialyse en 1950.

Fin des années 1940 – Applications cliniques aux États-Unis :

À la demande d'Abraham Hyman, de l'hôpital du Mont Sinai à New York, Willem Johan Kolff apporta son rein artificiel aux États-Unis pour former les médecins à la méthode de dialyse. Alfred P. Fishman et Irving Kroop furent les premiers médecins à utiliser la machine, ils rencontrèrent beaucoup de résistance de la part des équipes soignantes de l'hôpital. L'utilisation du rein artificiel était seulement autorisée pour la dialyse aiguë, dans les suites postopératoires.

En 1947, John Merrill réalisa la première séance d'hémodialyse à l'hôpital de Boston aux États-Unis. Willem Johan Kolff réalisa que son système devait être amélioré et avec l'aide d'Edward Olson et Karl Walter, deux ingénieurs des laboratoires Fenwall, une nouvelle version du rein de Kolff fut construite. La première utilisation de la machine construite par Edward Olson se fit le 11 juin 1948 au Peter Brigham Hospital. Edward Olson fabriqua quarante de ces machines qui furent réparties dans le monde entier. Le rein Kolff-Brigham (fig. 2.3) fut connu comme étant le système le plus utilisé.

Les membranes pouvaient être stérilisées à la vapeur. La cellophane était entourée sur les tambours manuellement, les valves en plastique diminuaient le risque de coagulation. Un moteur électrique accélérail ou ralentissait la rotation, et un réchauffeur était ajouté pour le bain de dialyse. À cette époque, John Putnam Merrill, dans le corps des armées de l'air américaines, fut particulièrement concerné par l'effet du potassium dans le maintien du rythme cardiaque. Il s'intéressa au rein artificiel qui permettait de corriger les anomalies du cœur.

Deux chirurgiens de Brigham, Charles Hufnagel et David Hume, furent aussi deux membres importants de l'équipe de dialyse, non pas dans le développement de l'équipement, mais dans leur travail en cannulation et en transplantation nécessitant le maintien en dialyse des patients qui étaient en attente de ces traitements. Merrill et Hume s'impliquèrent

Chapitre I : L'hémodialyse

complètement dans le traitement des insuffisances rénales et développèrent des procédures et des techniques d'utilisation des traitements immunosup- presseurs. Durant cette même période, à l'université de Cleveland, Jack R. Leonard et Leonard Skeggs développaient un nouveau dialyseur à plaque permettant de réduire le volume d'amorçage du sang et les résistances internes, ce qui rendait inutile l'utilisation d'une pompe à sang. Dans ce système, deux feuilles de membranes étaient prises en « sandwich » entre deux plaques de caoutchouc. Deux plaques métalliques étaient mises de chaque côté et serrées par des écrous pour éviter les distensions de membranes. En 1948, une version modifiée du rein d'Alwall fut développée par George Jernstedt de Pittsburgh, qui signa un contrat avec la corporation Westing-house.

Début des années 1950 – Le rein « cocotte minute » – William Inouye et Joseph Engelberg

Un des reins les plus utilisés à cette époque fut développé par William Inouye et Joseph Engelberg. Face aux problèmes posés par le rein rotatif ou vertical, ils développèrent une bobine enveloppée de façon concentrique d'un manchon en maille plastique pour protéger la membrane. La membrane de dialyse était enroulée autour d'un axe, rendant le rein plus compact. Ce rein fut appelé le coil.

Milieu des années 1950 – Le premier rein à usage unique twin coil :

Le premier dialyseur bobine de Kolff, produit en collaboration avec Bruno Watschinger de Vienne, avait deux circuits sanguins, ce qui lui valut le nom de twin coil . Willem Johan Kolff persuada la compagnie de machine à coudre Singer de développer une machine à coudre capable de piquer ensemble les deux pièces de protection avec la membrane étalée entre. Willem Johan Kolff contacta deux importantes compagnies pharmaceutiques concernant son système twin coil. L'une décida que cela n'entrait pas dans son projet commercial et l'autre, bien qu'ayant en un premier temps montré un grand intérêt, déclina ensuite l'offre. Willem Johan Kolff se tourna alors vers William Bill Graham, qui était devenu président de Baxter Healthcare Corporation. Une collaboration s'établit et le premier système complet de générateur de dialyse, basé sur le principe de la machine à laver fut disponible à la vente le 30 octobre 1956.

Fin des années 1950 – Le dialyseur Kiil À la fin des années 1950 :

Fredrik Kiil, un Norvégien, développa un dialyseur à plaques parallèles qui ressemblait au système de Skeggs-Leonards . Comme les autres avant lui, Fredrik Kiil était intéressé par la production d'un dialyseur grande surface avec un volume d'amorçage faible. Le premier système de Kiil était un dialyseur d'un mètre carré. Le Kill était le premier dialyseur avec une

Chapitre I : L'hémodialyse

membrane en cuprophane. Alors que tous les problèmes techniques s'étaient considérablement améliorés, les problèmes d'abord vasculaires devenaient majeurs.

Début des années 1960 – L'accès aux vaisseaux sanguins – Belding Scribner :

L'accès aux vaisseaux nécessitait un geste chirurgical qui consistait en l'annulation d'une artère et d'une veine. L'homme qui développa le premier système d'abord vasculaire fut Belding Scribner de l'université de Washington. Belding Scribner et son associé, Wayne Quinton, évaluèrent différents matériaux pour créer un système d'accès, et ils décidèrent que le meilleur serait le polytétrafluoréthylène (PTFE). Ils créèrent ainsi le premier shunt artériovei-neux ; ce shunt fut mis en place pour la première fois le 9 mars 1960. Le shunt de Scribner permit l'ouverture du premier centre de dialyse chronique aux États-Unis en 1960.

Milieu des années 1960 – Les premières dialyses à domicile En 1962 :

Un patient insuffisant rénal sur cent cinquante pouvait avoir accès au traitement par dialyse. Stanley Shaldon au Royal Free Hospital à Londres commença à éduquer les patients à préparer leur machine, à se dialyser et à se débrancher. En novembre 1964, Stanley Shaldon faisait un rapport de sa première expérience de patient dialysé à domicile. Belding Scribner éduqua également ses patients et leur famille à la dialyse à domicile. Sa première patiente fut une enfant dialysée par sa mère. En 1966, James Cimino avec l'aide de Michael Brescia développa le concept de la fistule interne. Le développement de cette fistule interne contribua beaucoup à l'expansion des soins à l'insuffisante rénale chronique.

Milieu des années 1960 – Les dialyseurs* à fibres creuses – Richard D. Stewart :

Plus en avant dans la technologie, Richard Stewart découvrit et développa les dialyseurs capillaires. Richard Stewart poursuivit son travail sur les fibres creuses pendant 7 ans, augmentant le nombre de fibres dans le rein (environ 11 000 fibres, soit une surface de 1 m²), l'entrée et la sortie du sang étaient positionnées à chaque extrémité du rein, les extrémités des fibres étaient prises dans un ruban de silicone. Richard Stewart utilisa ensuite le cuprammonium, rendant le diamètre interne des fibres plus uniforme, ce qui améliora les échanges entre les fibres et la solution de dialyse et donc la capacité du dialyseur.

Chapitre I : L'hémodialyse

1968 – La machine d'hémodialyse RSP – Joseph Holmes et Paul Michielsens :

La première machine d'hémodialyse, totalement intégrée qui fut disponible à la vente, fut le résultat du travail conduit par Joseph Holmes à l'université du Colorado et Paul Michielsens en Belgique. La machine fut développée par la division dialyse de Baxter, et les ingénieurs la baptisèrent RSP (recirculating single pass). La machine RSP avait un réservoir dans lequel le dialysat était préparé et stocké pour circuler dans le dialyseur. Le réservoir permettait une séance de dialyse d'environ 6 heures. Plus tard la machine fut améliorée et un détecteur de fuite de sang et un moniteur de pression négative y étaient ajoutés. Le second « cheval de bataille » dans les machines de dialyse fut la machine Drake Willock 4215. Parallèlement, Cordis-Dow développait les dialyseurs à fibres creuses.

Les années 1970 – La dialyse péritonéale Dans les années 1970 :

L'intérêt pour une autre forme de dialyse, la dialyse péritonéale, commença à croître. Ce concept avait en fait été étudié par de nombreux chercheurs dans les années 1700 et tout particulièrement par Christopher Warrick en 1740 en Angleterre. C'est en 1923 que Tracy Putnam, à l'université Johns Hopkins, suggéra que le péritoine pouvait être utilisé pour corriger les problèmes physiologiques. La première application clinique de dialyse péritonéale fut exécutée par Georg Ganter en Allemagne en 1923. Ganter cherchait un moyen de pouvoir dialyser sans utiliser d'hirudine, qui était toxique pour les patients. À cette même période, Stephen Rosenak et P. Sewon qui travaillaient en Europe développèrent un cathéter métallique pour les lavages en continu du péritoine.

Contrairement à l'hémodialyse, qui nettoyait le sang au moyen d'un système extracorporel, la dialyse péritonéale travaillait à l'intérieur du corps. La solution de dialyse était introduite directement dans la cavité péritonéale par un cathéter, la cavité servant de réservoir. Les toxines du sang étaient filtrées à travers la membrane péritonéale, puis la solution de dialyse était ensuite vidangée hors du corps par le même cathéter. À l'origine, la dialyse péritonéale était seulement utilisée en intermittence. Les nouvelles formes de dialyse péritonéale permettent au patient de se traiter lui-même quatre ou cinq fois par jour à domicile. En 1963, le premier objectif de Henry Tenckhoff de l'université de Washington fut de trouver un système qui serait plus facile à utiliser. Il fit installer une distribution d'eau stérile au domicile des patients. L'eau était mélangée avec un concentré péritonéal pour fabriquer le dialysat. Ce système fut amélioré par la suite, et Henry Tenckhoff développa des machines de dialyse

Chapitre I : L'hémodialyse

péritonéale par « osmose inverse ». La seconde étape fut l'amélioration du cathéter en silicone créé par Quinton à la demande de Russel Palmer. Ce fut une étape très importante dans le développement de la dialyse péritonéale, car il permit un accès continu au péritoine pour la première fois. Henry Tenckhoff, modifia ce cathéter de façon à ce qu'il soit plus facile à introduire, et il y ajouta des manchons de Dacron® pour aider à sceller les ouvertures dans le péritoine. Il développa aussi des outils d'insertion du cathéter. Mais ce fut seulement dans les années 1970 que les recherches cliniques dans l'utilisation de la dialyse péritonéale s'intensifièrent.

1974 – La dialyse péritonéale intermittente* (DPI) – Dimitrios Oreopoulos :

En 1974, Dimitrios Oreopoulos, du Toronto Western Hospital, développa considérablement la dialyse péritonéale intermittente (DPI) avec le « cycleur Lasker ».

1975 – La dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)* – Jack Moncrief, Robert Popovitch En 1975, Jack Moncrief et Robert Popovitch :

Relièrent une bouteille de 2 L standard au cathéter de Tenckhoff. Le liquide était instillé pour une période de 2 heures et ensuite drainé. La procédure était répétée cinq fois par jour. Cette procédure appelée dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)* leur permettait de contrôler la chimie et la perte du liquide du patient. Les seules complications de cette technique furent les complications infectieuses et la perte de protéine. Le régime du patient était donc enrichi en protéines. En 1977, Karl Nolph de l'université de Missouri était intéressé par la cinétique et les capacités de transfert du péritoine. Il évalua l'utilisation clinique de la DPCA.

En 1979, C.T. Flynn proposa que les patients diabétiques insuffisants rénaux soient beaucoup mieux en DPCA. Actuellement, plus de 30 % des patients en DPCA sont des diabétiques. Différentes modifications sont intervenues pour améliorer la technique et pour mieux contrôler les péritonites, telles que la jonction des poches sous ultraviolet, la taille des poches, l'utilisation de cycleurs automatisés, les solutions physiologiques.

L'hémodialyse dans les années 1970–1980 :

Les années 1970–1980 voient le développement continu de la technique de dialyse. Des systèmes sont créés pour contrôler automatiquement le plus d'opérations possibles, telles que l'injection d'héparine, la température, le contrôle de la composition du dialysat, la détection de l'air dans le circuit sanguin*, la pression du sang et du dialysat. L'intérêt pour les traitements avec des dialyseurs à haute perméabilité est croissant, le temps de dialyse diminue. Des améliorations esthétiques sont aussi apportées. Les besoins individuels des

Chapitre I : L'hémodialyse

patients sont étudiés. La dialyse avec des solutions au bicarbonate, décrite par Charles Mion de Montpellier en 1962, à l'issue de son travail dans le groupe de Belding Scribner, se développe. L'érythropoïétine fait son apparition et après quelques années, peut être utilisée plus largement.

Les années 1990 :

Il y a une résurgence de l'intérêt pour les effets de biocompatibilité des membranes et des stérilisants.

Les machines de dialyse s'informatisent.

L'hémodiafiltration se développe.

Les membranes sont de plus en plus perméables.

Des études sont en cours pour fabriquer un dialysat stérile...

La mise sur le marché de l'érythropoïétine recombinante permet d'éviter le recours systématique aux transfusions pour lutter contre l'anémie, ce qui représente à nouveau un progrès considérable.

Les années 2000 :

Publication le 23 septembre 2002 du décret no 2002-1197 relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale. Cinq objectifs :

- assurer la continuité de la prise en charge, depuis l'insuffisance rénale chronique débutante jusqu'à la dialyse et transplantation ;
- garantir au patient le libre choix de son traitement
- préserver une offre de soins de proximité ;
- assurer qualité et sécurité des traitements ;
- aider à la mise en place du programme de dialyse péritonéale.

Quatre modalités de traitement sont retenues (art. R. 712-96) :

- hémodialyse en centre ;
- hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ou UDM (anciennement « unité allégée ») ;
- hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée, selon le degré d'autonomie des patients ;
- dialyse à domicile, par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

Tout établissement qui n'est pas en mesure d'exercer les quatre modalités mentionnées à l'article R. 712-96 doit veiller à assurer l'orientation du patient vers un établissement autorisé à pratiquer les modalités adaptées à ce patient. (Masson, 2016, pp.37.47).

3-3- Les principes d'hémodialyse :

Les échanges en hémodialyse font appel à deux grands principes: la diffusion et la convection.

Diffusion :

Les pores de la membrane semi-perméable permettent à l'eau et aux molécules de petit poids moléculaire (< 1000 daltons) de passer dans les deux sens à travers cette membrane en fonction des différences de concentration du soluté de part et d'autre de la membrane. Par exemple, l'urée et la créatinine en concentrations élevées dans le sang du malade passent sans difficulté vers le dialysat. De la même manière, les bicarbonates généralement en plus forte concentration dans le dialysat (35 à 40 mmol/L) que dans le sang du patient passent librement du compartiment dialysat vers le compartiment sanguin jusqu'à équilibration de la concentration des deux côtés. Le taux de diffusion d'une molécule à travers la membrane semi-perméable dépend essentiellement de son poids moléculaire, de sa liaison protéique et des caractéristiques de la membrane. Le sang et le dialysat circulent à contre-courant de telle sorte qu'il existe un gradient de concentration des solutés tout au long de la membrane afin d'optimiser les échanges. (Masson, 2016, p.50)

Convection :

La convection est le principe qui permet d'éliminer l'eau en excès chez le patient durant la séance de dialyse. Pour cela, une différence de pression hydrostatique (PH) est appliquée de part et d'autre de la membrane de dialyse avec une PH positive dans le compartiment sanguin (pression liée à la configuration du circuit sanguin extracorporel) et une PH négative dans le compartiment dialysat, permettant à l'eau plasmatique et aux substances dissoutes dans cette eau de passer dans le compartiment dialysat. La différence de pression hydrostatique appliquée de part et d'autre de la membrane (à laquelle on soustrait la pression oncotique du plasma liée aux protéines qui tend à retenir l'eau plasmatique) est appelée pression transmembranaire (PTM). La convection permet l'élimination de substances de beaucoup plus gros poids moléculaire que la diffusion jusqu'à plusieurs dizaines de milliers de daltons avec certaines membranes. Elle constitue le principe de base de l'ultrafiltration, de l'hémofiltration et s'ajoute à la diffusion pour l'hémodia-filtration. (Masson, 2016, pp.50.51)

Chapitre I : L'hémodialyse

3-4- Matériel d'hémodialyse :

1- Dialyseur :

Les dialyseurs actuellement utilisés se ramènent à deux types principaux : les dialyseurs en plaques et les dialyseurs à fibres creuses, les dialyseurs en bobines étant pratiquement abandonnés. Les dialyseurs sont livrés prêts à l'emploi et pré stérilisés par l'oxyde d'éthylène, les rayons gamma ou la vapeur, et sont conçus pour un usage unique. (Flammarion, 2003, p.38)

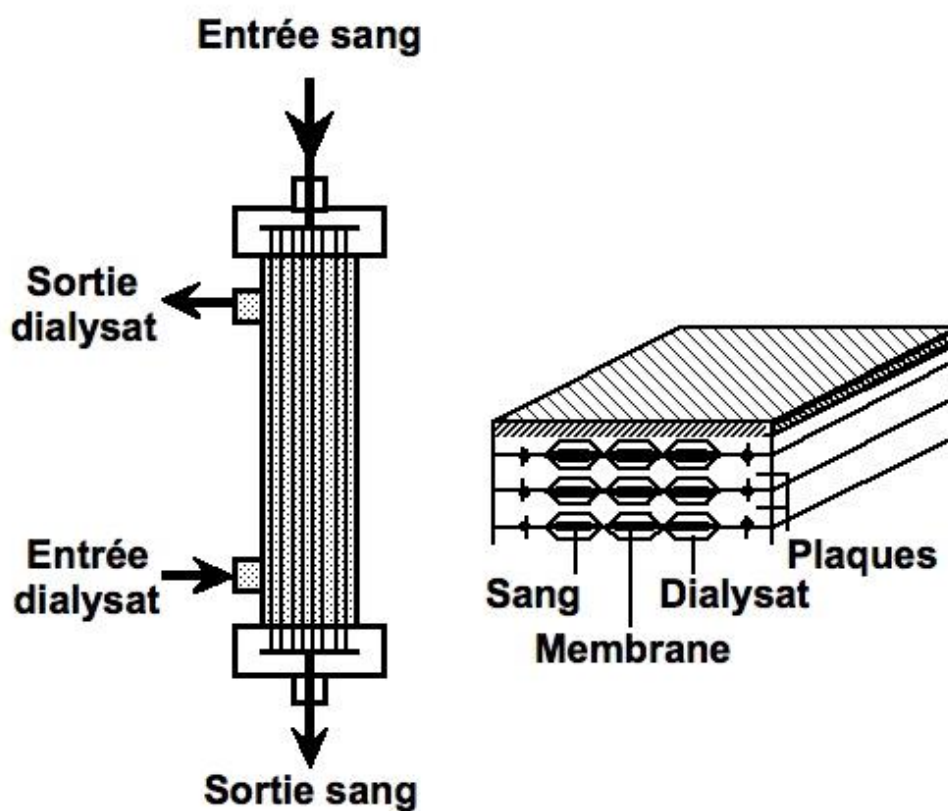


Figure 02 : Dialyseur

Chapitre I : L'hémodialyse

2- Membranes de dialyse :

Les membranes de dialyse sont conçues pour reproduire au plus près possible les caractéristiques de perméabilité de la membrane basale glomérulaire. Elles sont faites de polymères d'origine naturelle comme la cellulose, ou de fibres textiles synthétisées à partir de produits dérivés de l'industrie pétro- chimique. Les membranes de cellulose régénérée, soit non substituées comme la Cuprophane, soit substituées comme l'Hemophane" ou le di- et le tri- acétate de cellulose sont hydrophiles alors que les membranes polymériques synthétiques sont hydrophobes. (L'hémodialyse de suppléance ; P41 42).

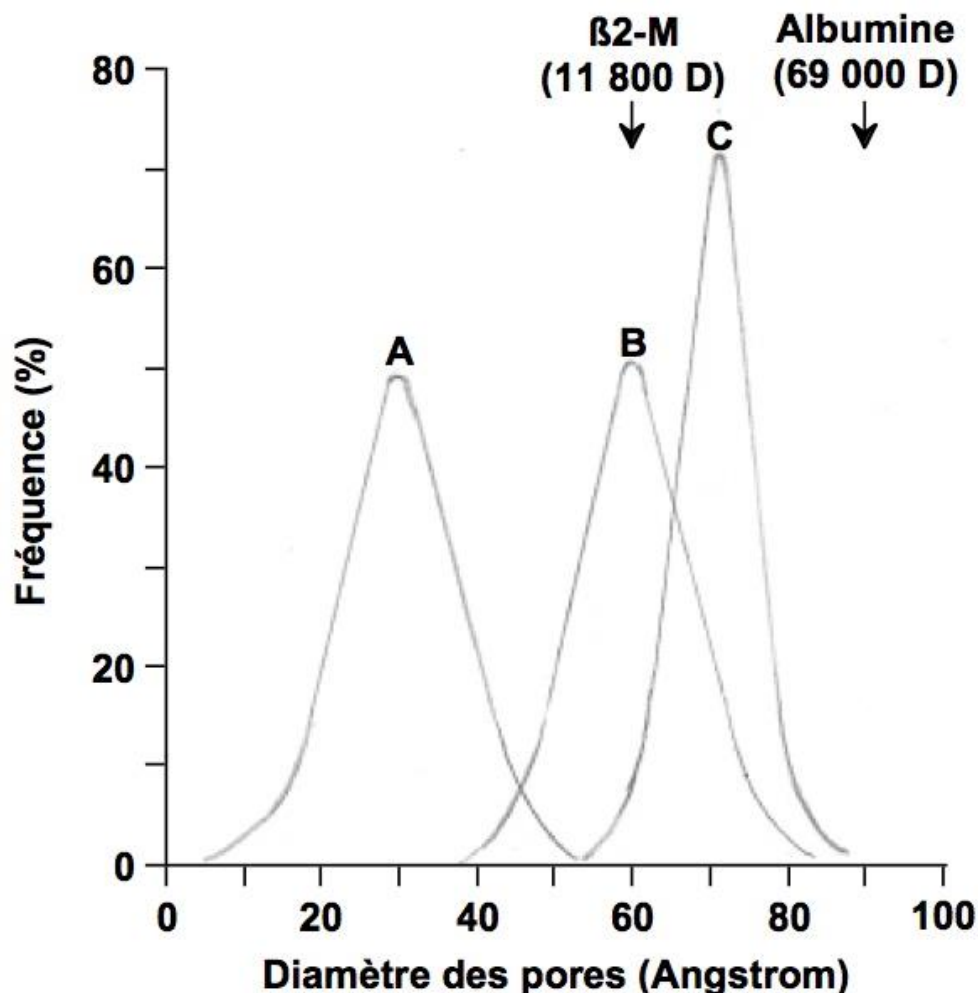


Figure 03 : Membranes de dialyse

3- Générateurs-moniteurs :

Les générateurs de bain de dialyse assurent la production du liquide de dialyse, ou dialysat, dans des conditions définies de concentration, de température, de pression et de débit. Le dialysat est préparé extemporanément, au cours de la séance de dialyse, par dilution de sels minéraux dans une causticité. Le schéma de principe d'un générateur-moniteur est présenté sur la figure 4-4. Les dispositifs de contrôle du dialysat et du circuit sanguin extra-corporel ainsi que les dispositifs de monitoring sont inclus dans le générateur. (Flammarion, 2003, p.44).

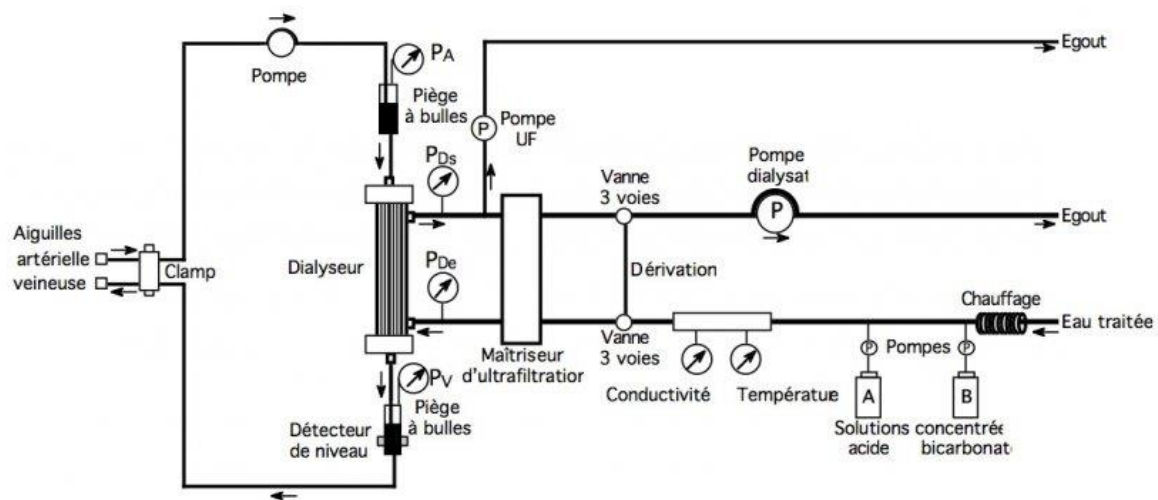


Figure 04 : Générateurs-moniteurs

Chapitre I : L'hémodialyse

Composition du dialysat :

Le liquide de dialyse est une solution électrolytique dont la composition est très proche de celle du liquide extracellulaire normal. Toutefois, cette composition est calculée de manière à anticiper les anomalies de la composition du plasma qui se développent entre les dialyses et à en assurer la correction la plus complète. Le bain de dialyse est donc dépourvu d'urée, de créatinine, d'acide urique et de phosphore, tandis qu'il contient une concentration appropriée de sodium, de potassium, de chlorures, de bicarbonates et de glucose de manière à obtenir un transfert dans le sens désirable pour rétablir l'équilibre du plasma .(Flammarion, 2003, p. 49)

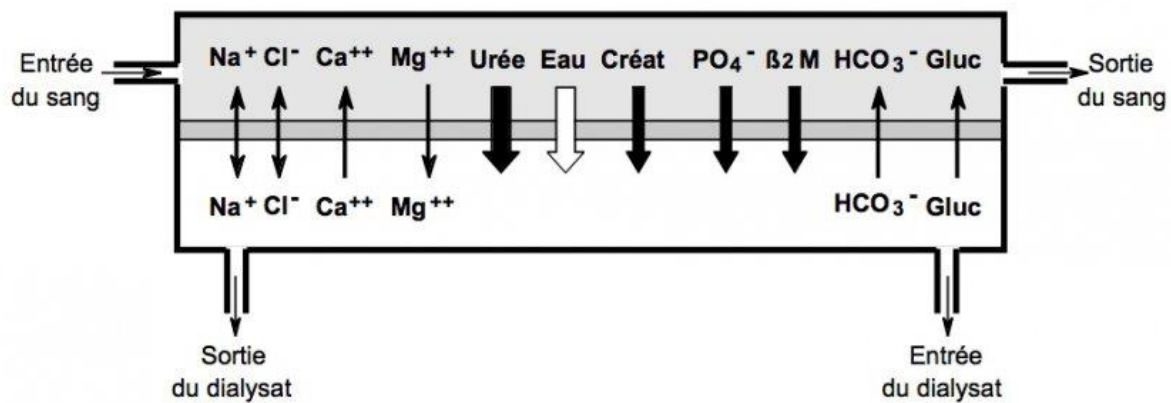


Figure 05 : Composition du dialysat

Chapitre I : L'hémodialyse

Traitement de l'eau :

L'eau de ville est impropre à la préparation du bain de dialyse en raison de sa teneur excessive et variable en composés minéraux et organiques, qui pourraient entraîner des conséquences délétères chez le patient en raison des importantes quantités échangées au cours des séances de dialyse. (Flammarion, 2003, p. 52)

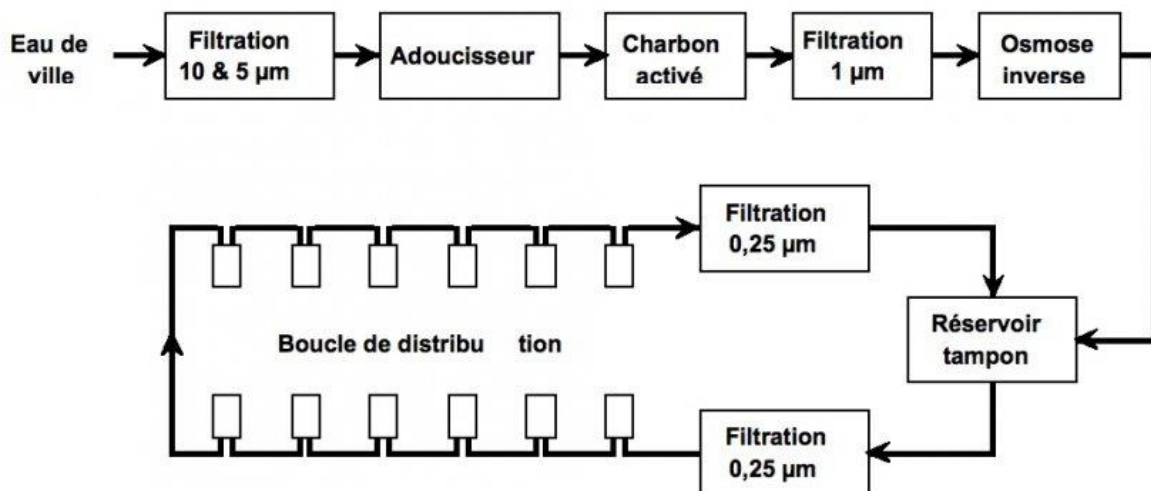


Figure 06: Traitement de l'eau

3-5- Les complications d'hémodialyse

1- Hypotension per dialytique :

Elle est le plus souvent liée à un taux d'ultrafiltration excessif, en raison d'une prise de poids interdialytique trop importante, ou en raison d'un poids cible fixé trop bas. Il existe également des situations favorisant la survenue d'une hypotension per dialytique : l'ingestion d'aliments (par vasodilatation de la circulation abdominale), l'existence d'une neuropathie diabétique, d'une insuffisance cardiaque, d'une anémie, d'un trouble du rythme cardiaque. D'autres causes d'hypotension sont exceptionnelles : péricardite, hémorragie, choc septique, réaction anaphylactoïde, hémolyse aiguë, embolie gazeuse (voir plus loin Rôle infirmier en hémodialyse). Une hypotension peut être révélée par la survenue de symptômes tels que des nausées, des vertiges, une pâleur, des sueurs, des crampes ou des troubles de la conscience. Parfois, il n'existe aucun symptôme et l'hypotension n'est détectée que par la surveillance systématique de la pression artérielle effectuée au cours de la séance. Le traitement doit être immédiat : mettre le malade en position déclive (Trendelenburg), arrêter l'ultrafiltration, perfuser du sérum physiologique à fort débit. La pression artérielle systolique doit remonter rapidement à une valeur supérieure ou égale à 100 mmHg. La plupart des hypotensions sont corrigées par la perfusion de 200 à 500 mL de sérum physiologique. Si l'hypotension n'est pas corrigée rapidement par le remplissage, la séance doit être interrompue par le médecin. En cas d'hypotension sévère, une oxygénothérapie peut être indiquée. Une fois l'hypotension corrigée, il faut empêcher la survenue de nouveaux épisodes en réduisant l'ultrafiltration programmée pour le reste de la séance. Certaines mesures permettent de prévenir la survenue des hypotensions per dialytiques : la mesure principale consiste à éviter un taux d'ultrafiltration excessif. Un taux d'ultrafiltration maximum doit être défini pour chaque malade (pour un sujet fragile, il est déconseillé de dépasser 0,8 L/h). Les patients ayant des prises de poids interdialytiques importantes doivent se voir conseiller un régime désodé qui permet de réduire leur soif et une augmentation de la durée des séances (par exemple à 5 ou 6h). Le poids sec doit être régulièrement réévalué. D'autres mesures préventives peuvent être proposées : interdire la prise de médicaments hypotenseurs avant la séance, supprimer l'alimentation pendant la séance, réduire la température du dialysat à 36 ou 35 °C (afin d'éviter la vasodilatation), programmer une ultrafiltration isolée en début de séance en cas de prise de poids excessive. Actuellement, plusieurs études ont montré l'intérêt des techniques d'hémodiafiltration et d'hémofiltration pour réduire la fréquence des hypotensions.

Chapitre I : L'hémodialyse

2- Crampe :

Les principaux facteurs des crampes* sont l'hypovolémie et l'hypotension, elles-mêmes favorisées par un taux d'ultrafiltration excessif ou un poids cible fixé trop bas.

Les crampes atteignent les mollets, les pieds ou les mains. Elles surviennent souvent vers la fin de la séance, mais elles peuvent aussi se déclencher plusieurs heures après la séance.

Le traitement immédiat comprend la correction d'une éventuelle hypotension, la perfusion de 100 ou 200 mL de sérum physiologique, ou l'injection de soluté salé ou glucosé hypertonique ; l'ultrafiltration doit être interrompue et le poids sec réévalué. La prescription de sulfate de quinine (Hexaquine®) par voie orale permet de réduire la fréquence des crampes.

3- Prurit :

La fréquence du prurit des hémodialisés a énormément diminué, mais il demeure un problème pour les patients. Le prurit peut être dû à l'insuffisance rénale chronique (phosphorémie élevée, hyperparathyroïdie, sécheresse cutanée), à une pathologie hépatique (hépatite C, cholestase), ou à une allergie à un médicament ou au matériel d'hémodialyse et au matériel de soins en général. Il faut réaliser une enquête policière : date d'apparition, aspect de la peau, contact avec un agent désinfectant particulier, pommade ou patch anesthésiant, contact avec des gants en latex. Les dialyseurs et les lignes de dialyse ne sont plus stérilisés à l'oxyde d'éthylène actuellement et ce produit n'est donc généralement plus en cause. Très souvent, le prurit est le reflet d'une dose de dialyse insuffisante.

Le traitement repose sur des mesures multiples : correction de la sécheresse cutanée, administration d'antihistaminiques, utilisation de matériel stérilisé à la vapeur ou aux rayons gamma, changement d'héparine et de désinfectant, augmentation de la dose de dialyse.

4- Infections :

Les infections directement dues à l'hémodialyse sont les infections d'accès vasculaire et les hépatites virales B et C.

Ces infections sont détaillées plus loin. La prévention des infections en hémodialyse a fait l'objet, en 2004, de recommandations de la Société française d'hygiène hospitalière, intitulées Bonnes pratiques d'hygiène en hémodialyse (www.sf2h.net).

Des recommandations concernant le risque de contamination des capteurs de pression des générateurs d'hémodialyse ont également été émises par l'Afssaps en 2004.

Chapitre I : L'hémodialyse

5- Syndrome de déséquilibre :

Ce syndrome s'observe lors des premières séances d'hémodialyse en cas de correction trop rapide de taux d'urée très élevés ou d'un pH trop acide. Il s'accompagne de nausées, céphalées et troubles neurologiques pouvant aller jusqu'à des convulsions.

Pour éviter la survenue de ce syndrome, l'épuration de l'urée doit être très modérée au cours des premières séances.

- Les séances doivent être courtes, d'une durée maximale de 3 h.
- Le débit sanguin doit être peu élevé (200 mL/min).
- Le débit du dialysat doit être réduit si possible à 300 mL/min.
- Le dialyseur doit être de petite surface.

6- Réactions aiguës en hémodialyse :

Ces réactions survenaient classiquement au branchement ou au cours des premières minutes de la séance. On en observe actuellement aussi en cours de séance. Dans les cas sévères, elles se manifestent par une dyspnée, une oppression thoracique, une sensation de chaleur, une chute de tension. Un arrêt cardiaque peut survenir.

Dans les formes modérées, il existe un prurit, une urticaire, une toux ou une gêne laryngée, un éternuement, un larmoiement, des crampes abdominales, une diarrhée.

Le traitement d'urgence consiste à interrompre la dialyse, tout en conservant les aiguilles pour perfuser le malade. En fonction de l'état cardiorespiratoire, perfuser du sérum salé à fort débit, administrer de l'oxygène, des corticoïdes, des antihistaminiques, de l'adrénaline.

Enquête étiologique : ces réactions ont longtemps été dues à l'oxyde d'éthylène utilisé comme stérilisant des lignes et des dialyseurs. Aujourd'hui cet agent n'est quasiment plus utilisé. Il faut systématiquement évoquer cependant la responsabilité du dialyseur, de l'héparine, du latex souvent présent dans les gants, d'une contamination bactérienne du dialysat. Un facteur favorisant est représenté par la prise d'un médicament de la famille des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) qui ont été impliqués dans la survenue de réactions déclenchées par certaines membranes de dialyse.

Si la sévérité de la réaction est importante, les dialyses ultérieures devront être réalisées dans une unité de soins intensifs, jusqu'à ce que l'élément déclenchant ait été éliminé.

Chapitre I : L'hémodialyse

7- Troubles du rythme cardiaque :

Ils surviennent en général chez des patients ayant une pathologie cardiaque sous-jacente. La dialyse, provoquant une baisse de la kaliémie, favorise les troubles du rythme.

Le trouble du rythme se manifeste par des palpitations, une hypotension, une perte de connaissance, une douleur rétro sternale. L'électrocardiogramme révèle le plus souvent une fibrillation auriculaire.

Le traitement curatif repose sur l'arrêt de la dialyse. Si la tolérance est bonne, une simple surveillance est nécessaire. Un traitement anti-arythmique et un traitement anticoagulant devront être débutés si le trouble persiste à distance de la dialyse. Le traitement préventif consiste à augmenter la concentration en potassium du dialysat à 3 ou 3,5 mmol/L en cas de kaliémie systématiquement basse sur le bilan avant dialyse.

8- Complications hémorragiques dues à l'héparinisation :

L'héparine administrée au cours de la séance d'hémodialyse peut favoriser ou aggraver le saignement de lésions préexistantes comme une péricardite, un hématome intracérébral, une hémorragie digestive. Ces lésions justifient la réalisation de dialyses sans héparine.

Les patients venant de subir une chirurgie, une biopsie, un cathétérisme vasculaire ou un traumatisme peuvent également justifier une dialyse sans héparine.

Il est fondamental que l'infirmier(e) s'assure de l'absence de tout geste invasif ou de tout saignement survenu depuis la séance précédente avant de brancher une séance de dialyse.

9- Complications hémorragiques dues à la fistule :

Les points de ponction de la fistule peuvent saigner de manière prolongée en cas de surdosage en héparine. Cela justifie une compression prolongée et éventuellement l'administration de sulfate de protamine.

La fistule peut également saigner entre deux séances en cas de mauvaise cicatrisation des points de ponction en regard d'une zone anévrysmale. C'est une complication dramatique que le patient risque de devoir gérer seul à son domicile avec une issue fatale. La présence d'une croûte sur un point de ponction doit être un signal d'alarme qui indique le risque de rupture hémorragique de cette zone. Elle ne doit jamais être négligée.

10- Complications hémorragiques dues à la déconnexion des lignes :

Le risque hémorragique est dû à la déconnexion accidentelle de la ligne veineuse. En effet, la pression veineuse ne baisse pas suffisamment pour mettre le générateur en alarme ; la pompe continue à tourner et le sang continue à sortir de la ligne. La machine se met en alarme très tardivement lorsque le malade est en collapsus et que la pression chute dans la ligne artérielle. Les générateurs d'hémodialyse actuels ne disposent d'aucune alarme de détection de la déconnexion de la ligne veineuse. Certaines équipes proposent de placer des détecteurs d'humidité au niveau de l'aiguille veineuse.

Pour détecter ces accidents de déconnexion, les recommandations européennes exigent que la fistule reste visible pendant toute la séance (ne pas la recouvrir d'un champ). Pour les patients agités de manière chronique et à haut risque de déconnexion, un moyen de prévention intéressant consiste à utiliser la dialyse en uni ponction. Dans ce mode, la pompe s'arrête très vite en cas de déconnexion.

11- Embolie gazeuse :

Elle est provoquée par le passage accidentel d'air dans la circulation du patient, en fonction de la position du patient et de l'importance de l'embolie, on observe des complications neurologiques (perte de connaissance, convulsions) ou des complications cardiaques (dyspnée, oppression thoracique, toux).

Le passage d'air doit être immédiatement interrompu par clampage de la ligne veineuse et arrêt de la pompe. Le malade est mis en position de Trendelenburg, couché sur le côté gauche. De l'oxygène est administré à forte concentration. Une réanimation cardiorespiratoire et de l'oxygène hyperbare peuvent être nécessaires.

12- Hémolyse aiguë :

De nombreux cas d'hémolyse aiguë en hémodialyse continuent d'être signalés à la matériovigilance. Ces accidents d'hémolyse sont dus, dans la majorité des cas, à des plicatures des tubulures sanguines qui passent inaperçues. Dans d'autres cas, aucune cause n'est retrouvée. L'hémolyse peut être en rapport avec des anomalies du dialysat, avec des médicaments, ou encore avec une anomalie sanguine du patient.

L'hémolyse aiguë se manifeste par des douleurs dorsales, abdominales ou thoraciques, des céphalées, une dyspnée, une couleur « porto » du sang dans la ligne veineuse. Les symptômes n'apparaissent parfois que plusieurs heures après la fin de la dialyse.

Chapitre I : L'hémodialyse

Les risques sont liés à une hyperkaliémie due au potassium libéré par les globules rouges lysés et à la déglobulisation.

Lorsqu'on suspecte une hémolyse, la dialyse doit être interrompue sans restituer le sang. D'une manière générale, la survenue de toute symptomatologie persistante et sans explication au cours d'une séance de dialyse doit faire interrompre la séance.

Les prélèvements suivants doivent être réalisés (circulaire du 11/01/99) : numération globulaire avec recherche de schizocytes, haptoglobine, LDH, ionogramme sanguin, hémoculture, prélèvement d'un échantillon de dialysat et de l'eau d'alimentation du générateur, recherche de désinfectant dans le dialysat. Il est impératif de consigner le générateur, en conservant l'ensemble du circuit extracorporel en l'état, pour expertise ultérieure. Le malade doit être hospitalisé, si nécessaire dans une unité de soins intensifs. (Masson, 2016, p.49.58)

3-6-Les abords vasculaires :

Les abords vasculaires Docteur Thierry Pour chez L'hémodialyse réclame de gros besoins en sang, ce qui impose au chirurgien de créer et d'entretenir un abord vasculaire avec un débit suffisant, d'utilisation facile et donnant le moins de complications possibles. Il a dans ce domaine une relative « obligation de résultat ». La fistule artérioveineuse reste encore actuellement la meilleure solution. Elle sera traitée en premier, avant les pontages artérioveineux. Nous envisagerons ensuite les explorations et complications de ces voies d'abord, qualifiées de « conventionnelles ». Nous terminerons par les autres possibilités d'accès au sang. (Masson, 2016, p.50)

Les fistules artérioveineuses :

Une intervention chirurgicale permet de brancher directement une veine superficielle de bonne qualité sur une artère proche. La veine va se dilater sous l'effet du débit lors d'une phase de « maturation ». Elle deviendra facile à ponctionner et permettra des débits dans la circulation extracorporelle de l'ordre de 500 mL/min, même si la majorité des patients sont dialysés avec des débits de 300 à 400 mL/min. Au bout de plusieurs mois ou années, peuvent apparaître des sinuosités artérielles et veineuses, des indurations pariétales et des dilatations localisées de la veine aux points de ponction habituels. Les membres supérieurs sont pratiquement toujours utilisés et on ne réalise des fistules aux membres inférieurs que dans des situations exceptionnelles. (Masson, 2016, p.50.51)

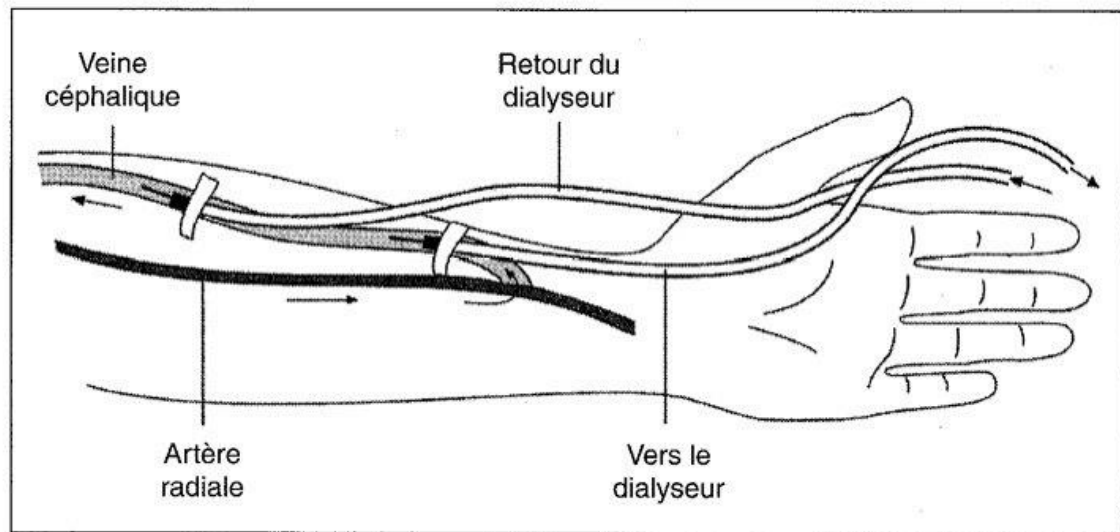


Figure 07: Schéma d'une fistule artériovineuse radio-céphalique mature.

La fistule radio-céphalique (radiale), entre l'artère radiale et la veine céphalique de l'avant-bras, près du poignet, est le meilleur montage. On peut créer des fistules radiales plus hautes, vers la racine du membre puisque la veine et l'artère sont assez proches (fig. 1.1). Plus rarement, on réalisera une fistule ulno-basilique (cubitale), entre l'artère ulnaire (cubitale) et la veine basilique de l'avant-bras (cubitale), avec là aussi la possibilité de la créer plus proximale (fig. 1.2). Les fistules au pli du coude sont brachio-basilique ou brachio-céphalique selon que l'artère brachiale (humérale) artériatise principalement la veine basilique ou la veine céphalique.



Figure 08 : Fistule artérioveineuse ulno-basilique gauche bien développée.

La profondeur des veines peut nécessiter des superficialisations, qui consistent à mettre les veines artérialisées plus en superficie de façon à les rendre accessibles aux ponctions. Il peut s'agir d'un déplacement sous la peau de la veine libérée, ou encore d'une ablation du tissu adipeux en regard de la veine. La mauvaise qualité des vaisseaux peut conduire à réaliser des transpositions, c'est-à-dire le détournement d'une bonne veine vers une artère de qualité située plus à distance (par exemple transposition de la veine céphalique de l'avant bras sur l'artère brachiale). Une courte incision permet de disséquer la veine et l'artère qui seront réunies par une anastomose – de 6 à 7 mm de long au poignet et plutôt 5 mm au coude – confectionnée grâce à un fil très fin, avec un moyen de grossissement (loupes ou microscope). Pendant l'ouverture des vaisseaux, l'hémostase est obtenue par des clamps ou la mise en place d'un garrot. Une fistule a souvent une grande durée de vie. Elle est de confection assez facile et nécessite une anesthésie locale ou idéalement locorégionale. Il n'y a pas de matériel étranger, diminuant ainsi le risque infectieux. Les complications sont peu fréquentes et assez faciles à traiter, si les vaisseaux sont sains. Mais avant de ponctionner une fistule, il faut attendre une période de « maturation » de quelques semaines, voire quelques mois, s'il est

Chapitre I : L'hémodialyse

nécessaire de devoir secondairement superficialiser la veine. La mauvaise qualité des artères et surtout des veines peut empêcher cette maturation ou bien provoquer la thrombose de la fistule, imposant des réinterventions parfois multiples et mal vécues par le patient. Il en est de même des sténoses.

Les pontages :

Ils sont caractérisés par l'interposition d'un segment biologique ou synthétique, destiné aux ponctions, entre une artère et une veine. Il peut s'agir d'une prothèse le plus souvent en Téflon expansé (PTFE comme le Gore-Tex), d'une veine conservée après un stripping, ou bien encore d'une veine d'origine animale. Le pontage placé sous la peau va s'incorporer au tissu sous-cutané et sera ponctionné à partir de la fin de la troisième semaine. Les sites, très nombreux, sont dominés par les montages brachio-basiliques, qu'ils soient en boucle à l'avant-bras, ou surtout en ligne au bras. L'artère et la veine réceptrice sont abordées par une ou deux incisions. Le greffon est anastomosé sur l'artère, « tunnelisé » sous la peau, puis réuni à la veine. Un pontage est pratiquement toujours réalisable : il suffit de disposer d'une artère et d'une veine. Il n'y a pas de maturation à attendre, mais seulement la période de 3 semaines d'inclusion du greffon dans le tissu sous-cutané. Certaines prothèses récentes sont même utilisables le lendemain de la pose. Mais la durée de vie d'un pontage est plus courte que celle d'une fistule. En effet, la veine réceptrice va souvent réagir au branchement du greffon en épaississant sa paroi, ce qui va provoquer une sténose, c'est-à-dire un rétrécissement localisé. La sténose va s'aggraver et donner une thrombose du greffon si elle n'est pas reconnue à temps. Par ailleurs, les greffons s'infectent plus facilement, et tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'une prothèse comme le PTFE. La création d'un pontage peut nécessiter une anesthésie générale. L'utilisation trop précoce d'un pontage dans l'histoire des abords vasculaires d'un patient peut empêcher la création ultérieure d'une fistule. Nous réservons donc les pontages aux rares patients ne pouvant bénéficier d'une fistule. **(Masson, 2016, pp.50, 51, 52, 53).**

L'hémodialyse : aspects psychologiques et sociaux

Chapitre I : L'hémodialyse

Préambule

L'hémodialyse, bien plus qu'une simple intervention médicale, représente une expérience complexe et transformant pour les personnes atteintes de maladies rénales chroniques. Au-delà de la purification du sang, cette procédure soulève des questions profondes liées à l'identité, à la qualité de vie, aux relations et à la santé mentale. Dans cette partie on va explorer les aspects psychologiques et sociaux de l'hémodialyse, en se penchant sur les émotions émotionnelles telles que l'anxiété et la dépression, ainsi que sur le rapport au temps chez les hémodialysés. Notamment sur le régime et les contraintes alimentaires chez la personne dialysée, les remaniements de l'image du corps, le dysfonctionnement sexuel chez la personne dialysé, le problème de l'effraction. Et afin d'identifier les meilleures pratiques et les interventions pour améliorer la qualité de vie des patients, tout en examinant les efforts des professionnels de la santé pour une prise en charge holistique des patients en prenant en compte leurs besoins psychologiques et sociaux on a parler sur les différentes réflexions sur les différents mode de prise en charge ainsi que le problème de l'accompagnement en fin de vie et le rôle des soignants dans tout ça. Et finalement on a abordé la transplantation rénale et l'attente de la transplantation et aussi l'observance du traitement immuno suppresseur.

1 - L'angoisse de la mort chez la personne dialysée :

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

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

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

Certains patients dialysés présentent quelque- fois des préoccupations hypochondriaques excessives. Ils peuvent se plaindre de douleurs aux localisations multiples qui n'ont pas

Chapitre I : L'hémodialyse

d'origine somatique. Ces plaintes cachent en fait souvent une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer en tant que telle.

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

L'insuffisance rénale représente une perte, celle de la (bonne) santé. Il y a aussi perte de l'indépendance, du fait de la dépendance à la machine, aux soignants, et donc perte de la capacité à s'assumer seul.

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

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

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

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

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

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

Chapitre I : L'hémodialyse

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre I : L'hémodialyse

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

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

En psychologie, le traumatisme se définit comme un événement qui implique un "avant" et un "après", de sorte que la vie de la personne, ainsi que la façon dont elle appréhende passé, présent et avenir, s'en trouve totalement bouleversée. Le traumatisme confronte surtout le sujet à la perspective de la mort, la sienne ou celle d'un proche.

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

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

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

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

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

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

Chapitre I : L'hémodialyse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre I : L'hémodialyse

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre I : L'hémodialyse

6-Dysfonctionnements sexuels chez la personne dialysée :

Tous les hémodialysés présentent des dysfonctionnements sexuels à des degrés divers.

Ces troubles semblent plus fréquents chez les hommes.

MALADIE RÉNALE CHRONIQUE, GROSSESSE ET SEXUALITÉ :

La sexualité, le désir de grossesse et le désir d'enfant :

La sexualité, le désir de grossesse et le désir d'enfant des personnes IRC sont également des données importantes de la qualité de vie des patients et nécessitent une réflexion spécifique.

Les troubles sexuels chez la femme :

Les troubles sexuels chez la femme sont toujours multifactoriels : anatomiques, physiologiques, biologiques, médicaux, psychiques et relationnels. Les facteurs de la dysfonction sexuelle féminine peuvent être préexistants à l'IRC : image du corps, qualité de vie, niveau de satisfaction sexuelle, éducation, religion, famille, couple, facteurs psychologiques et relationnels.

Mais les études montrent que l'IRC peut entraîner en plus :

- une baisse de la libido, de l'excitation, de la lubrification, du plaisir, un défaut d'orgasme ;
- une anémie, une asthénie, des perturbations hormonales et neurologiques ;
- une dépression, une baisse de l'estime de soi, une angoisse de la mort.

Le diabète et les atteintes vasculaires sont également des facteurs aggravants.

Ces dysfonctions diminuent après la greffe. La difficulté pour leur prise en charge réside dans des demandes qui sont rarement exprimées de façon claire par les patientes. Cela nécessite pour le médecin une écoute médicale mais aussi humaniste. Il faut entendre la demande et comprendre un symptôme toujours complexe. Or, le médecin manque de temps et de formation. Il ne doit pas être fermé, mais rester à l'écoute, ne pas croire à un effet magique du médicament et ne pas traiter juste le symptôme.

Les dysfonctions sexuelles impliquent de prendre en charge la patiente et le couple, dans toute leur problématique, en prenant le temps, en posant des questions ouvertes, en se rendant disponible au bon moment et en organisant une prise en charge spécifique par l'équipe.

Chapitre I : L'hémodialyse

Les troubles sexuels masculins :

Les troubles sexuels masculins sont très fréquents chez les patients dialysés : troubles de l'érection (90 %), Mais aussi de la libido (50 %), de l'éjaculation (25 %), de l'orgasme (20 %) et diminution de la fertilité. Les facteurs sont organiques et psychogènes :

- les troubles endocriniens, anémie, neuropathie périphérique, atteinte vasculaire périphérique, carence en zinc, médicament, urémie ;
- la perte de l'estime de soi et syndrome anxiodépressif.

Mais ils sont sous-déclarés et sous-traités ; car beaucoup de patients n'en parlent pas à leur médecin et inversement. Leur prise en charge implique de prendre du temps, d'utiliser des techniques de dialogue, de structurer l'entretien, de dédramatiser et de prendre en compte la dimension du couple et la dimension psychologique, afin de ne pas traiter juste le symptôme.

Il faut savoir orienter vers un spécialiste quand cela est nécessaire. Malgré tout, le médecin néphrologue peut être l'interlocuteur privilégié ; car la confiance et la relation avec le patient seront améliorées et cette médecine « globale » aura un impact sur la qualité de vie.

La prise en charge vise à :

- corriger les troubles endocriniens, les carences et les facteurs aggravants ;
- prendre en charge psychologiquement ;
- substituer certains médicaments ;
- aider l'érection.

La transplantation rénale permet la normalisation des désordres métaboliques et endocriniens liés à l'IRC. Mais il n'y a pas d'étude consensuelle sur l'érection car les traitements immunosuppresseurs sont de puissants inhibiteurs de la relaxation musculaire et perturbent le métabolisme de la testostérone.

Les trois médicaments les plus utilisés pour la dysfonction érectile sont des inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase (PDE-5) : sildénafil (Viagra1), tadalafil (Cialis1) et vardenafil (Lévitra1).

La prise en charge est malgré tout globale : arrêter le tabac, éviter les médicaments augmentant la prolactinémie et prendre en compte les facteurs psychologiques. Les obstacles

Chapitre I : L'hémodialyse

seront chez les dialysés d'adapter la posologie et chez les transplantés les interactions médicamenteuses. Il faut noter que le coût de ces médicaments n'est pas négligeable.

Le désir de grossesse et le désir d'enfant :

Le désir de grossesse et le désir d'enfant peuvent engendrer une véritable souffrance quand ils sont contrariés par des difficultés de procréation ; car le désir de transmission de son histoire personnelle et familiale est frustré. L'épreuve véritable que la stérilité entraîne est aggravée par la médiatisation erronée sur l'efficacité des techniques d'aide médicale à la procréation qui amène de plus en plus de couples à consulter.

L'évolution sociétale mène les femmes à concevoir tardivement leur premier enfant et cela a des répercussions en termes de morbidité. Entrent en ligne de compte aussi le tabac, l'alcool, l'obésité, l'anorexie, la précarité... La stérilité devient un vrai problème de santé publique.

Certaines réactions sont fréquentes chez les couples demandeurs par rapport aux difficultés annoncées : l'incrédulité, la colère, le déni, la tristesse, la culpabilité. Il est important d'entendre la demande de chacun des partenaires du couple et de prendre le temps nécessaire.

Par rapport aux risques déjà existants de l'aide à la procréation, l'IRC constitue un facteur supplémentaire de risque maternel, fœtal ou génétique pour la descendance (syndrome d'hyperstimulation ovarienne [HSO] avec risque de thrombose, hypertension artérielle [HTA], hématome rétro-placentaire [HRP], fréquence cardiaque [FC]...). La prise en charge est déjà multidisciplinaire, et elle doit se faire en partenariat supplémentaire avec les équipes de néphrologie.

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

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

Chacune de ces effractions constituent un véritable traumatisme. Toutes ces interventions modifient le corps, y créent des ouvertures, des brèches qui peuvent être sources d'angoisse.

Là encore, le sujet a un gros travail d'adaptation et d'acceptation à faire de son nouveau schéma corporel.

Chapitre I : L'hémodialyse

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

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

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

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

8-Réflexion sur les déferents mondes de prise en charge :

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

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

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

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

Chapitre I : L'hémodialyse

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

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

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

Dans de rares cas, des amputations sont nécessaires par suite d'un diabète avancé, et certains patients peuvent expressément demander à mourir et refuser de poursuivre la dialyse.

Quoi qu'il en soit, le décès d'une personne affecte beaucoup les autres dialysés car cela réactive les angoisses de mort présentes en chacun d'eux (et de nous).(Marie ,P,Christie,A,& Michel,2005,P.5).

10-Le rôle des soignants :

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

Certains soignants peuvent avoir l'impression de quelquefois ne pas savoir comment répondre à la souffrance des malades.

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

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

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

Le problème d'une trop grande proximité réside notamment dans le fait qu'en cas de décès, les réactions émotionnelles risquent d'être trop fortes. En outre, en cas de "problème médical

Chapitre I : L'hémodialyse

«ou autre, le soignant risque de ne plus avoir la neutralité nécessaire pour faire preuve de sang froid.

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

Autrement dit, il veut être investi de façon particulière par le soignant, faire l'objet d'un investissement narcissique. On peut aussi parler des patients qui demandent systématiquement une couverture ou un verre d'eau au moment où un autre patient fait un malaise. Il s'avère alors nécessaire de recadrer de tels patients.

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

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

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

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

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

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

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

Chapitre I : L'hémodialyse

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

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

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

12-Observance du traitement immuno suppresseur :

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

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

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

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

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

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

Chapitre I : L'hémodialyse

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

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

Chapitre II : l'estime de soi

Préambule

L'estime de soi, un concept complexe et essentiel, est au cœur du bien-être psychologique et du développement humain. Dans ce deuxième chapitre de notre mémoire on va explorer en profondeur la signification de l'estime de soi et son apparition. Définition de l'estime de soi et comment est ce qu'il se forme. Les caractéristiques d'une personne qui s'estime et aussi les caractéristiques et conséquences du manque d'estime de soi et donner vers la fin les critères d'une haute et d'une basse estime de soi.

1-Définition de soi :

Dans son acception de substantif, désigne de manière très générale ce qui définit la personne dans son individualité. (**Dictionnaire de psychologie, Roland Doron et Françoise Parot. p, 670**)

Dans l'esprit de l'école anglaise, le soi représente la personne en tant que lieu de l'activité psychique dans sa totalité. Il est le produit des processus dynamiques qui assurent l'unité et la continuité de la personne. (**Dictionnaire de psychologie, Roland Doron et Françoise Parot. p,670**)

Le soi est l'ensemble des caractéristiques individuelles qui font qu'une personne est différente des autres ou semblable à eux. Nous cherchons ce qui nous distingue des autres, mais aussi ce qui nous rattache à eux.

2-Apparition du concept de soi :

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

À la naissance, nous n'avons aucun sens de nous-mêmes, de notre soi. En grandissant, nous essayons d'être, les gens qui nous entourent, nous plaisent ou nous fascinent. Nous les imitons et nous identifions à eux (l'enfant joue au papa, à la maman, au soldat, l'adolescent s'identifier à un sportif, à un rappeur... lesquels peuvent devenir des modèles comportementaux ou de vie). L'enfant peut ainsi tester les comportements et prévoir des réponses. Ces interactions le conduisent à avoir conscience du "Je";. En retour, il apprend ce

Chapitre II : L'estime de soi

qui est bien ou mal, ce qu'il peut faire ou ne doit pas faire. Avec l'âge, l'enfant n'a plus à jouer ces rôles extérieurement, il peut les imaginer. Berlo dit qu'il y a « prise de rôle symbolique ».

La façon dont les gens parlent de nous, durant ces périodes, façonne notre perception de nous-mêmes. Une vision positive rend l'enfant positif et optimiste, une vision négative rend l'enfant négatif et pessimiste.

Cela nous conduit fréquemment à agir en fonction de ce que nous pensons que les gens attendent de nous et pas en fonction de ce qu'ils attendent réellement de nous.

On entre alors dans un processus infernal où la mauvaise perception de soi, conduit à des comportements inadaptés qui renforcent la mauvaise image de soi. (Les réactions confirment ce que nous pensions initialement). Inversement une bonne perception de soi entraîne un processus positif de valorisation personnelle.

Exemples : Processus négatif :

- Une personne qui se pense inintéressante a tendance à se refermer sur elle-même,
- Etant refermée, les gens pensent qu'elle souhaite ou préfère la solitude, voir qu'elle trouve les autres ennuyeux
- De ce fait, ils ne vont pas vers elle
- Le fait que les gens ne viennent pas à elle la confirme dans le fait qu'elle est inintéressante.

Cette confirmation amplifiera son désir d'être isolé.

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

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

L'estime de soi change par la communication interpersonnelle :

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

Le sentiment de notre valeur provient de l'accomplissement de rôles sociaux.

(<http://www.cterrier.com>) consulté le (05/08/2023 à 18 :15)

3-Définition de l'estime de soi :

Nous savons que l'estime de soi est l'appréciation favorable de soi-même. Il s'agit donc d'une évaluation, c'est-à-dire d'un jugement de valeur à propos de soi. Cela suppose –bien entendu – d'avoir une représentation de soi! Cette représentation globale, plus large que l'estime de soi, inclut un nombre important de représentations partielles comme notre apparence physique, nos traits de caractère, nos qualités et nos défauts, nos compétences dans différents domaines, nos possibilités et nos limitations, notre position sociale, le sentiment de notre valeur en tant qu'être humain, le sentiment éventuel d'appartenance à quelque chose qui nous dépasse (représentation de soi comme un être spirituel). **(Estime de soi, Confiance en soi. Les fondements de notre équilibre personnel et social ; (Josiane de Saint Paul, 1999, P.07)**

L'estime de soi est une implication de la valeur qu'une personne attribue aux divers éléments du concept qu'elle a d'elle-même (composante évaluative ou affective du concept de soi). En tant que structure cognitive, le concept de soi est fait d'éléments auto descriptifs (traits, comportements, états...), chroniquement accessibles ou temporairement saillants, variant quant à leur désirabilité ou leur utilité sociale. Cette valeur résulte de processus d'intériorisation et de comparaisons sociales plus ou moins sélectives. Bien que certaines personnes s'attribuent peu de valeur (dépressifs), les psychologues tablent sur une motivation des gens à maintenir l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes à un niveau élevé. **(Dictionnaire de psychologie, Roland Doron et Françoise Parot. p, 274.275)**

L'estime de soi est l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain. Une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimée et d'être heureuse. L'estime de soi est également fondée sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage pour faire face de façon responsable et efficace aux événements et aux défis de la vie. **(Estime de soi, Confiance en soi. S'aimer, s'apprécier et croire en soi. (Josiane de Saint Paul, 2013, P.20)**

4-former l'estime de soi :

Nous l'avons vu, l'estime de soi est le produit du jugement que nous portons sur nous-mêmes et suppose l'existence d'un concept de soi: une idée de qui je suis, et d'un idéal du Moi : une représentation de qui je veux être. Pour comprendre comment se forme l'estime de

Chapitre II : L'estime de soi

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

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

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

5-Les caractéristiques d'une personne qui s'estime :

De nombreux auteurs se sont intéressés aux caractéristiques des personnes qui font preuve d'estime de soi et de confiance en soi, et en particulier à ce que ces personnes pensent d'elles-mêmes, des autres et du monde. Ils ont inventorié leurs croyances, et ce qu'elles font.

Nous avons déjà parlé de certaines de ces caractéristiques. D'une façon générale, les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureuses. De plus, elles se sentent compétentes ». Non qu'elles soient persuadées de savoir tout faire ou de pouvoir tout réussir, mais elles se donnent le droit à l'erreur et elles savent qu'elles peuvent apprendre.

Elles pensent qu'elles sont responsables de ce qui leur arrive et, en particulier, de leur propre bonheur. Elles savent aussi ce qu'elles veulent et sont enclines à agir pour l'obtenir.

Ainsi, on a pu remarquer qu'elles ont tendance à se montrer raisonnablement confiantes, gaies, créatives et pleines d'un sens de l'humour qui n'est pas à confondre avec l'ironie ou le sarcasme et que, d'une façon générale, elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie.

Chapitre II : L'estime de soi

En ce qui concerne leur attitude par rapport aux autres, elles se sentent leurs égales : ni inférieures, ni supérieures et elles s'attendent à avoir avec eux des rapports agréables et constructifs. Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont, en général, calmes, coopératives, sociables et bienveillantes envers leurs semblables. En effet, n'ayant rien à prouver, ni à elles-mêmes ni aux autres, et ne craignant pas le jugement d'autrui, elles sont libres d'apprécier le moment sans préoccupations parasites. Elles savent aussi très bien écouter.

En effet, elles ont la possibilité d'être totalement présentes dans un échange avec autrui car elles n'éprouvent pas le besoin de se centrer sur elles-mêmes ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. En revanche, elles se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer et à affirmer leurs opinions si nécessaire.

Dans leur ouvrage: *Enhancing Self Esteem* (Augmenter l'estime de soi), Diane Frey et JesseCarlock font le lien entre les personnes qui se réalisent (self-actualized persons), telle que Maslow les décrit, et les personnes qui ont une estime de soi positive. En voici les caractéristiques : elles sont réalistes, s'acceptent, acceptent les autres comme ils sont et le monde tel qu'il est. Spontanées, leur appréciation des autres est faite sur le moment plutôt qu'à partir de stéréotypes. Autonomes et indépendantes, elles semblent détachées et ressentent le besoin d'un jardin privé. Elles se centrent sur les tâches à accomplir plutôt que sur elles-mêmes et ne confondent pas la fin avec les moyens. Elles s'identifient avec le genre humain et beaucoup d'entre elles ont une expérience mystique ou spirituelle, bien que pas nécessairement religieuse. Ne cherchant pas obligatoirement à se conformer à la culture ambiante, elles ont en outre des valeurs et des attitudes démocratiques. Si toutes font preuve de créativité et de sens de l'humour, ce dernier est philosophique et non hostile.

Enfin, elles choisissent d'avoir des relations profondes avec quelques personnes qu'elles aiment et avec lesquelles elles entretiennent un lien émotionnel privilégié, plutôt que des relations superficielles.

On aurait tort de croire que de telles personnes sont « parfaites », n'ont jamais aucun problème ou savent les résoudre sur le champ. Une personne qui a une bonne estime d'elle-même est réaliste. Elle sait très bien que nul n'est parfait et elle reconnaît ses limites. Elle s'accepte d'autant mieux ainsi qu'elle sait qu'elle est perfectible et qu'elle a du plaisir à avancer sur le chemin de son développement personnel. Elle peut, comme beaucoup d'autres, se sentir sous pression, déprimée ou anxieuse.

Chapitre II : L'estime de soi

Elle est seulement mieux armée pour s'en remettre rapidement car elle décide, consciemment ou inconsciemment que c'est passer et elle compte sur ses ressources pour s'en sortir. Si elle n'est pas satisfaite de la façon dont elle a vécu une situation, elle n'en profite pas pour se dévaloriser en tant que personne ou pour invoquer son manque de chance, ou pour blâmer les autres, mais elle réfléchit à ce qu'elle a appris en traversant cette épreuve et on tire des conclusions sur la manière de s'y prendre la prochaine fois dans des circonstances similaires. (Josiane de Saint Paul, 2013, P. 21,22,23)

6-Les caractéristiques et conséquences du manque d'estime de Soi :

Dans la mesure où il est une composante importante de notre personnalité, le niveau de notre estime de soi est nécessaire. Des conséquences profondes dans tous les domaines de notre vie : les décisions que nous prenons, les amis que nous choisissons, le type de relations que nous entretenons avec les autres, nos relations sentimentales. De plus, il a un retentissement sur nos attentes et par là même sur les résultats que nous obtenons, ainsi que sur notre attitude globale envers la vie. Par-dessus tout, il affecte notre optimisme, notre énergie et notre joie de vivre. (Josiane de saint Paul, 1999, P. 23.24).

A l'inverse, le manque d'estime de soi semble être un obstacle majeur pour l'un comme pour l'autre. Pour vivre dans de bonnes conditions dans un monde en perpétuel changement, il est nécessaire de s'adapter en permanence. Or, les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation. Dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elles-mêmes, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlantes. Une autre façon de se protéger du changement est de fuir ou d'en laisser la responsabilité aux autres. Ainsi, ce sont eux qui seront à blâmer si les choses tournent mal.

En outre, une caractéristique commune aux personnes qui manquent d'estime de soi est la difficulté à admettre leurs erreurs. Il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de les reconnaître ou même de les voir : le déni peut être à usage externe (je sais mais je mens pour me « protéger »), mais le sujet peut aussi ne pas remarquer consciemment qu'il a fait une erreur (ici aussi, ce sont les circonstances ou les autres qui sont responsables). Il en résulte une impossibilité à les corriger et, par conséquent à apprendre à faire autrement à l'avenir. Pour les mêmes raisons, un sujet manquant d'estime de soi se montrera aisément défensif.

Chapitre II : L'estime de soi

Même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui est dit n'est en rien dévalorisant, il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'on appelle une projection.

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

Ainsi, la personne manquant d'estime de soi risque fort d'osciller entre ce qu'elle croit être la conformité au désir de l'autre et une rébellion contre ce désir. A moins qu'elle n'adopte l'une Ou l'autre de ces attitudes comme mode de relation privilégié aux autres et au monde.

Bien entendu, ce type de comportement est un obstacle qui l'empêche de se centrer sur des buts Personnels, propres à satisfaire ses valeurs et sur les actions à mener à bien pour y parvenir. Nous avons déjà dit que les buts, les comportements et les accomplissements eux-mêmes sont Souvent destinés à se rassurer en « prouvant » sa valeur aux autres et à soi-même.

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

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

Chapitre II : L'estime de soi

défavorisées (toujours à leurs yeux), de telle façon qu'ils ont l'impression de leur être supérieur.

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

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

7- Critères d'une haute et d'une basse estime de soi :

« Vos pensées ont fait de vous ce que vous êtes, et elles feront de vous ce que vous deviendrez à partir d'aujourd'hui. » Catherine Ponder.

Comment savoir si j'ai une haute ou basse estime de moi ? La réponse réside dans la façon positive ou négative de me voir, de me parler et de me sentir. Examinons d'abord l'estime de soi pour sa personne, puis l'estime de soi pour ses aptitudes

Chapitre II : L'estime de soi

L'estime de soi pour sa personne :

-Quel est le regard intérieur que je porte sur ma personne ?

Une haute estime de soi commence par un regard bienveillant sur sa personne. Pour savoir la différence entre un regard positif et bienveillant et un regard négatif et malveillant, il suffit de répondre aux questions : « Comment j'apprécie ou je déprécie l'image corporelle que j'ai de moi ? Est-ce que j'aime mon apparence physique ? Est-ce que je la déteste ? » Parfois, le dégoût qu'on ressent envers soi tient à un seul trait physique présumé laid ou difforme.

Certains concentrent leur vision sur ce trait défectueux. Ils perdent de vue l'ensemble de leur apparence physique et morale. Ils se jugent et ils se déprécient en fonction d'une légère imperfection. C'est le cas de l'adolescent qui se voit tout entier à travers le bouton sur son visage. **(de l'estime de soi à l'estime de soi, Jean Monbourquette,2003 ;P39.40)**

Celui ou celle qui s'estime sera enclin à se considérer comme une personne aimable dans ses relations sociales. De plus, il entretiendra l'idée que les autres le considèrent digne de respect et d'amour. Par opposition, celui qui ne s'estime pas ne pourra jamais se croire digne d'amour et de respect des autres.

Le degré d'estime de soi dépend de l'appréciation qu'on fait de sa valeur et de ses qualités personnelles. Elle ne résulte pas d'une comparaison avec autrui et elle se mesure au progrès accompli par soi-même. Ainsi, une personne ayant une haute estime d'elle-même se dira : « Je me vois plus tolérante, plus entreprenante, plus affable que je l'étais. » En revanche, celle qui se mésestime fonde trop souvent son jugement sur elle-même en se comparant aux autres, et cela presque toujours à son désavantage.**(de l'estime de soi à l'estime de soi, Jean Monbourquette,2003, p40)**

Chapitre II : L'estime de soi

Celui qui a une forte estime de soi	Ce lui qui a une faible estime de soi
positive et optimiste de ses projets - Persévère malgré les obstacles et les échecs - Entretient avec lui-même un dialogue optimiste et positif - Est confiant de réussir - Prend des risques - Se rappelle ses succès passés - Accueille les compliments et les félicitations des autres - Se sent stimulé par de nouvelles expériences - Est confiant d'être à la hauteur des tâches proposées - Demande de l'aide et est confiant de l'obtenir - Cherche le défi et l'aventure - Aime relever des défis comme celui de parler en public - Se sent encouragé à la suite de ses réussites	- A une vue négative et défaitiste de ses projets - Abandonne tout au moindre obstacle ou échec - Entretient avec lui-même un Dialogue pessimiste et négatif - Redoute l'insuccès - Ne prend aucun risque - Se rappelle ses échecs - Se méfie des compliments ou des Félicitations - Se sent confortable dans la routine - Craint de ne pas pouvoir remplir les Tâches demandées - Est gêné de demander de l'aide - Cherche avant tout la sécurité - Craint les regards et les Commentaires du public - Devient stressé à la suite de ses Réussites

Tableau 03 : critères de la personne qui s'estime et celle qui a une faible estime de soi

Synthèse:

En fin de compte, la recherche sur l'estime de soi continue d'évoluer, et il reste encore de nombreuses questions à explorer. Toutefois, il est indéniable que l'investigation de ce domaine est essentielle pour aider les individus à réaliser leur plein potentiel, à surmonter les défis personnels et à mener une vie épanouissante. En encourageant une estime de soi positive et en fournissant des ressources appropriées, nous pouvons contribuer à construire des individus plus confiants, résilients et épanouis, ce qui, à son tour, bénéficie à la société dans son ensemble

Partie pratique

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Préambule

La méthodologie de recherche est une étape très importante dans toute entreprise de recherche; elle est le fil conducteur qui guide les chercheurs dans leurs travaux. Mener des recherches nécessite une méthodologie, un domaine de recherche, une population de recherche et des outils d'enquête clairs.

La volonté d'adopter une approche scientifique dans l'étude de nos thématiques de recherche est "L'estime de soi chez les patients hémodialysés". Nous ferons de notre mieux pour commenter méthodes, population étudiée et contexte utilisé dans cette étude des recherches, et enfin des outils d'investigation.

Pour notre étude sur les patients hémodialysés, nous avons choisi l'application d'entretien clinique et de l'échelle d'estime de soi "Cooper Smith".

1- La pré-enquête :

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

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

Durant cette pré enquête, on a essayé de nous renseigner sur les établissements qui traitent les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique par hémodialyse à Bejaia, alors on a était orienté vers la clinique Benmouffok d'Akbou.

Au début, on s'est présenté en étant des psychologues stagiaires, ensuite on leurs à donner une idée sur notre thème de recherche, et après avoir l'accord du chef de service de

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

l'établissement, on s'est informé sur l'état psychique des patients afin de se renseigner sur nos sujets de recherche. Et enfin on a pu valider notre thème puis on a commencé notre recherche.

Cette recherche s'est portée sur les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique terminale qui se trouvent à la clinique d'hémodialyse BENMOUFFOK D'AKBOU, on leurs a fait passer des entretiens où ils ont parlé de leur maladie de leur état de santé ainsi que de leur vie quotidienne, personnelle et professionnelle.

Durant cette pré enquête, on a effectué des entretiens avec les patients et on leur a fait passer l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, et tous les patients ont été coopératifs avec nous et ils ont répondu à toutes les questions posées d'une manière très fructueuse. Ce qui nous a permis de constater chez la plupart des personnes ayant une insuffisance rénale chronique au niveau du centre d'hémodialyse des signes comme la tristesse, le désespoir, et le manque de confiance en soi, ce qui a évoqué en nous une curiosité de bien comprendre l'impact de l'insuffisance rénale chronique, et le traitement par dialyse sur leur estime de soi.

Ces observations sur le terrain nous ont permis d'énoncer les hypothèses de notre étude cette pré-enquête nous a fournie des informations et des idées pour la formulation d'une problématique, sur laquelle se fonde la présente recherche. Celle-ci était suivie par des hypothèses. La pré-enquête nous a mise en contact direct avec le terrain pour découvrir le monde mystérieux des personnes hémodialisées qui manifestent une dépendance au générateur d'hémodialyse, ce qui nous a permis de découvrir une faiblesse au niveau des compétences sociales, familiales et professionnelle, plus précisément leur estime de soi au niveau somatique et psychologique. **(Cario, R. (2000), « victimologie de l'effraction du lien inter subjectif à la restauration social » .Paris,harmatan.**

2-La démarche de la recherche

2-1-La méthode utilisée :

La méthode utilisée Selon lassare (1978) « une méthode est une démarche complète issue des objectifs d'une étude particulière et qui organise toutes les étapes de la recherche depuis les énoncés des hypothèses jusqu'à leur vérification ». **(Chahraoui et benony, 2003, p139).**

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

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Selon Beaugrand(1988) l'objectif de la méthode descriptive n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. **(Chahraoui et bénony, 2003, p125).**

3-Présentation de la population d'étude et le lieu de la recherche :

3-1-Présentation de la population d'étude :

Notre population d'étude était composée de personnes hémodialysées, Situé à la clinique d'hémodialyse d'Akbou, sélectionné selon les avis de plusieurs personnes des normes auxquelles nous ferons référence ci-dessous. Avec leur consentement leur expliquer la nature et l'objectif de notre recherche ainsi que son déroulement qui inclura la réalisation des entretiens et la passation d'une échelle de l'estime de soi ; nous avons constitué une population de 06 cas différents (03) de sexe féminin et (03) autre de sexe masculin, l'âge moyen des patients au moment de l'évolution et varie entre (22-69) ans, ayant tout une insuffisance rénale chronique terminale. , avec lesquels nous avons travaillé dans l'anonymat.

Sujet	Age	Sexe	Situation professionnelle Avant la maladie	Situation matrimoniale	Le début de la maladie	Service d'hémodialyse
M.Zehira	60 ans	Féminin	Femme au foyer	Mariée	5 ans	Clinique Ben mouffok akbou
KATIA	25 ans	Féminin	En formation couturière	Célibataire	7 ans	Clinique Ben mouffok akbou
B.Muhoub	56 ans	Masculin	Conducteur	Marié	7 ans	Clinique Ben mouffok akbou
B. Hedjila	49 ans	Féminin	Travaille dans une usine	Célibataire	2 ans	Clinique Ben mouffok akbou
B.Hakim	25 ans	Masculin	3 ème année lycée	Célibataire	14 ans	Clinique Ben mouffok akbou
Helal	63 ans	Masculin	Enseignant En mathématique	Marié	23 ans	Clinique Ben mouffok akbou

Tableau 04 : la Présentation de la population d'étude

3-2-Présentation de lieu de la recherche :

1- Présentation de l'entreprise :

- Eurl Clinique Benmouffok, est un centre de dialyse, assure le diagnostic et le traitement des maladies des reins et propose des consultations néphrologique.
- Spécialisée dans l'hémodialyse, maladies rénales, néphropathie diabétique, maladies systémique et hypertension artérielle.
- L'entreprise est mise en service et fonctionnement le 21 mars 2013.

1-1- Adresse et localisation :

Le centre d'hémodialyse *Eurl Clinique Benmouffok *, sis au 55 rue si laarbi touati, Akbou-W. Béjaia, situé dans un contexte géographique stratégique.

1-2- Service et activités :

- ❖ L'Eurl Clinique Benmouffok est un centre médical d'hémodialyse, assimilé à une clinique de type ambulatoire pour le traitement exclusif de l'insuffisance rénal chronique.
- ❖ Elle offre l'avantage aux populations environnantes de bénéficier des soins spécialisés de proximité dans le domaine de la dialyse par les méthodes ***d'épuration extrarénal***.
- ❖ Elle dispose d'un service d'accueil qui est assuré par un personnel médical et administratif qui organise le parcours des patients et son assistance depuis son enregistrement dans la liste de traitement jusqu'au transport sanitaire lorsqu'il est demandé.
- ❖ L'établissement est doté du personnel médical, paramédical et d'entretien des équipements et d'hygiène des locaux en nombre et qualification suffisants pour assurer le fonctionnement du service en double vacation à concurrence de sa patientèle.
- ❖ L'Encadrement de l'équipe médical par un directeur médical omniprésent, en sa qualité de médecin spécialiste en néphrologie jouissant d'une longue expérience, garantit des prestations conformes aux standards internationaux.

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

- ❖ Les capacités de traitement installé pour la bonne gestion des flux de maladies dégagent un excédent susceptible d'accueillir de nouveaux malades par une extension de la convention de prise en charge signé avec la CNAS.
- ❖ Une telle opportunité va permettre de résorber les déficits d'enrôlement des malades qui émargent aux liste d'attente des structures publiques environnantes qui n'offrent aucune possibilité, à moyen et long termes, d'améliorer le niveau de saturation de leurs équipements.

2- Structure de la Clinique Benmouffok :

Les normes techniques et sanitaires sont également assurées à travers la présence permanente dans l'établissement du nombre de praticiens médicaux et autres auxiliaires paramédicaux

Les générateurs de dialyse répondent aux normes définies par la réglementation en vigueur, de mêmes qu'ils sont certifiés en termes de sécurité, de stérilisation et de qualité des matériaux.

Leur disposition à travers les différentes surfaces dédiées au traitement des malades est pensée de manière à assurer un maximum de confort et de sécurité aux patients et aux opérateurs dans le cadre d'une stratégie de suivi des malades.

Les documents opératoires de fonctionnement de la clinique renvoient de manière systématique au respect, par l'ensemble du personnel, du guide des bonnes pratiques en dialyse, et le traitement par les agents stimulants des dialysés s'effectue par une surveillance stricte sous l'autorité médicale exclusive du directeur médical, néphrologue de son état.

4-Les outils d'investigations :

4-1- L'entretien semi directif :

Les entretiens semi-directifs sont destinés à vérifier (ou infirmer) nos hypothèses et à poursuivre la recherche en fonction de la découverte de nouvelles pistes obtenues grâce au discours de chaque patiente. Tout l'intérêt de l'étude clinique réside dans le fait que l'on écoute chaque discours et que l'on fait la synthèse des pistes de recherches. Alors que dans les études épidémiologiques, on fait passer des questionnaires qui ne peuvent donner que des indicateurs statistiques([Béatrice Alexandre, Robert Samacher, 2005, P.883](#))

4-2-Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien est composé d'items, qui pré-structurent la conduite de l'entretien. Il sert << d'aide-mémoire » au psychologue. .

Ce n'est pas un questionnaire, c'est un indicateur qui guide le psychologue clinicien dans l'entretien, car il est la traduction des hypothèses scientifiques qu'il faut confronter à la problématique de chaque interviewé. Lorsque le psychologue mène l'interview au chevet d'une patiente, les hypothèses ne lui servent que de guide. On ne cherche pas à les confirmer, on cherche au-delà (plus loin). Chaque entretien semi-directif permet d'accéder aux représentations de la patiente et de recueillir des informations sur le vécu spécifique de chaque femme (en fonction de son histoire personnelle, de sa situation sociale actuelle, de la structure de sa personnalité, etc.). ([Béatrice Alexandre](#), [Robert Samacher](#), 2005, P 883).

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

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

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

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

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

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

4-3-Les attitudes de clinicien durant l'entretien :

L'investigateur face au patient doit être attentif, évite-il d'abord de parler et surtout d'interroger. Il encourage cependant la parole du patient de manière neutre « la neutralité bienveillante » par des « oui ? », par des mimiques, par des gestes signifiant son ouverture comme il doit « accompagner et encourager les associations si elles existent et les stimulées si c'est possible et d'essayer de revitaliser la relation si le contexte d'association est absent ou fragile. » (R. Debray.1996, P.40). De sa part C. Chiland. Considère aussi que « le clinicien se tait pour laisser l'autre parler et parle pour lui faciliter la parole.» **(C.Chiland, 1983, P.23).**

Dans ce sens P. Marty rajoute que l'attitude du clinicien doit en effet se laisser mener pendant un temps aux rythmes de l'autre, aux rythmes que l'autre adopte et module selon les contenus de son discours. Comme il rajoute que l'attitude systématiquement muette de l'investigateur peut-être nuisible pour un patient qu'une activité d'intervention pour un autre.

Tenant rapidement compte de tous les signaux qu'il reçoit et par une tenue affective dont la bienveillance s'adapte aux besoins du patient. **(P. Marty. 1990, P.72).**

C. Chabert peut évoquer le sentiment d'abandon chez d'autres par contre les interventions répétées de la part du clinicien peut être vécu comme intrusion, c'est au praticien de trouver une attitude qui convient à l'image d'une « mère suffisamment bonne » qui permet au nourrisson de se construire psychiquement, fantasmatiquement. **(C.Chabert. 1983, P.19).**

Les deux positions, la neutralité et celui de plusieurs interventions peuvent s'avérer également néfaste. Chacune d'elle est en fait « susceptible de déclencher un afflux d'excitations non élaborables mentalement, et mal exprimable musculairement, les excitations risquent alors de verser leurs effets dans un secteur somatique silencieux dans l'immédiat ». **(C. Chabert. 1983, P.72).**

Donc c'est au clinicien de savoir le moment de se taire ou d'intervenir. Concernant la relation et son développement à travers le temps la prudence et le silence du patient au début peuvent être considérés également comme bonne caractéristique car ça démontre qu'il perçoit l'autre comme étranger et au contraire l'introduction directe dans le discours, dérive de manque de mentalisation : et investie immédiatement n'importe quel objet comme bon objet à l'image d'une « relation d'objet allergique ». **(R, DEBRAY. 1996, P.40).**

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Dans cette perspective d'inspiration psychanalytique les éléments recueillis à partir de l'entretien ne prendront sens qu'une fois rapportés à la nature de la relation duelle (clinicien - patient).

4-4-L'échelle d'estime de soi de « coopersmith» :

Les échelles d'évaluations: Les tests et les échelles sont des cas particuliers de questionnaires dont l'objectif est de permettre leurs réutilisations et les utiliser comme instruments de mesure comparative. L'intérêt du test ou de l'échelle est de pouvoir envisager des évaluations interindividuelles et d'analyser la manière dont un facteur varie en fonction des rapports entre individu mais aussi de comprendre comment ce facteur varie au sein de la personne elle-même. Pour que ses utiles soient utilisables il convient de mesurer la fidélité ou la fiabilité aussi que la validité du questionnaire. (Briaïs, 2016)

L'échelle d'estime de soi de Cooper Smith:

Afin de mesurer le niveau de l'estime de soi de notre population d'étude, nous avons choisi un outil adapté et approprié, qui est validé par le centre psychologique appliqué(CPA).

Il s'agit de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

Cet inventaire d'estime de soi est une échelle pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans le domaine social, familial, personnel, professionnel (ou scolaire). Le terme «Estime de soi » renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes, quelles que soient les circonstances. En ce sens, c'est une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle; elle se traduit par des attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle). L'inventaire a été élaboré sur ces derniers critères afin de fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi.

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Description de l'inventaire de l'estime de soi:

L'échelle comprend deux parties:

La première partie :

Le sujet fournit les informations relatives à son nom, prénoms, âge, profession, situation socio-économique et le niveau d'étude puis la date de l'examen.

La deuxième partie :

Comprend les items qui sont au nombre de cinquante-huit items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case: « Me ressemble » ou «Ne me ressemble pas ». Cet inventaire a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans les domaines sociaux, familiaux, professionnelles. Une échelle de mensonge a été ajoutée de façon à évaluer l'indice d'attitude à répondre sur un mode défensif à l'égard du test.

L'échelle comporte de 58items, dans la composition de l'inventaire est la suivante:

- ✓ Echelle Générale (G): elle comprend 26 items qui concernent la situation actuelle du sujet comme a son histoire.
- ✓ Echelle Sociale (SC): elle comprend 8 items pour mesurer l'image du soi renvoyée par la famille.
- ✓ Echelle Familiale (F): elle comprend 8 items pour évaluer l'image renvoyée par la famille.
- ✓ Echelle Professionnelle (P): elle comprend 8 items pour mesurer l'image renvoyée par la formation professionnelle.
- ✓ Echelle de Mensonge (M): elle comprend 8 items. Elle concerne le positionnement défensif du sujet face au test.

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

L'échelle d'estime de soi de COOPERSMITH est constituée de 58 items répartis comme suit :

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

Tableau 05 : Inventaire de l'estime de soi de COOPERSMITH

Les items sont aussi répartis selon les composants théoriques de l'estime de soi et en plus une échelle de mensonges.

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

Tableau 06 : Inventaire de l'estime de soi de COOPERSMITH

☐ Classement et inter présentation :

Après la correction des réponses obtenues, on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théoriques et aussi de l'échelle de mensonges. Nos données se présentent sous forme de fréquence et constituent des données qualitatives. Pour l'interprétation de ces données, on s'est basé sur deux tableaux, le premier retrace le niveau total d'estime de soi en cinq classes, et le deuxième pour les valeurs caractéristiques des échelles (général, familiale, professionnelle, et mensonge).

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

Tableau 07: indiquant les niveaux d'estime de soi

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

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 de soi. La quatrième, indique un niveau d'estime de soi élevé (46 à 49) considéré comme une bonne estime de soi. Enfin la cinquième de la dernière classe (50) qui englobent les sujets atteignant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une bonne note maximale.

Chapitre III : la méthodologie de la recherche

Grille de correction :

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

Tableau 08 : indiquant les corrections des réponses de l'inventaire de COOPERSMITH

4-5-Le déroulement général de la pratique :

Dans la présente partie, nous exposerons les conditions du déroulement ainsi que les étapes qui nous ont permis d'aboutir à la collecte des données tout en tenant compte de l'objectif poursuivi. Dans la clinique d'hémodialyse, où nous avons effectué la passation des entretiens et l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, en langue française, kabyle, et arabe, et cela en fonction du niveau d'instruction de nos cas. Nous avons programmé nos entretiens à raison de trois séances individuelles pour chaque cas, et selon leurs disponibilités. La première séance était une séance de connaissance afin de gagner la confiance de nos cas, et les mettre dans des situations bien à l'aise. C'était aussi une récolte des informations nécessaires pour un début d'entretien, se rendez-vous a duré presque 15 minutes. La deuxième était une expression libre à nos patients dont ils ont raconté tous leurs vécus et l'histoire concernant leurs avortements à l'aide d'un guide d'entretien qu'on a préparé, la durée est prolongée jusqu'à 30 minutes. La dernière entrevue était consacrée pour répondre aux items contenus dans l'échelle de mesure de l'estime de soi de « Cooper Smith »>, afin de pouvoir analyser l'impact de l'estime de soi de chaque cas, il a duré 10 minutes.

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

Malgré tous ses obstacles, il ne faut pas oublier les points positifs de ce travail qui nous ont permis également de connaître le terrain, et surtout, d'avoir des liens avec ces sujets et aussi de partager leur souffrance. Sans oublier aussi la bienveillance de toute l'équipe soignante.

Synthèse :

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

CHAPITRE IV : Présentation, analyse et discussions des hypothèses

Préambule :

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

1- Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique et du test d'investigation d'estime de soi de «Cooper Smith » forme adulte

Le cas n 01 : B.H :

A) Présentation générale du cas :

B.H, une femme célibataire âgée de 49ans, elle vit avec son père et sa mère et ses deux sœurs à la maison, elle a 3 sœurs mariées et 4 frères mariés aussi. Elle travaillait dans une usine de production des biscuits et elle a arrêté ça il y a 2ans juste au début de sa maladie rénale en 2021. Elle suit actuellement son traitement par hémodialyse depuis mars 2023.

B) analyse de l'entretien :

Notre patiente a bien participé à l'entretien, c'était très facile de remarquer chez elle la volonté et l'envie de parler à un psychologue « j'ai vraiment besoin de parler avec un psychologue » affirme notre patiente.

La maladie de B.H a débuté comme déjà cité en 2021 suite à des manifestations graves comme des douleurs aux jambes, une fatigue anormale qui dure longtemps, des évanouissements inhabituels, la perte d'appétit et des vomissements ...

Après avoir été transporté à l'hôpital, en étant évanoui, ils ont trouvé que son attention artérielle est très élevée et c'est difficilement qu'ils ont pu la stabiliser ce qui a causé depuis, un mauvais fonctionnement des reins, alors elle a suivi un traitement pendant 2ans. Et ses reins ont fini par ne plus fonctionner, ce qui a mené le néphrologue à lui annoncer son

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

atteinte de l'insuffisance rénale chronique terminale, et qu'elle doit immédiatement être traitée par hémodialyse. Elle était choquée et déprimée et ne croyait pas du tout qu'elle était arrivée à ce stade au moment où elle croyait pouvoir guérir de cette maladie. Alors elle n'arrive pas à accepter sa maladie «j'ai été choqué, et J'ai eu peur, au fond de moi je sais que je vais plus guérir de cette maladie, Et je refuse de l'admettre. »

Elle a refusé d'admettre sa maladie et elle continue à nier et n'arrive toujours pas à surmonter ce choc malgré le soutien de sa famille et de ses proches qui lui rendent souvent visite pour l'encourager. Mais elle voit ça comme de la pitié envers elle et elle a dit : « je sais que maintenant je suis condamné par la mort et je sais que je vais toujours dépendre de cette machine et je sais que ma vie est finie. J'aurais préféré mourir que de finir comme je suis maintenant. » En pleurant.

Concernant son avenir elle a quand même un petit espoir au fond d'elle de guérir et de pouvoir revenir à sa vie d'avant et de pouvoir continuer de l'avant et fonder une famille.

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

Tableau n°9 : présente les résultats obtenus des sous échelle de « l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith » du cas (B.H) :

	général	social	familial	professionnel	total	mensonge
Cas B.H	19	6	6	5	36	2

Les résultats de l'échelle de Cooper Smith qui sont présentés dans le tableau ci-dessus indiquent que : la patiente B.H manifeste une estime de soi basse de 36 points, ce qui explique que ce sujet présente une évaluation négative d'elle-même et elle n'estime pas bien son soi.

Le sujet a obtenu une note de 19 sur 26 de la note maximale de cette échelle, ce qui reflète son satisfaction dans la vie en générale en cochant sur la case « me ressemble » dans « je suis assez sûr de moi ». Elle présente aussi une certaine confiance en elle en cochant sur la case « ne me ressemble pas », dans, « j'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire. ».

Elle a obtenu dans l'échelle sociale une note de 6 points sur 8 points .ce qui explique que le sujet noue de bonnes relations, avec son entourage social. Elle le déclare en cochant sur la

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

case « me ressemble » , « je suis très apprécié par les personnes de mon âge », elle reçoit le bon soutien et de l'aide qu'il faut pour se sentir mieux et égale aux autres personnes de son âge, en cochant sur la case « ne me ressemble pas » à « la plupart des gens sont mieux aimée que moi ».

Elle a obtenu une note de 6 points sur 8 points de la note maximale de l'échelle familiale.

Cela est dû à une bonne qualité des relations et la bonne entente familiale. Elle vit dans un milieu encourageant et compréhensif par rapport à sa maladie. En cochant sur la case « me ressemble » dans « ma famille prête attention à ce que je fais » et « ma famille me comprend bien ».

Concernant l'échelle professionnelle, le sujet a obtenu 5 sur 8 de l'échelle professionnelle, ce qui explique qu'elle n'arrive pas à gérer sa maladie chronique qui est manifesté par l'inacceptation d'être malade bien que cela va influencer négativement sur sa vie professionnelle.

D) Synthèse sur le 1er cas (B.H) :

D'après l'entretien clinique et les résultats de l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on peut constater que le non acceptation de la maladie chronique a contribué à avoir une basse estime de soi chez notre cas M elle «B.H ».

Le cas N 0 02 : Hakim :

A) Présentation général du 2ème cas :

HAKIM âgé de 25 ans, célibataire, sans emploi, son niveau d'instruction est de 3ème année lycée sans obtenir son BAC, actuellement il suit une formation en informatique, programmation de données, qui va durée 3ans. Il vit avec ses parents et sa sœur. il souffre de l'insuffisance rénale chronique depuis ses 11ans, en arrivant au traitement par dialyse à ses 19ans.

B) L'analyse de l'entretien :

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

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

Concernant sa réaction à la maladie constitué pour lui un choc comme il le souligne « je n'arrive pas à croire que je suis atteint de cette maladie silencieuse et douloureuse ». Il ajoute à l'annonce de sa maladie: « J'ai resté 04 mois à la maison sans aucun contact avec les jeunes de mon âge », on remarque chez ce jeune une honte et un handicap à cause de sa maladie il a peur d'être rejeté par son entourage, on a observé chez ce malade une tristesse dans sa vie de tous les jours d'un temps à autre, il dit : « je sens une tristesse de temps en temps quand je m'évoque que je suis atteint du l'insuffisance rénale chronique à mon âge ».

On a constaté que ce sujet veut être en bonne santé comme les autres, il dit : « je veux être en bonne santé, et je m'amuse de ma jeunesse, et quand je me rappelle de ma maladie je me désespère ».

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

Hamza n'a pas soutenu vraiment par sa famille comme il le confirme : mon père ne m'aide pas et refuse de me procurer mes médicaments, ma mère est la seule qui m'aide.

Ces relations familiales sont perturbées à cause de la mal considération de la part de son père.

Ceci le pousse à avoir le sentiment d'infériorité et de tristesse.

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

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

C) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du Cas n°2:

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

	générale	sociale	familiale	professionnelle	total	mensonge
Cas	9	5	3	4	21	4

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

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

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

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

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

L'échelle génale : il a obtenu une note de 13 sur 26points de la note maximale de cette échelle.

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

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

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

L'échelle professionnelle: Il a obtenu 5 points sur 8points de la note maximale de cette dernière.

D) Synthèse sur le 2eme cas:

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

Le cas n° 03 : Mr Mouhoub

A) Présentation général du 5ème cas:

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

Il s'agit de MR Mouhoub, âgé de 56 ans, marié et père de 2 garçons et 1 fille, sa profession, était agent au niveau de service d'hémodialyse ou se trouve maintenant dialysé, après avoir l'atteinte de cette maladie il occupe un poste au service de standard pour la nuit, son niveau d'instruction est de secondaire.

B) L'analyse de l'entretien :

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

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

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

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

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

C) Présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de

Cooper Smith du Cas n° 3 :

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

	Générale	sociale	familiale	professionnel	total	mensonge
Cas	12	3	4	3	22	5

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

Concernant l'échelle générale : le malade à obtenue 17 points sur 26 points .ce là confirme que le sujet se situe dans une méfiance, souffrance et manque de confiance en soi, car il déclare en cochant sur la case « ne me ressemble pas » , « quand J'ai quelque chose à dire en général je le dis » et ce là explique le doute et la non compréhension de soi –même , en cochant sur la case « ne me ressemble pas » et « je me comprend pas moi-même» . Le sujet aussi souffre de manque physique et de l'incapacité physique car il déclare en cochant sur la case « me ressemble », « je trouve que J'ai un physique moins agréable que la plupart des gens ».

Concernant l'échelle sociale :

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

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

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

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

D) Synthèse sur le 3ème cas:

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

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

Le Cas n° 04 : Mr Hellal :

A) Présentation général du 4ème cas :

MR Hellal âgé de 63 ans, père de 4 enfants, il était professeur de math, son niveau socio-économique est élevé, atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis (2000). Il a commencé son traitement par hémodialyse en 2017

B) L'analyse de l'entretien :

Le début de sa maladie remonte à une année suite à des douleurs à la miction et diminution du volume d'urine et infection urinaire répétées, fatigue, il était hospitalisé pendant un mois.

Le médecin généraliste lui demande de faire des analyses qui ont permet le diagnostiquer de sa maladie qui est l'insuffisance rénale chronique.

Une découverte vécue par une détresse psychologique, un choc et un deuil lié à la perte de la fonction du rein, la diminution de l'énergie physique. Depuis l'atteinte de cette maladie, le

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

sujet devient triste désespéré ; il ne sourit que pour faire plaisir à ses enfants toujours nerveux, il sent une grande fatigue « je n'ai pas d'énergie même pour me déplacer d'une chambre à une autre.

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

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

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

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

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

C) présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du cas n° 04 :

Tableau n : n° 12 : présente le résultat total et des résultats des sous échelles de Cooper Smith de cas Hellal :

	générale	Sociale	familiale	professionnelle	total	mensonge
Cas	13	5	3	4	25	6

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

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

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

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

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

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

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

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

D) Synthèse de 4eme cas :

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

Le cas n° 05 : Melle Katia :

A) Présentation général :

Melle Katia âgé de 25ans, célibataire, elle vit avec ses parents et elle a perdu son père qui est décédé il y a 2 ans, elle a arrêté ses études au 2ème année lycée, et suit actuellement une formation de couturière. Elle se décrit comme sportif, calme, atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis 2017, souffre de thyroïde et suit un traitement, plus un régime alimentaire et un traitement par dialyse.

B) L'analyse de l'entretien :

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

Cette maladie a débutée à travers des symptômes tels que la fatigue, faiblesse au moment des entraînements au stade qui fessait appel à consulter un médecin militaire qui lui demandé de faire un bilan là où il confirmait l'atteinte d'une insuffisance rénale chronique. Il est hospitalisé dans un service militaire de néphrologie pour un mois .qui est vécu par des douleurs physiques et de souffrance psychologique.

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

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

C) présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith du Cas n° 05 :

Tableau n° 13: présente le résultat Total et les résultats des sous échelles de L'échelle de Cooper Smith du Cas de Katia

	générale	Sociale	Familiale	professionnelle	total	mensonge
Cas	18	6	6	6	36	3

A partir des résultats obtenus et classer dans le tableau ci- dessus on a identifié qu'il présente une bas estime de soi de 36 point de la note maximale de 50 points .Ce qui reflète sa sous-estimation et son manque de confiance en soi.

Concernant l'échèle générale : le sujet a obtenu 18 points sur la note 26 points cela confirme que le sujet se situe dans la méfiance et manque de confiance en soi, car il déclare en cochant sur la case « ne me ressemble pas », « quand j'ai quelque chose à dire en générale je le dis », et cela explique le doute et la non compréhension de soi-même, en cochant sur la case « ne me ressemble pas » et « je me comprends pas bien moi -même ». Le sujet aussi souffre de manque physique et de l'incapacité physique car il déclare : « me ressemble », « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la pluparts des gens ».

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

Quant à l'échelle familiale : le sujet a obtenu 6 points sur 8 points ce que explique que le sujet développe de bonnes relations familiales, il déclare en cochant sur la case « me ressemble ma famille me comprend bien ».

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

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

D) Synthèse de l'entretien du 5eme cas :

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

Le Cas n° 6 : Mme Zahra :

A) Présentation générale du cas :

Il s'agit de Mme(B) âgée de 60ans, mariée et mère de 5 filles, 2 fiancées et 3 mariées et deux garçons, 1 marié et l'autre décédé il y a 3 ans, femme au foyer, et elle n'a jamais été à l'école, atteinte de l'insuffisance rénale chronique depuis 2014 et rejoint le traitement par dialyse depuis 2018.Elle se décrit comme une femme gentille, calme et participe très bien à notre entretien de recherche.

B) Analyse de l'entretien :

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

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

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

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

Par la suite elle a développé un sentiment de la honte de sa maladie et le sentiment de l'incapacité et de manque de confiance en elle comme elle le dit « je ne suis pas comme les autres mères, je suis devenu incapable de m'occuper de mes filles heureusement qu'elles sont majeur et qu'elles peuvent compté sur elles-mêmes, de mon mari et de ma maison ».des idées noires et de sentiment de la culpabilité, de dégoût elle déclare « pourquoi moi, je suis encore jeune ». Tous ses sentiments sont installés en conséquence.

Concernant son traitement, notre sujet néglige souvent son régime alimentaire, elle oublie ses médicaments et elle ne prend pas soins de sa santé.

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

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

« J'ai pas confiance aux autres, je m'énervé rapidement et je suis tout le temps fatiguée ».

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

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

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

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

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

Tableau n° 14 : présente des résultats de sous échelle de du Cooper Smith du cas :

	générale	Sociale	familiale	professionnelle	Total	mensonge
Cas	19	5	4	6	34	3

D'après les résultats obtenus de l'échelle de l'estime de soi, cette femme a obtenu 34 points de la note totale de son estime de soi sur 50points.

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

-A l'échelle générale : une note de 19 points sur 26 points de la note maximale de cette sous échelle.

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

-A l'échelle sociale : elle a obtenu la note de 5 points sur 8 points de la note maximale de cette échelle. A travers les résultats obtenus on constate que le sujet souffre d'un problème relationnel, en couchant sur la case « ne me ressemble pas » j'ai généralement de l'influence sur les autres », et « me ressemble » : « la plupart des gens sont mieux aimés que moi ».

-A l'échelle familiale : cette femme a obtenu 4 sur 8 a obtenu une note moyenne de la note maximale de 8. Ici, elle a de bonne relation avec sa famille, en couchants sur la case « me ressemble » : « je passe souvent de bons moments en famille ».et « ne me ressemble pas » j'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille ».

-A l'échelle professionnelle : elle a obtenu une note de 6 points sur 8 points. Cette femme a développé une incapacité et une difficulté à entreprendre un travail convenablement comme elle le déclare en couchant sur la case « dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais ».

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

D) Synthèse sur le 6ème cas : Une très basse estime de soi est due au non acceptation de sa maladie et son traitement lourd et le sentiment de dépendance au traitement par l'hémodialyse qui engendre chez cette femme le stress et l'anxiété, et la négligence de l'entourage social source des idées négatives.

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

Selon les résultats obtenus à l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith chez les patients interrogés et qui sont atteints d'insuffisance rénale chronique terminale. Nous avons déterminé que la moyenne générale pour nos 06 cas est de 31,25. Cette note représente une très faible estime de soi. Et cela explique que la maladie chronique tel que le l'insuffisance rénale chronique terminale (des personnes hémodialysés) à un impact négatif sur l'aspect psychologique de ces personnes, c'est-à dire ils se sentent inférieur, et marginalisés par rapport aux autres personnes qui sont en bonne santé.

Nous pouvons conclure selon les résultats obtenus des sous échelles de l'estime de soi de Cooper Smith que la maladie chronique est un facteur qui résulte une basse estime de soi.

2- Discussions des hypothèses :

Durant cette étude ont tenté d'évaluer le niveau de l'estime de soi chez les personnes hémodialysés souffrant d'une insuffisance rénale chronique, en soulignant l'importance de soutien familial et social dans le développement de l'estime de soi chez ces personnes.

D'après les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith qu'on a appliqué sur nos sujets qui sont de nombre de 06 cas âgé entre 22 à 69 ans, peuvent confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche :

- Les patients hémodialysés manifestent une faible estime de soi.

Selon les résultats obtenus 03 cas (qui sont des femmes) : (katia), (zahra), (B.hjila) ont une mauvaise estime de soi due à plusieurs facteurs tel que la non acceptation de la maladie et la mauvaise gestion de l'insuffisance rénale chronique, avec un vécu plein de détresse, de honte et de dégoût de la vie ainsi que les attitudes négatives envers soi.

Pour les trois autres cas on a trouvé qu'ils ont une très basse estime de soi, ce qui confirme encore plus l'impact négatif de la maladie sur leur estime de soi, ceci s'exprime à travers leur

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

manque de confiance en eux même et le sentiment d'être incapable et moins bénéfique par rapport à tout le monde.

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

-Concernant la deuxième hypothèse de notre recherche les patients hémodialysés manifestent une estime de soi négatif :

Effectivement les résultats obtenus chez les 3 autres cas (hakim), (Mouhoub), (hellal) on confirmés qu'ils présentent une estime de soi négative, et très bas celle-là-aussi nous semble confirmée grâce à leurs sensations, de peur et la détresse, et les complications de leurs états physiques et psychiques provoqué par l'insuffisance rénale chronique qui influence négativement sur la vie des patients.

Tout cela a était exprimé pendant notre entretien qu'on a réalisé avec les sujets hémodialysés.

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

- Concernant la troisième hypothèse de notre recherche :

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

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

Les autres cas s'estiment qu'elles ont de mauvaises relations avec leurs milieux familiaux.

Bien exprimé à l'entretien et aux résultats des sous échelles sociale et familiale ceci confirme l'importance de soutien de la famille et de l'entourage dans l'acceptation de la maladie chronique ; et l'estimation de soi.

3- Les difficultés rencontrées durant cette recherche :

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

CHAPITRE IV : présentation, analyse et discussion des hypothèses

-La clinique d'hémodialyse :

Le refus de certains sujets à participer à cette recherche, ajouter à cela, les entretiens se sont déroulés durant la séance d'hémodialyse car à cet état c'est le seul moment possible et mis à notre disposition, là on a noté la fatigue des patients après la séance de dialyse, en plus ils ont été installés l'un près du lit de l'autre, ce qui les met en difficulté pour s'exprimer, et sans oublier l'intervention des infirmiers à chaque fois pour régler le dialyseur...etc.

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

Malgré tous ses obstacles, il ne faut pas oublier les points positifs de ce travail qui nous ont permis également de connaître le terrain, et surtout, d'avoir des liens avec ces sujets et aussi de partager leur souffrance. Sans oublier aussi la bienveillance de toute l'équipe soignante.

Conclusion générale

Conclusion générale

Au terme de cette étude approfondie sur l'estime de soi chez les personnes hémodialysées, il est indéniable que l'hémodialyse, en tant que traitement vital pour les maladies rénales chroniques, engendre un impact significatif sur l'estime de soi des individus. Les constatations présentées dans ce mémoire mettent en évidence la complexité de cette expérience médicale, qui va bien au-delà de la simple gestion de la santé physique. Les répercussions psychologiques et sociales de l'hémodialyse se révèlent être des éléments cruciaux dans la vie des patients, façonnant leur perception de soi, leurs relations interpersonnelles et leur qualité de vie globale.

Les résultats de cette recherche ont révélé que de nombreux patients hémodialysés font face à des défis importants en ce qui concernent leur estime de soi. Les facteurs tels que l'anxiété, la dépression, le stress liés à la maladie chronique, ainsi que les ajustements nécessaires à la vie sous hémodialyse, ont tous été identifiés comme des obstacles significatifs pour le maintien d'une estime de soi positive. De plus, les interactions sociales et familiales peuvent être complexifiées, et l'intégration dans la société peut être compromise.

Cependant, ce mémoire a également mis en lumière des initiatives prometteuses dans la prise en charge des patients hémodialysés, visant à renforcer leur estime de soi.

En fin de compte, ce mémoire rappelle l'importance de reconnaître l'individu derrière la maladie et de considérer les aspects psychologiques et sociaux dans la prise en charge des patients hémodialysés. Il souligne la nécessité de continuer à développer des stratégies intégrées qui répondent aux besoins émotionnels et psychologiques des patients tout au long de leur parcours de soins. L'amélioration de l'estime de soi chez les personnes hémodialysées peut contribuer de manière significative à leur qualité de vie globale et à leur capacité à faire face aux défis de la maladie chronique.

Ce mémoire aspire ainsi à sensibiliser davantage à cette question et à encourager la recherche continue et l'innovation dans le domaine des soins aux patients hémodialysés.

La liste bibliographie

La liste bibliographie

1. Jean Mombourquette. (2003), de l'estime de soi à l'estime de soi.
2. P. Simon. (2007), l'insuffisance rénale ; prévention et traitement, Elsevier Masson.
3. R.Ghiglione et J-F.Richard. (2017), cours de psychologie, les méthodes, 3ème éditions.Dunod, Paris.
4. R.Ghiglione et J-F.Richard. (2017), cours de psychologie, les bases, 3ème éditions.Dunod, Paris.
5. Serge Querin et Luc Valiquette. (2004), La néphrologie et urologie, 2ème édition, EDISEM.Maloine.
6. J. François.(2008), urologie et néphrologie, Maloine, Paris.
7. L. Lebon et P. Schwarty.(2013), néphrologie maladies rénales, Dunod, Paris France.
8. Ungers, Pet Coll. (2004), L'insuffisance rénale chronique : prévention et traitement, Flammarion, Paris France.
9. Roland Doron et Françoise parot. (1991). Dictionnaire de psychologie 1ère édition, presses universitaire de France.
- 10.Josiane le Saint-Paul. (2013). Estime de soi, confiance en soi. 2ème édition, Paris.
- 11.Josiane le Saint-Paul. (1999). Estime de soi, confiance en soi. Paris, inter édition.
- 12.Marie-Paule de langeas. Christie, A et Michel, A.(mai 1997, mai 2003). L'infirmier en néphrologie. 1ère et 2ème édition. AFIDTN-Masson.
- 13.Larousse (2008). Le Petit Larousse de la médecine. Édition Larousse
- 14.Neji Ghajouani. (2015). Prise en charge psychologique chez les personnes hémodialysées chronique (aspect psychologique de l'insuffisance rénale chronique).

15. Anne-Marie Cadart. (2016). L'infirmier en néphrologie. Elsevier Masson.
16. C. Kindelberger et S. Picherit. (juin 2015). Manuel d'utilisation de l'échelle de mesure de l'estime de soi pour adolescent. EMESA
17. Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. (2015), DSM-5 manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson.
18. Abraoui. I (2018). Évaluation de taux d'hémoglobine dans une population Algérienne d'hémodialyse chroniques. Batna.J. P 32-41.
19. Taleb-BACHTARZI.S, SELMI.H, CHERGUI.S. (Jam vol XXIII, N°2 Mars/Avril 2015) insuffisance rénale en Algérie : stratégies pour une meilleure prise en charge. Journal algérien de médecine. Constantine.
20. T. Cheurfa et N. Kaïd Tlilane. L'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie : aspect épidémiologique et économique. P.113- 135.
21. M. Kouidri. la maladie et son vécu (cas des maladies de l'hôpital d'Oran). Département de psychologie et sciences de l'éducation point université d'Oran. Centre anthropologie et sciences sociales (CRASC).
22. F. Fourchard et A. Courtinat-Camps. (2013). L'estime de soi global et physique à l'adolescence, dans la revue neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence point Université de Toulouse de Mirail 5, allée Antonio machado, F- 31058. Toulouse cedex 09, France vol 61, n°6, 333-394
23. K. Doyon. (2008). L'estime de soi. SVE-Services- conseils, soutien psychologique, université de Québec à Montréal.
24. J. Hogan. (2020). Néphrologie de l'enfant. Elsevier Masson. P 313-315.
25. B. Stengel, C. Couchoud, C. Helmer, C. Loos-ayav et M. Kessler. (2007) épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en France. Press Med, Elsevier Masson. 1811-1821.

Les sites

- <http://www.cterrier.com> consulté le (05/08/2023 à 18h15)
- <https://www.infirmiers.com> consulté le (11/08/2023 à 10h30)
- <https://www.infirmiers.com> consulté le (05/06/2023 à 19h15)
- <https://www.larousse.fr> consulté le (05- 06-2023 à 15h00)
- <https://www.linternaute.fr> consulté le (20/07/2023 à 14h30)
- <https://www.linternaute.fr> consulté le (20/08/2023 à 19h25)
- <https://www.nlm.nih.gov> consulté le (08/08/2023 à 13h15)
- <https://www.sante-sur-le-net.com> consulté le (08/06/2023 à 12h30)
- <https://www.lesoirdalgerie.com/actualités/une-activité-hospitalière-en-recul-77101> consulté le (23/05/2023 à 16h30)
- <https://www.lesoirdalgerie.com/regions/journee-de-formation-sur-ladialyse-peritoneal-a-l-hopital-e-sidi-aiche-90902> consulté le (23/05/2023 à 16h15)
- <https://www.algerie360.com/lhémodialyse-revient-cher-a-letat-le-cout-annuel-par-patient-seleve-a-980-000-da/> consulté le (24/05/2023 à 07h26)
- <https://www.asjp.cerist.dz>downarticlePDF> consulté le (24/05/2023 à 10h12)
- <https://www.Ciss-gaspésie.gouv.qc.ca/soins-et-services/maladies-chroniques/quest-ce-quune-maladie-chronique/> consulté le (25 /05/2023 à 09h28)

Annexe

Le guide d'entretien

Guide d'entretien :

Informations sur le sujet :

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

Axe I :l'état de santé antérieure et actuelle.

- avez-vous souffert d'une maladie dans votre enfance?
- Quel est votre traitement actuel? Et comment vous le vivez ?
- avez-vous était hospitalisé avant que vous soyez atteint de l'IRCT? Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?
- Quand vous avez reçu votre première hémodialyse ? Et comment vous vivez cette maladie ?
- Depuis quand êtes-vous en dialyse ?
- Parlez nous de votre maladie et comment s'est développée?
- Selon vous, quelles sont les raisons qui ont provoqué votre maladie ?
- Quelles sont les complications de votre maladie ?
- Étiez-vous hospitalisés à cause de cette maladie ? Combien de fois ?
- avez-vous déjà eu des problèmes sexuels (impuissance durant cette période de dialyse ? Et comment cela influence sur votre vie ?
- Avez-vous besoin de l'aide d'une tierce personne dans votre vie ?
- est-ce que d'autres membres de votre famille ont eu la même maladie que vous?
- Y a-t-il des personnes qui souffrent de la même maladie dans votre famille?

- Quelles étaient les conséquences de cette maladie sur votre vie ?
- Quel était votre sentiment face à votre état malade durant cette période?
- Quel est votre avis sur la prise en charge de ce service?

AXE II :questions concernant le côté psychologique et relationnel

- Votre réaction quand vous avez reçu l'information de votre maladie? Et lors de la Première séance de dialyse ?
- Quelle est votre définition de la santé et des personnes en bonne santé?
- Pouvez-vous me parler de vos souvenirs?
- comment est-il votre sommeil avant et après la maladie?
- Parlez-moi de vos rêves ?
- Comment vous imaginez votre future? Optimiste ou pessimiste ? Et quels sont vos projets d'avenir ?
- comment vous vivez votre maladie au sein de votre famille? Vos collègues de travail et vos amis ?
- Quelle est votre relation avec votre médecin et avec l'équipe soignante?
- Ressentez-vous des changements de comportements de la part de votre famille et vos amis envers vous depuis l'apparition de votre maladie ?
- Quelle est la spécificité de votre vie relationnelle en général?
- Quel traitement vous prenez actuellement en parallèle que les séances de dialyse?
- Qu'est ce que les médicaments évoquent pour vous ? Est-il important pour vous de les prendre ?
- est-ce que vous avez déjà raté une séance de dialyse ?
- Respectez-vous votre régime alimentaire ? Est-ce que cela vous a aidé à améliorer votre état de santé ?
- Pour vous, pourquoi vous tombez dans l'inobservance ?
- À qui vous adressez quand vous aurez besoin d'informations ou d'aide concernant vos médicaments ?
- est-ce que la famille et l'environnement ont un rôle sur votre prise en charge ?

INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH FORME ADULTE S.E.I

NOM

Prénom.....

AGE.....

SEXE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

PROFESSION.....

NIVEAU D'étude

CONSIGNES

LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REPONDRE

Dans les pages qui suivent, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vous lirez attentivement chacune de ces phrases. Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « Me ressemble » Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne, intitulée « Ne me ressemble pas » Efforcerez-vous de répondre à toutes les phrases, même si certain choix vous paraissent difficiles.

	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1 En général je ne me fait pas de souci.		
2 Je trouve très pénible d'avoir la parole dans un groupe.		
3 Il y a, en moi ; des tas de choses que je changerais, si je pouvais.		
4 J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.		
5 On s'amuse bien en ma compagnie.		
6 Je suis souvent contrariée (e) par ma famille.		
7 Je me longtemps à m'habituer a quelque chose de nouveau.		
8 Je suis très apprécié(e) par les personne de mon âge.		
9 Ma famille prête attention a ce que je fais.		
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 changé 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, je le dis.		
20 Ma famille me comprend bien.		
21 La plupart des gens sont mieux aimée que moi.		
22 J'ai généralement l'impression d'être harcelé 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 de moi.		
28 Je plaits facilement.		
29 Je passe souvent de bons moments en famille.		
30 Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		
31 J'aimerais être plus jeune.		
32 Je fais toujours ce que qu'il faut faire		
33 Je suis fière (e) de mon activité professionnelle		
34 J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.		
35 Je regrette souvent ce que j'ai fait.		
36 Ne suis jamais heureux (eusse).		
37 Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.		
38 En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.		
39 Je suis content (e) de ma vie.		
40 Je préféré avoir des amis plus jeune que moi.		

41 J'aime tous les gens que je connais		
42 Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose.		
43 Je me comprends bien moi-même.		
44 Personne ne s'intéresse beaucoup à moi.		
45 On ne me fait jamais de reproche.		
46 Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais		
47 Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		
48 Cela ne me plaît pas vraiment pas d'être un homme (une femme).		
49 Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes		
50 Je ne suis jamais intimidé(e)		
51 J'ai souvent honte de moi.		
52 Les autres me cherchent souvent querelle.		
53 Je dis toujours la vérité		
54 Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		
55 Je me moque de ce qui peut m'arriver.		
56 J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie		
57 Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.		
58 Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.		

Résumé

Ce mémoire explore l'estime de soi chez les personnes hémodialysées, examinant l'impact psychologique de ce traitement sur leur perception d'elles-mêmes. À travers des études de cas et des analyses psychosociales, il met en lumière les défis uniques auxquels font face ces individus, tout en soulignant l'importance des interventions psychologiques et du soutien social pour améliorer leur estime de soi et leur qualité de vie.

Les personnes hémodialysées peuvent travailler sur leur estime de soi en se concentrant sur leurs forces, en se fixant des objectifs réalisables et en cherchant le soutien de leurs proches et des professionnels de la santé.