



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

L'estime de soi chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique.

Étude Clinique de 06 cas au sein de l'EPH DE SIDI AICH.

Réalisé par :

YASRI NAWEL

ZOUAOUI MASSILVA.

Encadreur

Dr. BELBESSAI RACHID

Soutenu le 26/06/2024

Mme. MAHDAOUI SAMIA

Dr. BELBESSAI RACHID

Mr. MEBAREK BOUCHALA FATIH

Devant les Membres du jury

Président

Rapporteur

Examineur

2023-2024

Remerciements

À la fin de cette étude, nous souhaitons exprimer notre immense reconnaissance envers toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin, à sa réalisation.

Nous exprimons notre reconnaissance envers Dieu pour sa bénédiction, sa volonté et le courage dont nous avons bénéficié tout au long chemin de notre projet pour nous, ces valeurs sont la clé du succès dans la vie.

Nous exprimons notre gratitude envers notre encadrant, le Dr BELBESSAI RACHID. Pour son soutien, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce projet.

Nous tenons aussi à remercier Mme Dabeu Mariam pour ses conseils, ses encouragements, ses remarques et son aide.

Nous adressons nos sincères remerciements à tous les membres du jury pour leur dévouement à évaluer ce travail humblement présenté.

Nous souhaitons exprimer nos remerciements les plus sincères à tous les enseignants du département des sciences sociales pour leur contribution essentielle à notre recherche.

Un grande merci aux patients diabétiques qui ont généreusement partagé leurs histoires avec nous.

Nous tenons également à remercier chaleureusement tout le personnel médical de l'hôpital de SIDI AICH pour leur accueil bienveillant et leur soutien continu.

Dédicaces

Avant tout, je remercie Dieu de nous avoir donné la force, la chance et la patience d'en arriver jusque-là.

Je dédie ce mémoire à

A ma très chère et douce mère, Mon très cher père à qui m'adresse au ciel les vœux les plus ardents pour la conservation de leur santé et de leur vie.

A me chère frère : nadjim .

A mes chères sœurs : chahinez et liticia

A mes collègues et toutes leurs familles.

A mes chers amis (es)

A tous les étudiantes de notre promotion.

Massilva

Dédicaces

Avant tout, je remercie Dieu de nous avoir donné la force, la chance et la patience d'en arriver jusque-là.

Je dédie ce mémoire à

A ma très chère et douce mère, Mon très cher père à qui m'adresse au ciel les vœux les plus ardents pour la conservation de leur santé et de leur vie.

A mes chers frères : Billal et Faycal.

A ma chère sœur : linda

A ma belle-sœur :Aurore

A mes collègues et toutes leurs familles.

A mes chers amis (es)

A tous les étudiantes de notre promotion.

Nawel

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Sommaire

Liste des tableaux

Liste de figure

Introduction

Partie théorique

Chapitre I : cadre générale de la problématique est d'hypothèse

1. La Problématique	06
2. Les hypothèses de la recherche.....	08
3. Les raison du choix du thème.....	08
4. Les objectifs de la recherche.....	09
5. Les intérêts du choix du thème.....	09
6. Définition des concepts clés.....	09
7. Opérationnalisation des concepts clés	10

Chapitre II : L'insuffisance rénal chronique

Préambule

1. La définition du rein.....	13
2. L'anatomie physiologique du rein.....	13
3. Les fonctions des reins dans le corps.....	15
3.1 Filtration du sang.....	15
3.2 Régulation de la quantité d'eau dans le corps.....	16
3.3 La production de globules rouges.....	16
3.4Contrôle de la concentration de minéraux dans le corps	16
3.5 Assure de santé des os.....	16
4. L'insuffisance rénale chronique.....	16
4.1 La définition de l'insuffisance rénale chronique.....	16
4.2 Les causes de l'insuffisance rénale chronique	17
4.3 Les signes et symptômes d'une insuffisance rénale chronique.....	17

4.4 Les stades de l'insuffisance rénale chronique.....	17
4.5 Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique.....	18
4.6 Le traitement de l'insuffisance rénale chronique.....	18
5. Le régime en cas d'insuffisance rénale chronique.....	18
5.1 Régime pauvre de sel.....	18
5.2 Le potassium.....	19
5.3 Limiter les protéines.....	19
5.4 Ce qu'il faut boire	19
5.5 Optez pour les graisses végétales.....	19
5.6 Limitez votre consommation de phosphore.....	19
5.7 Compléments alimentaires.....	20
5.8 Les conseils d'une d'étéssienne.....	20
6. Hémodialyse	20
6.1 Définition d'hémodialyse.....	20
7. Les principes de la dialyse.....	21
8. Les méthodes de l'hémodialyse	21
8.1 L'hémodialyse périodique.....	21
8.2 La dialyse péritonéale	21
9. Les complications de l'hémodialyse	22
10. Le matériel d'hémodialyse.....	22
10.1 Dialyseurs.....	23
10.2 Dialyseurs en plaques.....	23
10.3 Dialyseurs à fibre creuses.....	24
10.4 Dialyseurs à grande surface et à la haute performance.....	24
10.5 Volume sanguin résiduel	25
10.6Prévention de la coagulation	25
10.7 Réutilisation	26

Synthèse

Chapitre III : Le vécu psychologique de l'insuffisance rénale chronique

Préambule

1. La répercussion de l'insuffisance rénale chronique.....	29
2. Le moment de l'annonce de la maladie.....	29
3. Le travail de deuil	30
4. Le rôle du psychologue dans une unité de néphrologie.....	31
5. Le dysfonctionnement sexuel chez les patients souffre d'insuffisance rénale chronique.....	32
6. Le dysfonctionnement sexuel chez l'homme souffre d'insuffisance rénale chronique	32
6.1 La dysfonction érectile (DE).....	32
6.2 Les causes vasculaires.....	32
6.3 Les anomalies artérielles	32
6.4 L'insuffisance veineuse.....	33
6.5 Les facteurs neurologiques et psychologiques	33
6.6 La dysfonction érectile d'origine médicamenteuse.....	33
7. Dysfonctionnement sexuel chez les femmes souffre d'insuffisance rénale chronique.....	33
7.1 Perturbations du cycle menstruel.....	33
8. La prise en charge psycho-sociale de l'insuffisance rénale chronique.....	34

Synthèse

Chapitre IV : Le soi et l'estime de soi

Préambule

1. La définition du concept de soi	37
2. Les composants de soi.....	37
2.1 Le moi matériel ou physique.....	37
2.2 Le soi social.....	38
2.3 Le moi spirituel ou le moi mental.....	38
3. Les étapes de développement de soi.....	38
3.1 Stade de l'enfance.....	38
3.2 Stade de l'adolescence.....	38
3.3 Stade d'adultes.....	39
3.4 Stade de personne âgé.....	39

4. Les facteurs qui influencent le développement de soi	40
4.1 L'image de corps	40
4.2 Interaction sociale.....	40
5. Les théories qui abordèrent le soi	40
5.1 L'approche humaniste.....	40
5.2 L'approche cognitive	41
6. La définition de concept l'estime de soi.....	41
6.1 La formation et la genèse de l'estime de soi	42
7. Les composantes de l'estime de soi	42
7.1 Confiance en soi.....	42
7.2 Vision de soi.....	43
7.3 Amour de soi	43
8. La construction de l'estime de soi	43
9. Les symptômes de souffrance de l'estime de soi.....	44
10. Les facteurs qui influencent l'estime de soi	44
10.1 Les facteurs personnels	44
10.2 Les facteurs environnementaux	44
10.3 Les facteurs psychologiques.....	45
11. Les caractéristiques d'une personne qui s'estime et d'une personne qui ne s'estime pas...	45
12. La déférence entre le soi et l'estime de soi	46
13. Les troubles à une faible estime de soi	46
13.1 La dépression	47
13.2 Les complexes	47
14. Les théorie abordée l'estime de soi	47
14.1 La théorie de Charles Cooley	47
14.2 La théorie de Carle Rogers.....	47

Synthèse

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de recherche

Préambule

1. Le déroulement de la recherche	52
1.1 L'enquête.....	52
1.2 La pré-enquête.....	52
2. La méthode de recherche	53
2.1 La méthode clinique	53
2.2 L'étude de cas.....	53
2.3 L'entretien clinique	53
3. La population d'étude.....	54
4. Présentation de lieu de recherche.....	55
5. Les outils de recherche.....	55
5.1 L'entretien semi-directif.....	55
5.2 Guide d'entretien	56
5.3 Le questionnaire	56
5.4 L'échelle d'estime de soi de Cooper Smith.....	57
6. Les problèmes liés à la recherche.....	61
7. Les attitudes de clinicien durant l'entretien	61

Synthèse

Chapitre V : Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Préambule

I. Présentation et analyse des résultats.....	64
Cas N°1 : Mm Lynda.....	64
CasN°2 : Mr Nabil.....	67
CasN°3 : Mm soutra	70
CasN°4 : Mm Fatima	73
CasN°5 : Mm Farida	76
CasN°6 : Mm Saliha	80
2. Discussion des hypothèses.....	83
Conclusion générale	85

Liste bibliographiques

Annexes

Résumé

La liste des tableaux :

Numéro du tableau	Titre de tableau	Numéro de page
Tableau N°01	Les personne qui estime est les personne qui ne s'estime pas	45
Tableau N°02	Critères sélectionnés et non sélectionnés	54
Tableau N°03	Récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude	55
Tableau N°04	Présente la cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith	57-58
Tableau N°05	Présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith	59
Tableau N°06	Présenté les sous échelle de l'échelle de l'estime de soi	59
Tableau N°07	Présente les niveaux d'estime de soi	60
Tableau N°08	Valeurs caractéristiques des échelles	60
Tableau N°09	Résultats de l'échelle de cas Lynda	66
Tableau N°10	Résultats de l'échelle de cas Nabil	69
Tableau N°11	Résultats de l'échelle de cas soutra	71
Tableau N°12	Résultats de l'échelle de cas Fatima	75
Tableau N°13	Résultats de l'échelle de cas Farida	78
Tableau N°14	Résultats de l'échelle de cas Saliha	82

La liste des figures :

Numéro de la figure	Titre de la figure	Numéro de la page
Figure N°01	Le rein, L'anatomie de rein	15
Figure N°02	L'anatomie de rein	15
Figure N°03	L'insuffisance rénale chronique	17
Figure N°04	L'hémodialyse	20
Figure N°05	Le matériel d'hémodialyse	22
Figure N°06	L'exemple de patient au moment d'hémodialyse	23
Figure N°07	Le dialyseur	23
Figure N°08	Dialyseur en plaques	24
Figure N°09	Dialyseur a fibre creuses	24
Figure N°10	Dialyseur a gronde surface et a hôte performance	25
Figure N°11	Schéma de L'estime de soi	42
Figure N°12	Les composantes de l'estime de soi	43
Figure N°13	Le bien et la mauvaise estime de soi	46

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale :

La santé est un concept essentiel pour le bien être de chaque individu. Elle englobe différents aspects de la vie quotidienne qui influence notre état physique, mental et émotionnel. Comprendre les facteurs qui influencent la santé est crucial pour améliorer notre qualité de vie et prévenir les maladies. De plus, la société moderne fait face à des enjeux importants liés à la santé, tels que les maladies chroniques.

Les maladies chroniques désignent des affections de longue durée qui nécessitent généralement une gestion continue et un suivi médicale régulier. Elles peuvent avoir un impact significatif sur la qualité de vie des personnes atteintes, ainsi que sur leurs capacité a réalisé leurs activités quotidiennes. Différents types de maladies chroniques existent, telle que l'insuffisance rénale chronique.

L'insuffisance rénale chronique est une maladie caractérisée par une diminution progressive et irréversible de la fonction rénale. Elle se manifeste par une incapacité des reins à éliminer correctement les déchets et l'excès de liquide du corps. Cette condition médicale est souvent asymptomatique aux stades précoces, ce qui rend son diagnostic difficile. Cependant, une fois que les symptômes ce manifestent, il est essentiel de commencer rapidement un traitement approprié pour ralentir la progression de la maladie et améliorer la qualité de vie des patients.

L'impact de cette maladie chronique sur l'estime de soi des patients peut être considérable. Les individus souffrant d'insuffisance rénale peuvent éprouver de la frustration, de l'anxiété et une faible confiance en eux-mêmes en raison des symptômes physiques, des limitations alimentaires et du besoin fréquent de traitements tels que la dialyse les modifications de l'apparence physique peuvent aussi avoir un impact sur l'estime de soi, comme la perte de poids, la peau sèche et les gonflements. Il est essentiel de saisir les effets émotionnels de l'insuffisance rénale et de trouver des solutions pour accompagner les patients dans leur quête d'une estime de soi positive et d'une amélioration de leur qualité de vie.

L'estime de soi est un concept psychologique qui se réfère à l'évaluation subjective que l'on fait de sa propre valeur et de son propre mérite. C'est une estimation globale de soi-même, de nos compétences, de nos qualités personnelles ainsi que de notre place dans le mode. L'estime de soi joue un rôle crucial dans notre bien –être et notre épanouissement, car elle influence notre confiance en nous, nos choix et no

s comportements.

Elle est définie comme la perception que nous avons de notre propre valeur, de nos capacités et de notre identité. Elle est liée à notre estime de soi et à notre confiance de nous. Bonne estime de soi se caractérisé par une évaluation positif de soi-même, une acceptation de ses défauts et de ses qualités, tandis qu'une faible estime de soi se manifeste par des sentiments d'insécurité, le doute et de dévalorisation.

Donc l'estime de soi est essentielle pour le développement personnel et le bien être Une bonne estime de soi nous permet de nous affirmer, d'exprimer les besoins et de défendre les valeurs .Elle joue un rôle clé dans les relations avec les autres .est capacité à prendre des décisions et à faire face aux défis de la vie. L'estime de soi influence également la santé mentale et émotionnelle, car elle peut prévenir l'anxiété, la dépression et favorise la résilience face aux difficultés.

Afin de satisfaire aux objectifs de cette étude ; nous avons sélectionné l'établissement public hospitalier de Sidi Aiche comme terrain d'étude et une population de 8 cas pour évaluer le niveau d'estime de soi chez les patientes hémodialysées

Nous avons commencé notre travail par une introduction générale et une problématique dans laquelle nous avons formulé des hypothèses que nous allons confirmer ou réfuter à la fin de notre étude.

La partie théorique a été développée en quatre chapitres :

-Le premier chapitre intitulé « Le cadre générale de la problématique » nous avons traité : la problématique, les hypothèses de la recherche ensuite les raisons du choix du thème après les objectifs de la recherche, les intérêts du choix du thème puis définition des concepts clés afin opérationnalisations des concepts clés.

-Dans le Deuxième chapitre intitulé « Insuffisance rénale chronique » nous avons aborder comme suite : définition du rein , l'anatomie physiologique du rein , les fonctions du rein dans le corps , définition de l'insuffisance rénal chronique , les causes de l'insuffisance rénale chronique , les signes et symptômes de l'insuffisance rénale chronique , le régime de l'insuffisance rénale chronique , le diagnostic d'insuffisance rénale chronique , le traitement de l'insuffisance rénale chronique ; le régime d'insuffisance rénale chronique, ensuite en trouve la partie « d'hémodialyse » dans lequel en trouve :la définition d'hémodialyse , les principes de la dialyse , les méthodes d'hémodialyse , les complications de l'hémodialyse a fin le matériel d'hémodialyse.

-Dans le troisième chapitre intitulé « le vécu psychologique de l'insuffisance rénale chronique » dans lequel nous avons évoquera : la répercussion de l'insuffisance rénale chronique, le moment de l'annonce de la maladie, le travail de deuil, le rôle du psychologue dans une unité de néphrologie, le dysfonctionnement sexuel chez les patients souffre d'insuffisance rénale chronique pour le sexe masculin (homme) et aussi pour le sexe féminin (femme).

-Pour le quatrième chapitre nous avons aborderons le sujet « d'estime de soi » dans lesquels nous évoquerons :la définition de concept de soi , les composants de soi , les étapes de développement de soi , les facteurs qui influencent le développent de soi , les facteurs qui abordèrent le soi , ensuite en passe à la définition de l'estime de soi , la formation et la genèse de l'estime de soi , les composants de l'estime de soi , la constructions d'estime de soi , les symptômes de souffrance d'estime de soi , les facteurs qui influencent l'estime de soi , les caractéristiques d'une personne qui s'estime et d'une personne qui ne s'estime pas , la déférence entre le soi est l'estime de soi , les troubles a une faible estime de soi , les théories abordé l'estime de soi .

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

-Le cinquième chapitre qui est « méthodologie de la recherche » comprendre : le déroulement de la recherche, la méthode de recherche, la population d'étude, présentation de lieu de recherche, les outils de recherche, les problèmes liés à la recherche, les attitudes de clinicien durant l'entretien.

-Le sixième chapitre consiste en une présentation, une analyse et une discussion des hypothèses suivants comprennent les points suivants : présentation, analyse de l'entretien de l'échelle d'estime de soi Cooper Smith, ainsi que discussions des hypothèses des participants.

Enfin, nous allons conclure notre travail de recherche en établissant une conclusion générale, suivit d'une liste bibliographique et l'ensemble des annexes.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I

Cadre générale de la problématique est d'hypothèse.

Chapitre I :

Cadre générale de la problématique est d'hypothèse.

1. La problématique.
2. Les hypothèses de la recherche.
3. Les raisons du choix du thème
4. Les objectifs de la recherche.
5. Les intérêts du choix du thème.
6. Définition des concepts clés.
7. Opérationnalisation des concepts clés.

Problématique et hypothèses :

Quand on parle de santé c'est généralement à des individus que l'on se réfère. et la notion de santé n'est pas l'absence de la maladie, c'est un sentiment plus profond que le bien-être qui ne dépend pas seulement des services de santé, mais du travail du revenu de l'éducation, de culture des droits et des libertés. (UNICEF 1984).

Plus précisément, la santé est définie comme la capacité physique, psychique, sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.

<https://Publications.mass.gouv.qc.ca> consulter (05 /03/2024 à 10 :44).

Dans ce la chaque personne est un être social qui se développe au contact avec les autres. Soit avec sa famille (frères, sœurs, parents...). ou avec le monde extérieur, tout entier joue et participe dans un rôle important du développement de sa santé , physique, mentale, sociale qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité la santé est ainsi prise en compte sa globalité, elle est associée à la notion de bien être, et devient la mesure dans laquelle un groupe , ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions, et satisfaire ,ses besoins et d'autre part s'adapter à celui-ci.

La maladie donc devient une occasion d'apprendre d'autres dimensions et vivre avec elle selon le dictionnaire médicale Larousse, la maladie comme une altération de la santé, des fonctions des êtres vivants, en particulier quand la cause est connue (par opposition à syndrome).

Durant la vie quotidienne, l'être humain pourrait être atteint quelque maladie comme les maladies chroniques parmi ces maladies : cardiopathies, accidents vasculaires, cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète, l'insuffisance rénale chronique.

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

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

L'insuffisance rénale chronique est la diminution progressive irréversible de la capacité des reins à assurer leur fonction de filtration du sang de régulation de sa composition et de sécrétion d'hormones celle lente détérioration du fonctionnement des reins conduit à diverses complications dont l'accumulation des déchets du métabolisme et de l'eau l'anémie et les troubles cardio-vasculaires.

L'insuffisance rénale chronique est le plus souvent la conséquence d'une autre maladie, en particulier du diabète et de l'hypertension artérielle.

Le rein joue un rôle central d'épuration de l'organisme. L'insuffisance rénale chronique désigne la diminution progressive, prolongée et irréversible des fonctions du rein. Cette maladie silencieuse s'installe petit à petit mais de manière définitive en détruisant les néphrons « unité fonctionnelle du rein », cette maladie a deux causes le diabète et l'hypertension artérielle, elle se solde par la mort du patient si aucun traitement n'est appliqué le nombre total de malades souffrant d'insuffisance rénale est difficile à évaluer car la maladie ne se manifeste que lorsqu'elle a atteint un stade avancé parfois au bout de plusieurs dizaines d'années d'évolution silencieuse. Ainsi elle se manifeste rarement avant 45 ans, et sa prévalence augmente avec l'âge, notamment après 65 ans. Réseau épistémologie et information en néphrologie « Rein » répertorie les patients pris en charge par dialyse ou transplantés.

Nous connaissons mieux aujourd'hui la prévalence de L'IRC dans la population générale depuis que les autorités sanitaires ont incité fortement au dépistage précoce notamment chez les sujets âgés de plus de 60 ans. Le niveau d'IRC nécessitant une surveillance étroite correspond au stade 3 (clairance glomérulaire de la créatinine 60 mL/min). En France on estime à environ 1,7 million le nombre de personnes ayant un stade 3 IRC. De façon pratique pour le médecin traitant ce stade correspond à un taux sérique de créatinine égal ou supérieur à 15 mg/L ou 135 mg/L.

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique croît avec l'âge. L'IRCT et IRC sont aujourd'hui 40 fois plus fréquentes après 60 ans que dans la période de 0 à 20 ans. L'IRT est 5 fois plus fréquente chez le sujet noir que chez le sujet caucasien et une fois et demi plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. L'évolution des maladies rénales est plus grave chez l'homme que chez la femme. Cette différence pourrait être due à une influence des hormones mâles. (Simon, P, 2007, p.6).

En Algérie on estime qu'elle touche près de 13000 personnes, soit une prévalence d'environ 374 IRC. « <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> » PMC.28 mars 2016 consulté (20 :02 :2024 à 18 :30).

Le concept d'estime de soi est au cœur des discussions des praticiens et des psychologues depuis sa conceptualisation par James en 1890 étant reconnu pour son rôle-clé tant au plan adaptatif, récemment, une importance lui est accordée au niveau de l'organisation du travail.

L'estime de soi serait liée à la motivation, la performance, la satisfaction au travail, la stabilité émotionnelle, la gestion efficace du stress et des conflits et enfin au bonheur, cependant le concept est complexe et abstrait actuellement les auteurs ne s'entendent ni sur sa conceptualisation l'analyse de concept vise la clarification et l'approfondissement de la connaissance dans une perspective d'opérationnalisation, l'évaluation de l'estime de soi, que ce soit à l'aide d'approches quantitative ou qualitative est également discutée.

L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour de trois composantes essentielles du soi : comportemental, cognitive et émotionnelle. Elle comporte des aspects comportementaux (elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès) et cognitifs (elle dépend étroitement du regard que nous portons sur nous, mais elle le module aussi à la hausse ou à la baisse). Enfin l'estime de soi reste pour une grande part une dimension fortement affective de notre personne : elle dépend de notre humeur de base, qu'elle influence fortement en retour. Les rôles de l'estime de soi peuvent d'ailleurs être compris selon

cette même grille de lecture ; une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action est associée à une auto-évaluation plus fiable et plus précise et permet une stabilité émotionnelle plus grande. (Christophe, A, 2005, P.26.).

Nous allons s'inscrire dans une approche cognitive, c'est-à-dire se concentrer sur la façon dont les gens comprennent, assimilent, organisent et utilisent les informations, l'approche cognitive explique que le comportement humain est principalement influencé par les processus mentaux internes. (www.study smarter.fr consulté 22 / 03 /2024 à 19 :16).

Ce mémoire se veut un essai pour contribuer modestement à la non réduction de cette maladie non seulement au regard biologique mais incluant ainsi la dimension psychologique. C'est cela justifie notre thème de recherche qui porte sur « l'estime de soi chez les insuffisances rénale chronique ».

On tentera de répondre aux questions suivantes :

- A ce que les patients ayant une insuffisance rénale chronique souffrent réellement de manque d'estime de soi ?
- quelle est le degré d'estime de soi chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique à partir de l'échelle Cooper Smith ?

➤ **Hypothèse de recherche :**

➤ **Hypothèse générale**

L'insuffisance rénale chronique est prise comme variable indépendante influe sur la variable dépendante qui est l'estime de soi chez les patientes.

➤ **Les hypothèses partielles :**

• **La première hypothèse :**

1. Les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique ont une basse estime de soi en raison d'un manque de soutien familial et social.

• **La deuxième hypothèse :**

2. La faiblesse des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique entraîne une perte d'estime de soi, ce qu'indique aussi un degré faible de l'estime de soi.

Les raisons de choix de thème :

Les raisons pour lesquelles nous avons choisi ce thème, l'estime de soi chez les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique sont les suivantes :

- l'insuffisance rénale chronique traite principalement des problèmes somatiques, mais pas des problèmes psychologiques aussi divers que complexes.
- l'importance de « l'estime de soi » et de « l'insuffisance rénale chronique » dans l'actualité médicale et quotidienne.
- acquérir une compréhension de l'estime de soi en général et de l'estime de soi chez les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique en particulier.
- Malgré son importance dans l'actualité sanitaire et quotidienne, il n'y a pas beaucoup de travail en Algérie sur ce sujet.
- pour que chaque personne touchée par cette maladie soit identifiée dans cette étude.

Objectif de recherche :

- l'objectif de cette recherche est de déterminer les liens entre les maladies chroniques telles que leur estime de soi et leur insuffisance rénale chronique.
- comprendre comment fonctionne le processus psychique de cette personne.
- évaluer l'estime de soi chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique.
- Donner à ses patients la possibilité d'exprimer leurs souffrances internes afin qu'ils puissent mieux vivre leur maladie.
- déterminer les difficultés que ces patients rencontrent dans les domaines familiaux, sociaux et professionnel-déterminer à quel point leur estime de soi peut être affecté par cette maladie chronique.

Intérêt du thème :

Le choix du thème est intéressant en raison de son importance dans l'actualité sanitaire et quotidienne. En conséquence, l'étude de l'estime de soi chez les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique est un problème dans la psychologie de la santé.

Par rapport à la fréquence de plus en plus élevée de l'insuffisance rénale chronique, qui constitue un grand problème de santé publique, sa prise en compte procède du légitime souhait de la communauté psychologique et de l'autorité sanitaire.

Définition des concepts clés :

Le soi : la façon dont nous nous définissons, dont nous décidons de ce que nous sommes : ce que je suis.

Le soi c'est la composante cognitive du soi.

- Pour Jung : l'archétype de la conscience et du moi.
- Pour Freud : le soi est le prolongement inconscient du moi.

L'estime de soi :

L'estime de soi est un concept en psychologie qui se réfère au jugement ou à l'évaluation que l'on a de sa propre valeur. Cela implique une conscience réaliste de ses forces, valeurs et atouts, ainsi que la capacité de les mobiliser dans des projets importants.

Le rein :

Le rein est un organe vital de l'appareil urinaire des vertèbres, responsable de multiple fonction essentielle. Situés sous les côtes de part et d'autre de la colonne vertébrale, les reins filtrent le sang pour éliminer les déchets du corps par l'urine. Chaque rein mesure environ 12 cm sur 6 cm et pèse environ 160g.

L'insuffisance rénale chronique :

Est une condition grave caractérisée par une diminution progressive et irréversible de la capacité des reins à filtrer le sang, réguler sa composition et sécréter des hormones. Cette

maladie souvent liée à diabète et à l'hypertension artérielle, se manifeste par une accumulation de déchets métaboliques dans le corps

L'opérationnalisation :

- Hypertension artérielle (HTA).
- Diabète.
- Anémie.

chapitre II :
Le côté médicale de l'insuffisance rénale chronique

Chapitre II

L'insuffisance rénale chronique : Aspect médical.

Préambule

1. La définition du rein.
2. L'anatomie physiologique du rein.
3. Les fonctions des reins dans le corps.
 - 3.1. Filtration du sang.
 - 3.2. Régulation de la quantité d'eau dans le corps.
 - 3.3. La production de globules rouges
 - 3.4. Contrôle de la concentration de minéraux dans le corps.
 - 3.5. Assure de santé des os.
4. L'insuffisance rénale chronique.
 - 4.1. La définition de l'insuffisance rénale chronique.
 - 4.2. Les causes de l'insuffisance rénale chronique.
 - 4.3. Les signes et symptômes d'une insuffisance rénale chronique.
 - 4.4. Les stades de l'insuffisance rénale chronique.
 - 4.5. Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique.
 - 4.6. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique.
5. Le régime en cas d'insuffisance rénale chronique.
 - 5.1. Régime pauvre de sel.
 - 5.2. Le potassium.
 - 5.3. Limiter les protéines.
 - 5.4. Ce qu'il faut boire.
 - 5.5. Optez pour les graisses végétales.
 - 5.6. Limitez votre consommation de phosphore.
 - 5.7. Compléments alimentaires.
 - 5.8. Les conseils d'une diététicienne.
6. Hémodialyse.
 - 6.1. La définition d'hémodialyse.
7. Les principes de la dialyse.
8. Les méthodes de l'hémodialyse.
 - 8.1. L'hémodialyse périodique
 - 8.2. La dialyse péritonéale.
9. Les complications de l'hémodialyse.
10. Le matériel d'hémodialyse.
 - 10.1. Dialyseurs.
 - 10.2. Dialyseurs en plaques.
 - 10.3. Dialyseurs à fibre creuses.
 - 10.4. Dialyseurs à grande surface et à la haute performance.
 - 10.5. Volume sanguin résiduel.
 - 10.6. Prévention de la coagulation
 - 10.7. Réutilisation

Synthés

I. L'insuffisance rénale chronique: aspect médicale

Préambule:

La maladie rénale chronique sont courants et persistent pendant longtemps. Dans la population a risque le dépistage cible la MRC vise à prévenir ou à retarder le passage au stade terminale de l'insuffisance rénale chronique nécessitant un traitement supplémentaire (la greffe rénale et la dialyse) et à réduire les complications associées, principalement cardiovasculaire. Il est possible que sa progression soit expliquée par un traitement dans le domaine de la médecine générale.

1. Définition du rein:

Le rein est un organe rétro péritonéale qui se projette à la charnière thoraco-abdominale. Certaines particularités anatomiques comme l'orientation, la conformation des voies excrétrices, la disposition des éléments du hile, la variabilité de la vascularisation, ou les rapports anatomiques ont une importance clinique. Dans une première partie descriptive, nous établirons les notions anatomique fondamentales qui permettront en seconde partie, d'appréhender les applications clinique thérapeutiques ou chirurgicales les plus récentes. (**Éric Thervet, p .1).**

1.1. Définition du rein selon le dictionnaire de français Larousse:

Organe pair placé dans l'abdomen à côté de la colonne vertébrale qui forme l'urine à partir de la filtration du sang élimine des déchets participe à l'équilibre de l'eau et des minéraux dans l'organisme et sécrète diverses substance. ([https://www.larousse.fr français](https://www.larousse.fr/français)) consulter le (2 /03/2024 a 11:45).

2. L'anatomie physiologique du rein:

-Le rein EST composé d'un cortex et d'une médullaire. Les aires médullaires sont les pyramides pus centrales séparées par des sections de cortex. Ces segments de cortex sont appelés colonnes de brin.

-Le rein se compose d'un parenchyme entouré d'une capsule fibreuse dont on distingue de la périphérie vers le hile deux zones différentes:

-Le cortex sous la capsule riche en glomérules

-Les médullaires formée des pyramides de Malpighi au nombre de huit à Dix dont le sommet bombe vers le hile et forme les papilles sur lesquelles viennent se ventouser les petites calices

-D'un sinus adipeux et lymphoïde dans lequel se logent la voie excrétrice en arrière et les vaisseaux rénaux en avant. Les axes des calices ET de leur tige convergent vers le pylône.

-Chaque rein est entouré de tissu cellule graisseux est situé avec la glande surrénale dans un sac fibreux l'ensemble constitue la loge rénale.

-L'axe du rein est parallèle à celui du muscle psoas .Les hiles rénaux sont donc orienté en dedans vers le bas et l'avant.

- Le fascia de Gé rota enveloppe le rein sur toutes ses faces excepté au pôle inférieur
 - De l'avant vers l'arrière le hile est composé de la veine rénale de l'arrière rénale puis de système collecteur
 - L'arrière rénale se divise en branches segmentaires .Classiquement la première branche est l'artère segmentaire postérieure dont le trajet est rétropyélique. Il Ya généralement trois à quatre artères segmentaires antérieures pré-pyélique.
 - La segmentation de l'arrière rénale est la suivante: artère rénale artère segmentaire artère interlobaire artère arquée artère interoculaires puis artère afférente.
 - La vascularisation rénale artérielle est terminale et son obstruction entraîne un infarctus parenchymateux à l'inverse le système veineux à de nombreuses suppléances anastomotiques Trans parenchymateuse et l'occlusion d'une veine segmentaire est sans conséquence pathologique.
 - Les variations anatomiques de la vascularisation artérielle sont fréquentes survenant dans 25 à 40% des cas.
 - Chaque pyramide rénale s'abouche dans un calice mineur par une papille. Un groupe de calices mineurs forme un calice majeur. Les calices majeurs se combinent pour former le bassinnet pelvis rénal. Il y a une grande variation de nombre de la taille de calices et de la taille du pelvis rénal. La seule manière de considérer une forme pathologique est la mise en évidence d'une dysfonction.
- Le rein est un organe pair situé dans l'espace rétro péritonéale mais dont la projection cutanée est thoraco-abdominale. .Le rein assure le maintien de l'homéostasie, c'est-à-dire la permanence et la constance du milieu intérieure : tension osmotique, équilibre hydro électrolytique, le rein permet également l'élimination de déchets toxique provenant des différents métabolismes, et notamment du catabolisme des urée .Il intervient dans la synthèse de la vitamine et de l'érythropoïétine, il secret la rénine qui joue un rôle vitale dans le contrôle de la pression artérielle. .Le rein excrète l'urine qui est un ultrafiltrat du sang content Les substances de dégradations provenant les autres organes.
- De chaque côté le rein est la surrénale sont contenus dans une loge rénale situé dans l'espace rétro péritonéal latéral (ou fosse Lamballe) en arrière du péritoine pariétal postérieure en dehors des vertèbres Lamballe du muscle psoas. (**Éric Thervet.2002, p.1**).

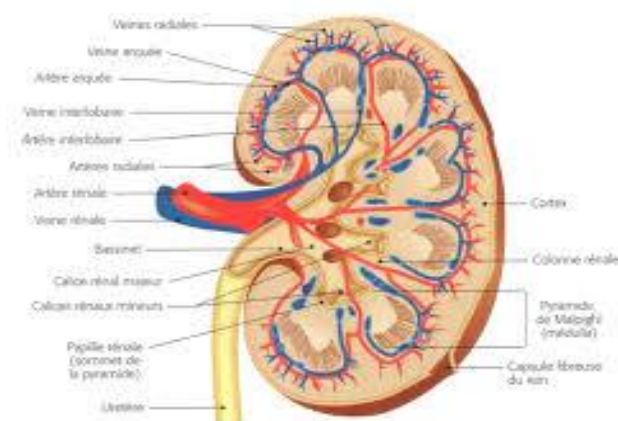


Figure 01.

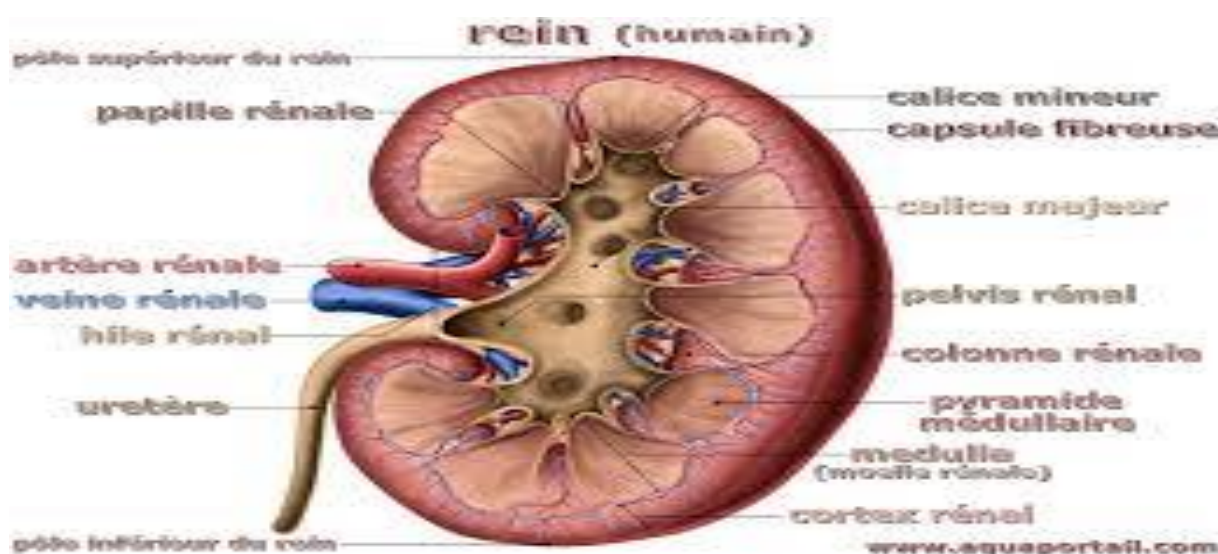


Figure 01, 02: l'anatomie de rein.

3. Les fonctions du rein dans le corps:

Les reins jouent un rôle absolument essentiel pour le maintien de la santé .En effet les reins accomplissent plusieurs fonction qui contribuent au maintien de l'équilibre dans l'organisme.

Voici les principales fonctions des reins:

3. 1. Filtration du sang:

La fonction principale de rein est de filtrer le sang afin d'y retirer l'eau les impuretés et les déchets .Le sang arrive aux reins par l'artère rénale et entre dans les néphrons afin d'être nettoyé. Une fois purifié le sang retourne dans le corps par les viens rénale .Les déchets quant à eux sont éliminés dans l'urine.

Lorsque les reins sont malades et ne peuvent plus assurer la fonction de filtration les déchets s'accumulent dans le sang .Eventuellement les déchets atteignent des niveaux toxiques dans le corps et empoisonnent la personne. Lorsque les reins d'une personne ne fonctionnent plus celleci doit faire de dialyse qui est la filtration et la purification du sang au moyen d'une machine.

3. 2. Régulation de la quantité d'eau dans le corps:

Sous le contrôle d'hormones, le rein élimine les quantités d'eau excédants dans le corps en la faisant passer dans l'urine. Comme le dit l'expression, « trop, c'est comme pas assez » bien que l'eau soit essentielle à presque toutes les fonctions corporelles trop d'eau peut aussi être dangereux. En effet une quantité excessive d'eau peut causer des problèmes d'influer, une hausse de la pression artérielle et de la difficulté à respirer en raison de l'eau qui s'accumule dans les poumons.

3. 3. La production de globules rouges:

Les reins produisent une hormone que l'on appelle l'érythropoïétine ou EPO. Cette hormone stimule la moelle osseuse afin de produire des globules rouges. Celle-ci font partie des cellules sanguine et contiennent de l'hémoglobine. Elles sont responsables du transport de l'oxygène dans le corps et permettent donc l'oxygénation des tissus.

Lorsque les reins ne peuvent plus produire D'EPO le taux de globules rouges dans le sang diminué et la personne devient anémique. Les symptômes de l'anémie incluent la fatigue, l'essoufflement rapide, la sensibilité au froid, la faiblesse et la pâleur de la peau.

3.4. Contrôle de la concentration de minéraux dans le corps:

Afin que le corps fonctionne bien la concentration sanguine de minéraux doit être maintenue à certaines valeurs précises. Les reins s'assurent que certains minéraux comme le potassium le phosphore et le calcium se trouvent en quantité adéquates dans le corps en éliminant les excédents par l'urine.

Lorsque les reins sont défectueux les minéraux s'accumulent dans le corps et causant des symptômes tels que des crampes musculaires des engourdissements des douleurs dans les articulations de l'enflure et des arythmies cardiaques.

3. 5. Assure la santé des os:

Les reins contrôlent la concentration de calcium et de phosphore dans le corps. Ces deux minéraux sont des joueurs essentiels dans le maintien de la santé des os. De plus les reins activent la vitamine D dans le corps ce qui entraîne une meilleure absorption du calcium.

Lorsqu'une de ces fonctions fait défaut la personne est à risque de développer une maladie osseuse et devient plus susceptible de souffrir d'une fracture. (<https://www.indexsante.ca>)
consulté 02/24/2024 à 13:25

4. Insuffisance rénale chronique :

4.1. La définition:

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution de la filtration glomérulaire en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels (ce qui la différencie de l'insuffisance rénale aigue)

Autre définition: C'est une réduction néphrotique plus ou moins lentement progressive à laquelle fait suite une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restants afin de sauvegarder l'hémostase. C'est une altération progressive des fonctions excrétrices et

endocrines du parenchyme rénal conséquence de lésions anatomiques irréversibles. (M.A Boubchir, p.22).

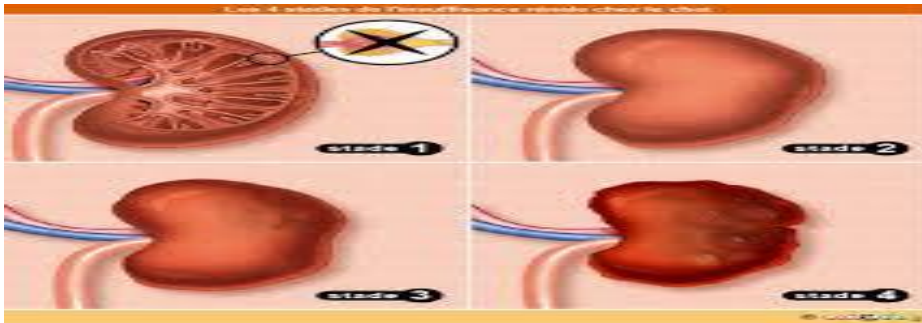


Figure03:l'insuffisance rénale chronique

4. 2.Les causes de l'insuffisance rénale chronique:

La moitié des CAS d'insuffisance rénale est due aux maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle mal contrôlés .Il existe de nombreuses causes entrant en jeu dans l'insuffisance rénale.

L'insuffisance rénale chronique peut être liée à des maladies génétiques par exemple ou des maladies inflammatoires des pyélonéphrites ou encore une polykystose .5 à 10% de la population souffre d'une pathologie notamment le diabète l'hypertension artérielle pouvant mener à une insuffisance rénale chronique.

4. 3.Les Signes et symptômes d'une insuffisance rénale chronique:

Dans les premiers temps l'insuffisance rénale chronique est symptomatique ce qui rend son diagnostic difficile.

Quand la fonction rénale est très altérée certaines signes commencent à apparaître .Ces sont liée au syndrome urémique qui peuvent provoquer par exemple:

- Une anémie due à la baisse de la production d'érythropoïétine
- Des douleurs crise de goutte, crampes
- Des problèmes métaboliques perturbation du métabolisme glucidique et lipidique

IL peut se produire une rétention de sodium qui provoque une hypertension et des oedèmes.Les reins ne filtrent pas assez les déchets, ceux-ci peuvent s'accumuler et devenir toxiques pour l'organisme.

4. 4.Les stades de l'insuffisance rénale:

L'examen de référence est la calcule du débit de filtration glomérulaire qui utilise le taux de créatinémie et qui permet de distinguer 5 stades:

Stade I: débit est supérieur à 90ml /min/1,73m maladie rénale avec atteinte de l'épuration

Stade II: débit entre 60et 89 ml /min /1,73m insuffisances rénale légère

Stade III A: débit entre 45 et 59 ml/min/1,73m insuffisance rénale modérée

Stade III B: débit entre 30 et 44ml/min/1,73m insuffisance rénale modérée

Stade IV: débit inférieure à 15ml/min/1,73m insuffisance rénale sévère

Stade V: débit inférieure à 15ml/min/1,73 m insuffisance rénale terminale

Le bilan rénal comprend également le dosage de l'urée et de l'albumine la natrémie taux de sodium dans le sang la kaliémie taux de potassium dans le sang ainsi que des analyses d'urine.(<https://www.elsan.car/fr/pathologie-et-taitement/maladie-urinaire/insuffisancerénale-traiments>) consulté 03 /02/2024

4.5. Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique:

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 de 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 130millitres/minute le suivi régulier des chiffres de clairance permet en outre de surveiller l'évolution d'une insuffisance rénale sous traitement.

<https://www.elsan.car/fr/pathologie-et-traitement/maladieurinaire/insuffisance-rénale-traitements> consulter 03/03/2024 à 10:55

4.6. Le traitement de l'insuffisance rénale chronique:

IL vise à prévenir les complications de l'insuffisance rénale chronique .Le sujet suivre un régime pauvre en protéines et parfois en sodium (sel=régime hyposodé) les alimentations riches en potassium (fruits, chocolat) doivent être évitées voire proscrites.

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 10millitres /minute il existe deux types: l'hémodialyse ou rein artificiel ou 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 60ans en moyenne et dont la maladie n'est pas susceptible de se reproduire sur le greffon.

5. Le régime en cas d'insuffisance rénale chronique:

5.1.Régime pauvre de sel :

Les reins malades ne sont plus en mesure de gérer un excédent de sel (sodium), le dosage quotidien de sel de cuisine dans l'alimentation ne devrait par conséquent pas dépasser 4 à 6 grammes un régime normal comporte généralement de 12 à 15 grammes de sel .En cas d'insuffisance rénale un excès d'apporter une rétention d'eau elle-même responsable de l'apparition d'une hypertension artérielle d'œdèmes voire d'une décompensation cardiaque.

5.2.Le potassium :

Les patients atteints de troubles rénaux éliminent plu difficilement le potassium, or un taux élevé de potassium dans le sang peut induire des troubles du rythme cardiaque. Certains cas il convient donc également de surveiller ses apports en potassium .Veillez alors à limiter aliments qui en sont riche comme les légumes crus, les légumineuses, les pommes de terre , les chips, le chocolat , les noix et les fruits .Les fruits sec ou confits , le banane , l'abricot, l'avocat, et le melon ,notamment contiennent beaucoup de potassium . <https://medipedia.be/fr> .consulter 08/03/2024 a 21:50.

5.3.Limiter les protéines :

Au début de l'insuffisance rénale, il est conseillé de ne consommer du poisson, de la viande ou des œufs qu'une seule fois par jour. Ceci afin d'éviter de surcharger les reins avec les déchets de ces aliments riche en protéines.

En cas d'insuffisance rénale avancée il convient de limiter davantage les apports de protéines si possible la pris quotidienne de protéines doit être réduire à 0,8 à 1 ,0 gramme par kilo de poids corporel idéal .En aucun cas le fait de limiter l'apport en protéines ne doit toutefois conduire Sos sous alimentaire .Les patients sous dialyse doivent avoir une alimentation suffisamment protéinée puisque le processus de la dialyse va entrainer l'élimination d'acides aminés des constituants des protéines. L'apport quotidien de protéine sous dialyse peut être de 1, 2-gramme par kilo de poids corporel idéal.

5.4.Ce qu'il faut boire :

En phase de pré dialyse-il conseillé de boire normalement en fonction de la soif. En phase de dialyse on peut boire jusqu'à 500ml en plus du volume urinaire. Les patients an uriques (qui n'urine plus) doivent donc fortement limiter leur apports .Sachez que la soupe, la glace, et de nombreux fruits et légumes (melon, raisin, pomme, orange, tomate, salade) contiennent déjà une bonne quantité d'eau.

5.5.Optez pour les graisses végétales :

Les huiles d'olive de tournesol de mai et de soja contiennent des graisses insaturées bénéfiques pour le cœur et les vaisseaux sanguins .Les poissons gras permettent également de prévenir l'athérosclérose (le rétrécissement) des vaisseaux.

5.6.Limitez votre consommation de phosphore:

Le phosphore est présent dans beaucoup d'aliments le lait, le fromage, les noix, les haricots secs ou encore les pois, mais aussi dans les sodas, colas .Trop de phosphore dans le sang appauvrit les os en calcium, les rend poreux et par conséquent plus fragiles .Une poreux et par conséquent plus fragiles. Une calcification des articulations et des vaisseaux sanguins peut également apparaitre. Un régime adéquat ainsi qu'une épuration par dialyse en cas d'insuffisance rénale terminale peuvent se montrer insuffisance dans la rééducation du taux de phosphore. Les patients peuvent alors être traités par des médicaments qui permettent l'élimination du surplus de phosphore. Les chélateurs sans calcium sont privilégiés afin d'éviter le risque de calcification des vaisseaux et des tissus mous.

5.7.Compléments alimentaires :

En cas de traitement à l'érythropoïétine les réserves corporelle en fer doivent être complétées par la prise d'un supplément de voie par orale ou intra vieneuse.Des suppléments de calcium et vitamine D peuvent également être nécessaires pour réduire des troubles du squelette .De même on peut recourir à la prise de médicaments empêchent l'absorption intestinale de phosphore.

5.8.Les conseils d'un(e) d'étésienne :

ILS vous seront pour mettre toutes les mesures diététiques en pratique. Tout programme diététique sera d'ailleurs établi sur mesure. Chaque patient a besoin d'un régime alimentaire différent en fonction de la sévérité de sa déficience rénale de son âge du traitement de substitution de la fonction rénale et de sa motivation à suivre les conseils diététiques.

6. Hémodialyse:

6.1..Définition d'hémodialyse:

Pourtant l'un des traitements de l'insuffisance rénale chronique rénale terminale qui permet aux malades de suivre à cette pathologie mortelle. Ce traitement est une véritable substitution à la fonction rénale .Le patient est piqué (rattaché) a une machine qui a pour but de pomper le sang , le filtrer afin de restituer débarrassé des substances toxiques et du liquide excédentaire qui encombrent l'organisme .Le malade doit se plier à cette épuration trois fois par semaine durant quatre à cinq heures ,le temps de dialyse dépendent du poids pris entre deux séances .Ainsi traité, le malade voit son insuffisance rénal perdurer alors qu'il y a encore cinquante ans, il en serait mort. L'insuffisance rénale terminale fait partie de ces affections devenues chroniques grâce aux avancées médicales de la seconde moitié du xx siècle au même titre que le diabète. (<https://www.cairn.info/revue-sciencessociales-et-sante-2011-3-page-41.htm>)consulté) Consulté_ 13/03/2024 a 15 :09

D'après boubechir et benabej le dialyse viennent du mot grecs qui signifie respectivement sang et séparer. Hémodialyse est une technique dépuraton extra-rénale consiste à éliminer les déchets toxiques en filtrant le sang. (Boubechir, A, 2004, p.92).

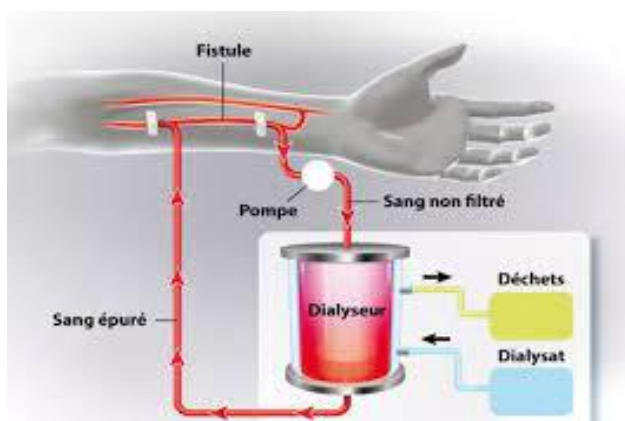


Figure 04: hémodyalise

7. Les Principes de la dialyse:

La dialyse est un principe d'épuration sanguin, c'est une méthode d'échange entre deux solutions, le sang et un liquide appelé « dialysat », au travers d'une membrane semi-perméable.

Cette membrane possède de multiples ou pores permettant le passage des molécules d'eau et de solutés de petit poids moléculaire (les solutés de poids moléculaire élevé comme les protéines plasmatiques ne peuvent pas traverser cette membrane).

-Le sang va circuler dans le dialyseur via un circuit extracorporel et être entraîné dans le circuit par la pompe du générateur d'hémodialyse.

-Le dialyseur est formé de multiple fibre synthétique dotée de pores microscopiques dans lesquels le sang circule. C'est à ce niveau que les échanges se font entre le dialysat (solution liquidienne préparée par le générateur dont la composition en sels minéraux est proche de celle du sang) et le sang.

Les échanges se font deux Principes:

La diffusion: le sang étant plus chargé en déchets que la dialyse, les deux milieux vont s'équilibrer et ainsi les déchets contenus dans le sang vont passer dans le dialysat pour être éliminés.

L'ultrafiltration: le générateur de dialyse va créer dans le dialyseur une pression négative du dialysat qui va permettre le passage de l'eau contenue dans le sang vers le dialysat pour être éliminée.

-Le sang va être extrait puis réintégré au corps du patient la plupart du temps via la fistule artério-veineuse. Le temps que celle-ci soit opérationnelle ou si elle ne peut être créée la dialyse se fera sur cathéter central.

-Les séances d'hémodialyse durent entre 2 et 8 heures soit de façon quotidienne soit la plupart du temps 3 fois par semaine. **(Les Principes de la dialyse PDF).**

8. Les méthodes :

8.1. L'hémodialyse périodique:

C'est la méthode la plus utilisée, elle concerne plus de 90% des patients.

C'est un mode d'EER qui a pour objectif de rétablir l'équilibre du milieu intérieur grâce à un traitement discontinu de trois à six heures par séance, en deux à trois séances par semaine. Elle est réalisée grâce à un circuit extracorporel du sang et du dialysat, le liquide de dialyse étant fabriqué par une machine appelée généralement machine à dialyser.

8.2. La dialyse péritonéale:

La dialyse péritonéale est plus particulièrement indiquée chez l'adulte jeune en attente d'une greffe rénale et concerne plus de 5% des patients.

Cette méthode repose sur l'injection d'un dialysat dans la cavité abdominale grâce à un cathéter implanté chirurgicalement. Les échanges de solutés s'effectuent à travers la membrane

péritonéale. Le dialysat une fois saturé en urée, créatinine et autres molécules, est éliminé. Ces manipulations sont renouvelées manuellement en moyenne quatre fois par jour (dialyse péritonéale continue ambulatoire ou DPCA) ou réalisées par un appareil automatisé nommé (cyclor) le traitement s'effectuant alors durant la nuit (dialyse péritonéale automatisée ou DPA).

La dialyse péritonéale est réalisée à domicile soit par le patient lui-même, par un proche ou par un cabinet d'infirmiers libéraux après une période d'apprentissage. **(les principes de la dialyse PDF).**

9. Les complications de l'hémodialyse:

Hypertension	Œdème pulmonaire
Malaise	Occlusion de la fistule
Crampes	Risque infectieux
Nausée/Vomissements	Coagulation du circuit
Hémorragies/Hématomes	Arrêt cardio-respiratoire
Céphalées	Allergie
Asthénie	Hémolyse aiguë

(www.entraide-esi-ide.com)

10. Le matériel d'hémodialyse:

La technologie de l'hémodialyse a fait des progrès considérables depuis l'époque pionnière des années 1960 ces progrès portent sur l'ensemble des composants de l'équipement d'hémodialyse qui comprend les dialyseurs, les générateurs de bains de dialyse et les dispositifs de monitoring.



Figure 05: le matériel d'hémodialyse.

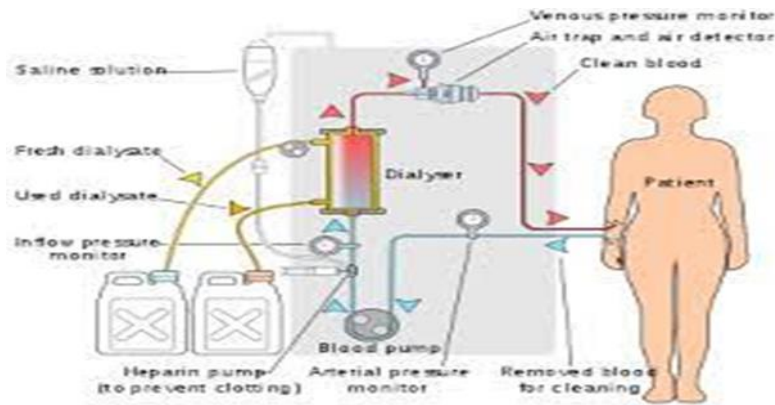


Figure 06: l'exemple de patient ou moment d'hémodialyse.

10.1. Dialyseurs:

Les dialyseurs actuellement utilisés se ramènent à deux types principaux: les dialyseurs en plaques et les dialyseurs en 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.

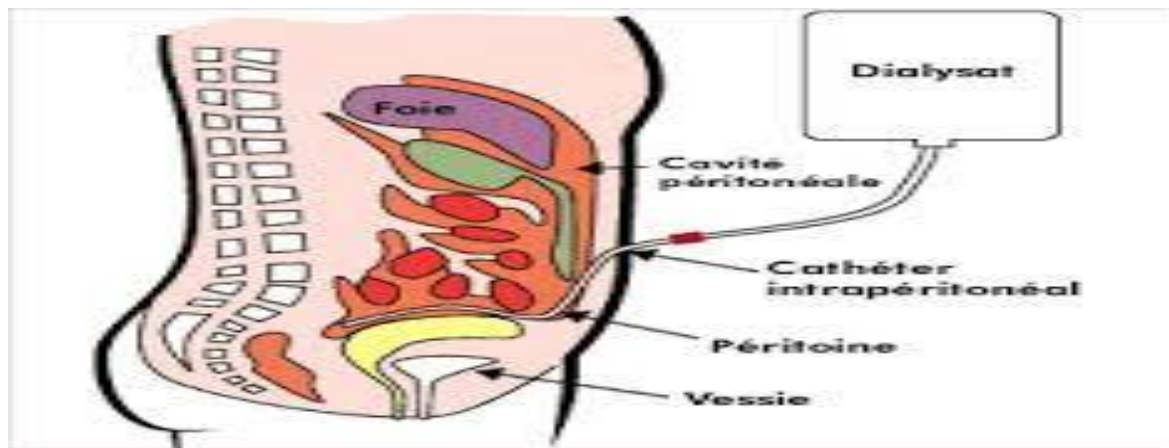


Figure 07: le dialyseurs.

10.2. Dialyseurs en plaques :

Ils sont composés d'un nombre variable de compartiments parallèles, rectangulaires, séparés par des structures de soutien rigides sur lesquelles repose la membrane. Le sang circule entre les couches de membranes tandis que le dialysat circule à contre-courant, autour des structures de soutien qui augmentent les turbulences du bain de dialyse, et partant, l'efficacité des échanges. Les résistances du circuit sanguin et du bain de dialyse sont faibles, l'ultrafiltration est aisée à contrôler.

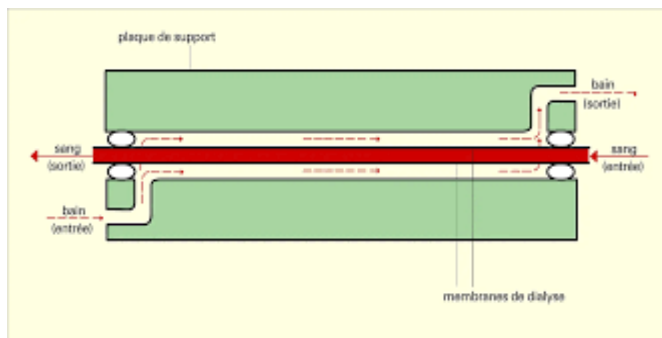


Figure 08: dialyseurs en plaques.

10.3. Dialyseurs à fibre creuses :

Ils sont constitués par la juxtaposition de 10 à 15000 fibres creuses ou capillaires avec un diamètre, interne de 200 à 300 μm et une épaisseur membranaire de 10 à 40 μm . Le faisceau de fibres est renfermé dans une gaine rigide munie d'embouts pour le sang et le liquide de dialyse. Le sang circule à l'intérieur des fibres, tandis que le dialysat s'écoule à contre-courant à l'extérieur des capillaires. En raison du rapport élevé de la surface effective de dialyse au volume sanguin et de son absence pratiquement complète d'extensibilité est théoriquement le meilleur, ce d'autant que son contenu en sang est plus réduit encore que pour les dialyseurs en plaques. De plus, ces dialyseurs sont légers de faibles dimensions et aisés à manipuler. Tous ces avantages combinés expliquent que ce type de dialyseurs soit actuellement le plus utilisé dans le mode.



Figure 09: Dialyseurs à fibre creuses.

10.4. Dialyseurs a grande surface et à hautes performances :

Des dialyseurs ayant une surface élevée (jusqu'à 2m ou plus) et des dialyseurs de haute perméabilité (avec un KC pouvant aller jusqu'à 100ml/heures/mm Hg) ont été mis au point pour augmenter le Transfer des solutés et augmenter ainsi l'efficacité de la dialyse.

En raison de leur perméabilité hydraulique élevée, l'utilisation de dispositifs de contrôle du débit d'ultrafiltration est impérative. Dans ces conditions, la rétro filtration est obligatoire. Les techniques d'hémofiltration ou d'hémodiafiltration permettent de diminuer ou d'annuler la rétro filtration.



Figure 10: Dialyseurs a grande surface et à hautes performances

10.5. Volume sanguin résiduel

La quantité de sang perdu à l'occasion de chaque dialyse, dépend du volume interne du dialyseurs, de sa géométrie et de biocompatibilité de la membrane. Lorsque l'héparinisation est effectuée de manière adéquate avec une bonne technique de restitution en fin de séance la perte de sang ainsi engendrée (environ 1ml) est relativement faible au regard des autres sources de spoliation sanguine telles que le saignement des points de ponction de la fistule et les échantillons de sang prélevés pour analyses biologiques.

10.6. Prévention de la coagulation :

Les dialyseurs et les tubulures du circuit sanguin sont thrombogènes et exigent une anticoagulation soit du patient soit du circuit sanguin extracorporel. Une héparinisation insuffisante peut conduire à la formation de caillots qui réduisent la surface membranaire efficace et par voie de conséquences diminuent la clairance et le débit d'ultrafiltration du dialyseur et entraînent également une perte de globules rouges pour le patient. un test de coagulation modifié le temps partiel de thromboplastine activée est le plus souvent utilisé pour guider l'héprinothérapie au cours de l'hémodialyse.

Des membranes recouvertes de polyéthylène-imine (PEI) telles que la membrane AN69 ST ont propriété d'adsorber l'héparine contenue dans le liquide de rinçage, diminuant ainsi le risque de coagulation dans le dialyseur. Elles permettent une hémodialyse sans héparinisation chez les patients à risque hémorragique élevé, notamment en préopératoire.

Des membranes rendues-bio-réactives par greffe à leur surface de substances organiques telles que vitamines E (Exacerbant) ont été récemment proposées pour diminuer le stress oxydant provoqué par la membrane. Leurs bénéfices à long terme sur la prévention des complications liées à l'inflammation et au stress oxydant demandent à être évalués.

10.7. Réutilisation:

Compte tenu du prix des dialyseurs notamment hautes performances leur réutilisation présente un intérêt économique évident. La réutilisation des dialyseurs peut être effectuée soit manuellement soit à l'aide de dispositifs automatisés.

Les effets secondaires immutables à la réutilisation tiennent la plupart du temps au non-respect de la procédure préconisée pour la stérilisation du dialyseur. Ils sont dus à la réinjection au patient de traces des agents désinfectants utilisés pour le nettoyage et le reconditionnement du dialyseur provoquant par leur interférence avec les membranes et les protéines des réactions toxiques et immunologiques avec les membranes et les protéines des modifications deviennent immunogènes. **(N.k.Man,M.Touam,P.Jungers.2003).**

Synthèse:

Grace à l'évolution de la dialyse de nombreux patients ont pu être sauvées. L'hémodialyse et la dialyse régulièrement une grande quantité de ressources telles que l'eau, ce qui entraîne une importante quantité de déchets.

Chapitre III

Le vécu psychologies du l'inssufisance rénale chronique

Chapitre III:

L'insuffisance rénale chronique: Aspet psychologique.

Préambule.

1. La répercussion de l'insuffisance rénale chronique.
2. Le moment de l'annonce de la maladie.
3. Le travail de deuil.
4. Le rôle du psychologue dans une unité de néphrologie.
5. Le dysfonctionnement sexuel chez les patient souffre d'insuffisance rénale chronique.
6. Le dysfonctionnement sexuel chez l'homme souffre d'insuffisance rénale chronique.
 - 6.1. La dysfonction érectile (DE).
7. Les causes vasculaires.
 - 7.1. Les anomalies artérielles
 - 7.2. L'insuffisance veineuse.
 - 7.3. Les facteurs neurologiques et psychologiques.
 - 7.4. La dysfonction érectile d'origine médicamenteuse.
8. Dysfonctionnement sexuel chez les femmes souffre d'insuffisance rénale chronique.
 - 8.1. Perturbation du cycle menstruel.
9. La prise en charge psycho-sociale de l'insuffisance rénale chronique.

Synthèse

Le vécu psychologique de l'insuffisance rénale chronique.

Préambule:

Lorsque le patient est informé d'une maladie chronique sa vie est complètement transformée en raison des contraintes liées à son traitement et des éventuellement complications à long terme .L'annonce du diagnostic de IRC et les diverses répercussion possible de cette maladie : la souffrance, la dépendance, traumatismes physiques .En présence de cette situation, le patient devra faire face et s'ajuster afin de prévenir des réactions malveillantes. IL est essentiel de comprendre ces perturbations, qui sont souvent propres l'insuffisance rénale chronique et peuvent être regroupées en certains troubles psychologique.

1. La répercussion de l'insuffisance rénale chronique:

L'insuffisance rénale chronique a des répercussions sur nombreux aspects de la vie du malade et chaque aspects de la vie du malade et chaque patient réagit et géré à sa façon le traumatisme que représente un traitement aussi astreignant que la dialyse ou un autre degré la transplantation qui a, elle aussi des répercussions psychologiques.

Les malades rénaux rencontrent souvent les mêmes problèmes mais ne les résolvent pas tous de la même façon selon leur âge leur milieu sociale ou leur personnalité .Le retentissement d'une maladie chronique sur le physique entraine parfois des modifications du caractère et du comportement rendant les relations avec l'entourage difficile.

La meilleure façon d'aborder, la situation semble être la prise en charge personnelle de son traitement par le patient lui-même pour optimiser l'adhésion au traitement .Mais cela n'est pas possible pour tous les malades et les relations avec le médecin ou avec le personnel soignant, qui ne sont pas toujours aisées, entrent également en ligne de compte.

Le passage de l'état de dialysé à l'état de transplanté est une véritable rupture dans la vie de l'insuffisance rénale et il est classique de constater un état dépressif succédant à la transplantation qui pourtant libère considérablement le patient et dont celui-ci se senti bien souvent coupable.

La transplantation, bien qu'elle procure une vie plus facile, n'entraine pas une guérison définitive. Les conséquences psychologiques de la maladie chroniques sont toujours présentes sans oublier pour certains les perturbations provoquées par la présence en eux d'un organe étranger.

La prise en charge psychologique passe aussi par le dialogue avec l'équipe médicale et le choix de la technique de suppléance la mieux adaptée au cas du patient.

(<https://www.francerein.org/vivre-avec-la-maladie/au-quotidien/psychologie-et-irc/>) consulté 03/12/2024 a 16 :22

2. Le moment de l'annonce de la maladie:

Le fait d'annoncer une maladie chronique consiste à informer oralement à la connaissance d'une personne ou d'un groupe (famille, population) un diagnostic et communiquer les mesures de

prévention, évolution et d'accompagnement thérapeutique et éducatif, pour s'adapter aux changements. (**PAILLARD Christie .38/39**).

Selon la Haute autorité de santé(HAS), l'annonce d'une maladie chronique représente alors un temps essentiel : « plus le patient et souvent son entourage comprend et s'approprie sa maladie, meilleur est sa capacité à faire des choix en consciences des conséquences de celle-ci..... ».(<https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05>) **consulté 03/15/2024 à 20:54**

Le diagnostic va comporter deux étapes : d'abord un travail de deuil de la santé , de la vie ,et des projets d'avant puis un travail de manière s'approprier la maladie aussi bien sur le plan cognitif qu'affectif.

L'annonce doit nécessairement être réalisée par un médecin qui a de l'expérience ainsi que des connaissances et des compétences dans la maladie diagnostiquée .Entre autre, dans le cas de l'insuffisance rénale chronique ce sera le spécialiste qui devra poser le diagnostic et assurer l'annonce auprès de patient et de sa famille.

L'annonce est donc considérée comme un temps qui vise à informer, écouter, accompagner et soutenir le patient : c'est une étape essentielle à la prise en charge.

L'annonce de la mauvaise nouvelle, la survenue d'une maladie que l'on ne peut pas guérir même si on peut le soigner, viennent briser le vécu fluide du temps .Certes pour tout chacun, ça chaque jour passé ne reviendra plus mais chaque nouveau jour n'est qu'une continuité .C'est pourquoi l'annonce de diagnostic est si important .Chaque geste, chaque mot se grave définitivement dans la mémoire. (**André Grimaldi, 2006.P.45/51**)

3. Le travail de deuil:

La maladie chronique vient donc bouleverser la représentation du temps et ne manque pas de soulever l'angoisse de la mort. Elle impose ses contraintes et parfois ses handicaps, elle modifie les rapports aux autres et finalement les rapports à soi .Elle impose donc un travail d'acceptation que l'on peut assimiler au travail de deuil. Malgré la maladie qu'il n'a aucune raison d'aimer, le malade doit continuer à s'aimer lui-même et à aimer la vie. Pour y arriver, il doit passer par différentes phases psychiques schématiquement décrites dans les traités : le choc, le déni, la révolte, le marchandage, la résignation avant l'acceptation active. Mais de peur de sombre au cours de chemin, le patient peut être tenté par la raccourci que permet le déni ou la dénégation : « je ne suis pas malade, en tout cas je me comporterai comme si je n'étais pas malade, je ne changerai rien à mes habitudes, arrivera ce qui doit arriver, cette maladie une affaire privée dont personne n'a à connaître »

En vérité, chacun aborde les deuils de la vie et le vieillissement lui-même en fonction de sa propre histoire. Il y a ainsi des lois du deuil quasi universelles :

-Chaque nouveau deuil ravive tous les deuils antérieurs, comme si le passé faisait retour dans le présent quand l'avenir s'obscurcit.

-Chaque deuil non fait interdit tout nouveau deuil, tel que certains patients demandant « S'il vous plaît docteur, pouvez-vous ne pas me dire que je n'accepte pas ma maladie ?..... etc.

-Finalement tout travail de deuil n'est jamais complètement et définitivement achevé.

Chacun d'entre nous aurait donc une plus ou moins grande aptitude au deuil. Selon les théories de l'attachement, le premier deuil de la vie est celui d'avec la mère et de la qualité de ce deuil inaugural dépendrait en partie de confiance en soi, la relation aux autres et la qualité des autres deuils. Face à l'annonce de la maladie chronique, certains se résignent et portent le deuil le reste de leur existence. La maladie, positivisme ou négativement, devient le sens de leur vie. (**André Grimaldi, 2006. P.45/51**).

4. Le rôle du psychologue dans une unité de néphrologie:

L'IRC est une maladie grave, sa fréquence se développe avec le vieillissement de la population française. L'âge moyen des personnes suivies en dialyse est de soixante-sept ans, ce qui fait que cette population est exposée également aux autres risques de la population vieillissante, soit le cumul de vulnérabilités somatiques, fonctionnelles, affectives et sociales qui se traduisent aussi par de multiples pertes ou sentiments de perte.

Il s'agit de considérer le vécu spécifiques des patients en néphrologie, de l'insuffisance rénale jusqu'à la transplantation en passant par la dialyse. En effet, le patient est amené à traverser différentes étapes qui bouleversent sa vie et celle de son entourage, en commençant par la première étape de l'annonce de la maladie chronique. Vient ensuite les périodes de « pré-dialyse », le vécu de la dialyse jusqu'à la transplantation si le patient choisit cette possibilité et si cette dernière lui est offerte. Le psychologue devrait pouvoir intervenir à chaque étape de ce processus, mais cela est souvent difficilement réalisable en pratique, car aux différences des pays anglo-saxons, ils sont parfois absents des services de néphrologie et de transplantation. Ce qui peut être perçu « paradoxal » lorsque l'on considère les différentes problématiques auxquelles les patients doivent faire face à chacune des étapes de la maladie.

Il ne s'agit pas ici de retracer en détail les répercussions psychologiques de l'insuffisance rénale, mais de faire ressortir en quelques points ce que le patient traverse et l'importance d'un accompagnement :

-L'annonce de la maladie peut faire l'effet d'un choc et entraîner des réactions comme le déni, la fuite ou bien encore être à l'origine d'une dépression

-La période de « pré-dialyse » et quand vient celle de changements intenses où le patient et sa famille doivent envisager des modifications de leur style de vie.

La dialyse renvoie, notamment, à la problématique de la dépendance à la machine ainsi qu'à toutes les peurs que les patients énoncent sans détour (peur de douleur, de service de cobaye, de voir son sang à l'extérieur, de perdre son emploi, etc.). Comme l'a montré l'étude sur le vécu de la première séance d'hémodialyse.

-Cette séance est un événement dont les patients se souviennent avec acuité

-La transplantation, la dette, l'adaptation d'un organe étranger, la peur du rejet.

Le psychologue peut proposer une aide personnalisée :

-Auprès de patients hospitalisées, à la demande de l'équipe soignante.

-Après de patients vivant en ambulatoire à la suite du dépistage et de l'identification d'un besoin de prise en charge.

Celle-ci peut être ponctuelle et nécessiter quelques entretiens ou bien révéler le besoin d'un suivi à plus ou moins long terme. Il peut également s'agir d'un bilan durant une séance pour orienter le patient envers des psychiatres, des psychologues de ville, des centres médicaux psychologiques ou bien encore différents types de psychothérapie en fonction des demandes et des besoins. (Maud Grimault, 2012 .P.44/48).

5. Le dysfonctionnement sexuel chez les patients souffre d'insuffisance rénale chronique:

Le début de la définition du grand dictionnaire de la psychologie précise que la sexualité est l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe que l'on peut observer dans le monde vivants. Elle ajoute que c'est aussi l'ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle. Ces nombreuses modalités peuvent être déterminées génétiquement apprises et dans tous les cas fortement modulées par les règles sociales. Nous voyons que la sexualité humaine est indissociable des aspects sociaux et culturels. Ces derniers la régulent, la modulent et l'alimentent. Mais cette liaison n'est pas unilatérale: la sexualité permet aussi de créer le culturel et le sociale. (<https://shs.science/halshs-00182747>) consulté 03/11/2024 à 15:22 Selon le dictionnaire médicale française Larousse la sexualité et un ensemble des phénomènes sexuels ou liée au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant.(<https://www.larousse.fr>) consulté 03/17/2024 à 22 :12

6. Dysfonctionnement sexuel chez l'homme en insuffisance rénale chronique :

6.1.La dysfonction érectile(DE) :

C'est le dysfonctionnement sexuel le plus étudié et le plus rapporté dans la littérature. Selon les études, sa prévalence varié entre 40% et 80% chez les patients hémodialysés.

Le dysfonctionnement érectile (DE) chez l'IRC est multifactoriel. Il est secondaire à des troubles vasculaires (artériels et veineux), des modifications structurelles et fonctionnelles des muscles lisses pénis, des troubles hormonaux et surtout des facteurs psychologiques. Le traitement optimale du DE doit être capable de gérer tous les facteurs susmentionnés.

7. Les causes vasculaires :

7.1.Les anomalies artérielles

Les conditions nécessaires pour obtenir une érection sont une bonne circulation sanguine et une pression artérielle intra-caverneuse 80mm Hg. Au cours des premières étapes de l'érection, la PA artérielle pénienne est inférieure de 20mm Hg celle de la PA de l'aorte ? Au cours des dernières étapes le flux sanguin du pénis augmente au-dessus de la PA systémique par la contraction des muscles péniens (bulbe spongieux et ischiocaverneux)

La PA artérielle pelvienne doit être entre 80et 100 mm Hg pour maintenir une Pa pénienne de 80mm Hg. En cas d'athérosclérose, la PA pelvienne chute en dessous de 70mm Hg et donc pas d'érection. Ceci qui explique pourquoi le dysfonctionnement érectile représente la première manifestation périphérique rapporté par les malades athéromateux (même en absence de maladie rénale)

Les patients atteints D'IRC ont souvent des calcifications vasculaires et une athérosclérose accélérée et progressive. D'autres facteurs contribuent activement dans l'évolution et

l'aggravation de l'athérosclérose chez l'IRC et les perturbations du métabolisme phosphocalcique

Les causes artérielles de la dysfonction érectile chez l'IRC sont facilement identifiables par échographie doppler ou angiographie pénienne.

7.2.L'insuffisance veineuse :

L'insuffisance veineuse est une très fréquente du dysfonction érectile chez l'IRC , même avec un flux artériel normal .Sur le plan physiologique , en plus de la pression artérielle intra-pénienne , maintenir l'érection dépend aussi d'une occlusion veineuse reflex qui permet de maintenir la pression intra-pénienne aussi longtemps possible. L'incapacité d'avoir une érection prolongée évoque un dysfonctionnement des muscles lisses et l'altération de la Vén-occlusion pénienne. Le vieillissement précoce et la fibrose occure sont les plus incriminés dans ce processus.

7.3. facteurs neurologique et psychologiques :

La stimulation parasympathique sacrée provoque une vasolidation artérielle pénienne et une augmentation du flux sanguin .Cette dernière entraine une augmentation de la concentration d'oxygène et une capacité accrue à synthétiser l'oxyde nitrique qui a un effet vasodilatateur entraînant une relaxation des muscles lisses artériels et un piégeage du sang dans le corps caverneux d'où l'érection.

La dépression est très fréquenté chez les patients en IRC .Elle est précoce progressive et parfois fatale en absence d'une prise en charge précoce et adéquate.

Il existe également d'autres facteurs psychogènes comme stresse, perte d'appétit, la mauvaise haleine et le changement de la couleur de la peau peuvent atteindra l'image corporelle du patient, les crampes musculaires, l'arrête de la miction (je n'urine pas donc je ne peux pas être en érection) etc. ...Tous ces facteurs peuvent aggraver l'impuissance chez les patients atteints D'IRC.

L'absence de l'érection matinale est un teste fiable pour faire le diagnostic d'un dysfonctionnement érectile d'origine organique chez les patients (même en absence de L'IRC).

7.4.La dysfonction érectile d'origine médicamenteuse

Une baisse de la libido et l'impuissance peuvent également être dues à des effets de nombreux médicaments utilisés chez L'IRC .Les antihypertenseurs (hydrazine, diurétiques...)Sont les plus incrimés .Les autres médicaments qui interféré avec le contrôle neuro-vasculaire des artères péniennes et la régulation des muscles lisses neuroendocrinienne sont aussi incriminés .Sans oublier les effets du tabac et de l'alcool.

8. Dysfonctionnement sexuel chez les femmes en insuffisance rénale chronique:

Physiologiquement les femmes en IRC peuvent, elles aussi éprouver une baisse de la libido et ceci pour les mêmes raisons que chez les hommes (vasculaires, neurologiques, psychologiques, et médicamenteuses) sauf qu'aucune donnée n'est disponible concernant la prévalence dysfonctionnement sexuels comme le désir, l'orgasme chez les femmes en IRC. Les perturbations hormones sont plus prononcées et les plus étudiées fréquemment rapportées chez ces femmes, la sécheresse vaginale et les perturbations du cycle menstruel.

8.1.Perturbations du cycle menstruel :

Les perturbations du cycle menstruel sont très fréquentes chez les femmes uréniques.L'aménorrhée secondaire est observée chez 50a 100% des patients dialysées .Elle

peut être réversible chez certains patients au début de la dialyse, mais elle est définitive chez beaucoup d'autres, parmi les patients qui gardent un cycle menstruel, 50 à 80% ont des polyménorrhées ou des spanioménorrhées.

La coagulopathie urémique et héparinisation pendant les séances d'hémodialyse entraînent parfois des hyperménorrhées des métrorragies ou des ménométrorragies. D'autres anomalies structurelles sont les kystes ovariens qu'il faut absolument distinguer du syndrome des ovaires poly kystiques et les tumeurs ovariennes kystiques dont le pronostic est le conduit à tenir sont complètement différentes. **(Mahmoud Chiade, 2023.p. 28/34)**

9. La prise en charge psycho-sociale de l'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique pose des problèmes d'ordre familiale, professionnel et psychologique surtout vers le terme de son évolution, lorsqu'un traitement de substitution doit être envisagé. La prise en charge de ces problèmes doit commencer bien avant la date prévue pour débiter l'épuration extrarénale, voire avant la préparation « médicale » comprenant la vaccination contre l'hépatite B et la création de l'abord vasculaire. La première étape comprend l'information du patient, destinée à lui expliquer le Principe du traitement substitution, le pourquoi de la création de l'aborte vasculaire. Ou péritonéal .Il faut prévoir en entretien avec l'assistance sociale pour la mise en œuvre et l'organisation pratique du traitement et les modifications éventuelles à envisager dans le domaine de la situation socio-professionnelle du patient. Un soutien par un psychologue, souhaite secret de beaucoup de malades devrait pouvoir aider tout patient atteint d'insuffisance rénale à aborder les problèmes à venir le plus sereinement possible. En pratique, la « psycho-néphrologie » n'a pas pris, en France, essor quelle connaît aux Etats-Unis et le rôle du psychologue en néphrologie est loin d'être reconnu comme indispensable, contrairement à ce que se passe dans bien duré discipline clinique. Dans la prise en charge précoce de l'insuffisance rénale, la néphrologie est le premier à intervenir, même dans la préparation psychologique du patient. C'est lui qui fera comprendre à son patient l'intérêt de rencontrer une assistante social. Entretien un (e psychologue, pourtant souhaitable, se fait en pratique bien plus tard et en générale guère avant le début des dialyses. Une information éclairée est à la base d'une bonne préparation a la dialyse , indispensable pour orienter le patient vers des solutions comme l'auto dialyse ou, même, la dialyse à domicile, lui permettra ,du fait de sa participation active, d'avoir une plus grande autonomie. La qualite de vie du patient soumis au traitement substitutif qu'est l'épuration extrarénale (hémodialyse et dialyse péritonéale et, même pendant la transansplanation rénale, dépend de la motivation et de néphrologie, médecin, infirmier, aide-soignante, assistante social et psychologue. **(Johanna Zingraff, Lise Gailhoustet, Malik Touam, 1998.p.7)**

Synthèse:

L'insuffisance rénale chronique a un impact sur tous les aspects de la vie d'une personne.C'est une maladie qui entraine des perturbations physiques et psychologiques chez le patient .Il est donc nécessaire de prendre des médicaments et d'avoir yne éducation thérapeutique pour accepter et s'adapter a cette maladie.

Chapitre IV:
Le soi ET l'estime de soi

Chapitre IV:

Le soi et l'estime de soi.

Préambule.

1. La définition du concept de soi.
2. Les composants de soi.
 - 2.1. Le moi matériel ou physique.
 - 2.2. Le soi social.
 - 2.3. Le moi spirituel ou le moi mental.
3. Les étapes de développement de soi.
 - 3.1. Stade de l'enfance.
 - 3.2. Stade de l'adolescence.
 - 3.3. Stade d'adultes.
 - 3.4. Stade de personne âgée.
4. Les facteurs qui influencent le développement de soi
 - 4.1. L'image de corps.
 - 4.2. Interaction sociale.
5. Les théories qui abordent le soi.
 - 5.1. L'approche humaniste.
 - 5.2. L'approche cognitive.
6. La définition de concept l'estime de soi.
 - 6.1. La formation et la genèse de l'estime de soi.
7. Les composantes de l'estime de soi.
 - 7.1. Confiance en soi.
 - 7.2. Vision de soi.
 - 7.3. Amour de soi.
8. La construction de l'estime de soi.
9. Les symptômes de souffrance de l'estime de soi.
10. Les facteurs qui influencent l'estime de soi.
 - 10.1. Les facteurs personnels.
 - 10.2. Les facteurs environnementaux.
 - 10.3. Les facteurs psychologiques.
11. Les caractéristiques d'une personne qui s'estime et d'une personne qui ne s'estime pas.
12. La déférence entre le soi et l'estime de soi.
13. Les troubles à une faible estime de soi.
 - 13.1. La dépression.
 - 13.2. Les complexes.
14. Les théories abordant l'estime de soi.
 - 14.1. La théorie de Charles Cooley.
 - 14.2. La théorie de Carl Rogers.

Synthé

Prémabule:

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

I. Définition de concept de soi :

Le concept de soi est l'ensemble des croyances qu'une personne entretient à propos d'elle-même. Le soi est un ensemble des caractéristiques individuelles qui font qu'une personne est différente des autres ou semblable à eux. Nous cherchons ce que nous distingue des autres, mais aussi ce que nous rattache à eux. Le soi peut se décrire selon trois dimensions « qui je suis » (concept de soi), dimension cognitive : « comment je m'évalue » (estime de soi), dimension évaluative, « comment j'agis » dimension comportementale.

[http://fr.questmachine.org/soi_\(psychologie\)](http://fr.questmachine.org/soi_(psychologie)). consulté (11 /03/2024 a 12 :13).

Le concept de soi représente la connaissance que l'individu a de lui-même il est constitué d'images, de schémas, de théories, de conceptions sur le monde et sur les autres qui permettent à la personne de maintenir une certaine stabilité interne, en la protégeant contre les changements, mais également une flexibilité suffisante la rendant capable de s'adapter, lorsqu'elle est confrontée à son environnement sociale ou qu'elle est amenée à prendre des décisions

Par ailleurs, le concept de soi aide à la compréhension des comportements des autres par comparaison avec nos propres façons de nous comporter, dans des situations semblables.

Pour certains auteurs, le concept de soi se construirait par généralisation, à partir d'une auto-perception amenant l'enfant, puis l'adolescent à se regarder, comme les autres pourraient le faire, et à en inférer une connaissance de soi relative à ses façons habituelles de réagir, de vivre ses motivations, d'exprimer ses émotions, ou d'élaborer ses cognitions.

Pour d'autres, par contre, ce serait surtout à partir des interactions avec les autres que se construirait une image de soi, par un processus de comparaison sociale qui correspond en l'absence de certitude, à la tendance à se servir d'autrui pour se comparer, et évaluer ses propres opinions et ses aptitudes personnelles. (JO. Godefroid .2011, 768,769).

2. Les composants de soi :

William James (1842-1910) : pour cet auteur une personne possède 03 types de soi :

2.1. Le moi matériel ou physique :

Il évoque le corps de la personne, les vêtements, la famille (père, mère, frères. Etc.).

2.2. Le soi social :

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

2.3. Le moi spirituel ou le moi mental :

Il désigne l'ensemble de tous les états de conscience de l'individu, de ses tendances psychiques (dons ou aptitudes).

(Psychologie, Briefer Cour (1892, Trad., 2003 de William James).

3. Les étapes de développement de soi :

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

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

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

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

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

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

Premier grand remaniement au niveau du concept de soi, d'où le nom de réorganisation du soi donné à ce stade. Au départ (autour de 12 ans), il y a une sorte de désorganisations.

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

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

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

3.3. Stade d'adultes (entre 24-25 et 55-57 ans) :

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

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

3.4. Personne âgées –stade VI entre (58-60 et 100 ans et plus) :

Deux sous-stades caractérisent cette dernière période de vie concernant le développement du concept de soi. Le premier celui de la reviviscence du soi (entre 58-60 et 75-77 ans) : indique que suit à la réorganisation qui prend certain temps, et où le concept de soi comporte plus d'aspect négatifs qu'auparavant, il y a ensuite récupération et reprise plus positive au-delà de 70 ans, d'où le nom de reviviscence donné à ce sous-stade.

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

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

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

La structure de soi social : demeure surtout chez les femmes, mais ses dimensions sous-jacentes ne sont plus prioritaires chez les hommes à partir de (60 ans) et chez les femmes au-delà de (80 ans), indiquant bien un retrait progressif surtout au cours du dernier sous-stade (80 ans et plus).

Enfin, la structure soi-non soi : description de soi à travers les autres, surtout par le biais de ce qui arrive aux enfants, pour les personnes âgées redevient centrale chez les femmes à partir de 60 ans et chez hommes à partir de 80 ans.

(PR. René l'Ecuyer-université de Sherbrooke-colloque de castres- juin 2000).

4. Les facteurs qui influencent le développement de soi :

4.1. L'image du corps :

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

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

4. 2. Interaction sociale :

L'étude de (combes) en 1969 a montré que la réussite des interactions sociales donnent des bonnes pensées sur le soi, et l'estime de soi positive augmentent les interactions et les relations sociales.(J. Djamila , M. Nadja .2005,2006).

5. Les théories qui abordèrent le soi.

5.1. L'approche humaniste :

Est issue, rappelons-le, du courant phénoménologique, selon lequel la compréhension du sujet passe par celle de l'expérience qu'il a de lui et de sa relation au monde, ainsi que de la pensée humaniste qui met au premier plan de ses préoccupations, le développement des qualités essentielles de l'être humain. Selon les psychologues humanistes, la personne ne peut donc être en vissage en termes rationnels. Elle ne peut être ressentie que par l'expérience affective, à travers laquelle elle s'exprime ici et maintenant.

Selon Rogers « 1968 », tout organisme est animé d'une tendance à s'actualiser, c'est-à-dire à prendre sa vie en charge en assurant sa conservation et son enrichissement, et possédé en lui toute la compétence nécessaire pour résoudre ses problèmes et pour orienter ses conduites.

Le soi réel est la partie de la personnalité qui interagit avec la réalité.il est constitué de nos sentiments, nos pensées et nos souhaits, ainsi que de nos capacité à analyser les problèmes et à élaborer des stratégies afin d'y apporter une solution. Le soi réel s'appuie sur deux autres dimensions qui lui servent de point de référence.

La personnalité d'un individu sera d'autant plus équilibrée qu'il régence un accord, ou congruence, entre son soi réel et les émotions, les sentiments et les pensées qui lui sont propres. Selon Rogers, ce n'est donc que si la personne se sent acceptée telle qu'elle est, compte tenu du regard positif inconditionnel posé par les autres sur ce qu'elle est (et par nécessairement sur

ce qu'elle fait), que son soi réel pourra tendre vers le soi idéal, qui constitue la clé de l'actualisation. (JO. Godefroid, 2011.P, 719-720).

5.2. L'approche cognitive :

Met également en évidence le rôle sur le comportement de nos pensées et de l'information en notre possession, mais elle se différencie cependant de la théorie sociocognitive par l'accent qu'elle met sur l'expérience subjective plutôt que sur l'impact de situations objectives.

Deux théoriciens sont particulièrement représentatifs de ce courant. Il s'agit de Kelly et de sa théorie des construits personnels, ainsi que de Beck et sa conception de la personnalité basée sur le concept de schémas cognitifs découlant de ses études sur la dépression (JO. Godefroid, 2011.P, 710).

6. La définition de l'estime de soi :

Le concept d'estime de soi :

Considère comme une dimension évaluative de l'identité personnelle. L'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur c'est-à-dire son degré de satisfaction de lui-même (Harter, 1998, p.58).

Pour Larousse :

L'estime de soi est l'appréciation favorable que l'on peut avoir d'une chose ou d'une personne. (Josiane de saint Paul, 1999, P.1).

Selon Josiane de saint Paul :

L'estime de soi désigne l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humaine. 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. (Josiane de saint Paul, 2013, P.20).

Selon Cooper Smith :

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

L'estime de soi :

C'est le résultat d'un jugement que l'on a de soi et qui porte sur sa propre valeur personnelle. Une bonne estime de soi est une attitude intérieure qui consiste à se dire qu'on a de la valeur,

qu'on est unique et important. C'est se connaître et s'aimer comme on est avec ses qualités et ses limites. (www.bienetrebleuuindigo.com consulté 18/03/2024 à 23 :23).



Figure 11 :schéma d'estime de soi.

6.1. LA formation et la genèse de l'estime de soi :

L'estime de soi est le produit du jugement que nous portant sur nous-mêmes et suppose l'existence d'un concept de soi : une idée de qui je suis et d'un idéal de moi : une représentation de qui je veux être. Pour comprendre comment se forme l'estime de soi qui est le produit de la comparaison entre l'un est l'autre, il faut donc comprendre comment se construit le concept de soi ou la conception que nous avons de nous-mêmes ainsi que notre idéal de moi.

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

Cet apprentissage précoce est essentiel mais il est capital de comprendre qu'un être humain apprend tout sa vie. Au fur et à mesure que l'individu rencontre des situations nouvelles, des expériences, le concept de soi est susceptible d'évoluer. Il est clair cependant qu'il vaut mieux former dans ses jeunes années une impression favorable à propos de soi. Des autres et du monde que l'inverse, on évitera ainsi d'avoir à corriger cette mauvaise impression, si l'on a de nombreuses preuves démontrant que c'est possible, cela peut demander du temps et une certaine énergie. (Josiane de saint Paul, 2013, P. 23).

7. les composantes de l'estime de soi :

En trouve trois piliers de l'estime de soi :

- Confiance en soi.
- vision de soi.
- Amour de soi.

7.1. La confiance en soi.

Nous allons voir le rapport qui existe entre l'estime de soi et la confiance en soi. Ces deux aspects sont étroitement liés. Souvent confondue avec l'estime de soi, la confiance en soi est plus en lien avec la capacité de faire. C'est croire en ses capacités à agir efficacement.

La confiance en soi provient de l'apprentissage des règles de l'action (oser, persévérer, accepter les échecs). Avoir confiance en soi permet des actions aux quotidiens et une plus grande résistance aux échecs. Cependant, lorsque la confiance en soi fait défaut, il y a hésitation, abandon, manque de persévérance.

La confiance en soi alimente l'estime de soi car lorsque nous nous sentons capables et que nous agissons avec succès, cela a un impact positif sur l'estime de soi. Retrouver confiance en soi n'est pas insurmontable mais les personnes qui en souffrent sont souvent victimes d'inhibition et sensibles dans de petits actes quotidiens.

7.2. La vision de soi.

La vision de soi est définie comme « le regard que l'on porte sur soi ». Cette évaluation fondée ou non, que l'on fait de ses défauts est un pilier fondamental de l'estime de soi. Cette vision que nous avons de nous-mêmes, nous la devons à notre environnement familial et en particulier aux espoirs et à l'avenir que nos parents envisageaient pour nous. Dans certains cas, l'enfant porte inconsciemment la lourde tâche d'accomplir ce que ses parents n'ont pas pu ou pas su construire pour eux-mêmes.

7.3. L'amour de soi.

L'amour de soi est le principal pilier. Il s'agit d'un amour de soi « inconditionnel » qui ne dépend pas de nos réussites. Malgré nos défauts, nos échecs ou nos limites, nous nous aimons. C'est cet amour qui permet de surmonter les vicissitudes de la vie et nous protège contre le désespoir.

Nous verrons que cet amour se construit dans l'enfance. Il dépend de la qualité des nourritures affectives reçues dans l'enfance. (www.bienetrebleuindigo.com consulté 18/03/2024 à 01 :23).



Figure12 : les composantes de l'estime de soi.

8. les construit l'estime de soi :

Chaque personne est un être social qui se développe au contact des autres. La perception qu'il a de lui-même se forge dès ses premières années de vie.

Pour comprendre l'estime de soi d'un adulte, il faut revenir à son enfance et comprendre quel était son environnement social.

Enfant, ce que ses parents, ses amis diront, les façons dont ils agiront avec lui auront une influence directe sur sa perception de lui-même, son estime de soi. L'enfant se nourrit

littéralement de l'amour qu'il reçoit de ses parents, l'intention d'amour ne suffit pas. Il est particulièrement important de soutenir les enfants notamment concernant leurs doutes lorsqu'il porte un jugement sur eux-mêmes. Ce soutien joue un rôle important dans l'estime de soi.

Le milieu scolaire peut également influencer en bien ou moins bien l'estime de soi des enfants.

Adolescent, son environnement « pression des parents et jugements des autres » et l'image qu'il aura de lui-même nourriront également son estime son sentiment d'avoir une valeur ou non.

À l'âge adulte, l'environnement joue encore un rôle important dans l'estime de soi en plus des événements du passé (succès, erreurs, échecs...Etc). (www.bienetrebleuindigo.com consulté 20/03/2024 à 02 :39).

9. les symptômes de souffrance de l'estime de soi :

Le problème se pose lorsque ces manifestations deviennent fréquentes, disproportionnées par rapport à ce qui les a déclenchés.

- Obsession de soi
- Tension intérieure.
- Sentiment de solitude
- Sentiment d'imposture
- Comportement inadéquats par rapport à nos intérêts
- Tendance à l'auto-aggravation lorsqu'on va mal
- Procéder à des choix de vie contraires à nos envies
- Difficulté à demander de l'aide
- Dépendance excessive envers les normes
- Faire semblant d'être fort, d'être faible d'être indifférent.
- Caractère excessif des émotions négatives.

(www.bienetrebleuindigo.com consulté 20/03/2024 à 02 :57).

10. les facteurs qui influencent l'estime de soi.

Il y a plusieurs facteurs qui influencent l'estime de soi en voici quelques-uns :

10.1. Les facteurs personnels :

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

10.2. Les facteurs environnementaux :

La famille est considérée comme étant les milieux qui influencent la personnalité de chaque individu et la formation de son identité ses origines biologiques et sociales. La famille a ses desirs et ses besoins psychologiques et sociaux ainsi que le développement sexuel. Le milieu joue un rôle essentiel pour son estime de soi, les valeurs sociales et l'ensemble de ses expériences vécues par l'individu. Les expériences sociales qui entourent l'adolescent influencent son estime de soi et sa bonne adaptation. Par contre les expériences négatives mènent à

une faible estime de soi. Le jugement sur la validité d'un individu a un autre par extraits verbaux et en exprimé par les comportements apparents. (Cherif, 1993-1994, p. 86).

10.3. Les facteurs psychologiques :

Tels que les maladies chroniques comme l'insuffisance rénale chronique ou l'estime de soi, en provoquant chez le malade un sentiment de culpabilité, d'incapacité, la non satisfaction, la défiance physique et le sentiment de manque avoir des idées négatives sur soi, le replis sur soi la honte et le complexe, tout cela provoque une basse estime de soi.

Avoir atteint d'une maladie chronique constitue une menace à la santé dans la vie quotidienne suscite des impressions et des réactions émotionnelles souvent négatives, se sentir inférieur aux autres, la façon dont nous pensons joue un rôle déterminant sur notre estime de nous-mêmes. (<http://relation-aide.com> consulté 20/03 /2024 à 02 :18).

11.les caractéristiques d'une personne qui s'estime et d'une personne qui ne s'estime pas.

Tableau 01 : les personnes qui s'estime et les personnes qui ne s'estiment pas.

Basse estime de soi	Haute estime de soi
Aimer réussir	Aimer réussir
La réussite dérange leur vision d'eux-mêmes	La réussite confirme leur vision d'eux-mêmes
Émotions mitigées	Émotions positives
Peur de ne pas être à la hauteur ensuite, que cela ne dure pas	Se posent peu de genre de questions
Inconvénients Plaisir gâché (bonheur anxieux), peu de bénéfices des succès sur l'estime de soi.	Inconvénients Dépendance à la récompense
Avantage Humilité, modestie.	Avantage Motivation accrue, bénéfices des succès sur l'estime de soi

L'estime de soi s'aime pour mieux vivre avec les autres. (Christophe, André, François Lelord, P.46).

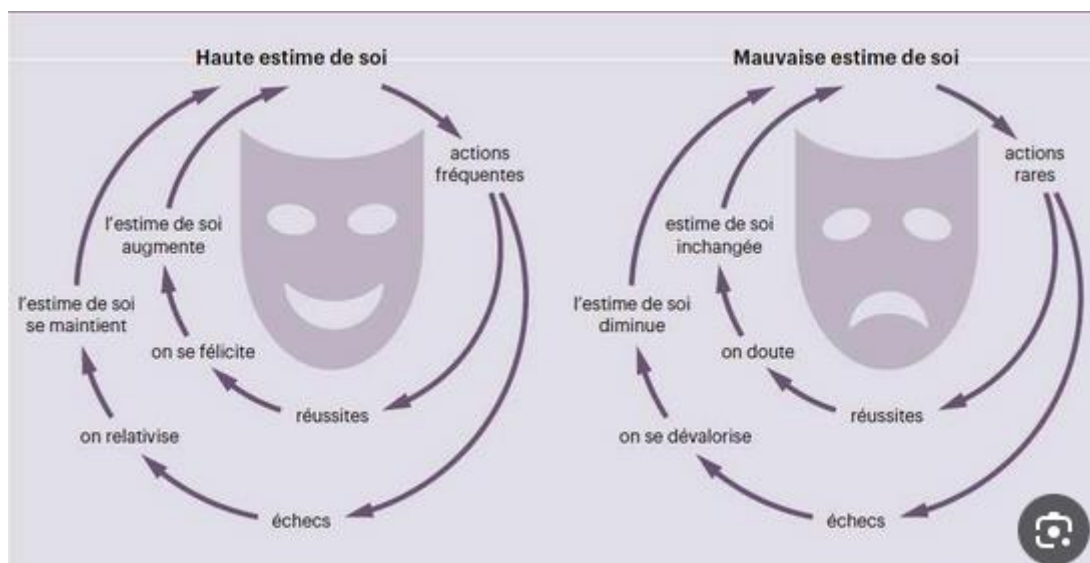


Figure 13 : le bien et le mauvaise estime du soi.

Mais les différences que nous avons étudiées tendent tout de même à penser durablement sur la vie de tous les jours. Le niveau global d'estime de soi d'une personne donnée influence considérablement ses choix de vie, et son style existentiel, ainsi, on a pu montrer qu'une haute estime de soi est associée à des stratégies de recherche de développement personnel et d'acceptation des risques, tandis qu'une basse estime de soi engendre plutôt des stratégies de protection et d'évitement des risques. Dit autrement la personne à haute estime de soi envie de réussir là où celle à basse estime de soi a peur d'échouer. (Christophe A, François L. op. cit, P45-46).

12. La différence entre le soi et l'estime de soi.

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

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

13. Les troubles à une faible estime de soi.

Personne n'est à l'abri d'une faible estime de soi. Cependant il faut différencier les sentiments dus à la faible estime de soi de ceux de la tristesse, ou des effets cumulés de plusieurs mauvaises journées. Il existe certains symptômes de la faible estime de soi qu'on peut reconnaître. Les psychologues associent souvent l'estime de soi à une conception de soi-même qui persiste dans le temps. Cette image va influencer sur la vie d'une personne. ([http:// technique pour l'estime de soi](http://technique pour l'estime de soi), consulté 20/03/2024 à 04 :04).

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

13.1. La depression :

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

13.2. Les complexes :

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

Pour C. André, le complexe c'est focalisation sur une imperfection réelle ou supposée, physique ou psychologique... le sujet pense que ce défaut est très visible, qu'il cache l'ensemble de sa personnalité, alors que les autres le voient globalement. Lorsque les patients parlent de leurs complexes d'infériorité, ils sont convaincus d'être porteurs d'un défaut physique (volume ou forme, taille trop grande ou trop petite. Etc...). (C. André, F. Leclercq, 1999, P. 148-149).

14. les théories abordant l'estime de soi.

14.1. La théorie de Charles Cooley.

À la différence de James, les interactionnistes symboliques ont placé un fort accent sur la manière dont les interactions sociales de l'individu avec les autres façonnent profondément le soi. Ainsi pour Cooley, le soi est considéré comme étant principalement une construction sociale, menée à travers des échanges linguistiques (interaction symboliques) avec d'autres. C'est dans le processus que s'est profondément structuré. Toute la théorie du soi-miroir de Cooley tient dans ce distique désormais célèbre chez les chercheurs anglo-saxons : « chacun pour chacun / permet à l'autre de se voir » pour lui, les autres signifient un miroir social que l'individu regarde et dans lequel il détecte ses opinions sur lui-même. L'auteur prétend nous sommes ce que les autres pensent de notre apparence, de notre caractère, de nos faits et gestes, l'individu finit par intégrer et s'approprier ces jugements. (Jean-Pierre Fassin, 2002, P18-19).

14.2. La théorie de Carl Rogers :

Il donne une grande importance à la notion de soi, celle-ci détermine comment les expériences sont vécues et comment le monde est appréhendé. Ceci conduit à nos propres conceptions du monde. Ce concept est mouvant dans la mesure où il y a un soi actuel et un soi idéal auquel le sujet aspire. Si la différence entre les deux n'est pas trop grande c'est que la personne est parvenue à un bon ajustement et qu'elle s'accepte relativement bien nos conceptions personnelles du monde peuvent être congruentes ou non aux expériences vécues quand elles sont non congruentes, elle donne naissance à des distorsions de la réalité. Dans ces cas nos réinterprétations de la réalité comme nous voulons qu'elle soit. Rogers a développé un test simple qu'il appelle Q-sort pour appréhender le soi (trier des qualités sur des cartes apparaissent des qualités comme « intelligent, optimiste, ambitieux, anxieux, heureux, impulsif, et sociable » (Hansenne Michel, 2003, P. 356).

Synthèse

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

PARTIE PRATIQUE

Chapitre V : Méthodologie de recherche

Chapitre V :

Méthodologie de recherche

Préambule.

1. Le déroulement de la recherche.
 - 1.1.L'enquête
 - 1.2.La pré- enquête.
2. La méthode de la recherche.
 - 2.1.La méthode clinique
 - 2.2.L'étude de cas.
 - 2.3.L'entretien clinique
3. La population d'étude.
4. Présentation de lieu de recherche.
5. Les outils de recherche.
 - 5.1.L'entretien semi-directif.
 - 5.2.Guide d'entretien.
 - 5.3.Le questionnaire.
 - 5.4.L'échelle d'estime de soi de Cooper Smith.
6. Les problèmes liés à la recherche.
7. Les attitudes de clinicien durant l'entretien.

Synthèse

Préambule :

La méthodologie de recherche est un cadre systématique très important pour résoudre les problèmes et s'alignant sur le but et les objectifs de recherche.

Dans ce chapitre méthodologique se concentrera sur la présentation de divers méthodes utilisées et les étapes que nous avons suivies est analyser de manière approfondie la méthode utilisée dans le but de recueillir des informations et des données destinées à évaluer et comprendre le degré d'estime de soi chez les patients hémodialysés

Pour notre étude les patients hémodialysés nous avons opté pour l'entretien clinique et l'utilisation du test d'évaluation de l'estime de soi de Cooper Smith.

1. Le déroulement de la recherche :

1.1 L'enquête :

Notre investigation a eu lieu à l'hôpital sidi aiche et a duré 45 jours au mois avril jusqu'à au mois de mai. Nous avons collaboré avec les patients qui ont donné leur accord afin de contribuer à cette enquête .L'entretien et l'échelle ont été effectués dans la langue maternelle du patient, car les patients étaient incapable de comprendre la langue française.

1.2 La pré-enquête :

La pré-enquête est un processus assez pertinent dans le domaine de la recherche scientifique car il permet de mener un travail scientifique de qualité .Etant donné qu'elle nous donne la possibilité d'explorer notre domaine d'étude, c'est-à-dire la population d'étude sur laquelle notre étude se concentre et la documentation sur laquelle elle se basera.

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importants dans toute les recherches scientifiques, elle appelle phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain .Elle doit conduire à construire la problématique à la cour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente (**Cario, 2000, p.11**).

En d'autres termes, cela nous offre la possibilité de découvrir notre domaine d'étude et d'enrichir les références bibliographiques, ce qui nous permet de limiter et de cerner notre thème de recherche, apportant ainsi une meilleure compréhension du sujet d'étude et d'obtenir un maximum d'informations .Etant donné qu'elle nous permet aussi de vérifier la disponibilité des cas, ainsi que la fiabilité et la validité de notre guide d'entretien et de notre échelle .

Notre pré-enquête a été réalisée au service d'hémodialyse situé à L'EPH de sidi aiche Bejaia.

Effectivement nous avons commencé notre travail de recherche en effectuant une pré-enquête afin de collecter des informations sur notre sujet de recherche, ainsi de la situation clinique .Pendant cette étude, nous avons observé chez la majorité des individus souffrant d'une insuffisance rénale chronique au centre d'hémodialyse des symptômes tels que la tristesse, le désespoir etc. Cela nous a poussés à nous interroger sur l'influence de l'insuffisance rénale chronique sur leur estime de soi. Grâce à notre interaction avec les individus hémodialysés, nous avons pu constater une certaine altération de leur confiance en soi tant sur le plan physique que psychologique. Au cours de notre pré-enquête, nous avons remarqué un grand nombre de

personnes hémodialysées. Nous sommes hémodialysées d'elles afin d'obtenir d'avantage d'informations sur leurs expérience psychologiques liées à la maladie et aux perturbations de leur confiance en soi.

2. La méthode de recherche :

2.1 La méthode clinique :

Le terme clinique provient de la tradition médicale, mais les conceptions psychologiques ont opéré une rupture avec le sens originaire et s'inscrivent dans un projet différent. (**Jean –louis pedinielli, 2012.P.33**).

La méthode clinique qui s'oppose à la méthode expérimentale est naturaliste se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus à l'aspect concret des situations à leurs dynamiques, à leur genèse et à leurs sens. Cette méthode suppose ainsi la présence du sujet, son contact avec la psychologue mais aussi sa liberté d'organiser les situations proposés comme il le souhaite elle s'appuie sur les techniques utilisées dans le domaine de la pratique (entretiens, observations, testes). Qui ont pour but d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique d'évaluation et de thérapie) ou de problèmes plus généraux et d'en proposer une interprétation ou une explication (théories psychologiques). (**Lydia Fernandez, Jean-Louis pedineilli, 2006 .P.41a 51**).

2.2 L'étude de cas :

La notion d' « étude de cas » est au centre de la méthode clinique à tel point que certains réfutent le terme « clinique » pour toute approche qui ne référerait pas à elle .(**Jean-Louis pedinielli, 2012.p.64**).

En sciences humaines et sociales, le terme « étude de cas », traduit en anglais par cas study, renvoie à une méthode d'investigation à « vise d'analyse et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problèmes ou d'un phénomène restreint et précise tel qu'il est déroulé dans une situation particulière , réelle ou reconstituée, jugée représentative de l'objet à étudier

Etude de cas donc est un outil majeur de la psychologie clinique et de psychopathologie qui consiste en un travail d'élaboration et de présentation du contexte et du fonctionnement psychologique d'une personne. (**Véronique barfety-servignat, 2021.P. 95 à 113**).

L'étude de cas souvent appelée aussi plus ou moins justement « observation » est avec l'entretien la méthode de plus anciennement et la plus fréquemment utilisée dans les « sciences humains cliniques » tant en ce qui concerne la pratique que la recherche. Etude de cas débord pourtant fréquemment l'observation, même prise dans une acception large et diversifiée et intègre des données provenant, et port l'intérêt sur le travail d'analyse et de présentation du matériel concernant une personne en situation. (**Claude revaulte d'Allonnes, 2014.P. 101a 115**).

2.3 L'entretien clinique :

Le sujet humain est un être de langage et la parole est déterminante dans sa constitution :le langage nous préexiste et nous constitue comme sujet .L'entretien clinique est le principal instrument dont nous disposons dans l'évaluation comme dans la thérapie .A l'exception de

quelques cas (enfants, sujets sans langage....), la majeure partie des informations proviennent du discours dont la particularité est de faire exister les objets, le faits, les situations, en dehors de leur présence concrète. La connaissance d'autrui l'établissement d'une relation passent par l'entretien. Piece essentielle de la consultation psychologique. L'entretien est une partie qui e joue au moins à deux avec une position asymétrique entre le sujet et le psychologue. Le travail de celui-ci consiste à savoir recevoir et écouter le discours que lui tient le sujet , mais aussi a le susciter et à permettre son expression .Si l'asymétrie entre les interlocuteurs tient à la position du clinicien (liée à son statut, sa formation et à sa mission institutionnelle) , l'efficacité d'un entretien dépend du type de rencontre qu'il ménage avec le sujet, rencontre qui dépend des qualités personnelles du psychologue, de son éthique , de son expérience, mais aussi de ses compétences techniques. **(Jean-Louis pedinielli, 2012 .P.38a 39).**

L'entretien clinique se distingue radicalement de tout autre entretien, qu'il s'agisse d'entretien inscrits dans un champ professionnel (entretien avec un avocat, une assistante sociale, médecine, etc.) ou d'entretien effectués dans le cadre de recherche en sciences sociales. **(Nadine Proia- lelouey, 2012 .P.11).**

3. La population d'étude :

En respectant les principes de déontologie et 'éthique de la recherche en psychologie clinique, nous avons sollicité le constamment des patients hémodialysés afin de pouvoir prendre part à notre travail de recherche. Nous avons décidé d'effectuer une investigation avec huit patients souffrant d'insuffisance rénale, âgés de 42ans a 60ans .Nous avons travaillé en toute confidentialité avec eux, ou nous avons choisi de changer et de modifier leurs prénoms.

Tableau 02 : critères sélectionnés et non sélectionnés.

Critères sélectionnés	Critères non sélectionnés
-Chaque cas sélectionné présente la même maladie, l'insuffisance rénale chronique, et tous sont traité par la dialyse. -Chaque situation est liée à l'âge adulte, car à cet âge, la personnalité des individus sera pus organisé.	-Il n'est pas tenu compte de la situation matrimoniale, car la maladie peut affecter les mariés et les célibataires. -La taille du patient n'est pas prise en compte car la maladie affecter les deux sexes.

Tableau 03 : récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude .

Sujet	Age	Sexe	Situation professionnelle avant la maladie	Situation matrimoniale	Le début de la maladie	Service d'hémodialyse
Lynda	41ans	Féminin	Femme au foyer	Célibataire	2ans	Sidi aich
Nabil	45ans	Masculin	Commerçant	Marié	10ans	Sidi aich
Soutra	42ans	Féminin	Prof de française	Marié	17ans	Sidi aich
Fatima	54ans	Féminin	Femme au foyer	célibataire	15ans	Sidi aich
Farida	58ans	Féminin	Femme au foyer	Marié	8ans	Sidi aich
Saliha	48ans	Féminin	Femme au foyer	Marié	5ans	Sidi aich

4. Présentation de lieu de recherche :

Au sein de l'établissement public hospitalier (EPH) Rachid belhocine situé à sidi aiche dans la wilaya de Bejaia nous avons réalisé notre recherche au service d'hémodialyse il s'agit d'un établissement de santé public établi en 1986.

Et pour meilleur couverture L'EPH se compose des unités suivants : deux (2) psychologues , trois (3) néphrologues, cinq (5) médecin générale , (16) infirmiers , un (1) technicien , deux (2) agent de sécurité le matin et deux (2) autres le soir , deux (2) agent de nettoyage , un (1) secrétaire administratif , un (1) secrétaire pharmacie , service d'oratoire, les sanitaires, deux (2) salles D'urgence, un (1) bureau de médecine, un (1) chef service médecine , et un (1) autre chef service infirmier et aussi dix (10) générateurs de dialyse.

et dès l'arrivée du patients il y'a toujours :

- La prise de point avant la dialyse
- La prise de glycémie chaque matin
- Durant le traitement du dialyse il y'a toujours dans chaque une heure la prise de tension
- repas au moment de la dialyse.

5. Les outils de recherche :

5.1 L'entretien semi directif :

L'entretien semi-directif est une technique de recueil de données très largement utilisée dans la recherche qualitative en sciences sociale. De manière très générale, elle se distingue radicalement de l'enquête par questionnaire qui vise à produire des données standardisées sur une vaste population pour groupes d'individus. (www.sciencespo.fr/liepp).consulté le 15/04/2024 à 10:55.

Aussi appelé l'entretien qualitatif ou approfondi, est une méthode d'étude qualitative. Son but est de récolter des informations qui apportent des explications ou des éléments de preuve à un travail de recherche.

Donc c'est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissance favorisant des approches qualitatives et interprétatives révélant en particulier des paradigmes constructiviste. Pour obtenir ces données, l'entretien semi-directif se compose d'une série d'interrogations ouvertes. Elles sont préparées en amont par le chercheur et les données recueillies devront être interprétées, afin que vous puissiez rédiger une conclusion argumentée. (www.scribbr.fr).consulté le 19/04/2024 à 13 :06.

5.2 Guide d'entretien :

Une fois que vous avez défini la question de départ le type d'entretien que vous souhaitez utiliser, la population que vous comptez interroger, il vous faut préparer les questions que vous allez poser. Le guide d'entretien se révèle alors souvent indispensable lorsque l'on début dans la pratique de l'entretien. Or construire un guide d'entretien quand on ne l'a jamais fait n'est pas chose facile. Un guide d'entretien est souvent présenté comme un « pense-bête ». Il compte des éléments correspondant aux questions que vous posez à un moment donné de votre enquête.

Le guide d'entretien peut subir diverses évolutions et changements au cours de l'enquête lors de la phase exploratoire, il est en construction, puis il deviendra définitif pour « obtenir des entretiens de contenus homogène ou tous les points prévus seront abordé » (**Romy sauvayre, 2021p.29 a 60**).

Donc le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble de question à poser ou de thème abordé lors d'une entrevue. Il est structuré selon le type d'entretien que vous souhaitez mener (entretien directif, semi-directif ou non directif). (www.scribbr.fr). Consulté 15/04/2024 à 18 :45.

2.3 Le questionnaire :

Un questionnaire est une technique de collecte de données quantifiable qui se présente sous la forme d'une série de questions posées dans un ordre bien précise. Un outil régulièrement utilisé en sciences sociales (sociologie, psychologie).Il permet aussi de recueillir un grand nombre de témoignages ou d'avis. Les informations obtenues peuvent être analysées à travers un tableau statistique ou un graphique.

Alors que l'entretien et l'observation sont des méthodes qui permettent de recueillir des données individuelles ou collectives, le questionnaire est exclusivement collectif. Les résultats ne sont exploitables que si un grand nombre de personne a été interrogé (la taille minimum de l'échantillon dépend de la population étudiée).Les réponses des différents personnes questionnées servent à confirmer ou infirmer des hypothèses émises avant le début de l'étude. (<https://www.scribbr.fr>).consulté 11/04/2024 à 14 :30

Selon le dictionnaire française Larousse la définition de questionnaire et comme suite : est une série de questions auxquelles on doit répondre. (<https://www.larousse.fr>). Consulté 13/04/2024 à 13 :20

5.4 L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith :

Définition de l'inventaire de l'estime de soi :

Selon (**Cooper Smith**) le terme de estime de soi renvoie au jugement que les individus portent sur eux même, qu'elle que soit les circonstances, c'est en ce sens, une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et professionnelle , qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courant (vie sociale, familiale et professionnelle

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

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

L'inventaire d'estime de soi a été élaboré pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi mêmes dans le domaine social, familial, personnel et professionnel. Une échelle de mensonges a été ajoutée. Les SEI (Self Esteime Identité) comporte 58 items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case « Me ressemble » ou « Ne me ressemble pas » .Le teste se présente sous deux formes : échelle générale, sociale, familiale, professionnel ou scolaire.

La correction :

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

La grille est la suivante :

Tableau04 : présente la cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith :

Composants	Items	Numéros des items	Réponses	Notes
Estime de soi générale	Positif	1-4-19-27-38-39-43-47	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24-25-30-31-34-35-48-51-55-56-57	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

Estime de soi sociale	Positif	5-8-14-28	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatif	6-11-16-22-44	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi professionnelle	Positif	33-37-42	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	
Echelle de mensonge	Positif	26-32-41-50-53-58	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif		Me ressemble	1
			ne me ressemble pas	0

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

Tableau 05 : Présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

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

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

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

Tableau 06 : Présente les sous échelles de l'échelle de l'estime de soi :

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

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

Le mode d'administration :

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

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

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

La consigne d'administrations :

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

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

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

Le temps de passation :

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

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

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

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

La note de l'estime de soi s'obtient en sommant les notes aux quatre échelles (générales, familiales, sociales et professionnelles)

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

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

Classement et interprétation :

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

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

Tableau 07 : Présente les niveaux d'estime de soi :

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

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

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

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

Tableau 08 : Valeurs caractéristiques des échelles :

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

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

Ce tableau nous permet de déterminer grâce à une comparaison intra-individuelle, le domaine ou l'estime de soi est la plus faible ou les plis appréciés. Il est également employé pour interpréter la note d'échelle de mensonge. Une bonne note à cette échelle peut simplement témoigner d'une attitude défensive envers le teste, ou d'un désir évident de se donner une bonne

image. Il faudra donc ajuster l'interprétation de la note totale d'estime de soi en fonction du résultat obtenu à cette échelle. Il est à noter que la note maximale est de 26 pour l'échelle générale, tandis que celle des autres échelles est de 8. La note globale d'estime de soi est 50.

6. Les problèmes liés à la recherche :

Pendant notre travail de recherche, nous avons rencontré de nombreux obstacles parmi lesquels nous mentionnons :

A l'université : la documentation spécialisée et les ouvrages traitent notre sujet de recherche sont insuffisantes.

Dans l'institution : un service d'hémodialyse l'entretien a été difficile à réaliser dans des conditions optimales en raison d'effets du traitement de l'hémodialyse. De plus les entretiens ont lieu pendant la séance d'hémodialyse, ce qui a entraîné une fatigue des patients pendant le traitement de la dialyse. De plus les sujets se sont installés l'un près de l'autre, ce qui les empêche de s'exprimer. Il est également important de noter l'intervention des infirmiers chaque fois pour régler le générateur. Aussi difficulté des patients à saisir la langue française nous a contraints à leur traduire le questionnaire et les outils utilisés et communiquer avec leur langue maternelle. Mais il est important de ne pas négliger les aspects positifs de cette tâche, nous a également donc l'opportunité de découvrir le terrain et surtout de nouer des liens avec les patients et partager leur souffrance.

7. Les attitudes de clinicien durant l'entretien :

Dans ce genre d'entretien étant donné que c'est le clinicien qui supervise le discours. Il n'est pas passif et ne contient pas d'observer l'interlocuteur qui parle. Par conséquent, le clinicien utilise diverses méthodes d'intervention, telles que les rappels, les questions ou complémentarité au sujet discuté et l'appuient.

Synthèse :

La méthodologie joue un rôle crucial dans l'exécution d'un projet. Dans cette étude scientifique, méthodique, nous avons utilisé une méthode clinique pour notre population. Composé de 8 situations examinées au sein du service d'hémodialyse de Sidi Aiche. Dans le cas de la population ciblée, il s'agit des personnes hémodialisées. Les données ont été collectées en utilisant l'entretien clinique, l'entretien semi directif et l'échelle. L'estime de soi de Cooper Smith est essentielle pour atteindre les objectifs de cette étude.

Chapitre VI :
Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Chapitre VI :

Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule.

1. Présentation et analyse des résultats.

Cas N°01 : Mm Lynda.

Cas N°02 : Mr Nabil.

Cas N°03 : Mm soutra.

Cas N°04 : Mm Fatima.

Cas N°05 : Mm Farida.

Cas N° 06 : Mm Saliha.

2. Discussion des hypothèses

Préambule

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

Présentation du cas n°1 Lynda :

Linda est une femme célibataire de 41 ans. Elle a la peau de couleur blanche et les yeux verts Elle est timide et s'isole du reste des patients, elle n'aime pas partager ses sentiments avec les autres.

1. La santé physique et précédente.

1.1. La santé antérieure et actuelle :

Dans sa jeunesse, Linda n'a jamais été confrontée à une maladie chronique ou à toutes autres maladies graves.

Cependant, il y a quelques années, elle a été opérée de larynx et le médecin lui a demandé de prendre soin de sa santé de manière plus attentive. Elle a continué sa vie normalement jusqu'au jour où elle a commencé à vomir « en jet » et sa température corporelle était élevée. Elle ne pouvait plus supporter la situation. Elle a consulté le médecin pour un contrôle de routine mais la souffrance a commencé lorsque le médecin lui annoncé qu'elle atteindre une insuffisance rénale chronique et qu'elle devait commencer le traitement.

1.2. Les effets de la maladie d'insuffisance rénale chronique :

Lorsque Lynda a contracté cette maladie chronique considérée comme une maladie non héréditaire dans sa famille, elle a éprouvé de la culpabilité et de l'impuissance car elle a ignoré les conseils du médecin lors de sa chirurgie de larynx.

Actuellement, Lynda se sent coupable d'avoir ignoré sa maladie.

Après de multiples épreuves psychologiques il est essentiel de suivre le traitement et les conseils du médecin en particulier le régime alimentaire qui est essentiel pour la guérison.

2. La santé psychologique.

2.1. La réaction du patient envers sa maladie :

A l'annonce de la maladie, ce fut une journée très difficile et Lynda n'arrivait pas à réaliser qu'elle avait contracté cette maladie chronique qui allait changer sa vie.

Lynda s'est assise et s'est posée beaucoup de questions sans réponse, elle était paniquée et a pleuré toute la journée. Elle s'est retrouvée isolée parce qu'elle ne pouvait parler à personne.

Lynda a toujours été une femme active. Le médecin a pris l'initiative de lui expliquer tous les détails de sa maladie et a su la convaincre de subir une opération de filtration rénale.

2.2. Activités vitales du patient (sommeil, appétit....) :

Depuis que Lynda a cette maladie chronique, beaucoup de choses ont changé dans sa vie.

Le sommeil est ce qui est devenu particulièrement difficile ces derniers temps parce qu'elle n'arrive pas à dormir même en prenant des médicaments. Elle ne se souvient plus de ses rêves. Son appétit a diminué et elle a commencé à détester certain aliment qu'elle aimait auparavant comme la pomme de terre.

2.3. Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient :

Linda n'a jamais rien regretté de sa vie, sauf ses études qu'elle n'a pas achevées à cause de sa négligence. Quant à ses futurs projets il n'y a rien de précis pour le moment parce que sa maladie est à l'origine de nombreux obstacles dans sa vie.

Sans espoir de revivre comme avant, c'était difficile à réaliser car elle a perdu confiance dans la vie.

3. Les caractéristiques de la relation d'objet.

3.1. Relation avec la famille :

Après avoir découvert cette maladie chronique, Lynda n'a jamais remarqué de changement de comportement de la part de sa famille, au contraire tout le monde s'inquiète pour elle et sa santé. Même si avant cette maladie elle était aimée, elle a constaté qu'elle l'était encore plus qu'avant. Aujourd'hui elle se sent comme une charge pour eux car il y a beaucoup de tâches quotidiennes qu'elle ne peut pas faire seule. Il y a toujours une personne pour l'aider parce qu'elle n'a plus de force.

3.2. Relation avec le milieu hospitalier et professionnel :

La maladie vous renforce ou vous détruit.

Aujourd'hui Lynda a noué de nombreux liens et relations étroites avec tous les employés de l'hôpital (médecins, infirmiers etc...) par qu'elle y passe la plus part de son temps : c'est sa deuxième famille.

Concernant les autres patients elle se contente d'écouter les conversations sans dire un mot.

4. Estime de soi.

Lorsque nous entrons dans la salle de purifications des reins, Lynda attire l'attention par son silence et son calme, elle est timide, ne participe pas aux conversations et ne parle pas beaucoup avec les autres patients. Elle est tout le temps sur son téléphone sur les réseaux sociaux.

Sa période de soin est très fatigante et ennuyeuse.

Résumé d'entretien.

Après avoir examiné les informations de l'entretien lié au cas de Lynda, il a été constaté que sa vie lui semble inutile et qu'elle a tendance à s'isoler sans vouloir discuter avec qui ce soit car elle est actuellement distraite par des problèmes de sommeil.

Ces insomnies lui causent des maux de tête continues c'est pourquoi elle refuse d'en parler avec les autres. Elle ne support absolument pas le bruit depuis qu'elle souffre de cette maladie chronique. Sa santé mentale s'est détériorée et est devenue compliquée.

Tableau n° 09 : Présentation et analyse résultats de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge
Cas Lynda	17	06	05	05	34	05

Analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

Selon les données de l'échelle d'estime de soi cette femme a obtenu 34 sur la note totale de son estime de soi sur une échelle de 50 points.

Linda affiche une estime de soi fondamentale qui se manifeste par la honte et un déséquilibre qui impactent chaque aspect de sa vie

À la dimension générale elle a obtenu une note globale de 17 sur 26 de note maximale de cette échelle.

Nous avons remarqué dans notre sujet un manque de confiance en soi en vérifiant dans la colonne « me ressemble » c'est difficile d'être moi

À la dimension sociale : elle obtenus 6 point sur 8 dans la note maximale, ses proches l'encourage et la soutenir bien ce qui lui redonnée confiance en elle en coche la casse « Me ressemble » «on s'amuse bien en compagnie » est sur le cas « Ne me ressemble pas » la plupart des gens sont mieux aimes que moi.

À la dimension familiale : elle a une note de 5 sur 8 point d'une part elle éprouve le soutien de sa famille en cocher sur la colonne « Me ressemble » ma famille me comprend bien, est sur le cas « Ne me ressemble pas » je suis souvent contrarié par ma famille.

À la dimension professionnelle : elle a obtenu 6 point sur 8 de la note maximale de cette sous échelle. Elle rencontre sur la colonne « Me ressemble » « je suis fière de mon activité professionnelle » est sur la colonne « Ne me ressemble pas » je me sens souvent mal alaise dans mon travail.

Synthèse :

La négation de la maladie et les problèmes d'adaptation provoquent une altération de l'estime de soi.

Résultats 34 points, la deuxième 2 classe, 34 à 40 basses estimes de soi.

Présentation du cas n°2 Nabil 42 ans :

Nabil, un homme de 42 ans originaire de Sidi Aïch, est le cadet de ses frères. Un homme grand de taille, aux yeux noisette, marié et sans enfant, ayant obtenu un diplôme d'études secondaires.

1-La santé physique et précédente.

1.1.La santé antérieure et actuelle :

Au cours de son enfance, nabil a été confronté à une santé instable et a subi plusieurs interventions chirurgicales sur l'un de ses reins à partir de l'âge de 7 ans. Ainsi, il a été admis à l'hôpital en France pour un traitement approprié, mais il a rapidement réalisé qu'il pouvait se rétablir sans aucun problème et continuer sa vie normalement. Cependant, le médecin continue de lui recommander de prendre soin de sa santé, Nabil affirme qu'il n'a pas suivi ses conseils : « Il est indéniable que j'ai vécu une enfance difficile, mais après les opérations, tout s'est stabilisé, c'est pourquoi je n'ai pas pris en compte les paroles du médecin, car je n'avais jamais envisagé d'atteindre ce stade ».

Il a constaté une dégradation dans son état de santé, toujours souffrant de fatigue et de fièvre.

Il a consulté un médecin qui lui a diagnostiqué une maladie chronique (insuffisance rénale chronique) et lui a indiqué qu'il devait subir une dialyse en urgence.

1.2.Les effets d'une insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique est une affection très complexe et difficile qui affecte de nombreuses personnes à travers le monde. Toutefois, Nabil est la première personne de sa famille à être touchée par cette maladie. Actuellement, il éprouve de la culpabilité car il a négligé les recommandations du médecin, qui sont perçues comme un traitement précieux et peu connu par les individus. Les conseils du médecin constituent la première étape de guérison avant d'atteindre une insuffisance rénale chronique, selon lui. En ce moment, il prend en considération toutes les recommandations de la spécialiste pour mener une vie relativement tranquille.

2-La santé psychologique.

1.2.Réaction du patient envers sa maladie :

Sa vie a été marquée par plusieurs événements très émouvants, mais l'annonce de sa maladie était un événement exceptionnel qu'il souhaitait que personne ne la qualifie d'inacceptable. Cependant il s'est rendu compte qu'il aurait un jour cette maladie et le plus important, c'est que cela n'est pas nouveau pour moi. Toutefois, Nabil a commencé à éprouver de la peur et de l'inquiétude quant à son avenir et souhaitait sincèrement que cela ne soit qu'un cauchemar désagréable.

2.2. Activités vitales du patient (sommeil, appétit.....) :

Nabil a dit qu'après avoir contracté cette maladie, il a ressenti des problèmes de sommeil, y compris des difficultés pour s'endormir. Pendant les premiers temps, il a été soumis à un traitement médicamenteux pour pouvoir dormir normalement sans avoir à ressentir de douleur intense. En ce qui concerne ses rêves, il ne s'en préoccupe pas beaucoup, il est simplement plus attentif car il n'est pas d'accord avec le régime et mange tout sans faire de changement spécifique.

2.3. Expression souvenirs et projets d'avenir du patient :

Nabil a exprimé son opinion. Il ressent un profond manque de souvenirs de sa vie, comme le jour de son mariage, une date inoubliable car c'était un mariage d'amour. Quant aux projets, il ne souhaite pas réaliser de chose spécifique, il souhaite juste que son commerce reprenne à la normale afin qu'il puisse terminer sa maison. En dehors de cela, il n'a pas d'autres obligations car sa maladie ne lui facilite pas certaines activités.

3-Les caractéristiques de la relation d'objet.**3.1. Relation avec la famille :**

Selon Nabil, après qu'on lui a diagnostiqué une insuffisance rénale chronique, il n'a jamais ressenti de changement au sein de sa famille. Au contraire, il a bénéficié d'un soutien familial extrêmement solide. Tout le monde s'inquiète et prend soin de moi, notamment sa femme qui est toujours à ses côtés.

3.2. Relation avec le milieu hospitalier et professionnelle :

Nabil n'éprouve aucun problème dans les deux environnements, il est sociable, aime échanger et partager sa joie avec les autres, sans exception. Il a des relations normales au travail ou à l'hôpital. Il affirme : « dans le service d'hémodialyse, qui est pour moi ma deuxième famille, où je passe un temps considérable, je n'ai jamais ressenti de sentiment d'infériorité ou d'injustice, que ce soit par des médecins, des infirmiers ou des psychologues. Ils sont tous très compréhensifs et compétents dans leur travail.

4-Estime de soi :

Au cours de l'entretien, Nabil nous a raconté son expérience de faire face à sa maladie avec un choc, mais il reste un homme actif dans le service. Il est rare de le voir dormir pendant les séances d'hémodialyse et il cherche constamment à sortir de son silence, il fait preuve de courage et d'espoir face à sa maladie.

Résumé d'entretien :

Après avoir examiné les données de l'entretien du cas, il n'a été observé que ce patient manifeste des sentiments de culpabilité et de tristesse liés à sa prise en charge. Cependant, il reste un individu extrêmement dynamique, plein d'énergie dans le service et qui partage une bonne ambiance dans l'ensemble du service.

Tableau n ° 10 : présentation et analyse résultats de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge
cas Nabil	22	06	06	07	41	08

Analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

Selon les données de l'échelle d'estime de soi, Nabil a obtenu 41 sur la note totale de son estime de soi sur une échelle de 50 points.

Nabil a affiché un moyenne estime de soi, est c'est un homme dynamique et pleine d'énergie.

A la dimension générale : il a obtenu une note 22 sur 26 point de la note maximale de l'échelle

Nous remarque sur Nabil une confiance en vérifiant sur la colonne « me ressemble » : « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté » et sur la colonne « ne me ressemble pas » : « c'est très dur d'être moi ».

A la dimension sociale : il a obtenu une note 06 sur 08 point de la note maximale.

On trouve que Nabil a un soutien et un encouragement dans ce milieu social en coche la colonne « me ressemble » : « j'ai généralement de l'influence sur les autres » et sur la colonne « ne me ressemble pas » : « je préfère avoir des amis plus jeunes que moi ».

A la dimension familiale : il a obtenu une note 06 sur 08 points de la note maximal.

Nabil a éprouvé un soutien familial en cocher sur la colonne « me ressemble » : « ma famille prête généralement attention à ce » et sur la colonne « ne me ressemble pas » : « j'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille ».

A la dimension professionnelle : il a obtenu une note 07 sur 08 points de la note maximal.

Il rencontre sur la colonne « me ressemble » : « au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demande quelque chose ». et sur la colonne « ne me ressemble pas » « dans mon travail je réussis pas aussi bien que je le voudrais ».

Synthèse

On peut constater que l'acceptation de la maladie chronique contribué à avoir une bonne estime de soi de Nabil.

Résultat 41 points, la troisième 03 classe, 41 à 45 moyenne estime de soi.

Présentation du cas n°03 Soutra :

Soutra, une femme de 42 ans originaire de Oran, elle est l'aînée de sa fratrie, est mariée et mère d'un enfant. Elle a les yeux marron et les cheveux noirs.

Elle a suivi des études supérieures en langue française.

1-La santé physique et précédente.

1.1.la santé antérieure et actuelle :

Durant son enfance Soutra était en excellente condition physique , ne souffrant d'aucune maladie grave ou chronique, cependant avant sa première consultation dialyse, Soutra a été internée à l'hôpital pendant deux mois en raison d'un gonflement des pieds en disant : « j'ai été internée à l'hôpital à cause de mes pieds qui gonflaient et je ne savais pas à l'époque pourquoi le médecin me conseillait de prendre soin de ma santé ,cependant je n'ai pas pris en considération ses conseils et j'ai repris le travail ».

Suite à une hospitalisation de deux moins, Soutra a développé une insuffisance rénale chronique.

1.2. Les effets de la maladie d'insuffisance rénale chronique :

La maladie des reins est transmissible et a entraîné l'apparition l'hypertension artérielle (HTA), selon Soutra, elle aurait contracté une insuffisance rénale chronique en raison de l'ignorance des conseils d'un médecin, de son manque de prise de médicaments et son manque de repos.

Suite à cette maladie elle a été contrainte de suivre un régime restrictif et difficile.

2-La santé psychologique.

2.1. La réaction du patient envers sa maladie :

L'annonce de sa maladie a choqué et bouleversé Soutra qui a presque perdu conscience et ne savait pas quoi faire ni où aller. Elle avait des insomnies pendant qu'elle était atteinte de cette maladie.

C'est une nouvelle qui a profondément transformé sa vie et elle refusait d'accepter sa maladie.

2.2. Activités vitales du patient (sommeil, appétit...) :

Soutra souffre d'un déficit de sommeil suite sa maladie en ce qui concerne les rêves. Elle nous explique que depuis qu'elle est malade, elle n'a plus d'appétit, ne trouve plus le sommeil, ne rêve plus et ne fait que pleurer.

2.3. Expression, souvenirs et projets d'avenir du patient :

Soutra éprouve de profonds sentiments de regret envers sa vie passée, parce que pour elle son mariage avec l'homme auquel sa famille s'est opposée en premier lieu est le plus grand regret de sa vie et elle en souffre actuellement. La naissance de son fils a changé sa vision de la vie elle est devenue plus optimiste et ne vit que pour son fils.

3-Les caractéristiques de la relation d'objets.

3.1. Relation avec la famille :

Lors de notre entretien avec Soutra, nous avons remarqué qu'elle entretenait des relations très étroites avec sa famille et son entourage sauf avec la famille de son mari. Son mari lui cause beaucoup de problèmes et lui met beaucoup pression psychologique jusqu'à ce qu'il atteigne le stade de la trahison, ce qui la complètement détruit, selon ses mots « c'est un péché qui ne peut jamais être pardonné ».

3.2. Relation avec le milieu hospitalier et professionnel :

La maladie vous renforce ou vous détruit aujourd'hui c'est le cas de notre patiente.

Des relations étroites se sont nouées entre les patients et les thérapeutes il n'y a pas de malentendus entre eux mais chacun ne partage pas tout à l'hôpital. Soutra nous dit « Nous ne pouvons pas croire et garantir la réalité des personnes présentes il y a des personnes qui vous sourient mais en vérité nous ne savons rien d'eux donc je laisse toujours une distance entre les eux et moi. »

4-Estime de soi :

Au cours de l'entretien Soutra considère sa vie comme un point d'interrogation.

Elle a été choquée, bouleversé et dans son état elle ne parvient pas à trouver les mots pour s'exprimer. Elle ne savait pas ce qui se passait autour d'elle lorsqu'elle a réalisé qu'elle passerait le reste de sa vie avec une machine. Ce qui la dérange c'est la perte d'espoir et de confiance en soi.

Résumé d'entretien :

Après avoir examiné les informations de l'entretien lié au cas de soutra, on note que soutra a des sentiments de culpabilité et de tristesse liés à son atteinte d'insuffisance rénale chronique, de plus cela entraîne également une diminution de l'énergie est-il observé que sa vie est inutile, ce qui impacte sur son estime de soi.

Tableau n ° 11 : présentation et analyse résultats de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

	Générale	sociale	Familiale	Professionnel	Total	mensonge
Cas soutra	15	05	04	01	25	06

Analyse de l'estime de soi de Cooper Smith :

Selon les données de l'échelle d'estime de soi soutra a obtenu 25 sur la note totale de son estime de soi sur l'échelle de 50 points.

Soutra éprouve une grande angoisse et elle est perturbée à tout le niveau en adoptant des attitudes et des idées négatives.

La négligence de son traitement et le déni de cette maladie lui entraînent le désespoir et le sentiment d'être inutilement.

Un estime de soi très faible entraine un déséquilibre chez soutra qui impacte chaque aspect de sa vie.

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

Soutra éprouve un dégoute de sa vie comme elle le signale en vérifiant sur la colonne « me ressemble » : « il Ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais ».et « ne me ressemble pas » « je suis asseye contente de ma vie ».

A la dimension de sociale : elle a obtenu 05 points sur 08 points de la note maximale.

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

A la dimension de la famille : elle a obtenu 04 points sur 08 points de la note maximale.

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 couchant sur la case « me ressemble » : « je passe souvent de bons moments en famille » et sur la case « ne me ressemble pas » : « personne ne s'intéresse beaucoup à moi ».

A la dimension professionnelle elle a obtenu 01 point sur 08 point de la note maximale.

Soutra a développé une incapacité et une difficulté à entreprendre un travail convenablement comme elle le déclare en couchant sur la case « me ressemble » : « Au travail, mes responsable me font sentir que mes résultats sont insuffisants ».

Synthèse :

Une estime de soi très faible est causée par l'inacceptation de sa maladie et son traitement lourd, ainsi que par le sentiment de dépendance au traitement par l'hémodialyse, ce qui entraine chez soutra le strasse et l'angoisse, ainsi que par la négligence familial, ce qui entraine des idées négatives.

Résultat 25 points, la première classe ≤ 33 très basses estime de

Présentation du cas n°4 Fatima :

Fatima est une femme célibataire âgée de 53 ans, elle a une peau mate, des yeux marrons, est petite de taille et porte des lunettes. Concernant ses études elle a un niveau de terminale.

1. La santé physique et précédente.

1.1. La santé antérieur et actuelle :

A la lumière de la conversation avec Fatima, nous sommes arrivés à ce qui suit : que lorsqu'elle était jeune, elle n'a été exposée à aucune maladie chronique ou grave qui lui a causé des problèmes dans sa vie ou l'obligée à rester à l'hôpital. Mais lorsqu'elle est arrivée à l'âge de 40 ans, elle a développée de la hypertension artérielle et a commencé à prendre un traitement, mais selon ce qu'elle ses dires : c'est quelque chose d'héréditaire dans sa famille et c'est pourquoi elle n'y a pas prêté attention malgré l'avertissement du médecin.

Elle a continué de vivre normalement jusqu'au jour où ont lui a annoncé qu'elle souffrait insuffisance rénale chronique et qu'il n'y avait pas de temps à perdre.

1.2. Les effets de la maladie d'insuffisance rénale chronique :

Lorsque Fatima à découvert qu'elle a atteinte d'une insuffisance rénale chronique, elle s'est beaucoup inquiétée de la nature de cette maladie. Elle a commencé à penser à ce qui pourrait lui arriver dans le futur et à la façon dont elle vivrait avec une maladie inconnue. Elle a commencé à culpabiliser parce qu'elle n'avait pas prise en compte les conseils du médecin, mais aujourd'hui tout ces reproches sont pour elle une torture psychologique. Elle doit accepter la situation et penser à des solutions pour combattre au mieux cette maladie.

2. La santé psychologique.

2.1. La réaction du patient envers sa maladie :

L'annonce de cette maladie a été comme un choc dans la vie de Fatima. Elle s'est assise sans bouger, n'a pas réagi et elle avait du mal à avaler sa salive, puis les larmes et les cris ont suivi. En sortant du cabinet du médecin elle n'avait aucun mot, elle est sortie en courant tout en étant désorientée. Elle marchait sans espoir et en se répétant cette question : « pourquoi moi ? ».

2.2. Activités vitales du patient (sommeil, appétit,...) :

Beaucoup de choses ont changé dans la vie de la patiente, parmi lesquelles nous constatons que le sommeil est devenu très difficile après l'annonce de la maladie. Elle ne peut pas dormir sans prendre de somnifères surtout dans les premiers temps. Son sommeil est très perturbé et elle ne rêve plus. Concernant son appétit, elle a commencé à ne plus apprécier les repas et essayait toujours de se distraire lorsque l'heure des repas approchaient.

2.3. Expression, souvenirs et projet d'avenir du patient :

Les rêves et les souvenirs sont les seules choses qui sont différents, d'une personne à l'autre, c'est le cas pour Fatima, elle a vécu de beaux et merveilleux souvenirs avec sa famille, qui était et sont son seul soutien dans cette vie. L'Aïd al-adha est l'un de ses jours favoris car elle passe du temps avec sa famille. Elle n'a pas de projet d'avenir mais veut seulement se rétablir afin de retrouver un état normal et sa vie d'avant.

3. Les caractéristiques de la relation d'objet.

3.1. La relation avec la famille :

Fatima la famille est importante alors lorsqu'elle est tombée malade, elle a reçu le soutien de sa famille et tout le monde s'est préoccupé et même plus qu'avant de sa santé. Ils ont été d'une très grande aide. Elle est toujours restée préoccupée par sa santé, selon ses dires : « je ne suis plus en capacité d'accomplir certaines tâches , que ce soit chez moi ou d'autres personnes, c'est pour cela qu'il vaut mieux que je ne sois pas une charge pour eux ».

3.2. La relation avec milieu hospitalier et professionnel :

L'insuffisance rénale chronique, est un chemin de patience ou d'échec chaque patient a une façon de rencontrer et de la gérer comme c'est le cas. Aujourd'hui avec Fatima des liens fort se sont tissés dans l'hôpital qui est devenu plus vivant, plein de mouvement et de conversation avec le personnel médicale et les patients, dans il n'y a pas de problèmes entre eux a-t-elle déclaré « c'est vrai que le temps de traitement est long car cela me gêne dans mon travail mais il y'a beaucoup de sentiments sincères entre nous et chacun accomplit pleinement son travail ».

4. L'estime de soi :

Lorsque nous retournons à la salle de soins, nous trouvons Fatima allongée dans le premier lit à côté de la porte, parfois en train de dormir et d'autre fois en train de parler, que ce soit avec les patients ou au téléphone pour se distraire et ne pas s'inquiéter de sa maladie. Femme ambitieuse qui aime la vie malgré sa déclaration antérieure selon laquelle le temps de traitement est long et ennuyeux, elle est toujours souriante.

Résumé de l'entretien :

Après avoir examiné les informations de l'entretien lié au cas de Fatima, sa santé physique et psychique a connu une évolution radicale suite à son diagnostic d'insuffisance rénale chronique. Il Ya une insomnie, une anxiété et des sentiments d'angoisse chez Fatima, suivis d'une perte d'appétit, de plus, on remarque que Fatima éprouve de l'irritation, de la tristesse et des sentiments pessimistes.

Tableau n°12 : présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

	Générale	Sociale	Familial	Professionnel	Total	Mensonge
Cas Fatima	17	07	05	05	34	06

Analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

Selon les données de l'échelle d'estime de soi, Fatima a obtenu 34 sur la note totale de son estime de soi sur une échelle de 50 points. Ce qui reflété sa sous –estimation et son manque de confiance en soi.

A la dimension générale elle a obtenue une note globale de 17points sur 26 points note maximale.

Nous avons remarqué dans notre sujet un manque de confiance en soi en vérifiant dans la colonne «ne me ressemble » : « j'arrive à prendre des décisions sans trop d difficultés ».et sur la colonne « me ressemble » : « j'aimerais être plus jeune ».

A la dimension sociale elle a obtenu 07 points sur 08 point note maximale.

Nous avons remarqué que Fatima est encouragé par ses proche et ses amis en vérifiant dans la colonne « ne me ressemble » : « je suis mal a laissé dans ma relation avec les autres personne », et sur la colonne « me ressemble » : « je plais facilement ».

A la dimension familiale a obtenue 05 points sur 08 points de la note maximale.

Elle éprouve le soutien de sa famille en couchant sur la case « me ressemble » : « ma familial me comprendre bien », et sur la case « ne me ressemble pas » : « personne ne s'intéresse beaucoup à moi ».

A la dimension professionnelle obtenue 05 point sur 08 points de la note maximale.

Elle rencontré sur la colonne « me ressemble » : « je fais toujours mon travail de mieux que je peux » et sur la colonne « ne me ressemble pas » : « au travail, mes responsable me font sentir que mes résultats sont insuffisants ».

Synthèse :

D'après les résultats obtenu de l'échelle de Cooper Smith on peut conclure que l'insuffisance rénale chronique a une influence négative sur l'estime de soi de Fatima est introduire le sentiment d'incapacité d'adaptation avec son atteint.

Résultat 34 points, la deuxièmes 02 classe, 34 à 40 basses estimates de soi.

Présentation du cas n° 5 Farida :

Farida ans et est une mère de six enfants âgée de 54 ans. Elle se caractérise par sa grande taille, et sa peau mate et ses yeux marron. Elle n’a pas fait d’études supérieures, elle a arrêté en troisième année primaire.

1. La santé physique et précédente.

1.1. La santé antérieure et actuelle :

Certaines personnes vivent avec une maladie rénale pendant des années et les reins conservent leur fonction, tandis que pour d’autres, la maladie évolue rapidement vers une insuffisance rénale, comme c’est le cas de la patiente Farida, elle souffrait d’une grave maladie chronique qui menace sa vie et dont elle fait face. C’est difficile. Aujourd’hui, elle est dans un état d’instabilité et d’acceptation de la vérité, ce qui a eu un impact négatif sur sa vie. Elle vit dans un conflit et une anxiété constants avec elle- même parce qu’elle n’a pas maintenu sa santé comme elle aurait dû le faire, notamment pendant la période d’opération. Elle s’est empressée de reprendre sa vie facilement.

1.2. Les effets de la maladie d’insuffisance rénale chronique :

Durant son enfance, Farida a été touché par une insuffisance rénale chronique et qu’elle devait donc être examinée immédiatement. Confronté à de nombreuses difficultés, notamment à cause de sa maladie chronique, lorsqu’elle était jeune, elle a subi une opération au niveau des reins, ce qui a obligée à rester longtemps à l’hôpital, mais elle a finalement été soignée et guérie, alors elle est revenue à sa vie normale. Après cela, elle s’est mariée et est devenue la mère de ses six enfants et une bonne femme au foyer, mais cela n’a pas duré longtemps et elle a subi une autre crise de santé, alors elle est partie pour consulté le médecin au sujet de son état de santé, mais les résultats n’étaient pas prometteurs, alors il lui a dit que sa maladie était une insuffisance rénale chronique et qu’elle devait donc être examinée immédiatement.

2. La santé psychologie.

2.1 . La réaction du patient envers sa maladie :

Chaque action entraîne une réaction, mais celle-ci diffère d’une personne à l’autre, notamment dans la façon dont l’événement est reçu, qu’il soit bon ou non. On retrouve ici cette femme, surnommée Farida, en train de faire une crise de panique et de pleurer de manière hystérique au moment où elle se produit. A reçu la nouvelle de sa maladie, elle n’a jamais su comment agir à ce moment-là et a trouvé que pleurer était le seul moyen pour se soulager des pressions et des problèmes en elle, elle a commencé à voir la bande de sa vie entre ses yeux comme si c’était le cas. C’était la dernière minute de sa vie. Elle a quitté le cabinet du médecin pour rencontrer ses deux filles, attendant une bonne nouvelle et espérant la vie, mais cette fois, le destin a dépassé les limites et la mère a été touchée.

2.2. Activités vitales du patient (sommeil, appétit...)

Farida nous a dit que lorsqu'elle est tombée malade, elle n'a remarqué aucun changement dans son caractère, elle est donc restée comme avant, elle dort bien et n'a donc pas eu recours à des somnifères comme les autres patients. Elle mangeait comme avant, ou plutôt elle eut faim et mangea plus qu'avant sa maladie.

2.3. Expression, souvenir et projets d'avenir du patient :

Les souvenirs sont la chose la plus précieuse qu'une personne possède. Elle compte sur eux dans sa vie quotidienne, et il ne faut pas s'étonner qu'ils soient une véritable essence, mais la nature de ces souvenirs est différente. Personne n'a vécu avec eux, comme c'est le cas avec Farida. Elle a grandi et a vécu de nombreux problèmes dans sa vie, y compris des tristes, a-t-elle dit (l'événement qui a le plus changé ma vie et qui a le plus affecté et changé mon psychisme a été le moment où j'ai annoncé mon. Maladie, quelque chose qui dépassait les limites de mes capacités et je ne pouvais plus comprendre l'ampleur et la gravité de cette maladie à cause du choc), mais au deuxième regard il y a des choses belles et merveilleuses qu'elle a vécues, déclarant (le jour où j'ai donné naissance de mon premier enfant, j'ai senti que Je suis la femme la plus heureuse du monde parce qu'elle est venue après quatre mâles. Quant à ses rêves, elle veut seulement se remettre de sa maladie et voir sa fille lui être amenée comme épouse. La maison du mari

3. Les caractéristiques de la relation d'objet.

3.1. La relation avec la famille :

Lorsque les relations sont saines et solides, la famille peut mieux faire face aux défis et aux difficultés et se sentir en sécurité et en confiance les unes envers les autres. Après que Farida ait découvert sa maladie, elle a remarqué un grand changement dans la manière dont son mari la traitait. Il a commencé à ne plus se soucier d'elle et ne lui a même pas posé de questions sur son état, comme si elle n'existait pas. Pour moi, il y avait un mari idéal avec un visage souriant qui essayait toujours de me rendre heureuse avec les choses les plus simples, mais aujourd'hui, il a complètement changé et je ne peux même pas le connaître. Parfois, je me mens et je dis : « Ce n'est pas le cas. Mon mari. » Mais il y a sa fille qui prend soin d'elle et fait ce qu'elle doit pour la santé de sa mère et la soulage de la douleur de la maladie, en disant : « La personne à laquelle je me sens le plus fidèle est toujours à mes côtés. Ma fille. Elle répond toujours à mes besoins, même si elle est épuisée, je ne me plains jamais qu'elle l'est. Tu t'es plaint de moi.

3.2. La relation avec le milieu hospitalier et professionnel :

La maladie est un tournant, que ce soit pour le meilleur ou pour le pire. Pour Farida, elle a remarqué de nombreux changements dans sa vie, notamment dans sa manière d'interagir avec les autres. Lorsqu'elle est entrée à l'hôpital, elle a noué de nombreux liens et amitiés, que ce soit avec les autres. Les patients ou le personnel. Elle les considère comme sa deuxième famille, dans laquelle elle peut changer l'atmosphère en parlant aux autres et en laissant tomber les choses. À d'autres moments, elle devient l'écoute de leurs conversations.

4. L'estime de soi.

En entrant dans la salle de traitement, on remarque la présence de Mme Farida dès la première minute car c'est une femme vive et sociale qui aime naturellement partager ses opinions avec la société. Elle n'aime pas dormir pendant la période de traitement. Conversation dans laquelle elle se sent à l'aise, mais on remarque qu'elle ne retire pas sa main qui est reliée à la machine à filtrer les reins sous la couverture car elle se sent modeste. On ne peut pas affronter le monde tel qu'il est.

Résumé de l'entretien :

Après avoir examiné les informations de l'entretien lié au cas de Farida, on a observé que Farida a des sentiments de la culpabilité et des sentiments d'angoisse à cause de son insuffisance rénale chronique, elle ne souffre pas de trouble de sommeil, « ah le sommeil, c'est une catastrophe, je dors beaucoup plus que jamais, je suis comme un bébé si je dors, et j'ai mal à me réveiller », déclare-t-elle.

Tableau n° 13 : présentation et analyse résultats de l'échelle d'estime de soi Cooper Smith :

	Général	Sociale	Familiale	Professionnel	Totale	Mensonge
Cas Farida	16	05	05	03	29	06

Analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

Selon les données de l'échelle d'estime de soi Farida a obtenu 29 points sur la note totale de son estime de soi sur une échelle de 50 points. Farida présente un très basse estime de soi engendre un déséquilibre qui affecte chaque partie de sa vie.

A la dimension générale : elle a obtenu une note globale de 16 sur 26 de note maximale de l'échelle. Farida présente un dégoût de la vie comme elle le signale en vérifiant sur la colonne « me ressemble » : « c'est très dur d'être moi » et « j'aimerais être plus jeune »

A la dimension de sociale : elle a obtenu 05 points sur 08 points dans la note maximale. Elle est encouragée par son environnement en couché sur la colonne « me ressemble » : « on s'amuse bien en compagnie » et sur la colonne « ne me ressemble pas » : « la plupart des gens sont mieux aimés que moi ».

A la dimension familiale : elle a obtenu une note de 05 sur 08 points de la note maximale. Farida a des bonnes relations avec sa famille en couchant sur la case « me ressemble » : « ma famille prête généralement attention à ce ».

A la Dimension professionnel : a obtenu 03 sur 08 points de la note maximale de l'échelle a trouvé mal de s'adapter au milieu professionnel et a des sentiments d'incapacité physique en couchant sur la case « me ressemble » : « je me décourage toujours quand je suis en train de faire quelque chose ».

Synthèse :

Une tristesse et un angoisse après l'annonce de la maladie provoque pour Farida un très basse estime de soi.

Résultat 29 points, la premier 01 classe, ≤ 33 très basse estime de soi.

Présentation du cas n°6 Saliha :

Saliha est une femme dans les cinquantaines d'années. Elle a une peau blanche et des yeux noisette. Elle est mariée et mère de trois enfants. Elle a étudié jusqu'au terminale mais ne l'a pas obtenu.

1. La santé physique et précédente.

1.1. La santé antérieure et actuelle :

Durant son enfance, Saliha n'a eu aucun problème de santé jusqu'à ce qu'elle se marie et donne naissance à son dernier enfant. Elle a été confrontée au problème du diabète, ce qui l'a obligée à être hospitalisée, mais elle s'y est habituée et a commencé à prendre des médicaments. Régulièrement, mais cette condition n'a pas duré longtemps à cause de problèmes familiaux et les pressions ont commencé à lui faire oublier sa santé. Ne prenez pas soin d'elle comme le lui avait conseillé le médecin. Cette affaire a provoqué une insuffisance rénale et l'a forcée à subir des traitements. Traitement pour le reste de sa vie. Cette affaire ne peut jamais être ridiculisée.

1.2. Les effets de la maladie d'insuffisance rénale chronique :

La maladie est une condition médicale dont les effets sont permanents ou à long terme, ou une maladie qui apparaît avec le temps et progresse lentement. Par conséquent, nous constatons que Mme Saliha fait partie des personnes souffrant d'une maladie chronique qui nécessite du long terme. Ici, elle a développé de nombreux changements dans son psychisme, y compris une préoccupation constante pour sa santé et également de grands remords. Elle n'a pas prêté plus d'attention à sa santé qu'avant, disant : « Si j'avais obéi aux conseils du médecin et que je ne l'avais pas fait. Se moquait-elle, je ne serais pas arrivé aujourd'hui à ce point sans retour en arrière. Le regret ne fait désormais qu'augmenter la gravité de ma douleur et me rend difficile la récupération.

2. La santé psychologique.

2.1. La réaction du patient envers sa maladie :

La vie est un train qui passe vite, soit une personne en apprend et la renforce, soit elle la détruit et la laisse noyée dans les soucis. C'est la condition d'une femme Saliha aujourd'hui. Au moment où sa maladie a été annoncée, elle a paniqué. Et des pleurs hystériques qui l'ont amenée à s'évanouir à cause du choc. Elle ne pouvait pas du tout le supporter et ne pouvait pas du tout imaginer qu'elle serait atteinte d'une telle maladie qui l'obligerait à être hospitalisée tous les deux jours. , en disant : « J'étais en bonne santé et je faisais ce que je voulais, mais aujourd'hui je suis revenue à la case départ, comme si j'étais une petite fille qui n'avait rien vu de la vie, alors maintenant j'ai commencé à apprendre, degré par degré.

2.2. Activités vitales du patient (sommeil, appétit,...) :

Saliha a parlé de plusieurs changements dans sa vie après la maladie, le plus important étant le sommeil. Elle ne dort plus sans prendre de somnifères, surtout dans les premières périodes de la maladie, et il n'y a pas des rêves, donc ils ne le sont presque pas. Quant à l'alimentation, il n'y a aucun changement en disant : « Par nature, je suis une femme, et quand un sujet me

préoccupe, je profite de la quantité que je mange, c'est normal que Je mange beaucoup maintenant parce que c'est ma nature ».

2.3. Expression souvenir et projets d'avenir du patient :

Les rêves contiennent des souvenirs du passé et des événements futurs imaginés. Le plus bel événement qu'elle a vécu et qui a rendu son cœur heureux a été sa visite à la Maison de Dieu « Hajj », en soulignant « il y a beaucoup de beaux souvenirs dans ma vie, mais le Hajj à la Maison ». De Dieu a un avantage exceptionnel. J'ai ressenti un confort psychologique irremplaçable et quant à ses projets futurs, il n'y a rien de précis à part sa guérison de sa maladie.

3. Les caractéristiques de la relation d'objet.

3.1. La relation avec la famille :

Selon ses paroles, elle ne se plaint d'aucune relation avec les membres de sa famille, car tout le monde se soucie d'elle et de sa santé en particulier, disant : « Dieu merci que ma famille soit à mes côtés ». C'est aussi une bénédiction de la part de moi. Créateur. C'est vrai que ma santé m'a trahi, mais ma famille m'a compensé pour ce que j'ai manqué, et je n'ai jamais senti que j'étais physiquement incomplet pour eux. Ils essaient de me plaire avec les choses les plus simples.

3.2. La relation avec le milieu hospitalier et professionnel :

Pour Saliha, l'hôpital est devenu un lieu où elle passe la plupart de son temps. Elle a donc noué de nombreuses relations avec les travailleurs et les patients. C'est vrai qu'elle ne discute pas beaucoup avec eux, mais elle reste attentive à leurs problématiques. Puis elle attend avec un léger sourire pour déclarer également son intérêt pour leurs conversations. De plus, en ce qui concerne le personnel médical, elle ne s'est jamais plainte de leur ma »vais traitement car ils se soucient tellement d'eux qu'ils font leur travail au sens le plus complet du terme du mot.

4. L'estime de soi.

Lors de l'entretien, Saliha laisse une impression différente de celle du reste des patients. Son silence est l'un des facteurs qui l'attirent, on la retrouve toujours isolée d'eux, et la plupart du temps elle préfère dormir avec une gratitude constante pour éviter de parler. Aux autres parce qu'elle n'aime pas révéler ses problèmes parce que pour elle, c'est quelque chose de spécial pour elle, donc elle ne peut faire confiance à personne. Ses secrets ne concernent qu'elle-même.

Résumé de l'entretien :

Après avoir examiné les informations de l'entretien lié au cas de Saliha, elle a tendance à s'isoler sans chercher à échanger avec quelqu'un car elle est actuellement perturbée par des problèmes de sommeil. Elle souffre de maux de tête persistants en raison de ces insomnies, ce qui explique pourquoi elle refuse d'en discuter avec les autres, depuis qu'elle est atteinte de cette maladie chronique, elle ne support absolument pas le bruit, son état de santé mentale s'est dégradé et est devenu difficile.

Tableau n°14 : présentation et analyse résultats de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith :

	Générale	Sociale	familiale	Professionnelle	Total	Mensonge
Cas de Saliha	19	06	07	03	35	05

Analyse de l'échelle d'estime de soi du Cooper Smith :

Selon les données de l'échelle d'estime de soi. Saliha a obtenu 35 sur la note totale de son estime de soi sur une échelle de 50 points. Donc elle présente un estime de soi basse au rapport de l'incapacité d'acceptait sa maladie.

A la dimension générale elle a obtenu 19 points sur 26 la note maximale. Nous Avons remarqué que Saliha a un manque de confiance en elle en vérifiée la colonne « me ressemble » : « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens » et sur la colonne « les autres ne me font pas souvent confiance ».

A la dimension sociale elle a obtenu 06 sur 08 de la note maximale. En trouve que Saliha a un milieu sociale encourageant pour elle en coche sur la colonne « me ressemble » : « je suis très appréciée par les personne de mon Age » et sur la colonne « ne me ressemble pas » : « je suis mal à l'aise dans ma relation avec les autres personnes ».

A la dimension familiale elle a obtenu 07 sur 08 points de la note maximale. Saliha a éprouvé un gronde soutien familiale en vérifient dans la colonne « ne me ressemble pas » : « je suis souvent contrariée par la famille » et « j'ai souvent envie de changer d vie ». et sur la colonne « me ressemble » : « je passe souvent de bons moment en famille ».

A la dimension professionnelle elle a obtenu 03 sur 08 de point maximal. Elle rencontre sur la colonne « me ressemble » : « je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un group ».

Synthèse :

Le déni de la maladie et l'incapacité de l'acceptation de sa maladie est provoquent une tristesse et ce qui a fait qu'il présente une basse estime de soi.

Résultats 35 points, la deuxième 2 classe, 34 a 40 basses estimates de soi.

2. Discussion des hypothèses :

Cette dernière partie du chapitre se concentre sur les hypothèses formulées aux débuts « Les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique ont une basse estime de soi », « La faiblesse des patients souffrants d'insuffisance rénale chronique entraine une perte d'estime de soi ce que indique aussi un degré faible d'estime de soi ».

Les données collectées lors de l'entretien de recherche clinique semi –directif et l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith seront utilisées pour confirmer ou infirmer celles-ci nous commencerons par la première hypothèse et passerons a la deuxième hypothèse.

Hypothèse N°1 : « Les patients souffrants d'insuffisance rénale chronique ont une basse estime de soi ».

A partir des résultats de l'entretien clinique semi-directif il apparait que la plupart de nos cas confirmé notre hypothèse selon l'échelle de Cooper Smith ils souffrant tous d'une faible estime de soi .les patients présentent comme suit : Lynda, Fatima et Saliha

Y compris avoir une moyenne compris dans l'échelle entre (34,35).

Il nous semble également qu'elle est confirmé par les douleurs l'anxiété et le manque de confiance en soi.

Malgré un seul cas (Nabil) qui possède une estime de soi moyenne, avec une note globale (41) obtenue lors de l'entretien qui se traduit par une attitude positive envers lui- même une confiance en lui-même.

C'est également le cas de Farida et Soutra, dont le niveau d'estime de soi dans leurs moyenne globale obtenu à l'échelle et (29), pendant l'entretien cela s'est traduit par un sentiment de la culpabilité et une absence de courage.

Hypothèse N°2 : La faiblesse des patients souffrants d'insuffisance rénale chronique entraine une perte d'estime de soi ce que indique aussi un degré faible d'estime de soi.

Les résultats obtenus sur les deux(2) cas soutra et Farida à confirmer cette hypothèse quant à leurs faible estime de soi qui est comme suite soutra obtenus (25) ainsi que Farida elle a eu (29).

Elle nous semble également confirmer grâce à leurs données recueillie, et il nous semble également que cela soit confirmer par leurs émotions, telles que la peur et la détresse, ainsi que par les complications de leurs états physiques et psychiques causées par IRC qui ont un impact négative sur la vie des patients.

A l'exception d'un seul cas «Nabil »qui présent un degré d'estime de soi Moyenne cela suggéré qu'il entretient une relation harmonieuse avec sa famille ce qui lui confère une perception de lui-même.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale :

Dans notre étude intitulée « L'estime de soi chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique » nous avons cherché à montrer comment la maladie chronique telle que l'insuffisance rénale chronique influence l'estime de soi.

Pour atteindre nos objectifs de recherche et vérifier nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique, qui nous permis d'approfondir notre compréhension des sujets. De plus, elle se distingue par l'utilisation de techniques spécifiques pour élaborer une étude de cas. Nous avons employé l'entretien clinique dans notre étude, puis nous avons utilisé un outil d'investigation appelé « échelle de Cooper Smith » pour évaluer le niveau d'estime de soi de chaque cas.

Finalement, cet outil d'investigation nous a été utile pour vérifier nos hypothèses selon les données analysées, il a été constaté que la plupart de nos (6) cas présentent une estime de soi basse à la moyenne de l'échelle Cooper Smith, ainsi qu'une estime de soi basse de plus, il est crucial de prendre en compte que la prise en charge médicale, c'est pourquoi nous estimons qu'il serait bénéfique de recruter des psychologues dans les services d'hémodialyse, afin de pouvoir écouter attentivement leurs préoccupations principales.

Nous avons constaté que les patients se sentent soulagés après avoir exprimé leurs souffrances internes.

Grace à cette étude, nous avons pu formuler plusieurs observations tels que : le niveau d'estime de soi chez les personnes souffrants d'insuffisance rénale chronique diffère d'un cas à l'autre.

Les individus souffrant d'une insuffisance rénale chronique est traités par la machine dialyse présentent une estime de soi basse chez la plupart des individus cela signifie que l'insuffisance rénale chronique a un impact négatif sur l'estime de soi et le bien-être de l'individu. Il a également été constaté que l'appui de la famille et l'entourage contribue à l'acceptation et à l'adaptation aux nouvelles situations. Et il est également possible d'ajouter que cette maladie chronique est une maladie compliquée.

En conclusion, cette étude peut donner l'opportunité à d'autres étudiants de mener des études sur ce même sujet sous un autre angle, plus approfondi et en mettant l'accent sur les maladies chroniques et leur impact sur le bien-être psychique des patients, comme nous l'avons pensé. Il est important de souligner que malgré les résultats obtenus, nous avons réfléchi à quelques questions de perspectives qui pourraient être explorées dans les études futures .

- Quelle est l'approche la plus adéquate pour une prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ?
- Y aurait-il à l'avenir d'autres traitements pour cette maladie en dehors d'hémodialyse ?

Bibliographie

Bibliographie

Les livres :

- Christophe, André, François Lelord ,1999. « L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres ». Odile Jacob, paris.
- Cooper Smith. S, (1984), « manuel d'inventaire d'estime de soi de Cooper S (SEI) » paris Edition de centre de psychologie appliqué.
- Cario, R (2000), « victimologie de l'effraction du lien inter subjectif a la restauration social »paris, harmattan.
- Claude Revalut d'Allonnes, (2014), « L'étude de cas de l'illustration a conviction »,Dunod.
- Cherif Han : « stratégie de défense de l'estime de soi et sa relation avec les conflits chez l'adolescent algérien ». Mémoire pour l'obtention du titre de magistère en psychologie clinique université d'Alger, 2002.
- Christophe, André, (2005), « l'estime de soi ».
- Delphine, M (1995), « les approches psycho-sociales » press universitaire.
- Emmanuel. (2010). « la maladie chronique ou le temps douloureux ».Edition Eres.
- Eric THervet, p, 1, (2017) « traite de néphrologie ». Paris, France.
- Harsenne vmichel, 2003, « psychologie de la personnalité » 5^e Edition Bruxelles.
- Jean louis pédielli (2005), « L'observation clinique et l'étude de cas ». Armand Calin .
- Johanna Zimgraff, Lise Goithoustet, Malik Tuan, 1998.p, 7. « Prise en charge psycho-sociale de l'insuffisance rénale chronique terminale ».
- Jo. Godefroid .2001, p. 768,769, « science humaine et science cognitive ». 3^e édition actualisée et augmentée.
- Josiane de saint- Paul, 2013, p .20, « estime de soi, confiance en soi » 2^e Edition.
- Josiane de Saint-Paul, 1999, p.01, « estime de soi, confiance en soi » paris, inter Edition.
- Les principes de dialyse PDF.
- Mohamed, Akli, Boubchir, p.22 (2020) « étude perspective de la maladie des insuffisances rénales chronique dans la wilaya de Tizi-Ouzou ».
- Mohamed, Akli, Boubchir, 2004, p.92. « Le quotidien Amex du dialyse ».
- Maud, Grimault, 2012.p, 44.48, « l'accompagnement en néphrologie, le rôle du psychologue ».
- N.M. Man, M. Touma et P, Jungers.2003, p.38, « l'hémodialyse de suppléance ».
- Nadine Proia – lelouey, (2012) « l'entretien en psychologie clinique ». 3^e édition, maison de la recherche en science humaine, université de la Caen. Normandie.
- Pierre, Simon, (2007), « L'insuffisance rénale prévention et traitements ». Elsevier Masson.

LISTE BIBLIOGRAPHIQUE

Susan, haret, 1998, p .58, « estime de soi : perspectives développementales » université de Denver. USA.

Véronique Barfety- servignat, (2021). « Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie »Dunod.

William James, 2007, « l'estime de soi, la perception de William James » 1842, 1910.

Les Dictionnaires :

Bloch. H, et AI, (2003) « le grand dictionnaire de la psychologie », paris larousse.

Christine paillard, 2016, p.38, 39. « Dictionnaire des concepts en soins infirmiers » setes, 3 Edition (20 aout 2016).

Revues :

Depeyre,J (Mai, juin , 2010). Qu'implique le diagnostic d'une insuffisance rénale chronique. Genève.

Jean, P, Famos, (2002), « les concept de soi physique bulletin de psychologie ». N° 274.85.

Les sites internet et fichier PDF :

<https://www.larouss.fr> français consulter 02/03/2024 à 11 :45.

<https://www.indexsante.ca> consulté 24/02/2024 à 13 :25.

<https://WWW.elsan.car> / FR/ pathologie et traitement / Maladie-urinaire/insuffisance rénale – traitements consulté 03/02/2024 à 18 :22 aussi consulté le 03/03/2024 a 10 :55.

<https://medipedia.br/fr> consulté 08/03/2024 a 21:50 .

[https://WWW.cairn.info/revue-science-sociale-et-santé 2011-3-page- 41](https://WWW.cairn.info/revue-science-sociale-et-santé-2011-3-page-41) consulté 13/03/2024 a 15:09.

<https://www.entraid-esi-ide.com> consulté 11/02/2024 a 12 :45.

[https://WWW.francerein.org/vivre-avec-la maladie /ou quotidien /](https://WWW.francerein.org/vivre-avec-la-maladie-ou-quotidien/) psychologie -et-irc. Consulté 12/03/2024a 16 :22.

<https://www.has-sante.fr/upload/docs/applications/pdf/2014-2015> consulté 15/03/2024 a 20:54

<https://shs-sceience/halshs-00182747> consulté 11/03/2024 a 15:22.

<https://www.larousse.fre> consulté 17/03/2024 a 22 :12 .

[https://fr.questnachine.org/soi-\(psychologie\)](https://fr.questnachine.org/soi-(psychologie)) consulté 11/03/2024 a 12 :13

www.bienetrebleuindigo.com consulté 18/03/2024 a 01 :23, consulté 20/03/2024 a 02 :39, consulté 20/03/2024 a 02 :57.

www.bienetrebleuindigo.com consulté 18/03/2024 a 23 :23

[https:// WWW.relation-aide.com](https://WWW.relation-aide.com) consulté 20/03/2024 a 02 :18

[https://technique pour l'estime de soi](https://technique-pour-l'estime-de-soi) consulté 20/03/2024 a 04 :04.

<https://WWW.sciencespo.fr/liepp> consulté 15/04/2024 à 10:55 .

www.scribbr.fr consulté 15/04/2024 à 18 :45

www.scribbr.fr consulté 19/04/2024 à 13 :06

<https://www.scribbr.fr> consulté 11/04/2024 à 14 :30

www.larousse.fr consulté 13/04/2024.

[https:// www. publications-mass.gouv-qc.ca](https://www.publications-mass.gouv-qc.ca). Consulté 05/03/2024 à 10 :44.

[https:// www.ncbi-nim-nih-gov.pmc.28mars2016](https://www.ncbi-nim-nih-gov.pmc.28mars2016) consulté 20/02/2024 à 18 :30.

Les ouvrages non utilisés :

Cupa,D.(2002). « *Psychologie en néphrologie* »,paris, EDK.

Chahraoui. K, et A. (1999). « *L'entretien clinique* » paris, Dunod.

Dederix.J(2010), « *voix et estime de soi* ». Paris, harmattan.

Elaine.N, (1999) « *anatomie et physiologie humaines* » renouveau pédagogique.

Gaudin. (2006), « *livre blanc de la dialyse à domicile* ». France : Baxter.

Lacroix. (2001), « *apprivoiser l'insuffisance rénale* ». Canada.

Olmer. M, (2007), « *vivre avec une maladie des reins, dialyse et transplantation rénale* ». Lion.

Orstti.A, (1985). « *Le rein, les glandes endocrines* ».

Sillamy. N, (1999). « *Dictionnaire de psychologie* »,paris. Larousse.

ANNEXES

Annexe N : 01

Le guide d'entretien :

Les renseignements personnels sur le sujet :

Ces pour recueillir les données sur le sujet .celles-ci seront d'une grande importance dans la compréhension du cas :

- **Nom :**
- **Prénom :**
- **Age :**
- **Sexe :**
- **Nombre de frères :**
- **Nombre de sœurs :**
- **Range dans la fratrie :**
- **Niveau scolaire :**
- **Fonction :**
- **Situation familiale :**
- **Nombre d'enfant :**

Les axes et les questions de guide de l'entretien :

Donc notre guide d'entretien est composé de onze axes, chaque axe est constitué de questions en relation avec notre thème de recherche :

Axes	questions
Axe1 : axe de l'enfance : L'objectif de cet axe est de connaître l'enfance du cas et les circonstances de sa naissance, de recherche des détails qui sont significatifs dans son enfance, phase initiale de la vie.la première enfance est très importante en insuffisant rénal chronique.	-Pourriez-vous me parler de votre vie ? C'est-à-dire de votre enfance, de vos parents, vos frère et sœurs ? -Parlez-moi des événements dont vous rappeler, des évènements qui vous marqué Pourriez-vous parler de votre naissance ? -votre naissance était au 9ème mois ? (c'est la réponse est non ; on demande c'est à quel mois) ? -La naissance était naturelle ou artificielle Comment se sont passés les premiers lois après votre naissance ? - Ya -t-il un événement important dans cette période ? -Parler- moi de vous a la période de votre enfance ? c'est à dire avec votre mère, votre père, vos frères et sœurs, les pairs en général

LES ANNEXES

	-Ya-t-il eu des séparations ?
Axe2 : les relations l'objectif de cet axe est d'identifier les relations du cas : dans la famille, avec les amis et dans la vie professionnelle	Parlez-moi -Vos relations à la maison ? -Vos relations au travail ? -Vos relations dans la vie en générale ?
Axe3 : l'état de santé actuelle L'objectif de cet axe est de savoir plus sur l'état de la maladie, connaître leurs complications	-Parlez-moi de votre santé en générale Et pour votre maladie actuelle ça se passe comment ? c'est à dire comme vous la vivez ? -Quel est votre traitement actuel ? est-ce qu'il est facile de suivre les conseils du médecin (si non pourquoi) ? -Quelle était votre réaction la première une fois qu'on vous a annoncé la maladie ? -Depuis quand êtes-vous malades ? -comment s'est développée votre maladie ? -Avez-vous des complications et des maladies qui ont accompagnées cette maladie ? -Combien de fois êtes-vous hospitalisées pour cette maladie ? -Respectez-vous le régime prescriptif ? -Ya des personnes qui souffrent de la même de votre famille ?
Axe4 : à propos des maladies L'objectif de cet axe est de connaître les maladies auxquelles le cas a été exposé ou connus d'un des me membres de sa famille	-Avez-vous souffert d'une maladie dans votre enfance ? -Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie ? (si oui : pour quelle raison ? et pour combien de temps) Et la guérison, elle était comment ? -Avez-vous eu d'autres maladies Dans votre famille ? y a-t-il ceux ou celles qui souffrent de maladies ? (si oui qui et lesquelles) ? -A part ces maladies Ya d'autres

	La mère, le père, les frères, les sœurs, la grande mère, grand père, tantes, angles, comment était leur santé ? -Avez-vous subie une intervention chirurgicale avant cette maladie ? (si oui comment ça s'est passée cette opération ? -Avez-vous des choses à ajouter concernant les soucis de santé que vous avez eue depuis votre enfance ? -Et dans votre famille avez-vous des personnes malades et que vous n'avez pas cité ? (si oui qui sont –ils et quelles sont leurs maladies) ?
Axe5 : l'objectif de cet axe est de savoir la qualité de vie onirique du patient et ce sur le plan quantitatif et qualitatif	-Dormez-vous bien (si non pourquoi) ? -Prenez-vous des médicaments pour dormir (si oui lesquels) ? -Vous rêvez (si oui beaucoup) ? -Quels sont les rêves que vous voyez souvent ? -Quand avez-vous fais le dernier rêve ? -Pourriez-vous me raconter ce rêve ? -Pourriez-vous me dire qu'est-ce que vous pensez ce se rêve ?
Axe6 : l'observance thérapeutique L'objectif de ce axe est de savoir si le patient suit bien son traitement et ou son régime ce qui est en lui-même un signe d'un bon fonctionnement et aussi un élément important dans la guérison	-Quand vous ne vous sentez pas bien, consulter-vous un médecin ? (si la réponse est non pourquoi si la réponse est oui régulièrement ?) -Avez-vous d'autres traitement que ceux de l'insuffisance rénale chronique (si oui lesquels) ? -En générale ça se passe comment avec les traitements ?vous respectez bien la prise des médicaments prescrits par votre médecin ? -C'est facile de suivre le traitement de l'insuffisance rénal chronique ?

	-Avez-vous un régime à suivre ? -C'est facile de suivre ce régime ? (si la réponse est non : pourquoi) ? -Le médecin vous a donné des conseils à suivre ? (si la réponse est oui lesquels) ? -- -vous les suivrez bien ? si la réponse est oui ces conseils vous ont-ils aidé ?
Axe7 : qualité du vécu actuel du patient L'objectif de cet axe de savoir la qualité du vécu de patient et de chercher d'éventuels traumatismes à l' origine de ses problèmes de santé	-Parlez-moi de votre quotidien ? -Avez-vous des choses importants ces jours ci (si la réponse est oui pourriez-vous en parler ? -Avez-vous des pressions en ce moment ? (si la réponse est oui lesquelles) ? -Ces pressions sont-elles passagères ou permanentes ? -Avez-vous vécu quelque chose de grande importance pour vous et qui vous a marqué ? (si la réponse est oui laquelle ? - -comment avez-vous réagi Avant d'avoir votre problème de santé actuel ? - Avez-vous eu un événement quelconque qui vous a affecté ? -Et dans le passé avez-vous des choses qui vous ont choqué ? si la réponse est oui lesquelles ? -A quoi liez-vous votre problème de santé ?pensez-vous que votre vécu y'est pour quelque chose ?explique-moi
Axe8 : vie conjugal et sentimentale L'objectif de cet axe de connaitre la qualité de la vie sentimentale et sexuelle du patient ou de la patiente	-Parlez-moi de votre mariage, comme ça se passe actuellement ? -Comment avez-vous choisi votre conjoint ? - A quel âge êtes-vous mariés. -Avez-vous des problèmes dans ce sens ? (si la réponse est oui lesquels) ?

Axe9 : activités L'objectif de cet axe est de connaître la qualité des activités du patient et s'il ou elle pratique du sport : indice important pour la bon santé	-Pourriez-vous me parler de vos activités quotidiennes ?c'est à dire comment passez-vous votre temps ? -Avez-vous des activités préférées ? (si la réponse est oui lesquelles) ? -Avez-vous des activités de divertissement ? si la réponse est oui lesquelles) ? -Faites-vous sport ? (si la réponse est oui lequel) régulièrement ?
Axe10 : les habitudes alimentaires L'objectif de cet axe est de connaître les habitudes alimentaires de la patient et ce qu'elle ou il a de mauvaises habitudes qui sont susceptibles de nuire à sa santé .aussi connaître si la patiente ou le patient fume ou a fumé dans le passé	-Pourriez-vous me parler des choses que vous aimez manger ? - Quelles sont les choses que vous mangez souvent ? -Et les boissons ? avez-vous des boissons préférées (si la réponse est oui lesquelles) Avez-vous fumé dans le passé ? Et maintenant ? -Avez-vous des choses à me dire sur vos habitudes alimentaires dans le passé et maintenant ? Buvez-vous de l'alcool (si oui régulièrement) ? quel est l'avis de votre médecin ?
Axe11 : projection dans l'avenir L'objectif de cet est axe est de savoir si le patient ou la patient arrive à se projeter dans l'avenir car pouvoir se projeter est un indice important de la qualité du fonctionnement psychosomatique	-Pourriez-vous me parlez de votre avenir ? -Avez-vous des choses que vous souhaitez réalisé (si la réponse est oui (lesquelles pensez-vous que c'est réalisable facilement) ? -Avez-vous des choses à ajouter et sur quoi nous n'avons pas parlé ? -Qu'est- ce que ça vous a fait de parler de tous ce que nous avons parlés ?

Annexe N :02

INVENTAIRE ESTIME DE SOI COOPERSMITH FORME ADULTE

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

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

PROFISSION :..... NIVEAU D'ETUDE :.....

CONSIGNES

LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REPONDRE

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

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

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

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

TROURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

LES ANNEXES

		Me ressemble	Ne me ressemble pas
01	En générale je ne me fais pas de souci.		
02	Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un group		
03	Il Ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais		
04	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté		
05	On s'amuse bien en compagnie		
06	Je suis souvent contrarié(e) par la famille		
07	Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau		
08	Je suis très apprécié(e) par les personne de mon Age		
09	Ma famille prête généralement attention à ce		
10	Je cède très facilement aux autres		
11	Ma famille attend trop de moi		
12	C'est très dur d'être moi		
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie		
14	J'ai généralement de l'influence sur les autres		
15	J'ai une mauvaise opinion de moi- même		
16	J'ai souvent envie de changer d vie		
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail		
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens		
19	Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dit		
20	Ma famille me comprend bien		
21	La plupart des gens sont mieux aimes que moi		

LES ANNEXES

22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé(e) par ma famille		
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose		
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre		
25	Les autres ne me font pas souvent confiance		
26	Je ne suis jamais inquiet (e)		
27	Je suis assez sûr (e) de moi		
28	Je plais facilement		
29	Je passe souvent de bons moments en famille		
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser		
31	J'aimerais être plus jeune		
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire		
33	Je suis fier (e) de mon activité professionnelle		
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire		
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait		
36	Je ne suis jamais heureux (euse)		
37	Je fais toujours mon travail de mieux que je peux		
38	En général 'je suis capable de me débrouiller tout (e) seul (e)		
39	Je suis assez content (e) de ma vie		
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi		
41	J'aime tous les gens que je connais		
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose		
43	Je me comprends bien moi-même		
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi		
45	On ne me fait jamais de reproches		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais		
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir		
48	Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme (une femme)		

LES ANNEXES

49	Je suis mal à l'aise dans ma relation 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 moyennes quand on me fait des critiques		
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.		

G

SO

F

P

T

M

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

➤ **Les mots difficiles.**

1. **Poly ménorrhée:** غزارة الطمث
2. **L'érythropoïétine :** une hormone de nature glycoprotéique (protéine porte glued).
3. **Fonction excrétrices :** وظيفية افرازية
4. **Fonction endocrines :** وظيفة الغدد الصماء
5. **Paremcume rénal :** حمى الكلى
6. **Pyélonéphrites :** إتهاب الحويضة و الكلية
7. **Polykysotes :** متعدد الكيسات
8. **Créatinines :** un produit chimique sanguin perdu
9. **Molécules :** جزئيات
10. **Le faisceau :** شعاع
11. **Turbulences du bain :** اضطراب الحمام
12. **Hydraulique :** technique permettant de convertir en énergie mécanique une pression a un liquide.
13. **D'hémo-filtration :** الديال الدموي ، غسل الدم
14. **D' hémodia-filtration :** الترشيح الدم
15. **Rétro-filtration :** الترشيح العكسي
16. **L'héparinisation :** usage d'héparine à des fins thérapeutiques, technique anticoagulation.
17. **Thrombopénies :** formation d'un caillot sanguin pendant le processus de la coagulation.
18. **Héparinisation insuffisante :** نقص الهيبارين
19. **Caillots :** تجلط
20. **Coagulation :** تجلط الدم
21. **Thromboplastine :** facteur de coagulation, désigne par le chiffre romain, activation la voie.
22. **L'hépirinothérapie :** العلاج بالهيبارين
23. **Polyéthylène-imine :** un polymère organique de formule chimique.
24. **Sans héparinisation :** une technique d'anticoagulation utilisée avec toutes les forme thérapies de remplacement rénal
25. **Immunologique :** s'occupe de l'étude du système immunitaire aussi une spécialité biologique et médicale qui étudie l'ensemble des mécanismes de défense de l'organisme contre les antigènes (agent pathogènes extérieurs).

L'Estime de soi chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique.

Etude de six (06) cas au niveau de l'EPH de SIDI AICH.

Résumé

L'insuffisance rénale chronique est une maladie très répandue dans le monde, cette dernière consiste d'un débit de filtration glomérulaire présent au moins de trois mois, altération irréversible des néphrons qui sont responsables de la filtration de sang de la matière toxique comme la créatinine et l'urée. L'objectif de cette recherche est d'étudier le processus d'estime de soi chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique. Nous avons effectué notre stage au service d'hémodialyse « EPH sidi aiche » la population d'étude est comportée de six cas (06). Afin de recueillir de données auprès des cas nous avons choisi la méthode clinique, en particulier, l'entretien clinique de recherche semi-directif, ainsi, l'échelle l'estime de soi de Cooper Smith. Suite à l'analyse des données, nous avons déduit que le soutien familial et social engendre processus d'estime de soi chez les patients ayant une insuffisance rénale chronique.

Mots clés : estime de soi, insuffisance rénale chronique.

Abstract

Chronic kidney failure is a very common disease in the world, the latter consists of a glomerular filtration rate present for at least three months, irreversible alteration of the nephrons which are responsible for the filtration of toxic material such as creatinine in the blood. And urea. The objective of this research is to study the self-esteem process in patients with chronic kidney failure. We carried out our internship at the hemodialysis department «EPH sidi aiche» the study population consisted of six cases (06). In order to collect data from the cases we chose the clinical method, in particular, the semi-structured clinical research interview, as well as the Cooper Smith self-esteem scale. Following the analysis of the data, we deduced that family and social support generates self-esteem processes in patients with chronic kidney failure.

Key words : self-esteem, chronic kidney failure.