



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

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention d'un diplôme de Master en psychologie
Option : Psychologie clinique

Thème

**L'estime de soi et sa relation avec l'ajustement psychologique
Chez les personnes hémodialysés**

“Étude de dix (10) cas réalisés au sein de clinique Benmerad Rachid -Bejaia-”

Réalisée par

AKSIL Khadidja

Encadrée par

Dr. SAOUD Fatima

Année universitaire : 2023/2024

Summary

This study aimed to reveal the relationship between self-esteem and psychological adjustment in hemodialysis patients, a descriptive study, in the wilaya of Bejaia for the academic year (2023-2024), the sample of the study consisted of ten cases, and to achieve the objectives of the study, we built two questionnaire forms, contains six themes in each axis ten items which are: the first questionnaire is self-esteem contains three axes: self-confidence, pride and satisfaction, the second questionnaire is psychological adjustment. Contains three axes which are: communication with others, self-acceptance and therapeutic remission. And after presenting and discussing the results of the study, the researcher found the following:

- There is a statistically significant relationship between self-esteem and psychological adjustment in hemodialysis patients.
- There is a statistically significant relationship between self-confidence and communication in hemodialysis patients.
- There is a statistically significant relationship between pride and self-acceptance in hemodialysis patients.
- There is a statistically significant relationship between satisfaction and therapeutic remission in hemodialysis patients.

Key words: self-esteem, psychological adjustment, hemodialysis

Résumé

Cette étude visait à révéler la relation entre l'estime de soi et l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés, une étude descriptive, dans la wilaya de Bejaia pour l'année académique (2023-2024), l'échantillon de l'étude était composé de dix cas , et pour atteindre les objectifs de l'étude, nous avons construit eux formulaires de questionnaire, contient six thèmes dans chaque axe dix items qui sont : le premier questionnaire est l'estime de soi contient trois axes: la confiance en soi, la fierté et la satisfaction, le deuxième questionnaire c'est l'ajustement psychologique. Contient trois axes qui sont: la communication avec les autres, l'acceptation de soi et la rémission thérapeutique. Et après avoir présenté et discuté des résultats de l'étude, le chercheur a trouvé ce qui suit :

- Il existe une relation statistiquement significative entre l'estime de soi et l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés.
- Il existe une relation statistiquement significative entre la confiance en soi et la communication chez les patients hémodialysés.
- Il existe une relation statistiquement significative entre la fierté et l'acceptation de soi chez les patients hémodialysés.
- Il existe une relation entre statistiquement significative la satisfaction et la rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés.

Mots clés : l'estime de soi, l'ajustement psychologique, l'hémodialyse.

المخلص

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى مرضى القصور الكلوي، دراسة وصفية، في ولاية بجاية للعام الدراسي (2023-2024)، تكونت عينة الدراسة من عشر حالات، ولتحقيق أهداف الدراسة، قمنا ببناء نموذجين للاستبيان، يحتوي على ستة محاور في كل محور عشرة بنود وهي: الاستبيان الأول هو تقدير الذات يحتوي على ثلاثة محاور: الثقة بالنفس، الكبرياء والرضا الاستبيان الثاني هو لتوافق النفسي. يحتوي على ثلاثة محاور وهي: التواصل مع الآخرين، وقبول الذات، والمغفرة العلاجية. وبعد عرض نتائج الدراسة وجد الباحثة ما يلي:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والتوافق النفسي لدى مرضى القصور الكلوي
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الثقة بالنفس والتواصل لدى مرضى القصور الكلوي
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الكبرياء وتقبل الذات لدى مرضى القصور الكلوي.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرضا والتماثل للعلاج لدى مرضى القصور الكلوي.

الكلمات المفتاحية: تقدير الذات ، التوافق النفسي ، القصور الكلوي.

Remerciement

*Un grand merci au **Bon Dieu** de m'avoir guidé vers le chemin de la lumière et du savoir de m'avoir prêté foi, santé, courage, patience et la volonté durant ces longues années d'étude et d'entamer et de terminer ce mémoire*

*Je tiens également à exprimer ma profonde gratitude à mes **Chers Parents** pour leur sacrifice et soutien inestimables durant toutes mes études*

*J'adresse mes sincères remerciements à ma promotrice **Dr. SAOUD Fatima** m'avoir encadré et accepté de superviser ce travail, pour sa patience, son écoute active, sa disponibilité, ses conseils précieux, ses remarques et ses suggestions pour mener à bien ce travail de recherche dans les meilleurs conditions*

*J'exprime aussi mes vifs remerciements aux membres de **Jury**, pour l'intérêt qu'ils sont portés à ma recherche, en acceptant d'examiner mon travail et de l'enrichir par leurs remarques*

*Je tiens à remercier spécialement **Dr. BACHA**, le néphrologue du service d'hémodialyse à la clinique Benmerad Rachid pour son accueil sympathique et l'équipe soignantes, ainsi que tous les **Patients** ayant accepté de participer à cette recherche en leur souhaitons un bon rétablissement*

*Je remercie aussi tous les **Enseignants** qui m'ont initié aux valeurs authentiques en signe d'un profond respect, et à tous les enseignants qui m'ont formée depuis le cycle primaire, je pense en particulier à celles et à ceux qui ont appris à lire, à communiquer, à penser et m'impliquer activement dans l'écriture.*

Dédicace

J'ai l'honneur de dédier ce modeste travail à ma Chère Famille

À mon PÈRE, écolle de mon enfance, l'épaule solide, l'œil attentif compréhensif, qui a été mon ombre durant toutes les années d'études et qui a veillé tout au long de ma vie, à m'encourager à me donner l'aide et à me protégé, aucun dédicace ne saurait exprimer mes sentiments, que Dieu vous préserve et vous procure santé et langue vie

À ma MÈRE, celle qui m'a donné la vie, le symbole de tendresse qui s'est sacrifiée pour mon bonheur et la lumière qui me guide vers le chemin de la réussite je vous offre ce modeste travail pour vous remercier énormément, que Dieu vous préserve et vous procure santé et langue vie

À ma chère Sœur, à l'unique sœur que j'ai au monde, IMANE, mon bras droit, merci d'être à mes côtés, par ta présence, par ton amour, pour donner du gout et du sens à notre vie de famille, puisse dieu vous garde, éclaire votre route et vous aide à réaliser à votre tour vos vœux les plus chers

À mes GRAND PARENTS mes TANTES, aucun dédicace ne saurait exprimer, mes sentiments tout l'amour que j'ai pour vous, votre joie et votre gaieté me comble de bonheur je vous souhaite tout le bonheur du monde, que Dieu vous donne une langue et joyeuse vie

À mon chère ami, YAZID TOUABI, tu as toujours offert soutien moral, financier, matériel et les conseils aussi nobles, merci infiniment pour ton accompagnement, votre gentillesse sans égale, pour votre support et tes encouragements tout au long de mes années d'études votre support et tes encouragements tout au long de mes années d'études, merci d'être toujours à mes côtés, que Dieu réalise vos souhaits vous donne une bonne santé

*Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réus*si**

Liste des tableaux

Tableau n° 1 : Hautes estimes de soi au quotidien	31
Tableau n° 2 : Basses estimes de soi au quotidien.....	33
Tableau n°3 : Les différents niveaux de l'insuffisance rénale chronique.....	56
Tableau n°4 : Echelle de Likert.....	73
Tableau n°5 : Récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon d'étude.....	75
Tableau n°6 : Répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge sur la base de SPSS.....	76
Tableau n°7 : Répartition de l'échantillon d'étude selon le sexe sur la base de SPSS	77
Tableau n°8 : Répartition de l'échantillon d'étude selon la situation matrimoniale sur la base de SPSS.....	77
Tableau n°9 : Répartition de l'échantillon d'étude selon la situation professionnelle sur la base de SPSS	78
Tableau n°10 : Répartition de l'échantillon d'étude selon le début de la maladie sur la base de SPSS.....	79
Tableau n°11 : Le test de stabilité pour la dimension de l'étude sur la base de SPSS.....	80
Tableau n°12 : les résultats des réponses du questionnaire sur la confiance en soi.	96
Tableau n°13 : les résultats des réponses du questionnaire sur la communication avec les autres.	97
Tableau n°14 : les résultats des réponses du questionnaire sur la fierté	98
Tableau n°15 : les résultats des réponses du questionnaire sur l'acceptation de soi.....	99
Tableau n°16 : les résultats des réponses du questionnaire sur la satisfaction.....	100
Tableau n°17 : les résultats des réponses du questionnaire sur la rémission thérapeutique..	101
Tableau n°18 : les résultats du coefficient PERSON pour l'axe de la relation entre la confiance en soi et la communication avec les autres chez les patients hémodialysés sur la base SPSS.	102
Tableau n°19 : les résultats du coefficient PERSON pour l'axe de la relation entre la fierté et l'acceptation de soi chez les patients hémodialysés sur la base SPSS.	103
Tableau n°20 : les résultats du coefficient PERSON pour l'axe de la relation entre la satisfaction et la rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés sur la base SPSS.	105

Liste des figures

Figure n° 1: Anatomie du rein.....	49
Figure n° 2 : Le processus de l'hémodialyse	57
Figure n° 3 : Image d'une fistule artéroveineuse	59
Figure n° 4 : Cathéter veineux	59
Figure n° 5 : Le principe de la dialyse péritonéal	61
Figure n° 6: Répartition graphique de l'échantillon d'étude selon l'âge basé sur les données du tableau	76
Figure n° 7: Répartition graphique de l'échantillon d'étude selon le sexe basé sur les données du tableau	77
Figure n° 8: Répartition graphique de l'échantillon d'étude selon la situation matrimoniale basé sur les données du tableau.....	78
Figure n° 9: Répartition graphique de l'échantillon d'étude selon la situation professionnelle basé sur les données du tableau.....	78
Figure n° 10: Répartition graphique de l'échantillon d'étude selon le début de la maladie basé sur les données du tableau.....	79

Tables des matières

Résumé

Remerciement

Dédicace

Liste des tableaux

Liste des figures

Table des matières

Introduction A

Chapitre I : Cadre générale de la problématique

1. La Problématique 6

2. Hypothèses 10

3. Définition des concepts clés..... 10

4. Les objectifs de la recherche 12

5. Les raisons du choix du ce thème 13

6. Les études antérieures 14

Synthèse 16

Partie théorique

Chapitre II :L'estime de soi

Préambule..... 19

1. Définition de l'estime de soi 19

2. Aperçue historique de l'estime de soi 20

3. Les trois piliers d'estime de soi 22

3.1 L'amour de soi..... 22

3.2 La vision de soi..... 23

3.3 La confiance de soi 23

4. Les différentes approches de l'estime de soi	24
4.1 Approche psychosociale	24
4.2 Approche psychanalytique	25
4.3 Approche interactionniste.....	26
4.4 Approche phénoménologique.....	27
4.5 Approche sociocognitive	28
5. Les types d'estime de soi	30
5.1. Estime de soi haute et stable.....	30
5.2. Estime de soi haute et instable.....	31
5.3. Estime de soi basse et stable.....	31
5.4. Estime de soi basse et instable.....	32
6. Caractéristique et conséquence du manque d'estime de soi	33
7. Estime de soi et résilience.....	35
Synthèse	35

Chapitre III : L'ajustement psychologique

Préambule.....	37
1. Définition de l'ajustement psychologique	37
2. Les différentes théories de l'ajustement psychologique	38
2.1 La théorie biologique.....	38
2.2 La Théorie psychanalytique	39
2.3 La théorie comportementale	40
2.4 La théorie humaniste	40
3. Domaines de l'ajustement psychologique.....	41
3.1 L'ajustement personnel	41
3.2 L'ajustement social.....	41
3.3 L'ajustement Professionnelle	42

3.4 L'ajustement émotionnel.....	42
3.5 L'ajustement sain (physique)	42
4. La relation de l'ajustement psychologique avec la santé mentale	42
5. Les obstacles de l'ajustement psychologique	43
5.1 Obstacles physiques.....	44
5.2 Obstacles psychologiques.....	44
5.3 Obstacles matériels et économiques	44
5.4 Obstacles sociaux	44
6. La relation de l'estime de soi avec l'ajustement psychologique.....	45
7. L'importance de l'ajustement psychologique.....	46
Synthèse	46

Chapitre IV : Hémodialyse

Préambule.....	48
1. Premièrepartie : Aspect médical	48
1.1. Définition du rein.....	48
1.2. L'anatomie du rein.....	48
1.3. Les différentes fonctions du rein	49
1.3.1. Filtration du sang	49
1.3.2. Régulation de la quantité d'eau dans le corps	50
1.3.3. La production de globules rouges	50
1.3.4. Contrôle de la concentration de minéraux dans le corps	50
1.3.5. Assure la santé des os	50
1.4. Définition de l'insuffisance rénale	51
1.5. Les types d'insuffisance rénale.....	51
1.5.1. L'insuffisance rénale aiguë (IRA).....	51
1.5.1.1. Définition	51

1.5.1.2.	Les Causes de l'insuffisance rénale aiguë	52
1.5.1.3.	Les principaux types d'insuffisance rénale aiguë	52
1.5.1.4.	Diagnostic de l'insuffisance rénale aiguë	53
1.5.2.	L'insuffisance rénale chronique (IRC)	54
1.5.2.1.	Définition	54
1.5.2.2.	Les causes d'insuffisance rénale chronique	54
1.5.2.3.	Les signes généraux de l'insuffisance rénale chronique.....	55
1.5.2.4.	Classification de l'insuffisance rénale chronique	56
1.6.	L'hémodialyse	56
1.6.1.	Définition	56
1.6.2.	Les principes de l'hémodialyse.....	57
1.6.3.	Les abords vasculaires	58
1.6.3.1.	Les fistules artérioveineuses	58
1.6.3.2.	Les cathéters percutanés.....	59
1.7.	La dialyse péritonéale(DP)	60
1.7.1.	Définition	60
1.7.2.	Les principes de la dialyse péritonéale	60
1.7.2.1.	La diffusion ou dialyse.....	60
1.7.2.2.	L'ultrafiltration	60
1.8.	La transplantation rénale	61
2.	Deuxième partie : Aspect psychologique.....	62
2.1.	L'incertitude par rapport à l'avenir	62
2.2.	Les atteintes de l'image corporelle.....	62
2.3.	S'adapter pour supporter	63
2.4.	Les contraintes alimentaires	63
2.6.	Vie et dialyse	64

2.7. Le malade face aux représentations sociales de la maladie.....	64
2.8. L'aide du soignant dans ce contexte.....	65
Synthèse.....	66

Partie pratique

Chapitre V : Cadre pratique de la recherche

Préambule.....	69
1. La méthode utilisée.....	69
1.1. La méthode descriptive.....	69
2. Les outils d'investigations.....	70
2.1. L'observation.....	70
2.2. L'entretien.....	70
2.2.1. L'entretien clinique.....	70
2.2.2 L'entretien semi-directif.....	71
2.2.3 Le guide d'entretien.....	71
2.3. Le questionnaire.....	72
2.3.1. Le premier questionnaire : l'estime de soi.....	72
2.3.2. Le deuxième questionnaire : l'ajustement psychologique.....	73
3. Présentation de la population d'étude.....	74
3.1. Présentation L'échantillon d'étude.....	74
4. Présentation du lieu de recherche.....	81
5. La pré-enquête.....	82
6. L'enquête.....	82
Synthèse.....	83

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

Préambule.....	85
1. Présentation et analyse des entretiens.....	85
Synthèse.....	95

2.	Présentation les résultats de l'étude	96
1.	Questionnaire sur la confiance en soi	96
2.	Questionnaire sur la communication avec les autres	97
3.	Questionnaire sur la fierté	98
4.	Questionnaire sur l'acceptation de soi	99
5.	Questionnaire sur la satisfaction	100
6.	Questionnaire sur la rémission thérapeutique	100
3.	Présentation et Discussion des hypothèses.....	101
	Synthèse	106
	Conclusion.....	109
	Liste bibliographique.....	114
	Annexes	

Introduction

Introduction

La santé est universellement reconnue comme l'un des besoins essentiels des êtres humains au point de constituer l'un des indicateurs principaux du développement. Telle que définit par l'organisation mondiale de la santé (OMS) « la santé est un état complet de bien-être physique mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Donc elle n'est pas seulement le fait d'être malade ou d'être atteint d'une infirmité. C'est une notion relative, ressentie par chaque individu, est le fait de satisfaire tous les besoins affectifs nutritionnels, relationnels et sanitaires de l'individu et/ou de la population toute entière.

Le corps humain se compose d'une dizaine de systèmes. Ensemble, ils remplissent des fonctions essentielles de l'organisme. Parmi ces fonctions on distingue le système urinaire dont la fonction est de produire l'urine, et du stoker avant son élimination, en fait il a principalement pour double fonction de « purifier » le sang par le billet des reins.

Les reins jouent un rôle physiologique fondamental ils sont des organes vitaux dont la fonction principale est de filtrer le sang en fabriquant l'urine. Permettent de purifier l'organisme des déchets qui forment la plus grande partie du métabolisme de notre alimentation, comme ils interviennent dans la synthèse de certaines hormones. Il y'a dans chacun des deux reins environ un million de néphrons. La majorité des néphropathies chronique entraine leur destruction progressive et irréversible provoquant l'insuffisance rénale chronique. Celle-ci est définie comme altération de la fonction excrétrice et endocrine des reins dont le rôle est majeur dans le maintien de l'homoeostasie du milieu intérieur. Asymptomatique en début de maladie, l'insuffisance rénal chronique est souvent évolutive et s'aggrave progressivement. Elle résulte soit de l'évolution d'une maladie rénale chronique (MRC), soit de la non-récupération après une agression rénale aigue.

Cette maladie connait une augmentation croissante à travers le monde entier, elle est le plus souvent l'aboutissement de maladies affectant le parenchyme rénal et présent un pronostic global sombre, malgré les progrès de la réanimation et de l'épuration extra-rénal. C'est une affection grave tant par sa fréquence que par son traitement difficile, lié à la précarité de nos populations. Est une malade de l'adulte et du sujet âgé, elle touche rarement les enfants et les adolescents, par exemple, sur les 70 nouveaux cas par million par an, 05concernent les enfants et adolescents et 65 les adultes et les vieillards. Les

manifestations cliniques exigent un interrogatoire, des exploitations chimiques ou biologiques pour déterminer les facteurs de risque. Les maladies qui mènent à l'IRC frappent toujours les deux reins, attaquant, dès le début de la maladie, un ou plusieurs de leurs composants anatomiques. La maladie rénale chronique est soumise à trois choix : en finir avec la vie, se faire dialyser ou se faire transplanter. Il pourra alterner au moins deux de ces choix sur son parcours. « Le condamné aura son taux de survie aux fesses ». Sans substitution de la fonction défaillance (que ce soit par épuration rénale via un rein transplanté ou extra-rénale via une machine d'épuration).

L'insuffisance rénale chronique atteint son stade dit terminale (IRCT) lorsque 90% des néphrons sont détruits, les patients doivent avoir recours aux méthodes de dialyse et transplantation (greffe de reine) pour éviter l'accumulation de déchets toxiques et les déséquilibres en élément minéraux. Elle engendre une atteinte psychologique et sociale un cout indirect important au patient à sa famille et aux milieux professionnels du patient à un impact sur sa vie quotidienne à savoir la limitation fonctionnelle des activités.

Les maladies chroniques telles que l'asthme, le diabète et les maladies cardiaques sont les maladies organiques et psychosomatiques les plus importantes qui sont devenues affligeantes pour divers groupes d'âge de toutes les couches sociales, de sorte que les situations de vie changeantes les complications de la vie, les problèmes familiaux et sociaux sont tous des facteurs qui ont contribué à une augmentation de l'incidence des maladies chroniques.

Avoir la santé mentale est nécessaire pour l'individu, et donc sa capacité de l'ajustement psychologique, qui a un rôle qui affecte la stabilité, l'alignement psychologique et l'autosatisfaction car l'estime de soi est une partie importante de la structure psychologique et son essence, l'auto-efficacité est l'un des déterminants du comportement, lorsque l'individu a confiance en son auto-efficacité, il a plus confiance en lui-même, l'activité psychologique de l'individu détermine la nature de l'estime de soi et travaille à diriger le soi dans la direction appropriée, et l'ajustement psychologique exprime l'auto-efficacité dans l'interprétation du comportement lié à son compétences et en tant que facteur important pour faire face à de nouvelles circonstances traduit par la confiance d'un individu dans ses capacités à contrôler les situations, cette confiance affecte dans sa pensée et son comportement, atteignant ainsi la réalisation des objectifs et l'ambition souhaitée.

L'estime de soi est l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, c'est-à-dire le degré de satisfaction à l'égard de soi-même, comportant ainsi une double tonalité évaluative et affective, représente l'un des soubassements de l'image de soi, orientant la prise de conscience de soi et la connaissance de soi par l'appréciation positive ou négative que le sujet porte sur lui-même en comparaison avec autrui.

Bien que un simple trait de personnalité, l'estime de soi est l'ensemble des sentiments et des attitudes que le sujet éprouve à l'égard de lui-même. Ainsi elle est l'ensemble des jugements positifs ou négatifs qu'il se porte, en ce sens, peut être considéré comme une attitude positive ou négative à propos de soi-même, en sachant que l'on entend par « attitude », les cognitions et les processus de pensée.

La maladie, parce qu'elle fait crise et provoque de nombreux changements, demande à la personne malade ainsi que sa famille de s'y adapter. L'ajustement psychologique appelé aussi adaptation, des changements au niveau de l'identité, désigne « un processus dynamique de changement lié aux capacités innées ou acquises d'un organisme, d'un individu ou d'un groupe de réagir à des agressions externes ou internes, des contraintes ou des conflits en cherchant à réduire ou à éliminer leurs conséquences défavorables par des ajustements divers leur permettant de survivre et de créer un nouvel équilibre compatible avec leur survie ».

L'ajustement psychologique est la résultante de ces stratégies. Un bon ajustement se mesure par, le bien être, la satisfaction, la santé, etc. Tandis qu'un non ajustement se donne à voir avec une affectivité négative, une dépression, une insatisfaction, une entrée dans la pathologie, ou une récurrence voire un décès. Le niveau d'ajustement est modulé par les ressources sociales et les ressources personnelles telles que le contrôle personnel de la situation, l'estime de soi, etc.

Notre recherche porte sur le thème « l'estime de soi et sa relation avec l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés », nous avons choisi comme terrain d'étude dans le service d'hémodialyse « la clinique privée ; Rachid Benmerad » à Bejaia, et une population de dix cas afin de déterminer la relation entre l'estime de soi et l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés.

Pour atteindre nos objectifs, notre travail est structuré en trois parties, qui se présentent comme suit :

- **Le cadre générale de la problématique :** une problématique, les hypothèses définition et opérationnalisation des concepts clés, les objectifs de la recherche et les raisons du choix du ce thème ainsi les études antérieures.
- **Partie théorique :** divisé en trois chapitres :

Chapitre II : intitulé « l'estime de soi », comprend ;la définition, l'aperçue historique, les piliers, les différentes théories de l'estime de soi, les caractéristiques et les conséquences du manque d'estime de soi et l'estime de soi et résilience.

Chapitre III : intitulé : « l'ajustement psychologique », en abordant ; la définition, les différentes théories, les domaines de l'ajustement psychologique, la relation entre l'ajustement psychologique et la santé mentale, les obstacles et l'importance d'ajustement psychologique et la relation entre l'estime de soi et l'ajustement psychologique.

Chapitre IV : intitulé « l'hémodialyse », comprend deux aspects ; aspect médicale contient : la définition, les causes, les types, les symptômes, et le traitement de l'insuffisance rénale. Concernant l'aspect psychologique comporte : le soutien psychologique, les contraintes alimentaires, vie et dialyse et l'état psychologique des patients hémodialysés.

- **Partie pratique :** comprend deux chapitres :

Chapitre IV : consacrée au cadre méthodologique à travers lequel on a traité les points suivants; la méthode utilisée, présentation de l'échantillon d'étude, présentation lieu de recherche où nous avons effectué notre stage pratique, les outils d'investigation clinique (l'entretien clinique, semi-directif, le guide d'entretien et le questionnaire), le déroulement de la pratique.

Chapitre V : porte sur présentation et analyse des résultats.

Enfin, on a clôturé notre recherche par une conclusion, suivie d'une liste bibliographique et des annexes.

Chapitre I : Cadre générale de la problématique

1. La Problématique

Les maladies chroniques, sont la première cause de mortalité prématurée dans le monde, elles se développent d'une façon progressive et ont des causes multiples et complexes. Elles sont susceptibles de compromettre la qualité de vie, néanmoins elles sont évitables et leur survenue peut être retardée. Peuvent être de nature psychiatrique ou organique et elles réfèrent aux affections à forte prévalence comme le diabète l'hypertension artérielle, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chronique, le cancer, les maladies transmissibles (tuberculose et VIH), et l'insuffisance rénale chronique.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une pathologie grave et invalidante, et la destruction progressive et irréversible des néphrons fonctionnels. Elle constitue aujourd'hui un vrai problème de santé publique du fait l'augmentation de son incidence et de sa prévalence, ainsi qu'en raison du coût élevé des traitements de suppléance. Ces derniers étant très lourds et coûteux et on prévoit l'accroissement rapide de ces dépenses car, d'une part, la population vieillit et d'autre part, le diabète et l'hypertension artérielle qui en sont les principales causes, touchent de plus en plus de personnes.

Dans le monde, près de 10 % de la population est atteinte d'une maladie rénale, et près millions de personnes souffrent d'une insuffisance rénale chronique, prédominant chez la population âgée 60 ans, elle est deux fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Environ 1,2 million de personnes meurent chaque année d'une insuffisance rénale chronique, c'est la 8ème cause de décès dans le monde en 2022. L'insuffisance rénale chronique est devenue, un problème de santé publique dans beaucoup de pays à travers le monde et risque de le devenir en Algérie si des mesures adéquates pour sa prévention et sa prise en charge correcte ne sont pas prises dans un avenir immédiat. En effet l'importance de cette pathologie a déjà été mise en exergue à travers une enquête publiée en 2002 qui a concerné 120 pays. Il a été recensé 1.050.000 patients en insuffisance rénale terminale : 68,7% étaient traités par hémodialyse 8,5% par dialyse péritonéale tandis que 22,8% avaient un transplant rénal fonctionnel, 2,5 millions le nombre de patients dans le monde qui seraient traités pour IRC en 2011, ce qui s'est grandement réalisé, et ceci du fait d'une augmentation régulière de son incidence et de sa prévalence. On peut y voir aussi le meilleur dépistage et prise en charge de tels patients et

la survie de patients à des pathologies graves autrefois mortelles. (Taleb-Bachtarzi S, Selmi H et Chergui S, 2015, p.62).

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

Enfin, les malades montrent à l'évidence que la dialyse est non seulement une thérapie organique mais aussi, il s'agit d'un choix, une stratégie d'adaptation à la maladie. Choisir une technique d'épuration, c'est exprimer une sensibilité vis-à-vis de l'ensemble des contraintes que la maladie impose. Il n'y a pas une bonne ou mauvaise dialyse pour tous mais une dialyse adaptée à chacun selon les représentations du corps, de la maladie, de l'institution hospitalière, de la famille la bonne méthode est celle qui étouffe le moins le malade et laisse une large place au plaisir de vivre.

Chaque situation de vie est différente, et au cours d'une existence, les situations et contextes de vie changent, chaque changement suppose une nouvelle organisation, une adaptation. Pour s'y faire du temps est nécessaire comme tout autre événement de la vie l'installation en insuffisance rénale chronique requiert des moyens. La maladie quelle que soit, ramène la personne à elle-même, au moins dans les premiers temps, elle y conduit forcément ; les examens recommandations et traitements y obligent, la personne va devoir prendre soin d'elle.

La personne réalise alors qu'elle peut s'accepter et vivre avec ce qui lui arrive. Simultanément l'entourage suit le mouvement, et vit avec, sans ressentir amèrement un changement radical de situation une constante privation de bien-être, une frustration, un empêchement permanent. Mettre à plat ses propres difficultés, exprimer le cas échéant son égoïste besoin de respirer, est plutôt salutaire et signe de bonne santé mentale de l'entourage concerné.

Cette maladie est caractérisée par des maladies naturelles, qui ont attiré l'attention des psychologues pour mener des études et des recherches afin d'identifier les effets psychologiques de cette maladie en recherchant de nombreuses variables psychologiques à travers lesquelles ils essaient de trouver des stratégies adaptatives qui aident les patients à surmonter ces difficultés. Cette étude a tenté de mettre en évidence une dimension très

importante de la personnalité humaine, qui est l'estime de soi et la connaissance de son niveau pour les patients.

La notion de L'estime de soi est l'appréciation favorable de soi-même. Il s'agit donc d'une évaluation, c'est-à-dire d'un jugement de valeur à propos de soi, cela suppose d'avoir une représentation de soi, cette représentation globale, plus large que l'estime de soi, inclut un nombre important de représentation partielles comme notre apparence physique, notre traits de caractère nos qualités et nos défauts, nos compétences dans différents domaines, nos possibilités et nos limitations, notre position sociale, le sentiment de notre valeur en tant qu'être humain, le sentiment éventuel d'appartenance à quelque chose qui nous dépasse ; représentation de soi comme un être spirituel. (Josiane de Saint Paul, 1999, p.7).

En fait, la personne est incité fortement à réussir par des raisons, qui sont fondamentales inconfortables, même si elle n'en a pas toujours une claire conscience : il s'agit de maintenir à tout prix une image positive de soi aux yeux des autres pour pouvoir la garder vis-à-vis de soi-même. (Josiane de Saint Paul, 1999, p.5).

Une estime de soi positive devient donc un soi idéal et un soi perçu semblable. C'est une vision adéquate du soi, vision qui inclut les défauts de façon réaliste sans les critiquer trop sévèrement. Les personnes possèdent une estime de soi positive sont fières et se sentent bien leurs point forts ressortent. Cependant il ne faut pas oublier que même la personne confiante en ses moyens travaille souvent fort afin d'améliorer les points qui sont plus faibles.

Cooper affirme que l'estime de soi est un jugement personnel, une auto-évaluation basée sur nos valeurs et nos normes personnelles. En 1967, il mentionnait déjà plusieurs autres informations importantes au niveau de la valeur de l'estime de soi et dans son impact sur la vie des gens. Le fait de posséder une estime de soi forte ou faible est la conséquence d'une représentation personnelle de ses propres valeurs et convictions plutôt qu'une accumulation de faits objectifs. Il ajoute que les personnes présentant une estime d'eux-mêmes élevée sont plus heureuses et plus efficaces dans leurs environnements familiaux que les personnes présentant une estime d'eux-mêmes faibles. Effectivement ces dernières ont plus tendances à se retirer de la vie sociale et à ressentir de façon continue une détresse très envahissante.

L'estime de soi est devenue l'un des sujets les plus fréquemment abordés au cours des étapes de l'enfance et de l'adolescence. Il existe peu d'études sur l'estime de soi chez les personnes âgées il a été abordé par de nombreux penseurs et chercheurs, comme Cooper-Smit (1967), qu'il croit que tous les domaines de la vie sont affectés par le niveau d'estime de soi à travers son association avec des variables beaucoup d'entre eux incluent : l'autonomie, les sentiments de confiance en soi le sentiment de compétence de l'individu et l'acceptation des expériences, l'efficacité de la communication sociale, et c'est ce qui renforce la relation entre l'estime de soi et la capacité de l'ajustement. En cas de faible estime de soi, cela peut affecter négativement la capacité d'adaptation, surtout après que l'individu ait atteint le stade de la vieillesse au cours duquel l'activité et la production diminuent et deviennent plus actives, impuissance et abandon. Et l'estime de soi s'affaiblit en raison de l'échec et de la soumission à la réalité.

La science de la santé mentale a également emprunté le terme de l'ajustement psychologique aux sciences naturelles, où il était à l'origine utilisé dans le domaine de la biologie, pour désigner les processus physiologiques mis en œuvre par le corps pour s'adapter aux dangers environnementaux qui l'entourent, en particulier diverses pressions de la vie, et les psychologues et la santé mentale ont utilisé le concept de l'ajustement psychologique conformément à sa signification dans les sciences naturelles pour les processus mis en œuvre par l'individu dans sa tentative de contrôler les exigences de l'environnement d'une part, et sur ses besoins psychologiques internes d'autre part.

L'ajustement psychologique est un processus dynamique continu qui traite du comportement et de l'environnement en changeant et en modifiant jusqu'à ce qu'un équilibre se produise entre l'individu et l'environnement, et c'est une construction cohérente, unifiée et saine de la personnalité de l'individu, et c'est la capacité de l'individu qui le qualifie pour se sentir bien et s'accepter à travers les principes, les valeurs et les objectifs dont il se satisfait, en plus de ressentir une satisfaction sociale et une acceptation du groupe dans lequel il vit. (عطية, 2001, ص 13).

A la lumière de ce qui a précédé notre but de recherche sur le thème intitulé « l'estime de soi et sa relation avec l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés », notre question de départ est formulée de la manière suivante :

- Existe-t-il une relation statistiquement significative entre l'estime de soi et l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés ?

Et puis les questions partielles ont été posées comme suit :

Les questions partielles

- Existe-t-il une relation statistiquement significative entre la confiance en soi et la communication avec les autres chez les patients hémodialysés ?
- Existe-t-il une relation statistiquement significative entre la fierté et l'acceptation de soi chez les patients hémodialysés ?
- Existe-t-il une relation statistiquement significative entre la satisfaction et la rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés ?

À travers les questions, les hypothèses suivantes ont été formulées comme suit :

2. Hypothèses

2.1. L'hypothèse générale

Il existe une relation statistiquement significative entre l'estime de soi et l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés.

2.2. Les hypothèses partielles

- Il existe une relation statistiquement significative entre la confiance en soi et la communication avec les autres chez les patients hémodialysés.
- Il existe une relation statistiquement significative entre la fierté et l'acceptation de soi chez les patients hémodialysés.
- Il existe une relation statistiquement significative entre la satisfaction et la rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés.

3. Définition des concepts clés

1. L'estime de soi

1.1 Selon le grand Larousse de psychologie

Devenir soi-même s'implique à une conscience éveillée ne se limitant pas seulement au moi-même. Le soi-même comme unification de la conscience et de l'inconscient, le centre virtuel de l'individualisation. Au sens large, le soi est le lieu où le sujet se reconnaît comme réellement. (Petit Larousse, 2007, p894).

1.2 Définition procédurale

C'est le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou la réputation, bonne ou mauvaise que nous avons auprès de nous-mêmes. Est un jugement personnel, le produit d'une évaluation cognitive de soi-même. Est la disposition à se considérer comme compétent pour faire face aux défis de base de l'existence et digne d'être heureux. (SainPaul.J, 1999, p.09-19).

1.3 Définition opérationnelle

Une perception positive ou négative de nous-mêmes, la confiance en soi, l'acceptation ou le non acceptation de soi, le respect de soi, la façon dont je me considère, le sentiment de compétence et de performance, développer de l'amour envers soi-même, sentiment de sécurité et sentiment de dévalorisation, l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même.

2. L'ajustement psychologique

2.1 Selon le grand dictionnaire

Un ensemble de changements affectant un individu ou une personne fait cela pour la rendre plus adaptée à sa société et à son environnement. (Grand dictionnaire de la psychologie, 2000, p 320).

2.2 Définition Procédurale

Un processus dynamique continu, à travers lequel l'individu essaie de changer son comportement pour parvenir à un ajustement entre lui-même et l'environnement, qui inclut toutes les influences et possibilités entourant l'individu pour atteindre un état de stabilité psychologique et physique et d'adaptation sociale. L'ajustement est une relation entre la stabilité psychologique et l'environnement environnant et cherche à s'adapter.

2.3 Définition opérationnelle

La capacité d'un individu à changer et à modifier son comportement en fonction des exigences de l'environnement, confrontation positivement afin d'atteindre l'ajustement personnelle et sociale acceptation de soi telle qu'elle est et se sentir bien avec elle changements de comportement nécessaires pour satisfaire les besoins et répondre aux exigences matérielles afin que l'individu puisse établir une relation cohérente avec l'environnement.

3. L'hémodialyse

3.1 Selon le dictionnaire Larousse de la médecine

L'hémodialyse est une méthode d'épuration du sang au moyen d'un rein artificiel. L'hémodialyse permet d'épurer le sang des déchets qui sont normalement éliminés dans l'urine, il consiste à mettre en contact à travers une membrane semi-perméable appelée dialyseur (ne laissant passer que les petites et les moyennes molécules) le sang du malade et un liquide dont la composition est proche de celle du plasma normal (dialysa). (Petite Larousse de la médecine 2010, P.444).

3.2 Définition procédurale

Il s'agit d'une technique d'épuration par circulation extracorporelle du sang à travers une membrane. Ce traitement est réparti en trois séances par semaine, chacune durant environ quatre heures. La durée des séances et les modalités d'épuration comme l'auto-dialyse sont adaptées en fonction des besoins et de l'état de santé des patients.

3.3 Définition opérationnelle

Éliminer les déchets dans le sang, des maux de tête, la fatigue, une diminution de la taille des reins, une sensation du mal-être, des vomissements, perte d'appétit, une augmentation d taux sanguin de créatine et durée, l'essoufflement, les nausées, anémie Hypertension artérielle.

4. Les objectifs de la recherche

L'un des principaux objectifs est d'obtenir des résultats et, dans nos recherches, nous visons à Révéler la relation entre l'estime de soi et l'ajustement psychologique. Nous

.cherchons également :

- À répondre aux hypothèses de l'étude et aux questions contenues dans la problématique de l'étude.
- Découvrez s'il existe une relation entre la confiance en soi et la communication avec les autres.
- Découvrez s'il existe une relation entre la fierté et l'acceptation de soi.
- Découvrez s'il existe une relation entre la satisfaction et la rémission thérapeutique.

La recherche vise également à découvrir ce qui peut affecter l'estime de soi et l'ajustement psychologique des patients, et montre le besoin de psychologue, ou d'une cellule d'écoute au niveau de la clinique pour aider psychologiquement ces patients et développer leur capacité à faire face à diverses circonstances difficiles.

5. Les raisons du choix de ce thème

- Ce thème tire son importance de son lien avec l'aspect psychologique des patients hémodialysés.
- Un domaine qui doit toujours être étudié pour parvenir à des solutions qui aident à atteindre l'ajustement et la connaissance.
- L'importance de thème réside également dans l'importance du sujet, car nous cherchons à étudier l'ajustement psychologique, car est la preuve de la jouissance de la santé mentale par l'individu et de l'objectif de chaque être humain de vivre une vie heureuse sans troubles.
- L'étude de l'estime de soi est un mécanisme fondamental du comportement humain, et son importance dans la formation de la personnalité.

6. Les études antérieures

6.1 L'estime de soi

6.1.1 L'étude de Massel Saleh Adine (2000)

« Niveau de l'estime de soi chez les adultes atteint d'une insuffisance rénale chronique ».

L'étude de Massel Saleh Adine qui traitait de l'estime de soi des adultes présentant une insuffisance rénale chronique soumis à une chirurgie de filtration sanguine, car le patient présentant une insuffisance quantitative chronique soumis à une filtration sanguine souffre d'une faible estime de soi, où la perspective toxique cognitive a été adoptée et le test a adopté l'hypothèse de la Échelle d'entrevue clinique en demi-onde et d'estime de soi (Cooper-Smith), où l'étude a été menée à l'hôpital de la clinique de filtration du sang d'Ain Bassam pour un groupe de 5 cas âgés de 30 à 60 ans.(مسيل صالح الدين، 2012، ص2).

6.1.2 étude Rtiva Tuula (2003)

« La relation entre l'estime de soi et la réussite scolaire chez les adolescents atteints de diabète et de polyarthrite rhumatoïde ».

L'étude visait à découvrir la relation entre le concept de soi et la réussite scolaire chez les adolescents atteints de diabète et de polyarthrite rhumatoïde, l'étude a été appliquée à un groupe de patients diabétiques(21), un groupe de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (21) et un groupe sans aucune maladie(24), les chercheurs ont utilisé un questionnaire sur l'estime de soi les scores de réussite scolaire de l'échantillon de l'étude et les résultats de l'étude réussite scolaire chez les personnes atteintes de diabète et de polyarthrite rhumatoïde et les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde du Groupe sont affectés par aucune maladie.

6.1.3 Étude ErholahtetalRtiva(2004)

« Le degré l'estime de soi chez les adolescents atteints de maladies chroniques »

L'étude visait à identifier les différences possibles de concept de soi chez les adolescents atteints de maladies chroniques et de santé, l'échantillon de l'étude était un groupe d'adolescents (23) atteints de diabète de type I et un groupe (25) avec Les

chercheurs ont utilisé un questionnaire sur l'estime de soi et le résultat de l'étude était le suivant: le degré de perception de l'image corporelle, de la profession et du niveau d'éducation d'un individu était inférieur à celui du groupe témoin, ainsi que le concept de soi des diabétiques, des contrôles de la glycémie normale et des patients atteints d'arthrite était meilleur que celui des patients non conservateurs atteints de polyarthrite rhumatoïde, et un autre groupe (26) sans aucune maladie, et les groupes sont identiques en termes de sexe, d'âge et de classe sociale.

6.2L'ajustement psychologique

6.2.1L'étude Hamas et Ismail (2017)

« Niveau l'ajustement psychologique chez les patients insuffisants rénaux dans les gouvernorats de Gaza ».

L'objectif de cette étude était d'identifier l'identité de soi et l'ajustement psychologique chez les patients insuffisants rénaux dans les gouvernorats de Gaza, l'échantillon de l'étude composé de(90)patients, l'étude a conclu un ensemble de résultats, dont les plus importants sont: le poids relatif du niveau de l'ajustement psychologique chez les patients insuffisants rénaux dans les Gouvernorats de Gaza est de 80,78%, ce qui est plus grand que la taille relative neutre, 60%, cela signifie que le niveau de l'ajustement psychologique est positif chez les patients insuffisants rénaux dans les gouvernorats de Gaza, et l'étude également a montré qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives l'auto-identité des patients insuffisants rénaux est attribuée à une variable: âge, niveau d'éducation, niveau économique, lieu de résidence.

1.2.2 L'étude de Zakaria (2012)

« Le niveau de santé mentale chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique »

L'étude de Zakaria (2012) visait également à identifier la relation persistante entre la santé mentale et l'insuffisance rénale, un patient atteint d'insuffisance rénale chronique et de certaines variantes, la taille de l'échantillon de l'étude était de 50 avec insuffisance rénale chronique sous l'effet de l'hémodialyse au centre hospitalier Giad pour la chirurgie et les lésions rénales au cours de la période allant de (avril à décembre 2012). Une échelle standardisée de santé mentale pour l'environnement soudanais a été appliquée, et un questionnaire à collecter selon les informations l'étude a révélé que le niveau de santé

mentale chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique est élevé de (54%), et qu'il existe des différences statistiquement significatives dans le niveau de santé mentale en fonction du type en faveur de, et en fonction de l'état matrimonial d'un thérapeute marié, et en fonction des coûts masculins, du niveau d'éducation en faveur de l'université et, par conséquent, en faveur du traitement en faveur de selon et en fonction de la résidence, en fonction de la profession, en fonction de la durée de la maladie, en fonction de la durée du traitement.

6.2.3 L'étude Tahani Hassan (2012)

« Connaissance de la compatibilité psychologique chez les patients insuffisants rénaux et de sa relation avec certaines variables démographiques ».

Dans l'étude Tahani Hassan (2012), qui visait à déterminer l'ajustement psychologique des patients insuffisants rénaux et liée à certaines variables démographiques, dans les principaux centres de dialyse et de traitement du gouvernorat la communauté de recherche est représentée par 40 hommes et 20 femmes atteints d'insuffisance rénale chronique, âgés de (17 à 30 ans) et la taille de l'échantillon était de(60) les résultats les plus importants de l'étude étaient que la compatibilité psychologique entre les patients insuffisants rénaux augmentait, la présence de différences statistiquement significatives de compatibilité psychologique chez les patients insuffisants rénaux chroniques selon la variante du sexe féminin valide.

Synthèse

Au cours des études précédentes, qui traitaient des variables de recherche sous plusieurs aspects et avec différents groupes d'âge, des études axées sur le concept de soi et l'estime de soi avaient plusieurs objectifs, dont certains visaient à identifier le niveau d'estime de soi chez un adolescent diabétique et d'autres études axées sur la variante du diabète et sa relation avec plusieurs variables, dont l'une était d'identifier les problèmes psychologiques des patients en général .Et d'autres études relatives à la l'ajustement psychologique en général ont montré l'importance de l'ajustement dans l'amélioration de La psyché Surtout les patients qui doivent accepter un traitement ou accéder à la santé mentale.

Partie théorique

Chapitre II : L'estime de soi

Préambule

L'estime de soi est reconnue un bon prédicateur du bien-être psychologique des personnes et sa mesure est vue comme un indicateur de la présence potentielle de problèmes sociaux affectifs faisant qu'elle s'avère une cible importante dans leur prévention. L'estime de soi, qui est la perception de la valeur personnelle que s'attribue une personne, est un concept développemental multidimensionnel et dynamique qui s'appuie sur une conscience de ses forces et de ses difficultés personnelles.

1. Définition de l'estime de soi

Selon le grand Larousse de la psychologie

L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet ; le moi actuel d'une part et, d'autre part, le moi idéal, le moi qui devrait être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qui le connaissent (Grand Larousse, 2011, p.346).

Selon Horrocks et Jakson (1972)

Le concept de soi réfère donc à un « ensemble de traits, d'images, de caractéristiques, de goûts de valeurs, d'aspirations que l'individu perçoit plus ou moins clairement en lui-même et qu'il organise de façon plus ou moins cohérente, ceci en relation avec les autres et les rôles qu'il joue ». (Émeline Bardou et Nathalie Oubrayrie-Roussel, 2014, p.95).

Selon Bandura (1997)

Le concept de soi est une vision organisée de soi qui se formerait à travers des expériences mais aussi à partir des évaluations sur soi que feraient les autres significatifs aux yeux du sujet concerné. (Émeline Bardou et Nathalie Oubrayrie-Roussel, 2014, p.98).

Selon L'Écuyer (1975)

L'estime de soi comme étant une structure du concept de soi qui consiste en une manière de réagir aux perceptions que l'individu a de lui-même, réactions sous la forme d'évaluation ou de jugement de valeur favorable ou défavorable que l'individu porte à l'égard de lui-même. (Émeline Bardou et Nathalie Oubrayrie-Roussel, 2014, p.98).

Selon Coopersmith (1967)

L'estime de soi comme « l'approbation ou la désapprobation portée sur soi-même », indiquant dans quelle mesure un individu se croit capable, valable ou important. Le sujet autoévalué ses résultats, ses capacités et ses qualités selon un système de valeurs et de normes personnelles.

Selon cet auteur, l'estime de soi fait référence à une évaluation que fait un sujet à propos de lui-même et qu'il maintient dans le temps, en exprimant une attitude d'auto-approbation ou de désapprobation et en dévoilant les croyances de la personne à son égard, concernant sa capacité à être « compétence, efficace et dingue ». Cet auteur apporte la notion de jugement personnel à propos de sa propre valeur mais également d'expérience subjective par l'évaluation que porte le sujet sur lui-même. (Émeline Bardou et Nathalie Oubrayrie-Roussel, 2014, p.100).

2. Aperçue historique de l'estime de soi

Historiquement, l'estime de soi désigne ainsi généralement la valeur qu'un individu attribue à sa propre personne, renvoyant à l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même, comme l'évaluation positive ou négative de soi qu'un sujet s'attribue, construite à partir des interactions sociales de l'individu et l'interprétation qu'il en fait. Elle est un élément essentiel du processus d'évaluation de soi tout au long de la vie.

Selon le psychologue William James (1890), l'évaluation de soi concerne l'ensemble des manières d'être et de faire, les caractéristiques et les acquis, ainsi que les sentiments et les aspirations du sujet. Elle entre en jeu dans de nombreux domaines d'activités, scolaires ou professionnelles et relationnels, où le sujet est appelé à manifester ses compétences de façon appropriées. L'estime de soi résulte alors du niveau de compétence mêmes et de réussite par rapport aux buts à atteindre et aux exigences mêmes du sujet, dans les domaines considérés. James a élaboré la première conception psychologique du soi, en mettant l'accent sur la dynamique intra personnelle et psychique, sur la diversité du moi, sur l'importance de l'articulation du Moi perçue et le Moi idéal.

Selon Cooley (1902), proposa le concept de soi réfléchi ou soi miroir, soit « ce que je suis » est réfléchi dans le miroir du regard des autres. L'origine de l'estime de soi réside alors dans la façon l'individu perçoit ce que les tiers importants pensent de lui. Sa conception est centrée sur la notion du « soi miroir », en définissant la perception e soi comme étant le résultat d'un effet de miroir social « miroir de soi », la valeur du sujet étant déterminée par la façon dont les autres le valorisent. Cooley (1902), a défini essentiellement l'estime de soi comme un sentiment de valeur sur soi, qui naît d'une construction sociale, empreinte des interactions avec autrui.

Selon Mead (1934), a donné naissance au courant de l'interactionnisme symbolique concevant le soi comme le fruit e l'interaction de l'individu avec son milieu, le soi, n'est pas présent au départ mais il développe tout au long de l'activité et de l'expérience sociale donnant une place prépondérante à la communication, Mead montre que c'est à travers elle que s'effectue l'intériorisation des attitudes sociale à l'origine de la conscience, et que c'est le même processus qui est à la base du soi lorsque l'individu se prend lui-même pour objet adoptant l'attitude d'autrui son égard. L'enfant, à travers ce jeu, expérimentale le rôle des autres en intériorisant leurs attitudes, le soi de l'enfant se développe par l'identification aux rôles d'autres personnes. Le côté psychologique et le cote social s'articulent dans une dynamique identificatoire d'intériorisation des attitudes ou l'interaction et la communication sociale sont les bases de la conscience du soi. Le soi est constitué d'une composante sociologique, « le Moi » (intériorisant des rôles sociaux) et une composante personnelle, « le Je ». C'est à travers l'interaction entre le Je et le Moi, que le soi se construit, et c'est par l'exercice des rôles, que les sujets élaborent leur identité. L'identité étant le processus résultant d'une synthèse entre les normes sociales intériorisées et l'expérience personnelle.

Selon Harter (1983), conçoit le soi comme une construction cognitive et sociale. Il (1987,1990) s'inspire des modèles de James et de Cooley pour appréhender l'estime de soi générale au cours de l'adolescence en soulignant les effets conjoints de la perception de compétences et du soutien social. Hareter (1986) opérationnalise la formule de James en traduisant « réussite » par « compétences perçues » et « aspiration » par « importance » accordée à certains domaines. Les travaux de Hareter (1986) ont démontré que le décalage entre la perception qu'ont les adolescents de leur compétence dans divers domaines et l'importance qu'ils attachent à la réussite dans ces domaines, sont fortement et systématiquement reliés à l'estime de soi. Hareter (2003), a proposé de

décrire l'évolution de la représentation de soi en six stades, trois situées dans l'enfance et trois dans l'adolescence. Selon lui, la période de 8 à 11 ans correspond plus spécifiquement à la capacité pour l'enfant de coordonner l'ensemble des représentations de soi considérées auparavant comme différenciées ou opposées. Ainsi, dès huit ans, l'enfant peut s'évaluer globalement en tant que dans personne tout en étant capable d'estimer ses compétences dans des domaines spécifiques de son fonctionnement.

3. Les trois piliers d'estime de soi

L'estime de soi repose sur trois « ingrédients » : la confiance en soi, la vision de soi l'amour de soi. Le bon dosage de chacune de ces trois piliers est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse.

3.1 L'amour de soi

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

Aujourd'hui, l'amour de soi dépend en grande partie de l'amour que notre famille nous a prodigués quand nous étions enfant et des « nourritures affectives » qui nous ont été prodiguées. Elle revient à une acceptation inconditionnelle de soi, de ses qualités comme de ses défauts. Elle demande d'être lucide face à ses échecs, c'est un amour qui ne se fonde ni sur des performances ni sur des résultats. Il évolue sans esprit de compétition. Il protège des déceptions, il permet de se reconstruire après un échec. Consiste à se considérer avec bienveillance et être satisfait de soi. C'est la composante affective de l'estime de soi. L'amour de soi est le fait de s'aimer pleinement tout en ayant conscience de sa condition d'être humain imparfait. Cette reconnaissance nous aide à grandir et à atteindre une meilleure version de nous-mêmes. L'amour de soi assure une stabilité dans nos relations amicale ou amoureuse. Une personne qui s'aime se respecte et n'a pas de mal à se faire respecter des autres. S'aimer soi-même est bien le socle de l'estime de soi son constituant le plus profond et le plus intime. Pourtant, il n'est jamais facile de

discerner chez une personne, au-delà de son masque social, le degré exact de l'amour qu'elle se porte. (Christophe. A et François. L. 1999, p.14).

3.2 La vision de soi

Le regard que l'on porte sur soi, cette évaluation, fondée ou non, que l'on fait de ses qualités et de ses défauts, est le deuxième pilier de l'estime de soi. Il ne s'agit pas seulement de connaissance de soi l'important n'est pas la réalité des choses, mais la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations. En ce sens, c'est un phénomène où la subjectivité tient le beau rôle; son observation est difficile, et sa compréhension, délicate, positive la vision de soi est une force intérieure qui nous permet d'attendre notre heure malgré l'adversité. La vision de soi permet de croire en ses capacités et de se projeter dans l'avenir. Son origine se trouve par conséquent, dans les projets que les parents forment pour leur enfant. Il est important de prendre conscience de cette vision de soi pour mieux se connaître et être plus apte à faire face aux difficultés.

Dans d'autres cas, une vision de soi limitée poussera le sujet à la dépendance vis-à-vis d'autrui: on peut établir des relations satisfaisantes avec les autres, mais on se limite au rôle de suiveur, on ne passe que sur des voies déjà explorées par d'autres. Il est important de prendre conscience de cette vision que l'on porte sur soi pour avancer plus vite et ainsi gagner du temps. En effet, cette prise de conscience nous permet de connaître exactement nos désirs et souhaits. C'est pourquoi cette vision ne doit pas changer de camp. C'est-à-dire, qu'elles viennent des parents, des proches, de l'enseignant ou de quiconque. Il est fondamental qu'une personne se réalise non dans le projet qu'on lui attribue mais bien dans la continuité de sa vision.

3.3 La confiance de soi

La confiance en soi est une conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi. Elle s'applique essentiellement à nos actes. "Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes." La confiance en soi nous permet ainsi d'agir sans peur de l'échec, sans peur du jugement des autres. Elle permet de mobiliser des ressources qui nous permettent de surmonter nos difficultés. Elle nous redonne l'énergie nécessaire pour rebondir. Un manque de confiance en soi n'est pas un

obstacle infranchissable, mais "les personnes qui en souffrent sont souvent victimes d'inhibition, sensible notamment dans de petits actes quotidiens.

Alors que l'estime de soi est le produit d'un jugement, d'une évaluation cognitive de nous-mêmes, la confiance en soi est un sentiment. Si la confiance en soi est définie par Larousse comme « un sentiment d'assurance et de sécurité », la confiance en soi est donc « un sentiment d'assurance et de sécurité à propos de soi ». La confiance en soi renvoie particulièrement à l'un des aspects essentiels de l'estime de soi ; une agréable de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi, prendre soin de soi et faire face aux aléas de l'existence. (Josiane de Saint Paul 1999. P.8-9-).

4. Les différentes approches de l'estime de soi

Les définitions de l'estime de soi sont plus ou moins orientées par des modèles théoriques qui apportent une dimension particulière au concept de soi.

4.1 Approche psychosociale

Cette théorie met l'accent sur la dimension sociale et culturelle de la conscience de soi, le rôle d'autrui, de l'environnement social et de la communication dans la théorisation du soi. Heider (1958), a été le premier à s'être intéresser au soi dans sa dimension sociale, en rupture avec les approches philosophiques de l'époque, cet auteur conçoit l'estime de soi comme la conscience. Heider (1958), a été le premier à s'être intéresser au soi dans sa dimension sociale, en rupture avec les approches philosophiques de l'époque, cette auteur conçoit l'estime de soi comme la conscience affective de soi, de tonalité moyenne, en distinguant le « soi objet » et le « soi agent » :

- Le soi objet est la connaissance et l'évaluation de nous-mêmes.
- Le soi agent est la structure exécutive qui dirige nos expériences, pensées et actes.
Plusieurs significations du soi ont ainsi été distinguées :
- Le soi matériel : le corps, les proches, mais aussi ce qu'on possède.
- Le soi social : reconnaissance de l'entourage, au cœur de la personnalité.
- Le soi connaissant : conscience momentanée.

Selon lui, l'estime de soi résulte du rapport existant entre le niveau de compétence, de réussite et les aspirations de l'individu. Est un phénomène affectif, orienté sur les compétences efficacité des comportements.

Par la suite, Festinger (1957), ses travaux ont insisté sur le processus de comparaison sociale dans ce jeu de relations soi-autrui ; l'estime de soi est une de comparaison passées qu'effectue le sujet entre lui-même et d'autres individus significatives pour lui rôle des interactions avec autrui, évaluation par autrui. Pour cet auteur, le processus de comparaison sociale est à l'origine de la formation d'option, et à l'évaluation des aptitudes du sujet. D'ailleurs, plus la différence avec les autres est importante, moins, le sujet tend à se comparer avec les autres. C'est une approche qui « insiste sur le besoin que nous ressentons d'utiliser les autres comme source de comparaison afin d'évalue nos propres attitudes et capacités. Ce besoin est d'autant plus fort que nous sommes dans l'incertitude quant au bien-fondé de nos croyances ou de nos opinions ». (Émeline et Nathalie, 2014, p.106-107).

4.2 Approche psychanalytique

La conception psychanalytique du soi repose sur la place des affects et des pulsions dans la construction de la représentation de soi, en contraste avec les mécanismes cognitifs conscients comprenant un processus relationnel du soi à travers le rôle prépondérant des premiers liens entre le bébé et son entourage familial, un processus pulsionnel par lequel les images de soi sont investies affectivement à l'origine de l'estime de soi , et un processus soma-psychique ou l'image de soi se construit à partir de l'image du corps.

L'approche freudienne considère que le sentiment d'estime de soi reflète les sentiments de satisfaction qu'un individu a pour lui-même. Selon Algan (1980) « l'estime de soi, valeur qu'un individu attribue à sa propre personne, est fonction de la relation entre l'image de soi et le moi idéal. Freud (1927) définit le sentiment d'estime de soi comme l'expression de la grandeur du moi, soutenue par le surmoi, instance d'idéal et l'interdiction. L'estime de soi serait a résultante du narcissisme infantile; de l'accomplissement de l'idéal du moi et de la libido d'objet. D'après lui l'estime de soi renvoie aux sentiments de satisfaction qu'un sujet a pour lui-même et qui correspond à la relation entre l'image de soi et l'image idéale de soi.

Selon Freud (1969), l'estime de soi serait le résultat d'un investissement libidinal de soi ou plus précisément, d'une représentation de soi, laquelle suscite un affect agréable ou

désagréable, positif ou négatif. Pour Freud (1952), c'est l'amour et l'empathie maternels qui permettent un ajustement dans la relation entre la mère et son bébé fondateur de la qualité du narcissisme primaire instauré dès le début de la vie et plus tard de la relation entre ce narcissisme primaire et l'estime de soi. (Emiline et Nathalie, 2014 p.109-110).

4.3 Approche interactionniste

L'individu et la société sont des unités inséparables, l'interdépendance se construisant réciproquement. Le soi et la société interagissent mutuellement, chacun n'étant compréhensible que dans le contexte de ses rapports avec l'autre. Une personne acquiert ses caractéristiques au cours de son interaction avec l'environnement social, sur la base de ses rôles professionnels familiaux, sociaux, et va éprouver un sentiment de soi et s'apercevoir que les autres réagissent en fonctions de ses qualités et de ses actes.

L'interactionnisme repose sur le postulat selon lequel le soi et la société sont des unités interdépendantes, se construisant réciproquement. Cette perspective socio psychologique accorde une place particulière aux interactions sociales sur la formation du soi. Dans les théories plus contemporaines de l'estime de soi, la perspective développementale de Crocher (2002) constitue des références incontournables de l'estime de soi reprenant les théories fondatrices de James et Cooley.

L'estime de soi est étroitement liées aux premières interactions, notamment celles de l'enfant particulièrement sensible au regard de ses parents (Hareter, 1999).l'approbation d'un adulte reflète à l'enfant une image de lui plus au moins favorable qu'il intériorise. Avec l'apparition de la pensée critique, le jeune intérioriserai les normes de réussite et d'échec socialement valorisées par son entourage (exemple : parents et pairs), qu'il utiliserait comme guide d'évaluation de ses propres compétences dans différents domaines de vie. Pour les adolescents, l'auteur a distingué quatre sources potentielles de soutien : les parents, les professeurs, les pairs et les amis, et parmi eux, les pairs et les parents sont ceux ou la relation entre la perception du soutien et l'estime de soi était la plus forte.

Le modèle de Crocher (2001), reprend deux idées principales de la conceptualisation de l'estime de soi les personnes diffèrent dans les domaines où elles considèrent que la qualité de leur fonctionnement influence leur estime de soi d'un événement sera plus grand quand le domaine dont il relève a une valeur contingente élevée pour la personne « par exemple si

un élève accorde beaucoup d'importance à la compétence scolaire, bien réussir peut contribuer à augmenter son estime de soi alors que le mal réussir agira à l'inverse », il est aussi possible que seuls les événements négatifs ou positifs reliés à un domaine affectent l'estime de soi. Par ailleurs, si l'estime de soi n'est pas assujettie à la compétence dans un certains domaine, les événements positifs autant que les négatifs la laisseront inchangée.

En fonction des influences sociales et des étapes développementales, le sujet développe des contingences qu'il doit satisfaire pour croire en sa valeur et avoir une estime de soi. Ces contingences de l'estime de soi sont stables, sans être immuables. (Émeline et Nathalie, 2014 p.111-115).

4.4 Approche phénoménologique

Cette théorie du soi met l'accent sur l'importance de l'autre dans la construction du soi, les travaux de Rodriguez-Tomé (1972), affirment que la représentation de soi résulte de l'interaction entre le moi et l'autre. Selon cet auteur la conscience de soi se réfère à deux formes de représentations de soi, qu'il s'appelle « image propre » et « image sociale » évoquées précédemment.

De son côté, Ziller (1973), partant de l'idée que le soi est indissociable de l'autre, a formulé une théorie du changement personnel constituée de sous-systèmes qui se trouvent en interaction permanente. Cet auteur envisage l'estime de soi comme la perception individuelle de sa propre valeur et inclut dans son concept le fait que l'estime de soi se développe dans un contexte social comprenant d'autres personnes significatives. C'est à partir des significations inférées par le sujet aux stimulations de l'environnement social que l'image de soi se construit. Ziller (1973) étudie plus particulièrement les interrelations sociales avec les autres personnes et groupes significatifs en développant la théorie de « soi-autres ». Pour lui, l'image de soi est en quelque sorte une réponse aux stimuli sociaux.

Ziller (1973), a développé une approche multidimensionnelle comportant dix éléments :

- L'estime de soi ou sentiment de valeur personnelle d'une personne, fondée sur perception des sentiments des personnes significatives à son égard.
- L'intérêt social ou sentiment d'inclusion d'une personne dans le champ perceptuel des personnes significatives.

- La marginalité ou sentiment d'une personne quand un fait de n'appartenir à aucun des groupes de personnes significatives.
- La centration sur soi, ou sentiment de valeur personnel d'une personne, fondée sur sa propre perception, ce sentiment non pas comme une indication de l'épanouissement de la personne mais plutôt comme une forme d'égoïsme.
- La complexité ou perceptions d'une personne quant au nombre d'éléments différents qui construisent son image de soi.
- L'identification ou sentiment de similarité de la personne entre elle et les personnes significatives.
- L'identification à la majorité ou sentiment de similarité de la personne entre elle et les personnes significatives les plus dominantes.
- Le pouvoir ou le sentiment de supériorité, ou d'infériorité, d'une personne par rapport aux personnes significatives.
- L'ouverture, ou attitude introvertie d'une personne face aux personnes significatives.
- L'inclusion ou sentiment d'identification à la majorité ; il s'agit d'un élément qui n'est pas complètement définie.
- L'inclusion ou sentiment d'identification à la majorité ; il s'agit d'un élément qui n'est pas complètement définie.

Il a ainsi proposé sur le plan méthodologique des épreuves non verbales invitant le sujet à se positionner par rapport à autrui en se projetant spatialement dans des formes géométriques pour chacune des dimensions explorées. (Émeline et Nathalie, 2014, p.115-117)

4.5 Approche sociocognitive

Le soi est aussi abordé le champ de la psychologie cognitive par la perspective structuraliste qui va s'intéresser à la connaissance de soi, et particulièrement au concept de soi. Le soi est considéré ici comme l'ensemble ou une collection d'images, de conceptions, de théories, sur soi.

L'approche sociocognitive de Markus (1977), reprise en France par Martino (1995) amenant le concept de schémas pour définir le soi. Cette notion est définie comme un ensemble structuré de concepts stockés en mémoire renvoyant à des informations sur soi. Selon Markus (1997), les schémas de soi sont généralisations, des théories sur soi qui ont

développées à partir de catégorisations et d'évaluations similaires de nos comportements répétés par soi et par autrui. Il n'existe pas un schéma général mais des schémas de soi spécifiques par domaine. « Un schéma de soi intègre dans un réseau systématique utilisé durant le traitement de l'information, toutes les informations connues sur soi dans un domaine comportemental particulier. Toutefois, les informations contenues dans le schéma de soi doivent être suffisamment homogènes pour pouvoir être intégrées dans celui-ci, en générale, les schémas sont à la base de la sélection qui s'opère durant le traitement de l'information et sont également à la base de la perception de notre propre comportement ». Ces schémas de soi vont permettre de guider le traitement de l'information (sorte de grille de lecture particulière) et d'organiser la façon d'appréhender les événements et les choses. Ces schémas de soi vont donc orienter l'intention de la personne, en constituant une forme de filtre qui permet l'interprétation des situations.

La conception en termes de schémas va aussi s'attacher à explorer la question de la genèse, de l'élaboration de ces schémas de soi. Selon Martino (1995), la perspective en termes de schémas de soi conduit à un haut niveau d'intégration, ce qui signifie que le soi est envisagé de façon stable et durable. En tant que structure de référence, les schémas de soi vont amener les personnes à tenter de maintenir une certaine consistance ou stabilité. Lorsqu'il y a un schéma de soi dans un domaine particulier, les personnes vont résister vigoureusement aux informations qui sont non conformes à leurs schémas, et vont rejeter les évaluations de comportements différents des leurs. Cependant, les schémas de soi sont le fruit d'une longue élaboration et ne se développent qu'à partir d'expériences personnelles éprouvées dans des situations familières et répétitives.

Deux dimensions de Hingis (1989) concernant les représentations de soi : les domaines sensations et les points de vue de soi :

- Les domaines de soi :
 - Le soi actuel qui fait référence à la représentation que le sujet a des attributs qu'une personne pense posséder actuellement.
 - Le soi idéal, renvoyant à la représentation que le sujet a des attributs qu'une personne aimerait bien idéalement posséder.
 - Le soi normatif, la représentation que le sujet a des attributs qu'une personne pense qu'il devrait posséder.

- Les points de vue du soi reflétant un ensemble de valeurs et d'attitudes, à partir desquelles le sujet peut être jugé :
 - Le point de vue propre du sujet.
 - Le point de vue des autres significatifs.

Le croisement des trois domaines du soi et des deux points de vue permet de distinguer six représentations de soi. Un croisement particulier amène au concept de soi, celui provenant du soi actuel et du point de vue personnel. Les autres croisements représentant des standards auto-directives (self guides). Globalement, si l'idéal de soi est trop parfait et si la représentation interne est irréaliste l'écart entre le soi réel et le soi idéal est trop important, entraînant ainsi une perte d'estime de soi. (Émeline et Nathalie, 2014, p.117-121).

5. Les types d'estime de soi

En corrélant le niveau et la stabilité de l'estime de soi, on aboutit à une classification en quatre catégories qui permettent de bien comprendre tout un ensemble de réaction :

5.1. Estime de soi haute et stable

La haute estime de soi est valorisée par notre société ; il faut avoir une ambition élevée, être obstiné malgré les obstacles, savoir prendre des risques, avoir un pouvoir de persuasion. Les sujets ayant une haute estime de soi d'eux-mêmes répondent à ces critères. Cependant il ne suffit pas d'avoir une haute estime de soi pour se sentir bien avec soi-même. Il faudra également qu'elle soit stable et ne fluctue pas en fonction des événements. Les circonstances extérieures et les événements de vie « normaux » ont peu d'influence sur l'estime de soi du sujet. Ce dernier ne consacre donc pas beaucoup de temps et d'énergie à la défense ou à la promotion de son image. Par exemple, lors d'une réunion professionnelle au cours de laquelle on demande à chacun des participants d'expliquer aux autres son activité et de leur suggérer des idées pour faciliter le travail en commun, le sujet dont l'estime de soi est haute et stable fera preuve de conviction en exprimant son point de vue. Si un interlocuteur le contredit, il écoutera celui-ci sans se montrer tendu et cherchera à le convaincre plutôt qu'à le déstabiliser.

5.2. Estime de soi haute et instable

Bien qu'élevée, l'estime de soi de ces sujets peut ici subir des coups importants notamment lorsqu'ils sont placés dans un contexte compétitif ou déstabilisant. Ils réagissent alors avec vigueur à la critique et à l'échec, qu'ils perçoivent comme autant de menaces, et pratiquent l'autopromotion en mettant en avant leurs succès ou leurs qualités de manière excessive. Si l'on reprend l'exemple de la réunion de travail, le sujet dont l'estime de soi est instable essaiera de se présenter sous un jour favorable, mais tendra à monopoliser le temps de parole. En cas de contradiction, l'irritation le gagnera rapidement, et il cherchera à « mater » son interlocuteur par une critique ou par une plaisanterie agressive.

Basse estime de soi et stable	Basse estime de soi et instable
peu de fluctuations d'estime de soi au quotidien	fluctuation vers le haut possible
États émotionnels régulièrement négatifs	états émotionnels mixtes : négatifs mais avec des moments positifs
pas d'efforts pour augmenter l'estime de soi	efforts pour augmenter l'estime de soi
Impact émotionnel du feed-back, mais peu de conséquences comportementales	impact émotionnel du feed-back et conséquences d'ajustement
conviction de l'inutilité de la poursuite d'objectifs personnels.	désirabilité sociale détournant des intérêts personnels.

Tableau n°1 : hautes estimations de soi au quotidien (Christophe. A et François. L. 1999, p.63-64)

5.3. Estime de soi basse et stable

La basse estime de soi affecte des sujets qui ont souvent le sentiment de mal se connaître parlent d'eux-mêmes d'une façon très neutre et peinent à prendre des décisions. Motivés par la peur de l'échec, très exigeants à l'égard d'eux-mêmes, perfectionnistes, ils font souvent des collaborateurs précieux et recherchés. En cas de réussite, ils développent fréquemment le « syndrome de l'imposteur » : avec l'impression de ne pas avoir mérité leur succès, d'avoir dupé les autres, ils vivent dans la crainte d'être démasqués.

La basse estime de soi est à la fois un facteur de risque de dépression et, pour un déprimé, un critère de gravité et de mauvais pronostic. Plus l'estime de soi est basse, plus les dangers de développer une dépression existent. Parallèlement, des personnes ayant une basse estime de soi après un premier épisode dépressif auront une plus grande tendance à rechuter. (PetitLarousse 2011, p.296).

L'estime de soi est peu mobilisée par les événements extérieurs, même favorables. Le sujet semble consacrer peu d'efforts à la promotion de son image et de son estime de soi dont il accepte et subit en quelque sorte le bas niveau. Dans notre exemple, ce personnage risque de passer inaperçu. Il faut le solliciter pour qu'il parle et, dans ce cas, il préfère en général se rallier aux opinions émises avant lui. Si on insiste pour qu'il s'explique mieux on a vite l'impression de le Mettre au supplice. Il peut à ce moment émettre des points de vue assez négatifs.

(Christophe. A et François. L. 1999, p.68).

5.4. Estime de soi basse et instable

L'estime de soi de ces personnes est globalement sensible et réactive aux événements extérieurs, qu'ils soient positifs ou négatifs. Elle passe régulièrement, à la suite de succès ou de satisfactions, par des phases où elle est plus élevée qu'à l'habitude. Cependant, ces progrès sont souvent labiles, et son niveau redescend peu après, quand de nouvelles difficultés surgissent. Les sujets qui entrent dans cette catégorie font des efforts pour se donner à eux-mêmes et aux autres une meilleure image. Dans notre exemple de la réunion de travail, il s'agirait d'un sujet que l'on n'entend pas beaucoup, qui se présente avec modestie. Quand il avance des idées, c'est avec prudence, en guettant la réaction des autres. Contredit, il est vite déstabilisé et a tendance à ne pas s'opposer fermement à l'opinion adverse. Toutefois, s'il sent qu'il est accepté, il peut se détendre et mieux s'expliquer. (Christophe. A et François. L. 1999, p.67).

Basse estime de soi et stable	Basse estime de soi et instable
peu de fluctuations d'estime de soi au quotidien	fluctuation vers le haut possible
États émotionnels régulièrement négatifs	états émotionnels mixtes : négatifs mais avec des moments positifs
pas d'efforts pour augmenter l'estime de soi	efforts pour augmenter l'estime de soi
impact émotionnel du feed-back, mais peu de conséquences comportementales	impact émotionnel du feed-back et conséquences d'ajustement
conviction de l'inutilité de la poursuite d'objectifs personnels.	désirabilité sociale détournant des intérêts personnels.

Tableau n° 2 : basses estimes de soi au quotidien (Christophe. A et François. L. 1999, p.70)

6. Caractéristique et conséquence du manque d'estime de soi

Dans la mesure où il est une composante de notre personnalité, le niveau de notre estime de soi a nécessairement des conséquences profondes dans tous les domaines de notre vie : les décisions que nous prenons, les amis que nous choisissons, le type de relation que nous entretenons avec les autres, nos relations sentimentales. De plus, il a un retentissement sur nos attentes et par la même sur les résultats que nous obtenons, ainsi que notre attitude globale envers la vie. À l'inverse, le manque d'estime de soi semble être un obstacle majeur pour l'un comme pour l'autre. Pour vivre dans de bonnes conditions dans un monde en perpétuel changement, il est nécessaire de s'adapter en permanence.

- Les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation.
- Dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elle-même, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlantes. Une

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

- Une caractéristique commune aux personnes qui manquent d'estime de soi est la difficulté à admettre leurs erreurs. Il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de les reconnaître ou même de les voir.
- Le déni peut être à usage externe, le sujet peut aussi ne pas remarquer consciemment qu'il a fait une erreur ce sont les circonstances ou les autres qui sont responsables. Il est une impossibilité à les corriger et, par conséquent à apprendre à faire autrement à l'avenir.
- Un sujet manquant d'estime de soi se montrera aisément défensif, même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui est dit n'est en rien dévalorisant, il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien que qu'il pense de lui.
- Lorsqu'on manque d'estime de soi et de confiance en soi, l'autre est aisément perçu comme accusateur d'humiliation et même menaçant ou encore comme une source possible d'humiliation ou de rejet.
- Le manque d'estime de soi peut aussi se manifester par le désir d'avoir raison, ce qui suppose que l'autre a tort. Le but est de se rassurer sur ses compétences intellectuelles, sa valeur morale. Il en résulte une vision du monde en termes binaires : il faut que l'autre ait tort pour que j'aie raison, s'il gagne, je perds, s'il est intelligent, je suis stupide, s'il a tout, je n'ai rien, de telles croyances entraînent et hostilité et agressivité. Ces sentiments peuvent apparaître sous forme de piques, d'ironie, de sous-entendus, de bouderies, de mauvaise humeur chronique, être exprimés ouvertement ou au contraire réprimés, niés et se transformer en une gentillesse et un désir de plaire si marqués qu'ils peuvent parfois irriter l'interlocuteur ou le mettre mal à l'aise.
- La personne manquant d'estime de soi risque fort d'osciller entre ce qu'elle croit être la conformité au désir de l'autre et une rébellion contre ce désir, à moins qu'elle n'adopte l'une ou l'autre de ces attitudes comme mode de relation privilégié aux autres et au monde. Ce type de comportement est un obstacle qui l'empêche de se centrer sur des buts personnels, propres à satisfaire ses valeurs et sur les actions à mener à bien y parvenir.

- L'une des conséquences les plus désastreuses du manque d'estime de soi est probablement les problèmes de communication qu'il engendre. Ayant peur d'être découverte, critiqué, jugé, le sujet ne livre pas facilement ses idées, ses sentiments ses désirs. Il en difficulté à communiquer et en particulier à communiquer de façon honnête, ouverte et intime.
- C'est ainsi que de graves difficultés se posent dans les relations amoureuses lorsque le manque d'estime de soi est important. Incapable de s'aimer lui-même, le sujet à beaucoup de mal à aimer réellement l'autre. Il cherche un miroir favorable qui lui renvoie de lui une image positive, aimable. (Josiane de Saint Paul, 1999, p.24-27).

7. Estime de soi et résilience

Les stratégies défensives inconscientes et les modalités de faire face conscientes ont une fonction adaptative, et constituent donc un élément essentiel de la résilience, dont l'efficacité sera fonction de la souplesse, de la diversité et de l'adaptation de stratégies défensives.

La résilience est un concept qui permet de mettre en valeur les potentialités créatives et la reconnaissance du pouvoir d'action du sujet sur son devenir. Dans une perspective développementale tout au long de la vie, on considère que la résilience est fonction au stade de développement du sujet, ce qui conduit à des différences de réactions suivant l'âge, la construction psychique et l'entourage du sujet mettant en exergue l'interaction continue entre les facteurs de protection constitutionnels internes dont l'estime de soi élevée et les facteurs externes, relatifs à l'environnement. Cette Co-construction débute dès la naissance et se poursuit tout au long de la vie. (Émeline et Nathalie, 2014, p.238).

Synthèse

Sur la base de ce que nous avons présenté dans ce chapitre, 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 et une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimée et d'être heureuse.

Chapitre III : L'ajustement psychologique

Préambule

Le concept de l'ajustement psychologique est l'un des concepts de base en psychologie car il s'agit d'un état d'harmonie et d'acceptation humaine de ses défauts et avantages. Ainsi, cela revient à profiter d'une vie libre de douleur et de désordre et pleine de tranquillité et stabilité. Car comprendre le comportement humain nécessite de prendre soin à la fois de l'individu et de l'environnement, de sorte qu'il doit être adapté aux circonstances externes, la plupart des comportements d'un individu sont des tentatives de sa part pour atteindre son ajustement psychologique.

1. Définition de l'ajustement psychologique

Selon le grand dictionnaire

Un ensemble de changements affectant un individu ou une personne fait cela pour la rendre plus adaptée à sa société et à son environnement. (Grand dictionnaire de la psychologie, 2000, p 320).

Selon Carl Rogers

La définit comme la capacité d'une personne à accepter les choses qu'elle perçoit, y compris elle-même, puis à travailler à les fixer dans l'organisation de sa personnalité. (Richard Lazarus 1996, p.110).

En ce sens, qu'un individu peut obtenir le consentement dans le cas où il dépend de la façon dont il se perçoit et affronte des situations qui n'aident pas à construire sa personnalité dans un son cohérent et travaille à le maintenir afin d'avoir une bonne estime de soi, un sentiment de satisfaction et de stabilité interne.

Selon Lazarus et Folkman

L'ajustement est définit comme « un ensemble des efforts cognitives et comportementaux constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et /ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (Lazarus et Folkman, 1984, p141).

Selon Zahran (2003)

L'a défini comme le processus de gestion du comportement et de l'environnement et d'ajustement afin d'atteindre un équilibre entre l'individu et son environnement, et cet équilibre comprend la satisfaction des besoins de l'individu et la satisfaction des exigences de l'environnement. (Zهران، 2003، ص 7).

L'ajustement psychologique est un processus dynamique continu, dans lequel un individu essaie d'ajuster ce qui peut être ajusté dans son comportement et dans son environnement. Il accepte ce qui peut y être modifié, de sorte qu'un état d'équilibre et d'harmonie se produise entre lui et l'environnement, Ce qui inclut la satisfaction de la plupart de ses besoins internes et la satisfaction de la plupart des exigences de son environnement externe. (العبيدي، 2009، ص 477).

L'ajustement psychologique est un processus comportemental par lequel les humains et les autres animaux maintiennent un équilibre entre leurs divers besoins et les obstacles de leur environnement. Une séquence d'ajustement commence lorsqu'un besoin se fait sentir et se termine lorsqu'il est satisfait. Elle aide à la croissance et au développement dans les dimensions intellectuelle, émotionnelle, sociale, physique et professionnelle. L'ajustement fait référence au processus psychologique par lequel les gens gèrent ou font face aux exigences et aux défis de tous les jours. (<https://www.aquaportail.com>).

2. Les différentes théories de l'ajustement psychologique**2.1 La théorie biologique**

L'un de ses fondateurs, " Darwin ", " Galton ", se concentre sur les aspects biologiques de l'ajustement car toutes les formes d'incompatibilité sont dues à des maladies affectant les tissus du corps et du cerveau, et ces maladies se présentent sous des formes, y compris génétiques ou acquises au cours des étapes de la vie des blessures et des troubles physiques causés par les influences de l'environnement.

Les auteurs de cette théorie estiment que le processus de l'ajustement dépend de la santé mentale, par conséquent, de l'ajustement physique de l'individu, c'est-à-dire de la sécurité des diverses fonctions corporelles, et la l'ajustement dans toute cette théorie signifie l'harmonie des fonctions corporelles entre elles. Quant au décalage, il s'agit d'un

déséquilibre de l'équilibre hormonal ou de l'activité d'une fonction du corps. (رياش سعيد (،2009، ص 1).

2.2 La Théorie psychanalytique

L'un des pionniers de cette théorie est "Freud ", qui considère que le processus de l'ajustement chez un individu est souvent inconscient du fait que les individus ne sont pas conscients des véritables causes de bon nombre de leurs comportements. Une personne compatible est une personne capable de satisfaire aux exigences nécessaires par des moyens socialement acceptables.

Freud considère que la névrose et la psychose ne sont qu'une forme d'incompatibilité et détermine les caractéristiques de base d'une personnalité compatible et mentalement saine représentées par trois caractéristiques: le pouvoir de l'ego, la capacité de travail et la capacité d'aimer.

Alors que "Erich Fromm (1980)" affirme qu'une personnalité compatible est celle qui a une organisation dirigée dans la vie, c'est-à-dire être indépendante des autres, ouverte à eux et posséder de l'endurance et de la confiance, une personnalité compatible, selon Fromm, se caractérise par la capacité de soi-même à exprimer de l'amour aux autres sans soucis.

En tant que " Erikson (1980) ", il estime qu'une personnalité compatible et mentalement saine devrait être caractérisée par les caractéristiques suivantes: confiance indépendance orientation vers les objectifs, compétitivité, sens clair de l'identité, capacité d'intimité et d'amour et la capacité de s'adapter aux circonstances changeantes. Tout cela pour Erickson, est une preuve de maturité et de facilité de l'ajustement. (عبد الحميد محمد الشاذلي، 71، 2001، ص70).

Il s'avère que pionniers de l'école psychanalytique considèrent l'ajustement comme la capacité de confronter et de contrôler les impulsions biologiques et instinctives à la lumière des exigences de la réalité sociale, avec la capacité de l'individu à ajuster les exigences de l'identité et du soi supérieur, et Cette théorie se concentre sur les expériences au stade de l'enfance, se concentre sur la sexualité et l'agression et que l'auto-adaptation aux circonstances changeantes est la preuve de la maturité et de la réalisation de la santé mentale.

2.3 La théorie comportementale

Les pionniers de cette théorie, dirigés par "Watson " et " Skinner", estiment que l'ajustement est une réponse acquise à travers l'expérience à laquelle l'individu est exposé qui le qualifie pour obtenir des attentes raisonnables et pour prouver, en répétant la preuve d'un comportement qui deviendrait une habitude. Le processus de l'ajustement psychologique ne peut pas se développer grâce à l'effort émotionnel de l'individu, mais il est formé automatiquement par des indices ou des preuves de l'environnement.

Quant aux comportementalistes cognitifs tels que "Albert Bandura "il a exclu que l'ajustement psychologique de l'individu se produise de manière mécanique qui le retire de la nature humaine et a considéré que de nombreuses fonctions humaines sont remplies et que l'individu a un haut degré de conscience. (مايسة أحمد النبال، 2002، ص142).

2.4 La théorie humaniste

Selon " Carl Rogers (1951)" l'ajustement psychologique fait partie d'un ensemble de critères qui réside dans la capacité d'un individu à faire confiance à ses sentiments, à un sentiment de liberté et d'ouverture à l'expérience. À cet égard, Rogers souligne que les individus peu compatibles sont souvent caractérisés par la dimension de cohérence dans leurs comportements où l'ajustement est défini comme : "Ce besoin dans lequel l'individu essaie de garder certaines expériences à l'écart de la perception ou de la conscience.

En Fait, le manque d'acceptation de l'individu pour lui-même est la preuve de son incompatibilité et c'est ce qui génère des tensions et du chagrin."

Quant au chercheur " Abraham Maslow" a développé des critères de l'ajustement psychologique, qui sont principalement : Perception effective de la réalité, acceptation automatique de soi, spontanéité, égocentrisme correct sont autant de facteurs qui amènent un individu à s'entendre positivement avec lui-même et avec les autres. (مايسة أحمد (النبال، 2002، ص142).

De ce qui précède, l'ajustement psychologique pour les chercheurs signifie la perfection de l'efficacité et de la réalisation de soi, tandis qu'un mauvais ajustement résulte du sentiment d'incapacité de l'individu et de la formation d'un concept négatif de lui-même.

chaque théorie interprète et détermine l'ajustement psychologique dans une certaine courbe bien qu'ils conviennent que l'ajustement est fondamentalement liée aux composantes de la santé mentale de l'individu, la psychanalyse voit que l'ajustement est de maintenir et de suivre les besoins nécessaires, quant aux comportementalistes, ils se réfèrent à l'ajustement comme efficacité et maîtrise de soi et sont obtenus en découvrant les conditions qui existent dans la nature et la société, tandis que la théorie humaniste voit le processus de l'ajustement c'est un état de conscience spécifique à l'individu lui-même et au réalisme commercial, et la vision correcte nécessite une intégration entre ces théories, l'être humain n'est qu'une unité intégrée.

3. Domaines de l'ajustement psychologique

3.1 L'ajustement personnel

L'ajustement personnelle est un sentiment de bonheur avec soi-même, de satisfaction de soi de satisfaction des motivations et des besoins internes primaires innés, organiques physiologiques et acquis ainsi que les exigences de la croissance par étapes successives et la capacité de faire face aux exigences de la vie, elle est obtenue dans les cas suivants santé mentale, réalisation de soi comment faire face à la réalité pour éviter le désespoir et le stress de la vie.

Il s'agit de l'équilibre entre les différentes fonctions, ce qui fait que les organes psychologiques remplissent leurs diverses fonctions de la personnalité, ce qui fait que les organes Psychopathologiques remplissent leur fonctions sans conflits graves, réalisant le bonheur en soi et satisfaisant les besoins internes primaires et secondaires acquis, ce qui permet d'atteindre la sécurité psychopathologique.(زهران, 1997ص27).

3.2 L'ajustement social

Est définie comme un sentiment de bonheur avec les autres, un engagement envers l'éthique de la communauté, le respect des normes sociales, le contrôle social l'acceptation des autres dans la société et l'interaction social approprié et travail pour le bien du groupe, ce qui conduit à la réalisation de la santé mentale, Cela signifie que l'individu établit une relation harmonieuse avec l'environnement dans lequel il vit. Cet ajustement adhère également à plusieurs considérations notamment: Conscience

individuelle des droits des autres, tolérance individuelle des autres, le comportement de l'individu avec le groupe, un sens de la responsabilité sociale. (زهرا, 1997, ص27).

3.3 L'ajustement Professionnelle

L'ajustement professionnelle comprend le choix approprié de la profession, la préparation aux connaissances et à la formation pour y accéder et sa réalisation, la compétence, un sentiment de satisfaction et de réussite avec les collègues et les supérieurs pour surmonter la résolution de problème et L'ajustement individuelle avec son environnement de travail également. (زهرا, 1997, ص27).

3.4 L'ajustement émotionnel

L'une des caractéristiques d'une personne est l'ajustement émotionnelle et l'équilibre émotionnel, ce qui permet à l'individu de contrôler sa maîtrise de soi, de supporter des situations de critique et de frustration, de contrôler les sources d'anxiété et de se sentir en sécurité loin de la peur et du stress. L'ajustement émotionnelle est l'un des traits les plus importants d'une personnalité normale où aucun provoqué par des événements insignifiants, il se caractérise par son calme, sa sagesse mentale et affronte les choses avec équilibre et contrôle nerveux. (دسوقي, 1996, ص20).

3.5 L'ajustement sain (physique)

C'est la jouissance d'une bonne santé par l'individu, exempt de maladies physiques et mentales et émotionnelles, avec acceptation de son apparence extérieure et satisfaction à son égard, et exempt de divers problèmes organiques, et un sentiment de satisfaction psychologique envers ses capacités, son plaisir des sens sonores, sa tendance à l'activité et à la vitalité la plupart du temps, sa capacité à bouger et à s'équilibrer, sa sécurité de concentration, sa continuité dans l'activité et le travail sans stress, ni faiblesse de son énergie et de son activité. (زهرا, 1997, ص28).

4. La relation de l'ajustement psychologique avec la santé mentale

La relation entre l'ajustement psychologique et santé mentale est une relation étroite car l'organisme et l'environnement changent et, par conséquent, chaque changement nécessite un changement approprié pour maintenir la continuité et la stabilité de la relation entre eux. . La santé mentale n'est rien d'autre que la capacité d'un individu à s'entendre avec

lui-même et avec la société dans laquelle il vit, ce qui conduit à profiter d'une vie sans crise et sans agitation, une vie pleine de bonheur, et le sens de ceci est de s'accepter comme il accepte les autres, il n'y a rien de lui qui indique une incompatibilité sociale mais il se comporte modérément indiquant son équilibre émotionnel et mental, dans divers domaines et sous l'influence de toutes les circonstances.

À partir de là, l'ajustement psychologique et la santé mentale sont deux aspects d'une personne qui ne peuvent être séparés. La santé psychologique signifie l'équilibre des fonctions psychologiques et mentales et l'absence de maladies, rend l'individu heureux satisfait et en sécurité. L'ajustement est l'investissement des interactions psychologiques internes de manière positive et efficace afin de faire face aux problèmes et de répondre aux besoins psychologiques et sociaux.

Il ne fait aucun doute que lorsqu'un individu satisfait ses besoins conformément aux exigences de l'environnement, y compris les besoins personnels, les besoins éducatifs et les besoins professionnels, il s'agit de l'ajustement, tandis que la santé mentale est un objectif général et global de l'ajustement psychologique et social. L'individu peut être compatible avec certaines circonstances dans certaines situations, mais il peut ne pas être satisfait de lui-même avec cet ajustement, c'est-à-dire qu'il n'est pas psychologiquement correct dans certaines situations, mais il est obligé de suivre l'environnement extérieurement et de le rejeter intérieurement. L'ajustement est la base de la santé mentale d'un individu car s'il a une personnalité compatible, il a une excellente santé mentale ou il s'adapte facilement avec les autres. (عبد المنعم, 1996, ص 16).

5. Les obstacles de l'ajustement psychologique

Une personne cesse d'atteindre ses objectifs et l'empêche de satisfaire ses besoins il existe de nombreux obstacles, dont certains sont internes en raison de la personne elle-même et d'autres sont externes en raison de l'environnement dans lequel elle vit, et les plus importants de ces obstacles sont les suivants :

5.1 Obstacles physiques

Signifie certains handicaps et déformations physiques et, manque de sens, la faiblesse de la structure peut empêcher l'humain de participer avec ses collègues à des activités différentes et récréatives et la laideur de l'apparence peut empêcher une personne de se marier.

5.2 Obstacles psychologiques

Signifie une faiblesse des capacités psychomotrices ou un déséquilibre dans le développement de la personnalité, qui peut empêcher une personne d'atteindre ses objectifs, elle peut vouloir être un membre éminent, mais sa timidité excessive ou sa peur d'affronter les gens l'empêche de le faire, en plus du conflit psychologique résultant d'une incohérence ou d'un conflit d'objectifs.

5.3 Obstacles matériels et économiques

Il est considéré comme un manque d'argent et un manque de disponibilité des capacités matérielles, un obstacle qui empêche de nombreuses personnes d'atteindre leurs objectifs dans la vie. Par conséquent, la pauvreté est considérée comme l'ennemi de l'homme comme un fort désobéissant qui empêche les pauvres de satisfaire leurs besoins fondamentaux et leur cause de la détresse et de la douleur.

5.4 Obstacles sociaux

Signifie les restrictions imposées par la société ses coutumes, traditions et lois pour contrôler le comportement et réguler les relations et qui empêchent une personne d'atteindre certains de ses objectifs. Certains objectifs de la personne sont entravés par ces obstacles, par exemple, les parents empêchent leurs enfants de satisfaire leurs désirs disciplinaires et les lois peuvent empêcher un jeune homme d'épouser la fille qu'il désire. (أشرف محمد عبد الغني محمد علي، 2004، ص 136).

Les obstacles simples auxquels un individu est exposé dans sa vie quotidienne sont utiles, car ils le font persévérer et continuer à faire des efforts, le poussent à améliorer son comportement et à acquérir de nombreuses expériences qui l'aident à mûrir sa personnalité socialement, émotionnellement, et cognitivement. Et ceci est confirmé par les résultats d'études sur des enfants gâtés dont tous les souhaits ont été satisfaits

rapidement et leurs demandes ont été satisfaites sans obstacles ni difficultés, car les soins ont gâché leur développement psychologique et ont conduit à leur sentiment d'infériorité et de dépendance et affaibli leur sens de la communauté, il était donc nécessaire de l'habituer à faire face aux obstacles et de faire un effort pour satisfaire ses besoins.

6. La relation de l'estime de soi avec l'ajustement psychologique

Il existe différentes écoles de psychologie, qui ont lié l'ajustement psychologique à l'estime de soi en fonction de leurs directions. Les pionniers de l'école comportementale tels que Skinner et Watson, croyaient que l'ajustement psychologique requis pour un soi sain est le résultat d'un processus acquis par l'apprentissage et les expériences vécues par l'individu. Le comportement consensuel implique des expériences qui indiquent comment répondre aux défis de la vie et qui sont rencontrées avec un renforcement qui ont des rôles importants dans le développement d'une estime de soi positive de l'individu. Inversement, les stimuli sociaux négatifs affectent négativement l'estime de soi.

Quant à L'école humaniste, dirigée par Carl Rogers, estime que plus les expériences d'un individu dans sa vie sont cohérentes avec son concept de soi, plus cela le conduira à un ajustement psychologique. Alors que l'incohérence entre le concept de soi et les expériences auxquelles l'individu est confronté qui ne sont pas cohérentes avec son concept de soi est interprétée par l'individu comme une menace pour lui et ceux qui ont été déformés ou ignorés, alors il ressent de l'anxiété et du stress. L'école humaniste considère que l'une des causes les plus importantes de troubles psychologiques est la frustration, car elle entrave la conception de soi et menace la satisfaction des besoins fondamentaux de l'individu. Aussi, l'accession à une nouvelle expérience qui ne correspond pas à ses expériences antérieures le met dans un état de désordre et menace son équilibre psychologique. Inversement, les expériences qui ne correspondent pas au soi et à son concept, qui contredisent les normes sociales, sont perçues par l'individu comme une menace et lui attribuent une valeur négative. Lorsque l'expérience est perçue de cette manière, elle conduit à une menace et à une frustration du centre de soi et entraîne du stress, de l'anxiété et un mauvais ajustement psychologique. (1988 ص 82). (زهران).

7. L'importance de l'ajustement psychologique

La santé mentale est l'une des choses les plus importantes qu'une personne recherche tout au long de sa vie dans l'espoir d'atteindre l'équilibre, et l'ajustement n'est pas seulement l'un des piliers fondamentaux de la santé mentale, mais certains chercheurs la considèrent comme une clé ou l'une de ses facettes, et l'ajustement aide à:

- La formation de relations fructueuses.
- Minimiser les conflits psychologiques.
- Améliorer l'interaction de l'individu avec la société, et le rendre stable dans sa vie sociale.
- L'ajustement psychologique aide également à se sentir heureux, à faire face aux pressions psychologiques et de la vie auxquelles l'individu peut être confronté dans sa vie quotidienne, et aide à profiter d'une vie confortable et à bénéficier des capacités de l'individu par le contact avec l'environnement, l'ajustement se caractérise par des caractéristiques flexibles et continues qui peuvent aider l'individu à être compatible avec lui-même et l'environnement dans lequel il vit. (أبو بكر، 2018، ص 39).

Synthèse

Le processus de l'ajustement psychologique reste important pour atteindre les objectifs et satisfaire les besoins, car ce processus vise l'autosatisfaction, en excluant le stress et l'anxiété et en atteignant la stabilité, la capacité de l'individu à créer une relation horizontale qui lui garantit bonheur et satisfaction et donc la poursuite de la réalisation des buts et objectifs, en particulier éducatifs, la réussite et l'auto-efficacité comme préparation de base qui motive le travail et la persévérance.

Chapitre IV : Hémodialyse

Préambule

La maladie rénale est le plus souvent silencieuse et il est ainsi difficile de connaître avec exactitude la date de son apparition. L'insuffisance rénale est une réduction néphrotique plus au moins lentement progressive à laquelle fait suite à une adaptation jusqu'à une certaine limite par les néphrons restants afin de sauvegarder l'homéostasie. Le patient relève alors d'un traitement de suppléance par dialyse ou transplantation rénale. Elle est dite aigue si le dysfonctionnement est transitoire, chronique lorsque la destruction est irréversible, sans possibilité de guérison. Cela peut provoquer un bouleversement non seulement sur le côté biologique, mais aussi sur le côté psychologique.

1. Première partie : Aspect médical

1.1. Définition du rein

Le rein fait partie des organes vitaux du corps humains. Son dysfonctionnement peut entraîner de sérieuses maladies et éventuellement le décès de la personne atteinte. Il a une structure et des fonctions complexes. Ses deux fonctions essentielles sont l'élimination des déchets toxiques produit par l'organe et de l'équilibre des fluides éléments minéraux et produits chimiques.

1.2. L'anatomie du rein

Chaque rein est constitué d'un million d'unités fonctionnelles appelées néphrons chaque néphron comprend un glomérule et un tubule, les néphrons filtrent le sang, éliminent les déchets et l'eau en excès, fabriquent l'urine, l'urine est ensuite déversée dans les deux uretères puis dans la vessie puis évacuée par urètre. (Steven Grangé et all 2020, p.254).

Le rein est un organe double situé dans la partie postérieure de l'abdomen, à côté de la colonne vertébrale. Sa forme ressemble à un gros haricot ou à un embryon. Il pèse entre 200 à 300 grammes, sa hauteur varie entre 10 à 12 cm, sa largeur est de 5 à 6 cm tandis que son épaisseur atteint 3cm. Ces dimensions sont importantes à connaître car l'atrophie est un signe de dysfonctionnement. Cet organe est vascularisé par la veine et l'artère rénales. Il est constitué d'unités fonctionnelles appelées néphrons. Chez l'homme normal, ils ont au nombre d'un million environ dans chaque rein. Ces unités anatomiques, microscopiques, sont composées de glomérules répartis dans la partie

extérieure du rein et prolongés par des tubules qui débouchent dans les calices. La filtration glomérulaire et l'activité tubules constituent la fonction principale des reins. En assurant leurs fonctions excrétrices et sécrétrices, filtrer le sang en évacuant les urines les reins jouent aussi un rôle important dans la régulation thermique du corps.

(Ali Recham, 2002, p.27).

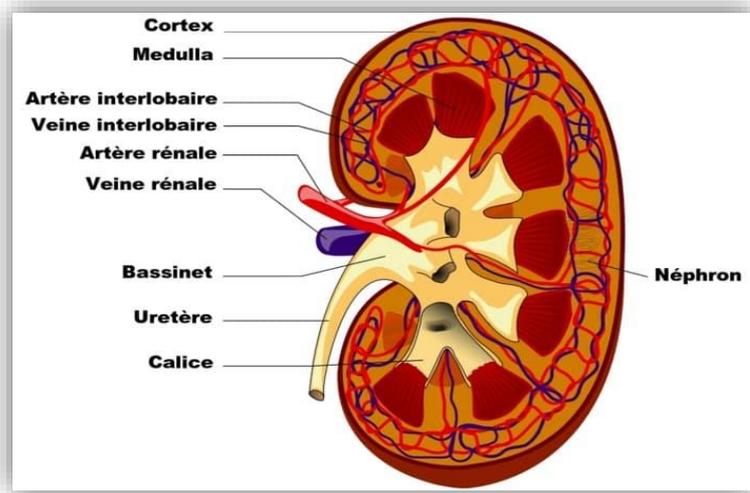


Figure n°1: Anatomie du rein

1.3. Les différentes fonctions du rein

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

1.3.1. Filtration du sang

La fonction principale du 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 veines rénales. 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. Éventuellement, les déchets atteignent des niveaux toxiques dans le corps et empoisonnent la personne. Lorsque les reins d'une personne ne fonctionnent plus, celle-ci doit faire de la dialyse, qui est la filtration et la purification du sang au moyen d'une machine.

1.3.2. Régulation de la quantité d'eau dans le corps

Sous le contrôle d'hormones, le rein élimine les quantités d'eau excédantes 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'enflure, une hausse de la pression artérielle et de la difficulté à respirer en raison de l'eau qui s'accumule dans les poumons.

1.3.3. 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. Celles-ci font partie des cellules sanguines 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 diminue 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.

1.3.4. 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 quantités adéquates dans le corps en éliminant les excédents par l'urine. Lorsque les reins sont défectueux, les minéraux s'accumulent dans le corps et causent des symptômes tels que des crampes musculaires, des engourdissements, des douleurs dans les articulations, de l'enflure et des arythmies cardiaques.

1.3.5. 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/chroniques/711/principales-fonctions-des-reins.php>).

1.4. Définition de l'insuffisance rénale

L'insuffisance rénale est une maladie lésionnelle qui détruit de manière progressive et irréversible les parenchymes rénaux et altère définitivement les fonctions rénales, à savoir la détoxification du corps, l'équilibre homéostasique interne et les fonctions endocrines. Son évolution est létale sans les thérapies de suppléance : la dialyse et la greffe. Elle résulte souvent de néphropathies chroniques congénitales ou acquises. Chez certains individus elle se déclare soudainement, alors que chez d'autres elle progresse lentement des années durant, de manière le stade terminal, les quelques 10 ou 20% de néphrons sains restants assurent plus ou moins équilibre métabolique, en d'autres termes une santé apparente à la personne touchée. (Ali Recham, 2002, p.27-28).

L'insuffisance rénale traduit une diminution de la fonction rénale caractérisée par une réduction et la filtration glomérulaire. Tant aiguë, elle est le plus souvent réversible tant chronique, elle correspond à des lésions anatomiques irréversibles du parenchyme rénal. (Jean-Philippe Ryckelynck, 2016, p.9).

1.5. Les types d'insuffisance rénale

1.5.1. L'insuffisance rénale aiguë (IRA)

1.5.1.1. Définition

L'insuffisance rénale aiguë se définit par la perte habituellement brutale de tout ou partie des fonctions rénales. C'est, par définition, une élévation rapide de la créatinine plasmatique. La survenue d'une insuffisance rénale aiguë impose d'apprécier le retentissement immédiat sur l'organisme des perturbations métaboliques et hydro-électrolytiques, de s'assurer du caractère aigu ou chronique de l'insuffisance rénale et de préciser le type d'insuffisance rénale en cause. La recherche et le traitement d'une urgence vitale sont impératifs ; le traitement de l'urgence est prioritaire. (Daniel Toledano, 2016, p.12).

1.5.1.2. Les Causes de l'insuffisance rénale aiguë

L'insuffisance peut survenir dans différentes circonstances. Les plus fréquentes sont :

- Réduction de l'apport sanguin au niveau rénal ; en cas de déshydratation sévère, par exemple secondaire à une diarrhée, une hémorragie, des brûlures étendues ou une baisse de la pression artérielle quelle qu'en soit la raison.
- Infection sévère, maladie grave ou intervention chirurgicale lourde.
- Chute du débit sanguin rénal par diminution du débit cardiaque.
- Blocage brutal du passage de l'urine : les calculs rénaux sont la cause la plus importante de l'obstruction de tractus urinaire.
- D'autres causes importantes comme le paludisme, la leptospirose, les morsures de serpent certaines maladies rénales, la grossesse, les effets secondaires de certains médicaments comme les aminosides, les produits de contraste iodés. (Abdou Niang, 2015, p.43).

1.5.1.3. Les principaux types d'insuffisance rénale aiguë

1.5.1.3.1. L'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, pré-rénales

- D'origine extrarénale ; cutanées (brûlures, hypersudation, coup de chaleur), digestives (Vomissements, aspiration digestive gastrique, occlusions, diarrhée importante, tumeurs villeuses)
- D'origine extrarénale ; cutanées (brûlures, hypersudation, coup de chaleur), digestives (vomissements, aspiration digestive gastrique, occlusions, diarrhée importante, tumeurs villeuses, fistules digestives).
- D'origine rénale : abus de diurétique, polyurie osmotique (diabète sucré), néphropathie avec perte de sel, soumise à une restriction sodée trop sévère insuffisance surrénale hypercalcémie.
- Syndrome néphrotique.
- Insuffisance cardiaque.

Elles sont souvent secondaires, en présence d'une déplétion sodée, à l'utilisation de médicaments tels les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

1.5.1.3.2. Insuffisance rénale aiguë obstructives, post-rénales

- Cancers pelviens (vessie, prostate, viscères gynécologiques).
- Elle est due à un obstacle sur la voie excrétrice ou à une obstruction intratubulaire.
- Causes iatrogènes, après chirurgie du petit bassin ou radiothérapie.
- Dans les suites de transplantation rénale (fistule urinaire ou sténose ischémique de l'uretère)

1.5.1.3.3. Insuffisance rénale aiguë parenchymateuses :

Elles sont provoquées par :

- État de choc ; cardiogénique ou infectieux.
- Surdosage médicamenteux : antibiotiques, produits de contraste iodés, chimiothérapie antinéoplasique, anti inflammatoires non stéroïdiens.
- D'origine immun-allergiques, néoplasique, métabolique ou granulomateuse.
- D'origine infectieuse par voie hématogène ou urinaire ascendante. (Daniel Toledano, 2016 p.12-13).

1.5.1.4. Diagnostic de l'insuffisance rénale aigue

1.5.1.4.1. Le diagnostic positif

Repose essentiellement sur l'élévation rapide (quelques heures ou jours) de la créatininémie et de l'urine. Selon les cas, la diurèse peut être nulle (anurie), inférieure à 300 ml/24 h (oligurie) ou conservée. La valeur de l'urée ou de la créatinine n'est pas en aucun cas une urgence vitale

Quelques que soit l'étiologie, l'insuffisance rénale aiguë se caractérise par un syndrome d'urémie aiguë marqué par une rétention azotée : la suppression des capacités d'excrétion des déchets azotés entraîne une augmentation dans le sang des taux d'urée, la créatinine et d'acide urique. L'augmentation de l'urée est d'autant plus importante que le catabolisme protidique est intense ou qu'il existe une part fonctionnelle.

1.5.1.4.2. Le diagnostic différentiel

Il importe de distinguer l'insuffisance rénale aigue d'une insuffisance rénale chronique passée jusque-là inaperçue, les arguments pour la chronicité reposent sur :

- **L'anamnèse** : étude des antécédents personnels et familiaux, interrogatoire du patient ou de ses proches, circonstances de découverte.
- **L'examen clinique** : retentissement viscéral éventuel d'une néphropathie, nycturie ancienne.
- **la morphologie** : diminution de la taille des reins (sauf en cas de polykystose rénale, diabète syndrome obstructif), devant une anurie ou une oligo- anurie, il faut éliminer une rétention d'urine par l'examen clinique, l'échographie et éventuellement le sondage explorateur.

(Daniel Toledano, 2016, p.12-13).

1.5.2. L'insuffisance rénale chronique (IRC)

1.5.2.1. Définition

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par une diminution de la filtration glomérulaire (FG) en rapport avec une réduction permanente et définitive du nombre de néphrons fonctionnels. C'est une altération progressive des fonctions excrétrices et endocrines du parenchyme rénal, conséquence de lésions anatomiques irréversibles. En pratique, l'IRC regroupe l'ensemble des manifestations cliniques, biologiques et radiologique secondaires à la destruction du capital néphrotique.

Tout individu peut rester en bonne santé avec un seul rein fonctionnant de 10 à 20% de sa capacité normale. Mais l'insuffisance rénale, quand elle arrive au stade terminal va affecter l'organisme de plusieurs manières. Certains symptômes sont le reflet de la maladie qui a causé l'insuffisance rénale (néphropathie initiale), d'autres sont dus au dysfonctionnement des reins eux-mêmes. On considère que la FG diminue « physiologiquement » avec l'âge d'environ 1ml/mn/année d'âge au-dessus de 40ans. (P. Simon, 2007, p.22).

1.5.2.2. Les causes d'insuffisance rénale chronique

Habituellement, l'insuffisance rénale chronique est le terme ultime évolutif des néphropathies chronique. La fréquence relative des néphropathies causales évolue dans le temps et selon les pays.

- Diabète : 44%, dont 4% pour le type 1 et 40% pour le type 2 (en augmentation).
- Glomérulonéphrites primitives : 8%.
- Obstacle : 4%.
- Néphropathies héréditaires et kystes : 3%.

- Glomérulonéphrites secondaires : 2%.
- Cancers et myélomes : 2%.
- Causes variées : 5%.
- Néphropathies indéterminées : 5% (Daniel Toledano, 2016, p.19).

1.5.2.3. Les signes généraux de l'insuffisance rénale chronique

1) Manifestations cardiovasculaires

Elles sont très fréquentes, c'est la principale cause de mortalité. Elles sont dominées par :

- L'hypertension artérielle parfois précoce ou au contraire révélée tardivement. En tant que telle elle est un facteur d'accélération de la défaillance rénale (cercle vicieux).
- Les lésions diffuses de calcifications vasculaires avec l'artérite oblitérant des membres inférieurs et l'artérite des membres supérieurs.
- Les accidents vasculaires cérébraux, ischémiques ou hémorragiques.

2) Manifestations hématologiques

L'anémie est classique au cours de l'insuffisance rénale chronique ; souvent bien tolérée, elle peut entraîner des troubles fonctionnels à l'effort. Les troubles de l'hémostase sont en règle générale modérés. Une hémorragie sévère, notamment digestive, doit donc toujours faire rechercher une cause favorisante.

3) Manifestations digestives

Les troubles digestifs sont fréquents : anorexie, nausées, quelques vomissements, perte du goût ou au contraire sensation d'haleine ammoniacale, au pire, l'hémorragie digestive, haute ou basse témoigne d'un stade avancé de la maladie.

4) Manifestations neurologiques

L'urémie avancée peut se révéler par une polynévrite à prédominance sensitive se traduisant par des impatiences, des paresthésies prédominant aux membres inférieurs, à recrudescence nocturne. L'atteinte neurologique centrale est beaucoup plus rare et résulte en général de prise médicamenteuse inconsidérée ou de troubles hydro-électrolytiques.

5) Autres troubles : l'insuffisance rénale chronique peut aussi se compliquer par :

- Des troubles endocriniens (impuissance chez l'homme, aménorrhée chez la femme).
- Une augmentation du risque carcinologique.
- Des désordres nutritionnels.
- Sensibilité accrue aux infections.
- Une diminution de la réactivité immunologique imposant la pratique des vaccinations à la phase précoce de l'affection notamment vis-à-vis de l'hépatite B. (Daniel Toledano, 2016, p.22-23).

1.5.2.4. Classification de l'insuffisance rénale chronique

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

Tableau n°3 : les différents niveaux de l'insuffisance rénale chronique (P. Simon, 2007, 24).

1.6. L'hémodialyse

1.6.1. Définition

Il s'agit d'une technique d'épuration par circulation extracorporelle du sang à travers une membrane. Le rein artificiel est composé de trois éléments : l'hémodialyseur dans lequel s'effectuent l'échange, le dialysat et une circulation extracorporelle. Ce traitement est réparti en 3 séances par semaine, chacune durant environ 4 heures. Les innovations techniques allègent davantage ce dispositif et le rendent tolérable par les malades. La

durée des séances et les modalités d'épuration comme l'auto-dialyse sont adaptés en fonction des besoins et de l'état de santé des patients. (Ali Recham, 2002, p.29).

L'hémodialyse peut être pratiquée en centre (hôpital, clinique) ou dans le cadre alternatif (centre d'auto dialyse, hémodialyse à domicile). Dans la mesure du possible en tant pour des raisons de meilleure intégration sociale que de coût, il importe d'élargir les indications des techniques alternatives extrahospitalières. En pratique, la durée hebdomadaire d'épuration est de l'ordre de 12 à 18 h, selon le cas. Diverses modalités de mise en œuvre de cette technique sont en cours d'évaluation : hémodialyse quotidienne courte (en particulier à domicile) hémodialyse longue nocturne, systématisation ou non de l'hémodiafiltration en ligne. (Daniel Toledano, 2016, p.26).

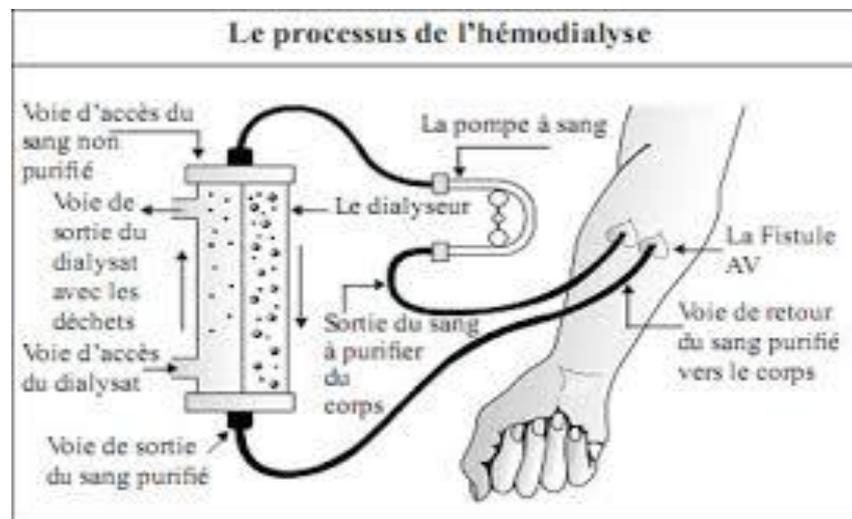


Figure n° 2: le processus de l'hémodialyse

1.6.2. Les principes de l'hémodialyse

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

a) Diffusion : transfert passif de substances dissoutes à travers une membrane, sans passage de solvant (eau). C'est le principal mécanisme épurateur dans l'hémodialyse : électrolytes et molécules de petit PM (urée, créatinine) diffuse à travers la membrane du milieu. Le taux de diffusion d'une molécule à travers la membrane semi-perméable dépend essentiellement de son poids moléculaire, de sa liaison protéique et des caractéristiques de la membrane. Le sang et le dialysat circulent à contre-courant de telle sorte qu'il existe un gradient de concentration des solutés tout au long de la membrane afin d'optimiser les échanges. (Valérie de Précigout, 2016, p.49).

b) **La convection** : est le principe qui permet d'éliminer l'eau en excès chez le patient durant la séance de dialyse. La convection permet l'élimination de substances de beaucoup plus gros poids moléculaire que la diffusion jusqu'à plusieurs dizaines de milliers de daltons avec certaines membranes. Elle constitue le principe de base de l'ultrafiltration, de l'hémofiltration et s'ajoute à la diffusion pour l'hémodiafiltration. (Valérie de Précigout, 2016, p.50).

1.6.3. Les abords vasculaires

L'hémodialyse réclame de gros besoins en sang, ce qui impose au chirurgien de créer et d'entretenir un abord vasculaire avec un débit suffisant, d'utilisation facile et donnant de complication possible. Il a dans ce domaine une relative obligation facile.

1.6.3.1. Les fistules artérioveineuses

Une intervention chirurgicale permet de brancher directement une veine superficielle de bonne qualité sur une artère proche. La veine va se dilater sous l'effet du débit lors d'une phase de « maturation ». Elle deviendra facile à ponctionner et permettra des débits dans la circulation extracorporelle de l'ordre de 500 ml/mn, même si la majorité des patients sont dialysés avec des débits de 300 à 400 ml/mn. Les membres supérieurs sont pratiquement toujours utilisés et on ne réalise des fistules aux membres inférieurs que dans des situations exceptionnelles. (Thierry Pourchez, 2016, p.50).

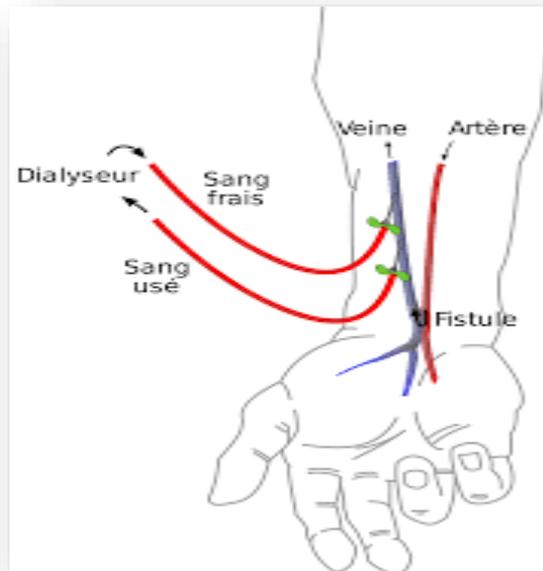


Figure n° 3 : image d'une fistule artéroveineuse

1.6.3.2. Les cathéters percutanés

Ils consistent en la mise en place d'un cathéter au niveau d'une grosse veine, en utilisant un guide. La veine la plus utilisée est la veine fémorale, ponctionnée avant chaque séance. Dans certains cas, il peut être laissé pour plusieurs séances. La ponction de la veine sous-clavière est souvent utilisée en réanimation, mais elle est formellement contre-indiquée chez l'insuffisant rénal car elle provoque des sténoses ou des thromboses de la veine. (Valérie de Précigout, 2016, p.57).

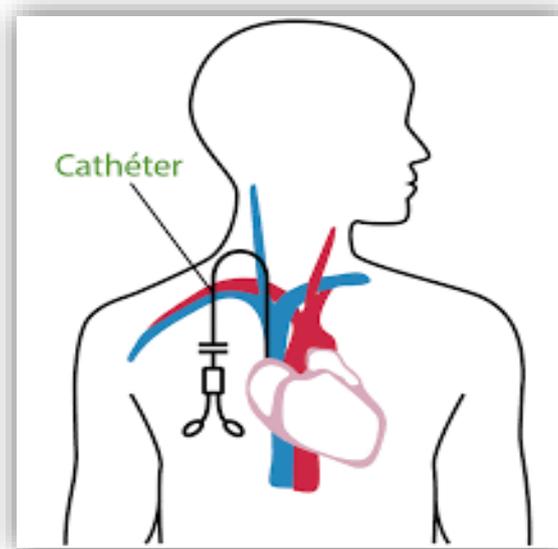


Figure n° 4 : cathéter veineux

1.7. La dialyse péritonéale(DP)

1.7.1. Définition

Méthode de séparation des substances dissoutes, consistant à les faire passer à travers une membrane naturelle. Le but est d'extraire les déchets toxiques contenus en excès dans le sang (cas e l'urémie ou d'une intoxication). Les échanges entre le sang et le liquide de dialyse s'expliquent, d'une part du fait de la diffusion passive entre le compartiment liquidien le plus concentré vers celui le moins concentré, d'autre part, par suite d'un phénomène actif, l'ultrafiltration, qui est réalisée par les variations de pression osmotique du liquide de dialyse.

1.7.2. Les principes de la dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale est basée sur deux principes fondamentaux régissent les échanges à travers une membrane semi-perméable ne laissant pas passer les éléments figurés du sang et les substances de haut poids moléculaire (habituellement supérieur à celui de l'albumine).

1.7.2.1. La diffusion ou dialyse

Phénomène passif, la diffusion est liée à un gradient de concentration avec passage des molécules du milieu le plus concentré vers le milieu le moins concentré. Elle est fonction de la compositions du dialysat introduit dans la cavité péritonéale.

1.7.2.2. L'ultrafiltration

Elle est obtenue grâce à un gradient osmotique permettant le transfert d'un solvant (eau) à travers la membrane péritonéale. Le glucose (agent cristalloïde) joue un rôle important dans l'établissement d'un gradient osmotique sang-dialysat. Responsable d'un transfert exclusif d'eau libre au niveau des canaux transcellulaires, il induit ainsi une dilution du dialysat (tamisage de sodium). D'autres substances tels les acides aminés, les polymères du glucose, ont également un pouvoir osmotique. (Jean Philippe R, 2016, p.121).

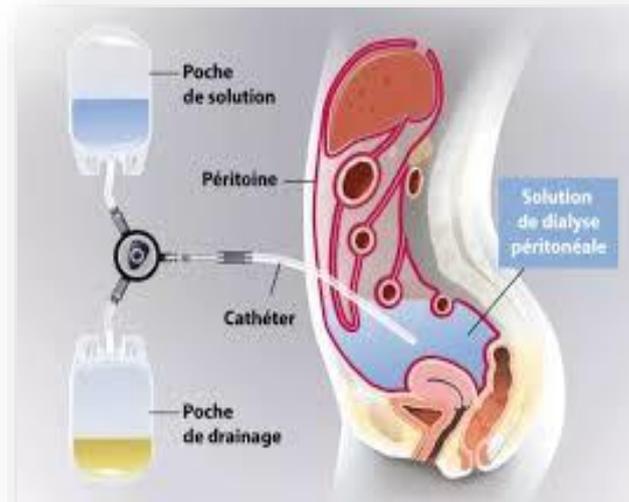


Figure n° 5 : le principe de la dialyse péritonéal

1.8. La transplantation rénale

Est le seul traitement permettant à l'insuffisance rénale chronique de recouvrer une vie pratiquement normale. Ce traitement de substitutions idéal de l'urémie chronique (le rein transplanté, outre les fonctions excrétoires, peut pleinement assurer les fonctions endocrines habituelles) est de loin le moins coûteux, nécessitant néanmoins une surveillance indéfinie et un traitement immunosuppresseur permanent qui reste grevé de complications non négligeables.

L'organisation de la transplantation est toujours difficile et dépend :

- Du greffon : qui peut provenir d'un sujet vivant. C'est la greffe DVA (don vivant apparenté). Des règles strictes et contraignantes encadrent légalement ce type de dons ne France.
- Du greffon : provenant le plus souvent 'un donneur décédé en état e mort cérébrale dont les conditions hémodynamiques sont parfois précaires à l'heure du prélèvement.
- Du receveur dont l'inscription sur liste de transplantation nécessite un bilan somatique et psychologique complet, chez les patients parfois exposés depuis longtemps à l'insuffisance rénale chronique et à la pathologie induite par les méthodes de suppléance.
- Du traitement qui associe la corticothérapie et l'immunosuppression nécessaires à la tolérance immunologique mais qui comporte des risques infectieux cancéreux vasculaires, osseux et métaboliques.

Si les résultats initiaux se sont progressivement améliorés (survie greffon, survie malade), de nombreux progrès restent à accomplir notamment dans le domaine de la meilleure spécificité et innocuité des traitements immunosuppresseurs. (Daniel Toledano, 2016, p.25).

2. Deuxième partie : Aspect psychologique

2.1. L'incertitude par rapport à l'avenir

Cette incertitude est un aspect important, qui se présente ainsi : l'insuffisant rénal, c'est le passage possible en dialyse, pour le dialysé c'est l'attente d'une greffe, pour le greffé c'est le risque de rejet de cette greffe. Cette difficulté à se projeter dans l'avenir, pour le patient comme pour sa famille, est une gêne pour structurer le développement. Le risque majeur est alors privilégier l'instant ou le court terme au détriment de l'insertion sociale. Le dialysé avec la greffes se voit doté d'un statu de normalité et d'exigences jusqu'alors escamotées. Son désarroi peut s'exprimer par des colères aiguës, justifiées par un sentiment d'abandon et de d'injustice.

À l'inverse, la greffe peut être refusée par l'inconnu : « je sais ce que je vais perdre mais pas ce que je vais gagner » des adultes montrant que la connaissance des complications post-greffe ne protège pas de toute difficultés. (Michel Plusquellec, Antoine Plusquelle, 2016, p.272-273).

2.2. Les atteintes de l'image corporelle

La malade interrompt le silence des organes et fait découvrir au malade un corps méconnaissable, bruyant, fragile, affaibli, usé, impur, tout en étant agressé, le corps devient agresseur et menace constamment la personne de diverses complications. Dans l'insuffisance rénale, le corps est incapable d'évacuer les urines et certains produits toxiques, la survie est sévèrement menacée. Cette pathologie se traduit dans l'imaginaire par des fantasmes l'impureté. L'organisme perd son anatomie, créer artificiellement l'ouverture devient vitale et la fistule artérioveineuse sur l'avant-bras. Avant chaque séance d'épuration, le malade se pèse pour calculer le surplus de poids à perdre. La machine est symboliquement présente durant chaque repas et interdit l'excès en rappelant constamment les règles. La dialyse intervient pour réajuster le corps pris dans le jeu instable du surpoids et de la perte. Elle enlève le trop-plein. Trois fois par

Semaine elle assure le retour à l'ordre physiologique. Sa symbolique éclaire la parole des malades prononcée à la fin de la dialyse « maintenant je suis sûr », lorsqu'on sait ce que représente la pureté dans l'imaginaire populaire.

La douleur ou la crainte des points de la douleur sont mieux prises en compte (anesthésie possible des points de ponction). L'angoisse de mort existe mais l'efficacité des soins, la bonne tolérance physique habituelle en dialyse, la fiabilité des machines ont changé les descriptions d dramatiques des débuts historiques. Tout ceci explique l'intérêt de l'intégration de psychologues dans les consultations de néphrologie et les services de dialyse. (Ali Recham, 2002, p.65).

2.3. S'adapter pour supporter

La maladie chronique peut en effet rigidifier l'existence dans le sens de l'obsession la ritualiser : le rite du traitement ne pouvant être contourné dans la mesure où la vie du sujet en dépend dans la réalité : Puisque la mort résulterait de l'inobservance du rite. On entre en maladie chronique comme on entre en quelque sorte en religion, l'austérité imposée par les astreintes sera palliée ou non par les moyens dont disposera ou non la personne. Les moyens seront les possibilités, ressources et recours dont une personne dispose dans les différents domaines qui font l'existence humaine : affectif, intellectuelle familial, social culturel.

Dit autrement, il s'agira de son capital ; celui de son histoire depuis l'origine et les offres que la vie lui a ou non accordées à, e depuis, son arrivée au monde. La complexité du psychologique occasionne des exceptions ou certaines personnes très démunies vont trouver dans le travers de la maladie, grâce cette fois à la lourdeur, à la répétition de soins, des balises et une vie relationnelle plus chaleureuse, plus riche qu'elle n'a jamais été. À ces personnes, la maladie confère identité et statu. (Christie Aussenac, 2016, 272).

2.4. Les contraintes alimentaires

Elles sont particulièrement lourdes en période de dialyse. Les contraintes alimentaires doublées souvent par des restrictions hydriques sont source de tentations et de conflits. Les risques d'excès en potassium, avec la menace d'un possible arrêt cardiaque, sont en générale respectés. Les transgressions alimentaires, hydriques et l'insuffisance de complaisance au traitement médicamenteux sont des façons de (ré) trouver une certaine autonomie, une certaine identité, de récupérer un pouvoir sur les choses,

Le dialysé est en fait en conflit entre ses désirs d'autonomie et le frein que représente son traitement. De ce fait, son implication dans ses soins réalise un compromis favorable. (Michel Plusquellec, Antoine Plusquelle, 2016, p.271).

2.6. Vie et dialyse

Des aménagements, une réorganisation, parfois des ruptures seront à envisager dans le domaine professionnel. Emploi du temps et espace domestique seront à reconsidérer. Au domicile une dialyse, même péritonéale, ne peut se réaliser sans une certaine place. Par contre, la liberté du moment choisi pour se traiter y sera une image accessible. À ces contingences matérielles, doublés de leurs irritations et griefs affectifs, les couples résisteront ou déferont.

(Christie Aussenac, 2016, p.264).

2.7. Le malade face aux représentations sociales de la maladie

Se reconnaître la santé et refuser de s'assumer malade ne cachent pas seulement un malaise personnel, il est réducteur uniquement interpréter cette attitude comme une défense individuelle contre une maladie grave ; elle est au cœur de débat sur le corps malade et le corps sain, sur la santé et la maladie. S'approprier des organes sains et considérer des parties malades comme des corps étrangers dans l'organisme trouvent une rance dans les représentations sociales de la santé et de la maladie. Ces deux états s'opposent dans l'imaginaire collectif.

La santé est perçue comme une propriété individuelle, tandis que la maladie est un objet extérieur. L'homme n'est pas responsable de sa maladie et ne peut en assumer ni le poids de son déclenchement, ni les conséquences, il ne se reconnaît pas dans ce qu'on lui impose de l'extérieur « *il est responsable de sa santé car, faible ou forte elle le définit* ». Le rapport du malade à sa maladie s'exprime sur le plan de l'extériorité (la maladie est une intrusion), alors que la santé est vécue comme une intériorité, elle est la production du sujet. « *La santé, est toute entière de l'individu, jamais extérieur à lui* ». Sur un autre registre, cette opposition exprime le conflit entre l'individu et la société, le premier étant assimilé à la santé tandis que la deuxième génératrice de maladie. Le sujet est passif et représente le bien, la société est agressive et reflète le mal.

2.8. L'aide du soignant dans ce contexte

Accepter d'apparaître, c'est un fait, impuissant face à de grands pans de la souffrance humaine offerte à son regard et à son écoute participe du métier de soignant. Ne pas l'ignorer peut l'aider à ne pas oublier la qualité de son rôle auprès du malade et les attentes de ce dernier.

Être là, précisément dans cette répétition, pour y répondre avec une égale compétence (gestes et attitudes), une égale patience (au sens étymologique du « souffrir avec » de la compassion, une disponibilité d'écoute, répond aux attentes des malades. Les malades n'attendent pas autre chose il est vrai, lorsqu'ils se rendent à leurs séances, que d'y retrouver ces personnes qui les soignent, ils sont l'habitude, avec lesquelles ils se sentent hors de danger, avec lesquelles des liens se tissent, et auxquelles, le temps aidant, ils se confieront. Cette part de souffrance dévoilée est parfois source de trouble pour qui l'accueille. Un sentiment d'incompétence agite alors le soignant convaincu qu'une « réponse-miracle » manque.

Alors que ce qui a stimulé le désir de se confier tient au climat relationnel entretenu par le soignant, à une façon qu'il a de savoir « répondre » par son attitude à ce besoin de sécurité du malade. L'opportunité d'être écouté, sans risque d'être pris au mot, par un tiers, étranger mais proche, répond à l'attente de certains malades. (Christie Aussenac, 2016, p.269-268).

Synthèse

L'insuffisance rénale est une pathologie d'avenir. Quand elle est présentée. Est un phénomène auto-entretenu et spontanément évolutif, on terme étant la mort rénale. La maladie rénale traitée par la dialyse nécessite différentes adaptations dont le suivi des recommandations auxquelles de nombreux patients n'adhèrent pas. Ce constat met en avant la nécessité d'un accompagnement éducatif pour favoriser la mise en place de comportements protecteurs vis-à-vis de leur santé par le biais d'une meilleure compréhension et d'une plus grande écoute, L'annonce de la mise en dialyse mais aussi tout le parcours de la maladie fragilisent l'équilibre psychique des sujets, ce qui explique notamment la présence importante de troubles axio-dépressifs, la qualité de vie physique mais aussi mentale est souvent altérée. Ainsi, le besoin d'accompagner les patients dans leurs parcours de soin et de vie mais aussi dans leur processus d'acceptation et d'adaptation à la maladie et à la dialyse, insistant sur le traitement, car chez ces patients, le dialyse fait autant symptôme que la maladie rénale. En effet, les patients s'identifient le plus souvent comme étant «dialysés » plutôt qu'« insuffisants rénaux » et les symptômes les difficultés et les contraintes sont généralement associés à la dialyse.

Partie pratique

Chapitre V : Cadre pratique de la recherche

Préambule

La méthodologie est la réflexion préalable sur la méthode qu'il convient de mettre au point pour conduire une recherche. Le chapitre méthodologie de recherche est consacré à la présentation des différentes étapes qui permet d'élaborer notre recherche afin d'adopter une démarche scientifique sur notre thème d'étude qui s'intitule « estime de soi et sa relation avec l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés», elle consiste à la présentation du lieu de recherche et de son déroulement (pré-enquête, enquête), ainsi que les caractéristique du choix de la population d'étude , et les outils à utiliser ainsi que leurs analyses.

1. La méthode utilisée

La méthode signifie un chemin, une voie, un cheminement à suivre pour parvenir à un but, un objectif, une destination. C'est l'ensemble de règles et de pratiques mises en œuvre pour atteindre des objectifs et pour réaliser une recherche scientifique irréfutable

La méthode consiste à « confronter des idées, issues à la fois de l'expérience et de l'imagination, aux données concrètes, dérivées de l'observation, en vue de confirmer, de nuancer ou de rejeter ces idées de départ» (Benoit Gauthier, 2009, p.21).

Cela veut dire qu'il s'agit d'un ensemble de procédures adoptées par le chercheur en préparant, structurant et réalisant recherche.

1.1. La méthode descriptive

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode normative développementale, enquête).

Elle intervient en milieu naturel et tente de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière l'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (KH. Chahraoui et H. Benon, 2003 .P.125).

La méthode descriptive essaie de décrire le phénomène tel qu'ils existent, plutôt de manipuler des variables pour tester les causes et leurs effets. (Westend. D, 2000, P.62).

2. Les outils d'investigations

2.1. L'observation

L'observation est la plus vieille technique de collecte des donnée scientifique, observer n'est pas seulement regarder ; c'est une certaine organisation de la vision. Elle est structurée de sorte à voir ce qui est adéquat par rapport à un projet de recherche, à un cadre théorique. Elle permet d'enregistrer les comportements au moment où ils se produisent, elle aide à mesurer la discordance entre le comportement sur le terrain et le discours tenu au cours d'un entretien.

La technique de l'observation est également très utile. Elle convient parfaitement à « l'analyse du non verbal et de ce qu'il révèle : les conduites instituées et les codes comportementaux, le rapport au corps, les modes de vie et les traits culturels l'organisation spatiale des groupes et des sociétés ». (Quivy et Van Campenhoudt 1988).

Lors de notre observation, nous nous sommes appuyés sur le comportement des patients, la façon dont ils font face au traitement, leur posture pendant la dialyse et leur alimentations nous avons également observé la relations des infirmiers avec les malades ainsi la relation du médecin avec les malades, et comment les travailleurs (les infirmiers femme de ménage etc.) de ce secteur traitent, ils ont également confirmé à quel point ils étaient fatigués dans ce travail, ainsi que les mesures prises pour protéger la santé des malades et leur soucis des traitements nécessaires.

2.2. L'entretien

2.2.1. L'entretien clinique

L'entretien peut être définie, ainsi que le propose le Petit Robert, comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes. Entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Clinique est à l'origine un terme médical issu du grec « klinè » qui signifie « lit ».

L'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec

autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ces difficultés.

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

L'interprétation que fait le clinicien ou un membre de l'entourage (parents chez l'enfant, conjoint chez un adulte, entourage familial chez la personne âgées) des symptômes du patient. (Kh. Chahraoui, H. Bénony, 2003, P.32).

2.2.2 L'entretien semi-directif

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance : elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit (Kh. Chahraoui, H. Bénony, 2003 P143).

2.2.3 Le guide d'entretien

L'outil qui sert de support est le guide d'entretien, document qui liste les thèmes ou les questions à aborder et qui permet parfois de saisir les réponses au fur et à mesure de l'entretien. (<https://pedagogie.ac-strasbourg.fr/>).

Le guide d'entretien est défini comme : « un ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Blanchet, 1992).

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle –ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

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

- **Informations personnelles** : (Nom, prénom, âge....etc.)
- **Le premier axe** : informations concernant l'état de santé actuelle et précédente.
- **Le deuxième axe**: informations concernant la relation d'objet.
- **Le troisième axe** : informations concernant l'estime de soi.

La présentation de guide d'entretien (voir Annexe n°1).

2.3. Le questionnaire

Dans cette étude, nous avons utilisé le questionnaire comme principal moyen de collecte de données, vise à éclairer l'estime de soi et sa relation avec l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés.

Un questionnaire est un ensemble formalisé de questions conçues pour obtenir des informations auprès des répondants ou des sujets sélectionnés pour une étude. Il s'agit d'un instrument qui est généralement remis aux répondants et rempli par eux sans l'aide de l'enquêteur ou de toute autre personne. Et une suite de questions standardisées auxquelles l'interviewé ne peut qu'apporter des réponses préfabriquées, et en nombre limité. (Lakhdar Ydrouj, 1991, p.113).

Afin de pouvoir collecter les données nécessaires à l'étude, la méthode d'enquête a été adoptée en s'appuyant sur la conception d'un questionnaire de questions adressées aux patients hémodialysés pour y répondre. Deux formulaires de questionnaire ont été construits par nous, contient 6 thèmes dans chaque axe 10 Questions qui sont : l'estime de soi et l'ajustement psychologique.

2.3.1. Le premier questionnaire : l'estime de soi

Contient trois axes :

- **Le premier axe** : la confiance en soi.
- **Le deuxième axe** : la fierté.

- **Le troisième axe** : la satisfaction personnelle. (voir Annexe n°2)

2.3.2. Le deuxième questionnaire : l'ajustement psychologique.

Comporte trois axes :

- **le premier axe** : l'acceptation de soi.
- **le deuxième axe** : la communication avec les autres.
- **Le troisième axe** : la rémission thérapeutique. (voir Annexes n°2°).

Nous avons décompressé les données et analysé le questionnaire via le programme statistique SPSS, et les tests statistiques suivants ont été utilisés :

- Les Répétitions et les pourcentages afin de décrire l'échantillon d'étude en fonction de leurs caractéristiques personnelles.
- Écart type et moyennes arithmétiques afin de juger de la réponse de l'échantillon d'étude aux variables d'étude.
- Le test alpha de cronbach, où ce coefficient sera utilisé pour vérifier la stabilité de l'instrument de mesure utilisé.
- Pour tester les hypothèses de l'étude, le coefficient « Perso » est utilisé.
- Dans notre questionnaire, nous nous sommes appuyés sur la méthode de Likert, cette échelle se compose d'un ensemble d'énoncés positifs et négatifs spéciaux sur lesquels le répondant est invité à déterminer le degré de son approbation. Cette échelle représente quatre réponses alternatives, pour chacune des phrases de l'enquête, quatre points peuvent être exprimés numériquement, qui commencent par une forte opposition et se terminent par une forte approbation, les réponses sont les suivantes :

Réponse	Le degré
Tout à fait désaccord	1
Plutôt en désaccord	2
Plutôt en accord	3
Tout à fait en accord	4

Tableau n°4 : échelle de Likert

Cette échelle, comme indiqué dans le tableau (4) se compose de quatre points allant du nombre 1 à 4, et est exprimé par le nombre 1 sur (Tout à fait désaccord) et son évaluation est représentée de 1 à 1,75, et le nombre 2 est exprimé par (Plutôt en désaccord) et son évaluation est représentée de 1,76 à 2,50, tandis que le nombre 3 est exprimé par (Plutôt en accord) est représenté de 2.51 à 3,35

Et le nombre 4 est exprimé par (tout à fait en accord) et est représenté comprise entre 3,36 et 4,00.

3. Présentation de la population d'étude

Le groupe de recherche est composés de 40 patients dialysés et, en raison de l'impossibilité d'accéder à tous les patients, un groupe de patients a été identifié et sélectionné.

3.1. Présentation L'échantillon d'étude

On a opté à investigue avec dix (10) patients hémodialysés, de sexes différents dont l'âge varie entre 74ans et 23ans, avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat en gardant la confidentialité où on a opté à changer et à modifier leurs prénoms.

- Critères retenus :
 - Tous les cas choisis partagent la même maladie ; l'insuffisance rénale chronique et suivent le traitement par hémodialyse.
 - Tous les cas n'ont pas subi la transplantation rénale.
 - Tous les cas sont à l'âge différent.
- Critères non retenus :
 - Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération, car une maladie peut atteindre n'importe qui.
 - La souffrance vécue par chaque cas est différente, car cela dépend de la gravité de la maladie.
 - Le début de la maladie est différent d'un sujet à un autre.
 - La dimension du sexe du patient n'est pas prise en considération, puisque la maladie touche les deux sexes.

- **Récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon d'étude :**

Sujet	âge	Sexe	Situation Matrimoniale	Situation professionnelle	Début de La maladie
N1	28 ans	Féminin	Célibataire	Sans profession	7ans
N2	23ans	Masculin	Célibataire	Sans profession	1 an
N3	38 ans	Masculin	Mariée	Sans profession	10 ans
N4	27 ans	Masculin	Célibataire	Sans profession	2ans
N5	64 ans	Féminin	Mariée	Sans profession	8 ans
N6	74 ans	Féminin	Mariée	Sans profession	6ans
N7	64ans	Masculin	Mariée	Retraité	9ans
N8	60 ans	Féminin	Mariée	Sans profession	3 ans
N9	64 ans	Féminin	Mariée	Sans profession	9 ans
N10	64 ans	Masculin	Mariée	Retraité	1 an

Tableau n°5 : récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon d'étude.

Ce tableau représente les sujets étudiés, au service d'hémodialyse au sein de l'établissement hospitalier privé «Benmerad Rachid » wilaya de Bejaia. Ce tableau nous a permis d'englober les différentes caractéristiques des cas ; l'âge, la profession, la situation matrimoniale et la situation professionnelle, ainsi que le début de la maladie. Concernant les prénoms des sujets, nous avons tenu à les changer pour garder la confidentialité.

À travers les informations obtenues à partir de l'étude de terrain via le questionnaire, on peut dire que l'échantillon d'étude est caractérisé par les qualités suivantes:

1. Répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge

Âge	Effectifs	Pourcentage
De 18 à 30 ans	03	30%
De 31 à 40 ans	01	10%
De 41 à 50 ans	00	00%
Plus de 50 ans	06	60%
Total	10	100%

Tableau n°6: Répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge sur la base de SPSS.

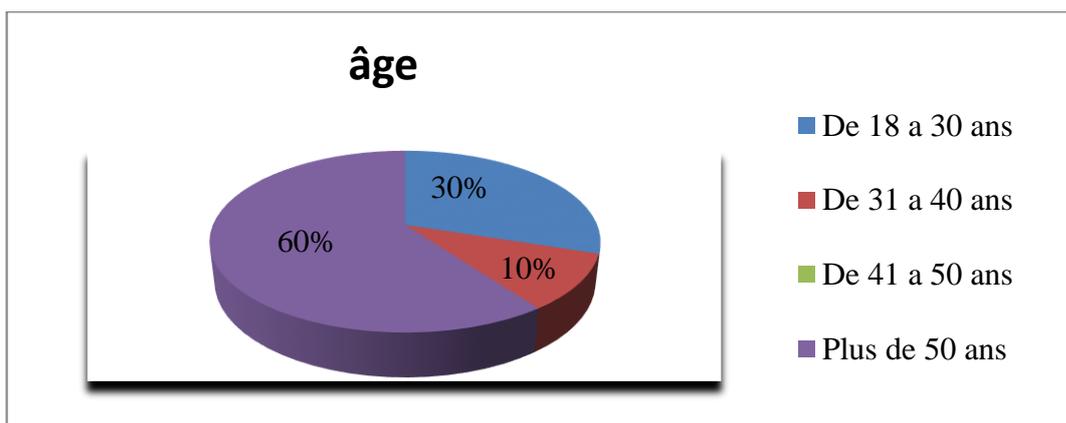


Figure n° 6: Répartition graphique de l'échantillon d'étude selon l'âge basé sur les données du tableau

Lors de l'analyse de la question liée à l'âge, nous notons que 60% de l'échantillon total sont des patients âgés de plus de 50 ans, suivis d'un échantillon de patients âgés de 18 à 30 ans de 30% tandis que le reste de l'échantillon de patients était âgé de 31 à 40 ans de 10%. Ces résultats indiquent qu'il existe une diversité dans les groupes d'âge de l'échantillon de l'étude.

2. Répartition de l'échantillon d'étude selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	05	50%
Féminin	05	50%
Total	10	100%

Tableau n°7: répartition de l'échantillon d'étude selon le sexe sur la base de SPSS

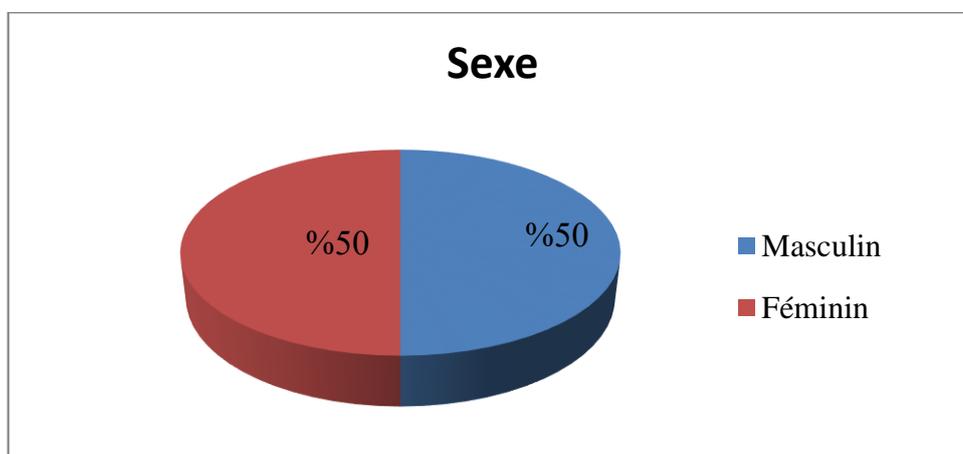


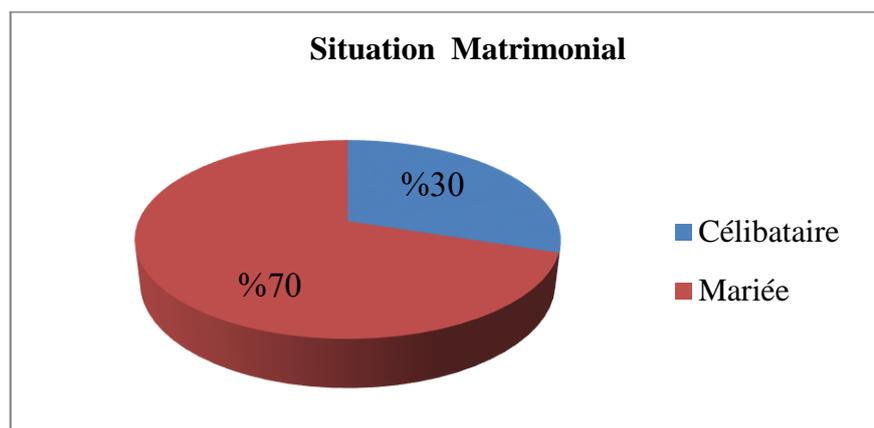
Figure n° 7: répartition graphique de l'échantillon d'étude selon Le sexe basé sur les données du tableau

En répartissant l'échantillon selon le sexe, nous constatons qu'il existe une égalité entre les répondants masculins et féminins.

3. Répartition de l'échantillon d'étude selon la situation matrimoniale

Situation Matrimoniale	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	03	30%
Mariée	07	70%
Total	10	100%

Tableau n°8: répartition de l'échantillon d'étude selon la situation matrimoniale sur la base de SPSS



.Figure n° 8: répartition graphique de l'échantillon d'étude selon la situation matrimoniale base sur les données du tableau

Lors de l'analyse de la question liée à la situation Matrimoniale, on constate que 70% de l'échantillon total est la catégorie des personnes Mariées, suivie de la catégorie des personnes Célibataires par 30%.

4. Répartition de l'échantillon d'étude selon la situation professionnelle

Situation professionnelle	Effectifs	Pourcentage
Sans profession	08	80%
Retraité	02	20%
Total	10	100%

Tableau n°9: répartition de l'échantillon d'étude selon la situation professionnelle sur la base de SPSS

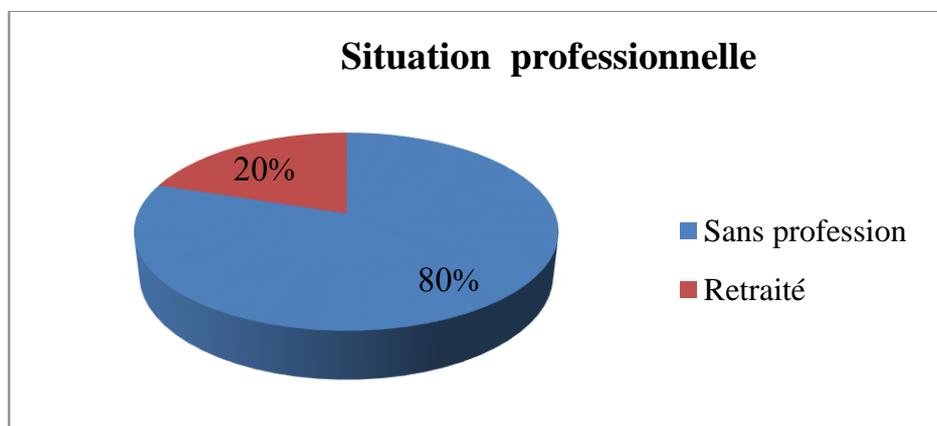


Figure n° 9: répartition graphique de l'échantillon d'étude

Selon la situation professionnelle base sur les données du tableau

Lors de l'analyse de la question liée à la Situation professionnelle, nous notons que 80% de l'échantillon total étaient des patients sans profession, tandis que le reste de l'échantillon était Retraité à 20 ans%.

5. Répartition de l'échantillon d'étude selon le début de la maladie

Âge	Effectifs	Pourcentage
De 01 à 03	04	40%
De 04 à 07	02	20%
Plus de 07	04	40%
Total	10	100%

Tableau n°10 : répartition de l'échantillon d'étude selon le début de la maladie sur la base de SPSS.

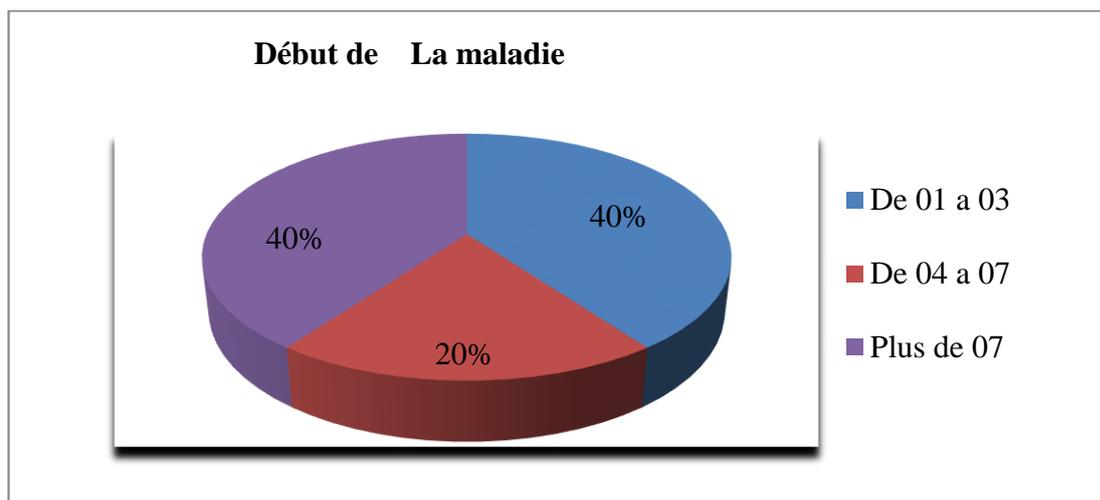


Figure n° 10: répartition graphique de l'échantillon d'étude selon le début de la maladie base sur les données du tableau.

Lors de l'analyse de la question liée au Début de La maladie, nous notons que 40% de l'échantillon total sont des patients pour une période de 01 à 03 ans, ainsi qu'une catégorie avec la maladie depuis plus de 07 ans, ainsi que 40% du reste de l'échantillon, c'est-à-dire que 20% ont la maladie entre 04 et 07 ans.

- **Le teste d'alpha cronbach**

Le degré de fiabilité des données a été sélectionné par Alpha cronbach, un test utilisé pour mesurer la stabilité et la fiabilité des questions du questionnaire, et la valeur statistiquement acceptable du coefficient alpha cronbach est de 60% ou plus, et ce tableau montre les résultats de ce test.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,641	60

Tableau n°11 : Le test de stabilité pour la

Dimension de l'étude sur la base de SPSS

À travers les résultats, il a été constaté que la valeur totale de l'Alpha de cronbach est estimée à 64%, à partir de laquelle le questionnaire peut être adopté et sa crédibilité peut être assurée dans la réalisation des objectifs de l'étude.

- **Le test de distribution normale**

H0: l'échantillon suit la distribution normale au niveau de signification ($0,05 = \alpha$).

H1: l'échantillon ne suit pas la distribution normale au niveau de signification ($0,05 = \alpha$).

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistique	ddl	Signification	Statistique	ddl	Signification
AXETOTAL	,962	120	,012	,974	120	,018

a. Correction de signification de Lilliefors

- Pour le test de Kolmogorov-Smirnov, nous constatons que 0,012 sig = supérieur au seuil de signification, nous acceptons H0 et rejetons H2, ce qui signifie que l'échantillon suit une distribution normale.
- Pour le test de Shapiro-Wilk, nous constatons que 0,015 sig = supérieur au seuil de signification, nous acceptons H0 et rejetons H1, ce qui signifie que l'échantillon suit une distribution normale.

4. Présentation du lieu de recherche

L'établissement hospitalier privé « Benmerad Rachid »

Est créé en Mars 2009. La clinique se situe à côté de la mosquée EL KAWTHER, rue Didouche Mourad Aamriw. Elle est composée de:

- Réception
- L'administration.
- Un service gynécologie-obstétrique.
- Un service d'orthopédie traumatologie.
- Un service de la chirurgie générale.
- Un service d'hémodialyse.
- Un service des urgences médicales et chirurgicales.
- Un plateau technique (Laboratoire, Bloc Opératoire et Imagerie Médicale,).

Le service d'hémodialyse

Est un service où s'est déroulée notre recherche, qui accueillir des malades de deux groupes (dimanche, mardi, jeudi et lundi, mercredi, samedi) en trois vagues. Qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique et qui nécessite des séances de dialyse, La prise en charge de ces patients en IRC se fait grâce à une équipe soignante multidisciplinaire qui se forme :

- Médecin néphrologue
- Deux médecins généralistes.
- Technicien de maintenance.
- Cinq équipes infirmiers.
- Secrétaire.
- Femmes de ménages dans le service.

Ce service est constitué de :

- La grande salle qui contient quinze lits devant chaque lit un générateur de filtration (machine de dialyse). Dans la même salle on trouve quatre infirmier chacun d'entre eux s'occupe de trois malade durant toute la journée.
- La petite salle qui contient trois lits et trois générateurs, plus un infirmier.

- La salle d'isolement qui contient un lit plus un générateur.
- La salle d'urgence qui contient deux lits plus deux générateurs.

5. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape primordiale dans toute recherche scientifique car : « elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs » (Mucchielli, 1985, p.12).

La pré-enquête apparaît dans la définition suivante : « la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et sur tout à construire des hypothèses qui soient valides, faibles renseignées argumentées et justifiées. de même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses » (Omar, AKTOUF, 1987, p.102).

Cette étape nous permet d'avoir des informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, et de maîtriser l'application de nos outils de recherche et notamment d'apporter des modifications à notre guide d'entretien, ainsi d'élaborer nos hypothèses. Mais avant d'entamer notre recherche, nous avons opté à rencontrer, la directrice de service d'hémodialyse de l'établissement hospitalier privé Benmerad Rachid wilaya de Bejaia, à qui nous avons bien expliqué notre thème de recherche et la démarche méthodologique, que nous avons suivie afin de réaliser ce travail.

6. L'enquête

Notre enquête s'est effectuée durant la période du 25/02/2024 au 03/04/2024 deux jours par semaines, notre population porte sur 10 cas. Après avoir reçu l'autorisation d'accès à la clinique. Cependant on a réalisé notre recherche sur ceux qui ont donné leur consentement, pour participer à cette investigation, pour cela on a adopté des outils de recherche qui nous ont facilité le travail avec ces patients. Notre présence est très importante, les questions posées leur semblent très difficiles et ils demandent des explications. Aussi, affirment-ils que répondre à des questions en français est pénible car ils ne maîtrisent pas la langue, nous les assistons alors afin de traduire et transcrire personnellement leurs réponses. Nous leur transmettons les questionnaires et nous leur

expliquons notre propos, et, peu de temps après, nous récupérons leurs réponses. Le déroulement de l'entretien et la passation du questionnaire ont été réalisés dans la langue maternelle du patient, vu que les patients ne comprenaient pas bien la langue française par contre pour les cas qui maîtrisent la langue française, on a opté à l'utilisation de l'entretien et le questionnaire dans la langue française.

Synthèse

La méthodologie est un plan élaboré durant l'initiation de l'objet de la recherche pour mettre en liaison la démarche de travail et le processus du raisonnement de celle-ci. Ainsi la méthode est spécialement conçue comme instrument utilisée pour mettre au point une série d'idées théoriques de la méthodologie adoptée par le chercheur. Ce chapitre est un aperçu complet des procédures méthodologiques de l'étude, où nous avons discuté de l'étude d'enquête dans toutes ses étapes, et représente notre méthode de recherche dans la méthode descriptive et nous avons présenté l'échantillon, d'étude, ainsi que les outils d'étude et les méthodes statistiques imposés par la nature du sujet.

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

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous présentons la description et l'analyse des données, des entretiens et les résultats obtenus réalisés sur le terrain, ainsi que les résultats du questionnaire dans notre pratique, en vue de confirmer notre hypothèse qu'ont posé au début de notre recherche.

1. Présentation et analyse des entretiens

1.1. Information personnelles du premier cas

N1, est une jeune fille, âgée de 28 ans, célibataire, a un niveau d'étude terminale et une formation aide-soignante, est une femme au foyer, issue d'une grande famille deux frères et trois sœurs atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis 7ans.

1.1.1. Présentation et analyse de l'entretien

Au cours de notre entretien, N1, s'est montrée souriante, gentille et calme. Avant de commencer l'entretien, on a expliqué notre but de cette recherche et bien sûre elle a accepté de nous répondre facilement, elle nous a dit « demandez ce que vous voulez, si je peux vous aider je le ferai avec plaisir ». Elle s'est confiée à nous sans aucun problème.

N1, est diabétique depuis l'enfance, la maladie de notre sujet a commencée depuis 7ans de certaines manifestations comme (vomissement, perte de connaissance). Nous a dit « toujours je me sentais de la douleur et des vertiges, puis j'ai directement consulté un médecin spécialiste, il a trouvé mes reins ne fonctionne plus, j'ai fait la fistule après trois mois, après je me suis déplacé au service d'hémodialyse à la clinique Benmerad Rachid et je fais une séance pendant quatre heures trois fois par semaine » elle ajoute « je me suis évanouie à cause de la machine, très déçue et toujours triste, mon corps est bloqué mais avec le temps je me suis habitué ». Elle n'a pas accepté sa maladie au début et sa vie est complètement différente quand elle est tombée malade.

N1, elle a été fiancée à un jeune à l'âge de 21 ans, mais malheureusement sa belle-mère ne l'a pas acceptée comme épouse pour son fils parce qu'elle souffrait d'insuffisance

rénale chronique. Elle nous a dit « à ce moment-là, j'ai eu un choc très difficile d'accepter ma situation mais bon j'ai laissée tout au bon Dieu ».

N1, a consulté une psychologue pendant 2ans, elle nous a dit « quand j'ai appris l'existence de cette maladie, je reste toujours dans ma chambre, j'ai perdue l'appétit de manger, déprimée tout le temps et je ne parle avec personne, je me sentais que je suis dans un autre monde pas comme avant après mon oncle m'a orienté vers une psychologue et l'a j'ai commencé à faire des consultations chez elle, j'ai tout raconté, tous ce qui m'arrive, avec le temps elle m'a donné des programme à suivre, m'a encouragé de plus en plus, m'a donné des conseils, m'a accompagné j'ai appliquée tous ce qu'elle m'a dit et vraiment je me sentais très bien grâce à elle, j'ai commencé à vivre une vie tranquille et confortable pleine de bonheur et beaucoup d'énergie, et j'ai commencé à faire du sport et la meilleure j'ai habitué à cette maladie sans ».

On a remarqué, que N1, concernant son regard vis-à-vis de l'avenir elle nous a assuré qu'elle croit en dieu et au destin, elle a un sentiment d'espoir et d'optimisme et la capacité de réaliser ces projets malgré sa maladie.

1.2. Informations personnelles du deuxième cas

N2, est un jeune homme âgé de 21ans, niveau de la troisième année terminal célibataire il est le quatrième d'une fratrie de deux garçons et deux filles, il a commencé le traitement de dialyse depuis 1ans.

1.2.1. Présentation et analyse de l'entretien

Durant notre entretien avec N2, s'est montré timide mais souriant, calme et parle d'une voix douce, le sujet a été marqué par un climat de confiance.

Au début, on a essayé d'avoir des informations sur son état de santé et sur son traitement il nous a dit « je suis diabétique à l'âge de 5ans, je prends de l'insuline chaque jour ». Il a rajouté « je viens trois fois par semaine pour faire la dialyse pendant quatre heures ».

La maladie d'insuffisance rénale chronique est liée à des manifestations de certains symptômes (la fatigue, troubles digestifs, nausées). Après plusieurs consultations des médecins généralistes et avoir faire des bilans d'urine et sanguines, les résultats affirment le problème est dans les reins.

À l'annonce de sa maladie, il avait une réaction normale, nous a dit « lorsque le médecin m'a parlé de cette maladie, je n'ai ressenti aucun choc ni panique ». Il a rajouté « juste avant la maladie, je faisais du sport, mais quand j'ai eu cette maladie, j'ai arrêté carrément le sport, mais comme même je m'occupe avec d'autres choses ».

Le traitement de notre sujet est avec la fistule au bras, ce qui le gêne à bouger aussi à s'endormir dans une bonne position, il nous a dit « je vie dans la misère car je souffre tout le temps ».

N2, néglige pas son traitement, son régime alimentaire, il n'oublie pas ses médicaments il prend soin de sa santé. Par la suite il a développé un sentiment d'acceptation de sa maladie, et un sentiment de satisfaction malgré il subit de la douleur des fois.

N2, est soutenue de sa famille et de ses amies, de son entourage aussi, nous a dit « ma famille m'encourage toujours, me donne l'espoir, mes amies aussi restent tous les jours avec moi, ont jouent ensemble, on fait des activités presque tous les jours, je suis très satisfait de moi, dieu merci malgré tout ».

Pour l'avenir, il souhaite de réaliser ses rêves et la guérison de cette maladie et de satisfaire sa famille et ses amies. Il est très content de sa situation, il a une forte confiance en lui, il affronte avec confiance tous les obstacles majeures, nous a dit « je construirai un avenir meilleur qu'avant malgré cette maladie ».

L'atteinte de l'insuffisance rénale n'a pas influencé sur sa vie, il est toujours optimiste envers sa maladie et l'a accepté facilement sans avoir des conséquences sur son avenir.

1.3. Informations personnelles du troisième cas

N3, un homme âgé de 38 ans, a un niveau licence en langue Arabe, marié, c'était un professeur mais après être tombé malade, il ne travaille plus. Son aspect physique ne montre pas le reflet d'un homme malade atteint d'une insuffisance rénale chronique depuis 10 ans, est considéré le seul membre malade dans sa famille.

1.3.1. Présentation et analyse de l'entretien

Durant l'entretien, N3, s'est présenté gentil, courageux et motivé, nous avons été accueillis avec un visage confus et un sourire éclatant. Atteint de l'insuffisance rénale chronique depuis 10 ans, il n'a pas d'antécédents médicaux ni un traitement

médicamenteux particulier. Quand il se sentait étourdi, nauséux, vomissait et avait la diarrhée, il a directement consulté un médecin lui a demandé de faire les tests et examens Médicaux nécessaires ou il confirme l'atteinte d'une hypertension artérielle. Il a suivi un traitement pendant 2 mois. Ensuite il a consulté un néphrologue lui a demandé de faire une analyse sanguine et urinaire qui a découvert une insuffisance rénale chronique.

Lorsqu'il a appris la nouvelle de cette maladie chronique, il a été choqué comme il le souligne « cette maladie pour moi est un suicide pour ma santé ». Il suit un traitement, un régime alimentaire, nous a dit « à l'origine une bouteille d'eau qui ne me quitte jamais » et le traitement par hémodialyse. Cette dernière constitue pour lui une vraie dépendance corporelle, nous a dit « je ne supporte pas la douleur, c'est si dur ».

En ce qui concerne son traitement par dialyse il fait trois fois par semaines pour une durée de quatre heures pour chaque séance. Il a déclaré « depuis le début de mon traitement avec cette machine, ma vie est transformée en enfer, j'ai quitté mon métier en tant que professeur, j'ai commencé à ressentir de l'anémie et une faiblesse corporelle perte de poids, de toute façon j'étais sur le point de rendre visite au psychologue sur mon cas, mais avec le temps j'ai habitué à la machine sans aucun problème, j'ai commencé à faire du sport, j'ai démarrée de vivre une vie avec cette maladie avec tout mon courage et je n'abandonnerai jamais ».

N3, a reçu le soutien de sa famille et de ses amis, nous a dit « dieu merci, j'ai une famille qui m'aide, m'encourage toujours, me donne la force surtout sur ma santé mental et physique, j'ai accepté ma maladie comme les autres ».

N3, est devenue courageux et faire face à sa maladie, il a de bonne relations familiales et amicales, la qualité de son entourage familial et social est favorable ce qui a permet d'avoir un équilibre physique et psychique, sans attraper à d'autres maladies, et très content de son état de santé.

1.4. Informations personnelles du quatrième cas

N4, est un jeune homme âgé de 27ans, célibataire, a un niveau licence économique malheureusement, il n'a pas pu terminer ses études car il est devenu aveugle, il est le deuxième d'une fratrie de quatre frères. Est diabétique et a subi une intervention chirurgicale pour ses yeux et atteint d'une insuffisance ranale chronique depuis (2) ans.

1.4.1. Présentation et analyse de l'entretien

N4, a accepté facilement de faire l'entretien avec nous, car il a été dans un état stable, qui a lui permette de nous accueillir. Nous a dit « je me suis bien, et je suis prêt à répondre à vos questions ».

Au cours de l'entretien, N4, voit que le fait d'être malade faisait partie de son destin nous a dit « j'ai la patience et je peux supporter cette maladie malgré la douleur ».

Sa maladie a débuté suite à des manifestations de certains symptômes (perte de poids, fatigue et faiblesse, troubles de sommeil). Après avoir effectué des analyses médicales le néphrologue a révélé son atteinte de l'insuffisance rénale chronique. Il a accepté sa maladie et surtout est

Une maladie chronique, nous a dit « je n'ai pas été choqué quand le médecin m'a parlé de cette maladie, j'ai bien géré ma situation, sans peur ni anxiété ».

Il a été hospitalisé pendant 15 jours, au fur et à mesure du temps, a pris conscience de sa maladie et il suit son traitement par dialyse trois fois par semaine, il suit parfaitement son régime alimentaire sans difficulté, nous a dit « je n'ai jamais oublié mon traitement et surtout je suis tout le temps mon régime alimentaire ».

N4, affirme que, est stable, heureux et responsable dans sa vie, et que sa famille lui donne la confiance et le courage pour faire face à sa maladie, nous a dit « ma famille est toujours à mes côtés, me donne l'espoir pour vivre mieux dans la vie malgré la douleur et la souffrance de cette maladie ».

Il est bien entouré par sa famille et ses proches et a de bonnes relations avec ses voisins et ses amis, à l'avenir il souhaite qu'un jour les néphrologues trouvent un traitement plus facile et adéquat. Au fil de l'entretien nous avons remarqué qu'il a de bonnes relations avec l'équipe de service.

1.5. Informations personnelles du cinquième cas

N5, s'agit d'une femme âgée de 64 ans, mariée, a des filles et fils mariés, femme au foyer, elle vit avec sa belle-famille, se décrit comme une femme gentille et courageuse atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis (8) ans.

1.5.1. Présentation et analyse de l'entretien

Durant l'entretien, nous avons posé des questions sur les causes de la maladie dont elle souffre elle nous a assuré que cette maladie est héréditaire dans leur famille, elle souffre également d'autres maladies telle que (goitre, anémie et tension artérielle).

Cette maladie a débutée à travers des symptômes tels que (vomissement, la faiblesse, vertige et fatigue), elle a directement consulté un médecin spécialiste lui a demandé de faire un bilan nécessaire là où il a confirmait l'atteinte de l'insuffisance rénale chronique. À l'annonce de la maladie, elle a avait une réaction normale sans peur ni inquiétude nous a dit « le médecin m'a dit Que mes reins ne fonctionnaient plus et que je devrais être mis sous la dialyse, j'ai jamais réagis d'une manière bizarre, je lui ai dit que dieu nous guérit tous, c'est ça la vie, il faut accepter tout ce qui est dur et facile ».

Elle a trouvée beaucoup de difficultés par rapport au traitement (dialyse), comme elle le signale « au début, dés fois, je ne vais pas pour la dialyse, je ne pouvais pas rester quatre heures sur le lit, c'est vraiment difficile, mais avec temps mon corps est habitué à cette machine ».

Quant au régime, N5, a suivi toutes les instructions nécessaires qui doivent être respectées, elle suit toujours son traitement, même si elle est fatiguée, déprimée, mais n'a jamais négligé sa santé nous a dit « le difficile pour moi, c'est le régime alimentaire, mais comme il m'aide je garde toujours un suivi constant car c'est tellement nécessaire pour ma maladie et ma santé »

N5, grâce à sa famille, a pu maîtriser la maladie dont elle souffre, elle a reçu u soutien moral matériel et psychologique qui la rend plus capable et compétente pour faire face à sa maladie, elle a dit « ma famille c'est mon bras droit, le soutien que je reçois, ça me permet de s'adapter avec ma nouvelle situation et d'oublier parfois mo traitement ».

Au début, N5, a beaucoup soufferts de sa maladie, en particulier du traitement, mais avec le temps, elle l'a accepté et a commencé à vivre dans un état normal, bien que beaucoup de choses aient changé, mais elle est restée forte et fière de son et d'elle-même.

1.6. Information personnelles du sixième cas

N6, est une femme âgée de 74ans, mariée, mère de six enfants, femme au foyer, elle vit avec sa belle-famille, est une femme au foyer, elle était toujours joyeuse et optimiste, elle aime beaucoup parler avec l'équipe de service, atteinte d'une maladie rénale chronique depuis 6ans.

1.6.1. Présentation et analyse de l'entretien

La découverte de sa maladie liée à certains signes de telle que la fatigue, tension artérielle et vertiges. Elle a directement consulté un médecin, après avoir effectué des examens médicaux le résultat ont montré qu'elle souffrait d'insuffisance rénale.

N6, n'a ressenti aucun choc ni panique lorsqu'elle a reçu des nouvelles du type de sa maladie, nous a dit « c'est notre destin, que nous devons accepter en toute rigueur et fermeté ». Elle a été hospitalisée pendant 20jours, puis elle a commencé avec le traitement qui réside dans la dialyse, nous dit « ce traitement au début j'ai des difficultés pour l'accepter, mais avec le temps j'ai habituée » et bien sûre elle a continué son traitement même si elle souffrait beaucoup à cause de cette maladie »

N6, a rencontré aussi des obstacles par rapport à son régime alimentaire, ne mange pas les choses qu'elle vraiment, nous a dit « le régime alimentaire m'a vraiment détruit, mais cela ma devrait être suivi car c'est très important pour moi ». N6, a reçue de bonnes relations avec sa famille, son entourage, nous a dit « grâce à ma famille, maintenant je suis là, une famille qui m'a donné le courage et la force pour faire face à cette maladie ».

N6, malgré a beaucoup souffert, mais elle est restée forte et n'a jamais senti qu'elle était malade elle lui a fait face patiemment et soigneusement pour que la maladie ne l'affecte pas.

1.7. Informations personnelles du septième cas

N7, est homme âgé de 64 ans, retraité, marié et un père de cinq enfants, il n'a pas d'antécédents médicales, ni un traitement particulier, il a découvert sa maladie de l'insuffisance rénal chronique depuis 9ans.

1.7.1. Présentation et analyse de l'entretien

Quand le médecin lui a dit qu'il avait une maladie rénale, il été choqué et paniqué, il n'a jamais accepté sa maladie, il a longtemps vécu la dépression et la tristesse, mais au fil du

Temps, il s'est habitué à la maladie et devenue normal. Nous a dit « je ne pouvais pas accepter l'idée de cette maladie, mais je me suis ressaisi et j'ai compté sur depuis commencé le traitement et avec le temps j'oublie cette maladie ».

Il suit actuellement un régime alimentaire et un traitement par hémodialyse (machine) qui nécessite quatre heures par jour. Bien que il est très difficile d'accepter cette machine comme traitement à sa maladie, nous a assuré « au début, je n'ai pas accepté cette machine, puis je me suis dit avec moi-même qu'il fallait que je m'y habitue car c'est la seule solution pour le traitement ».

N7, était contre la maladie parce que cela gênait sa vie, il nous a dit « je ne pouvais même pas voyager à l'étranger ou faire les activités que je faisais ». Il traversé de grandes difficultés pour accepter sa maladie et continuer son traitement, ainsi il n'aime jamais venir à la clinique.

N7, a reçu le soutien total de tous les membres de sa famille, ils ne l'ont jamais quitté à chaque fois qu'il souffrait de sa maladie, il sentait qu'il n'était pas seul pour combattre la maladie.

1.8. Informations personnelles du huitième cas

N8, une femme âgée de 60ans, mariée, n'a pas d'enfants, est une femme au foyer, vit avec son mari, elle a une maladie du côlon et atteinte d'une insuffisance rénale chronique depuis 3ans.

1.8.1. Présentation et analyse de l'entretien

Lors de l'entretien, nous avons remarqué son malheur et son pessimisme, elle n'est du genre à rire et à parler. Après avoir accepté de répondre aux questions, elle a commencé à parler d'elle et de la façon dont sa maladie a commencé, Nous a dit « je me sentais nauséux et étourdi, puis je suis chez le médecin il m'a demandé de faire des analyses sanguines, et le résultat a montré que j'avais une insuffisance rénale chronique, et je n'ai jamais agi, je n'ai pas été choqué par la nouvelle de cette maladie parce que j'ai déjà beaucoup souffert de diverses maladies »

N8, a commencé un traitement de dialyse, même si elle ne supportait pas la douleur mais elle l'a suivi tous les jours, même elle a commencé à s'habituer à son régime alimentaire bien qu'elle ait eu des difficultés au début, nous a dit « j'avais l'habitude de manger tout ce que je voulais, mais maintenant les règles de ce traitement doivent être respectés ».

N8, n'est pas bien entourée par sa famille et ses proches, d'ailleurs elle a refusé de parler de sa famille et à immédiatement changé de sujet, nous avons remarqués que cela affectait même son état psychologique, aussi n'a pas de bonne relations avec les infirmiers surtout, ce qui l'a conduite à l'isolement ne parle à personne.

1.9. Informations personnelles du neuvième cas

N9, est une femme âgée de 64 ans, mariée et mère de quatre enfants, femme au foyer atteinte de l'insuffisance rénale chronique depuis 9ans, elle se décrit comme une femme gentille, souriante et elle a participé très bien à notre entretien de recherche.

1.9.1. Présentation et analyse de l'entretien

La maladie de l'insuffisance rénale chronique est liée à des manifestations de certains symptômes tels que la fatigue, perte d'appétit, vomissement. Après plusieurs consultations des médecins généralistes, et avoir faire des bilans d'urines montre que elle souffre d'insuffisance rénale chronique.

Elle a développé un sentiment de la dépression et le sentiment de l'incapacité, nous a dit « je ne m'attendais pas à tomber malade de cette maladie, je suis entré dans la dépression et la tristesse pendant un certain temps ». Elle a rajouté, « j'avais toujours des pensées négatives et je me disais je ne peux pas faire face à cette situation, c'est très difficile ».

Concernant son traitement, au début de la maladie néglige souvent son régime alimentaire et oublie ses médicaments et ne prend pas bien soin de sa santé. Pour le traitement par machine (dialyse) qui consiste pour elle un choc, nous a dit « cette je l'a vois comme un obstacle dans ma vie, je n'arrive pas à l'accepter, je reste quatre heure sur le lit, c'est très dure mais j'ai habitué avec le temps ».

Ce traitement a influencé sur sa vie quotidienne, nous a dit « je ne peux pas faire mes activités comme les autres, à cause de la programmation des séances de l'hémodialyse, je suis obligé de suivre ce traitement pour guérir ».

N9, est soutenue par sa famille surtout son mari et ses enfants, nous a dit « ils étaient avec moi dans mes moments difficiles, j'ai pris d'eux la force et le courage qui m'aident à guérir, les avoir à mes côtés me fait oublier que je suis malade ».

Pour l'avenir elle souhaite d'être en bonne santé et de satisfaire sa famille. Concernant le service nous a dit « j'ai de bonnes relations avec ces équipes vraiment sont formidables ». Elle a reçu un soutien soit psychologique soit physique qui l'aide à bien gérer sa situation.

1.10. Informations personnelles du dixième cas

N10, est un homme âgé de 64ans, retraité, marié et père de trois enfants, et un homme responsable de sa famille, souffrant d'une maladie cardiaque et atteint d'une insuffisance rénale chronique depuis 1an.

10.2. Présentation et analyse de l'entretien

Sa maladie a débuté suite à des manifestations de certains symptômes tels que vomissement, perte de connaissance, la fatigue continue et perte d'appétit).

À l'annonce de la maladie, N10 avait une réaction normale, nous a dit, « je souffre de maladies chroniques, c'est pourquoi quand le médecin m'a parlé de cette maladie je n'ai jamais été surpris ». Il a juste des difficultés avec le traitement, il ne l'a pas accepté rapidement, mais avec le temps son corps s'habitue à la machine (hémodialyse), nous a dit, « à mon âge c'est normale d'avoir de telles maladies, ce qui fait que je dois faire le nécessaire pour compléter le reste de ma vie », il a rajouté « Il y a des malades qui souffrent plus que moi alors qu'ils sont plus jeune ».

N10, pense que le fait d'être malade faisait partie de son destin, donc il a accepté facilement sa maladie, et le traitement était difficile, mais il a bien géré sa maladie et il a suivi son régime alimentaire dans de bonnes conditions, en respectant tous les détails liés à sa maladie.

N10, a de bonnes relations avec les membres de sa famille, l'a aidé à surmonter les difficultés auxquelles il est confronté, nous a assuré, « je suis soutenu par ma famille qui me donne le courage et l'espoir à être fort et faire face à cette maladie ». Il est content de son corps, malgré ses souffrances, mais sa maladie n'a jamais été un obstacle devant sa vie quotidienne.

Il a également de bonnes relations avec l'équipe de service, surtout qu'il les respecte et écoute toujours leurs conseils.

Synthèse

À partir de l'analyse des entretiens réalisés pour chaque sujet hémodialysé nous avons remarqués que la majorité d'entre eux non jamais connu l'insuffisance rénale chronique ce qui engendre chez eux une souffrance intense, et un bouleversement psychologique, et d'après les symptômes qu'ils présentent, personne ne s'attend d'avoir une telle maladie comme a déclarés certaines maladies, tous les sujets ont annoncés que leur vie avait changé depuis qu'ils ont une maladie rénale chronique en ce qui concerne leurs relations familiales, la plus part d'entre eux ont reçu un soutien psychologique , moral et matériel qui a contribué à faire face à leur maladie.

2. Présentation les résultats de l'étude

1. Questionnaire sur la confiance en soi

Questionne	Tout a fait désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout a fait en accord	Moyenne	Écart type	derection
j'ai le sentiment d'être acteur de ma vie.	02	00	00	08	3.40	1.265	Tout a fait en accord
J'ai confiance en moi lorsque j'interagis avec les autres	01	00	00	09	3.70	0.949	Tout a fait en accord
au fond de moi, je me sens en sécurité dans le monde qui m'entoure, il n'est ni hostile ni dangereux.	00	07	00	03	3.30	0.483	Plutôt en accord
je manque de confiance en moi avec les gens.	05	04	00	01	1.70	0.949	Tout a fait désaccord
quand je suis avec d'autres personnes, je perds confiance en moi.	10	00	00	00	1.00	0.000	Tout a fait désaccord
J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même	00	00	03	07	3.70	0.483	Tout a fait en accord
Je me sens en confiance dans les situations sociales.	00	01	02	07	3.60	0.699	Tout a fait en accord
la plupart du temps, je me sens en accord avec moi-même.	00	00	08	02	3.20	0.422	Plutôt en accord
j'ai un sentiment que ma vie a du sens.	00	00	00	10	4.00	0.000	Tout a fait en accord
j'ai confiance en moi pour relever les défis de la vie.	00	00	00	10	4.00	0.000	Tout a fait en accord
	18	12	13	57	3.16	0.525	Plutôt en accord

Tableau n °12: les résultats des réponses du questionnaire sur la confiance en soi.

À travers le tableau, nous notons que les résultats des réponses du questionnaire sur la confiance en soi est une évaluation positive, car sa moyenne arithmétique est de (3,16), ce qui est supérieur à la moyenne de l'instrument de mesure, qui est de (2,5) et est limitée de

2,51 à 03,35 sur l'échelle de Likert, où nous concluons que toutes les réponses des patients étaient Plutôt en accord sur l'expression de dimension.

2. Questionnaire sur la communication avec les autres

Questionne	Tout a fait désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout a fait en accord	Moyenne	Ecart type	Direction
J'ai la difficulté à parler à des gens.	01	00	00	09	3.70	0.949	Tout a fait en accord
J'entretiens raisonnablement bien la conversation.	00	00	07	03	3.30	0.483	Plutôt en accord
Je m'entends bien avec les autres personnes.	00	01	00	09	3.80	0.632	Tout a fait en accord
Je fonctionne bien socialement.	09	01	00	00	1.10	0.316	Tout a fait désaccord
Je suis capable de communiquer mes sentiments aux autres.	00	00	00	10	4.00	0.000	Tout a fait en accord
Je suis frustré (e) à l'idée d'essayer de faire passer mes idées dans les conversations.	09	00	00	01	1.30	0.949	Tout a fait désaccord
Mes expressions faciales envoient un mauvais message aux autres sur ce que je ressens réellement.	00	00	00	10	4.00	0.000	Tout a fait en accord
Les gens ne me trouvent pas intéressant (e).	00	00	10	00	3.00	0.000	Plutôt en accord
Je me comporte d'une manière qui semble étrange ou bizarre aux autres.	10	00	00	00	1.00	0.000	Tout a fait désaccord
Lorsque je suis stressé, j'adopte des comportements rigides ou inflexibles qui semblent étranges aux autres.	00	00	07	03	3.30	0.483	Plutôt en accord
	29	02	24	45	2.85	0.381	Plutôt en accord

Tableau n°13 : les résultats des réponses du questionnaire sur la communication avec les autres.

Par le Tableau on note que les résultats des réponses du questionnaire sur la communication avec les autres, une évaluation positive, avec une moyenne arithmétique de (2,85), qui est supérieure à la moyenne de l'instrument de mesure, qui est de (2,5) et est limitée de 2,51 à 03,35 sur l'échelle de Likert, où l'on conclut que toutes les réponses des patients étaient Plutôt en accord sur l'expression des dimensions.

3. Questionnaire sur la fierté

Questionne	Tout a fait désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout a fait en accord	Moyenne	Ecart type	Direction
J'aime ce que je fais (mon activité professionnelle).	05	03	02	00	1.70	0.823	Tout a fait désaccord
Je sens qu'il n'y a pas grand-chose aussi bien que la plupart des gens.	00	00	05	05	3.70	0.527	Tout a fait en accord
Je suis fier de mon corps.	00	00	05	05	3.70	0.483	Tout a fait en accord
Je sens peu de raisons d'être fier de moi.	00	00	03	07	3.70	0.483	Tout a fait en accord
Je vis et agis en accord avec mes valeurs.	00	00	03	07	2.50	0.707	Plutôt en accord
Je suis bienveillant(e) avec moi-même, quand je fais des erreurs.	01	03	06	00	2.20	0.966	Tout a fait désaccord
Mon activité professionnelle me permet de me réaliser.	03	03	03	01	2.10	0.738	Plutôt en désaccord
d'une façon générale, j'ai une bonne image de moi	03	03	04	00	1.70	0.316	Tout a fait désaccord
J'ai une bonne opinion de moi-même.	05	02	03	00	1.90	0.972	Tout a fait désaccord
Je sens peu de raisons d'être fier de moi.	04	02	03	01	2.10	0.568	Plutôt en désaccord
	21	16	37	26	2.78	0.658	Plutôt en accord

Tableau n°14 : les résultats des réponses du questionnaire sur la fierté

Une évaluation positive, avec une moyenne arithmétique de (2,78), qui est supérieure à la moyenne de l'instrument de mesure, qui est de (2,5) et est limitée de 2,51 à 03,35 sur l'échelle de Likert, où l'on conclut que toutes les réponses des patients étaient Plutôt en accord sur l'expression des dimensions.

4. Questionnaire sur l'acceptation de soi

Questionne	Tout a fait désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout a fait en accord	Moyenne	Ecart type	Direction
Je suis heureux (se) d'être accepté, aimé (e) et, même si je ne le suis pas, j'ai l'impression d'exister quand-même.	02	07	01	00	1.90	0.322	Plutôt en désaccord
En générale, j'ai l'impression d'être accepté (e) et appréciée par les autres.	00	00	01	09	3.90	0.316	Tout a fait en accord
Mon physique plaît facilement.	00	10	00	00	2.00	0.000	Plutôt en désaccord
Parfois, je me sens vraiment inutile.	00	00	01	09	3.90	0.316	Tout a fait en accord
J'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.	09	01	00	00	1.10	0.316	Tout a fait désaccord
Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un (e) raté (e).	00	00	01	09	3.90	0.316	Tout a fait en accord
Je m'accepte tel(le) que je suis.	00	00	03	07	3.70	0.483	Tout a fait en accord
En général, je me présente tel que je suis, sans dissimuler mes sentiments.	01	00	01	08	3.60	0.966	Plutôt en accord
Je n'ai pas beaucoup de personnalité.	00	00	08	02	3.90	0.316	Tout a fait en accord
En général, j'ai l'impression que mes actions sont acceptées et appréciées par les autres.	10	00	00	00	1.00	0.000	Tout a fait désaccord
	22	18	16	44	3.39	0.335	Tout a fait en accord

Tableau n°15 : les résultats des réponses du questionnaire sur l'acceptation de soi

Une évaluation positive, où sa moyenne arithmétique était de (3,39), ce qui est supérieur à la moyenne de l'instrument de mesure, qui est de (2,5) et se limite de 3,36 à 04,00 dans

l'échelle de Likert, où l'on conclut que toutes les réponses du passant étaient Tout a fait en accord sur l'expression de dimension.

5. Questionnaire sur la satisfaction

Questionne	Tout a fait désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout a fait en accord	Moyenne	Ecart type	direction
Lorsque je ne suis pas satisfait(e) de moi, j'ai envie de me punir ou de me faire mal.	08	02	00	00	1.40	0.000	Tout a fait désaccord
Je suis plus satisfait(e) de mon physique.	01	00	02	07	3.50	0.972	Tout a fait en accord
J'ai longtemps eu des complexes physiques.	06	02	02	00	1.80	0.422	Tout a fait désaccord
Mes expériences ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.	00	00	00	10	4.00	0.000	Tout a fait en accord
Je ne fais pas les bons choix dans une vie.	06	02	02	00	1.80	0.422	Tout a fait désaccord
Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	00	00	01	09	3.90	0.316	Tout a fait en accord
Je ne suis pas heureux (se) de la personne que je suis devenue.	06	04	00	00	1.60	0.000	Tout a fait désaccord
J'ai des difficultés à comprendre ce qui m'est arrivé par le passé	05	02	03	00	1.90	0.699	Tout a fait désaccord
J'ai la capacité à mener à bien les buts de ma vie.	00	01	01	08	3.70	0.675	Tout a fait en accord
Je suis passablement satisfait(e), de moi comme personne.	06	01	03	00	1.90	0.675	Tout a fait désaccord
	38	14	14	34	2.55	0.418	Plutôt en accord

Tableau n°16 : les résultats des réponses du questionnaire sur la satisfaction.

Une évaluation positive, où sa moyenne arithmétique était de (2,55), ce qui est supérieur à la moyenne de l'instrument de mesure, qui est de (2,5) et se limite de 2,51 à 03,35 dans l'échelle de Likert, où l'on conclut que toutes les réponses du passant étaient Plutôt en accord sur l'expression de dimension.

6. Questionnaire sur la rémission thérapeutique

Questionne	Tout a fait désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout a fait en accord	Moyenne	Ecart type	Direction
Je jouer un rôle central dans le maintien de mon bien-être.	00	02	01	07	3.50	0.850	Tout a fait en accord
J'ai les capacités de gérer efficacement ma santé.	00	00	02	08	3.80	0.422	Tout a fait en accord
Je peux rester stable malgré les changements de mon humeur.	01	01	07	01	2.80	0.789	Plutôt en accord
Se rétablir signifie oublier que j'ai des problèmes de santé mentale.	10	00	00	00	1.00	0.000	Tout a fait désaccord
J'ai les capacités de gérer efficacement ma santé.	00	00	01	09	3.90	0.316	Tout a fait en accord
J'ai peu de contrôle sur mon humeur.	07	02	00	01	1.50	0.972	Tout a fait désaccord
M'être rétabli (e) signifie que tout doit aller dans les différents aspects de ma vie.	00	09	01	00	2.10	0.316	Plutôt en désaccord
Ma capacité à faire des choix sensés de mon traitement est soutenue par mes amis et ma famille.	00	00	02	08	3.80	0.422	Tout a fait en accord
Comprendre d'où viennent mes changements d'humeur m'aide à les gérer.	00	01	00	09	3.80	0.632	Tout a fait en accord
Je prends des compléments alimentaires pour maintenir ma santé et augmenter mon énergie.	00	00	01	09	3.90	0.316	Tout a fait en accord
	18	15	15	52	3.01	0.503	Plutôt en accord

Tableau n°17 : les résultats des réponses du questionnaire sur la rémission thérapeutique

Une évaluation positive, où sa moyenne arithmétique était de (3,01), ce qui est supérieur à la moyenne de l'instrument de mesure, qui est de (2,5) et se limite de 2,51 à 03,35 dans l'échelle de Likert, où l'on conclut que toutes les réponses de l'Observateur étaient Plutôt en accord sur l'expression des dimensions.

3. Présentation et Discussion des hypothèses

3.1 Première hypothèse

H0 : Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la confiance en soi et la communication chez les patients hémodialysés à un niveau significatif ($0,05 \geq \alpha$).

H1: il existe une relation statistiquement significative entre la confiance en soi et la communication chez les patients hémodialysés à un niveau significatif ($0,05 \geq \alpha$).

La communication avec les autres		Axe
% 50.9	Coefficient PERSON	La confiance en soi
0.000	Sig	

Tableau n°18 : les résultats du coefficient PERSON pour l'axe de la relation entre la confiance en soi et la communication avec les autres chez les patients hémodialysés sur la base SPSS.

D'après le tableau, nous notons que le coefficient PERSON est de 50,9% c'est-à-dire qu'il existe une corrélation moyenne positive de la confiance en soi et de la communication avec les autres chez les patients hémodialysés. Où l'on note que 0,000 sig= ce qui est en dessous du seuil de signification ($\alpha=0,05$), nous acceptons H1 et rejetons H0, ce qui signifie une présence statistiquement significative entre la confiance en soi et la communication avec les autres chez les patients hémodialysés.

Ce résultat est similaire au résultat des études antérieures représenté par l'étude de Massel Saleh aldine qui traitait de l'estime de soi des adultes présentant une insuffisance rénale chronique soumis à une chirurgie de filtration sanguine, car le patient présentant une insuffisance quantitative chronique soumis à une filtration sanguine souffre d'une faible estime de soi, où la perspective toxique cognitive a été adoptée et le test a adopté l'hypothèse de la Échelle d'entrevue clinique en demi-onde et d'estime de soi (Cooper-Smith), où l'étude a été menée à l'hôpital de la clinique de filtration du sang d'Ain Bassam pour un groupe de 5 cas âgés de 30 à 60 ans.

Et ces résultats sont cohérents avec L'étude de Zakaria (2012) visait également à identifier la relation persistante entre la santé mentale et l'insuffisance rénale, un patient atteint d'insuffisance rénale chronique et de certaines variantes, la taille de l'échantillon de l'étude était de 50 avec insuffisance rénale chronique sous l'effet de l'hémodialyse au centre hospitalier giad pour la chirurgie et les lésions rénales au cours de la période allant de (avril à décembre 2012).

Une échelle standardisée de santé mentale pour l'environnement soudanais a été appliquée, et un questionnaire à collecter. Selon les informations, l'étude a révélé que le niveau de santé mentale chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique est élevé de (54%), et qu'il existe des différences statistiquement significatives dans le niveau de santé mentale en fonction du type de mariage, et en fonction de l'état matrimonial d'un thérapeute marié, et en fonction des coûts masculins, du niveau d'éducation en faveur de l'université, et, par conséquent, en faveur du traitement en faveur de selon et en fonction de la résidence, en fonction de la profession, en fonction de la durée de la maladie, en fonction de la durée du traitement.

3.2 Deuxième hypothèse

H0 : Il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la fierté et l'acceptation de soi chez les patients hémodialysés à un niveau significatif ($0,05 \geq \alpha$).

H1: il existe une relation statistiquement significative entre la fierté et l'acceptation de soi chez les patients hémodialysés à un niveau significatif ($0,05 \geq \alpha$).

Acceptation de soi		Axe
%64.1	Coefficient PERSON	La fierté
0.000	Sig	

Tableau n°19 : les résultats du coefficient PERSON pour l'axe de la relation entre la fierté et l'acceptation de soi chez les patients hémodialysés sur la base SPSS.

D'après le tableau, nous notons que le coefficient PERSON est 64,1%, c'est-à-dire qu'il existe une corrélation positive moyenne entre la fierté et l'acceptation de soi chez les patients hémodialysés. Où nous notons que 0,000 sig= ce qui est inférieur au seuil de signification ($\alpha=0,05$), nous acceptons H1 et rejetons H0, ce qui signifie qu'il existe une relation statistiquement significative entre la fierté et l'acceptation de soi chez les patients hémodialysés.

Ces résultats sont cohérents avec l'étude RtivaTuula (2003), visait à découvrir la relation entre le concept de soi et la réussite scolaire chez les adolescents atteints de diabète et de polyarthrite rhumatoïde, l'étude a été appliquée à un groupe de patients diabétiques (21), un groupe de patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (21) et un groupe sans aucune maladie(24), les chercheurs ont utilisé un questionnaire sur l'estime de soi: les scores de réussite scolaire de l'échantillon de l'étude et les résultats de l'étude réussite scolaire chez

les personnes atteintes de diabète et de polyarthrite rhumatoïde et les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde du Groupe sont affectés par aucune maladie.

Ces résultats Comme l'a confirmé L'étude Hamas et Ismail (2017),l'objectif de cette étude était d'identifier l'identité de soi et l'ajustement psychologique chez les patients insuffisants rénaux dans les gouvernorats de Gaza, l'échantillon de l'étude composé de(90))patients, l'étude a conclu un ensemble de résultats, dont les plus importants sont: le poids relatif du niveau de l'ajustement psychologique chez les patients insuffisants rénaux dans les Gouvernorats de Gaza est de 80,78%, ce qui est plus grand que la taille relative neutre, 60%, cela signifie que le niveau de l'ajustement psychologique est positif chez les patients insuffisants rénaux dans les gouvernorats de Gaza, et l'étude également a montré qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives l'auto-identité des patients insuffisants rénaux est attribuée à une variable: âge, niveau d'éducation, niveau économique, lieu de résidence.

3.3 Troisième hypothèse

H0: il n'y a pas de relation significative entre la satisfaction et la rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés à un niveau significatif ($0,05 \geq \alpha$).

H1: il existe une relation statistiquement significative entre la satisfaction et rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés à un niveau significatif ($0,05 \geq \alpha$).

La rémission thérapeutique		Axe
%62.2	Coefficient PERSON	La satisfaction
0.000	Sig	

Tableau n°20 : les résultats du coefficient PERSON pour l'axe de la relation entre la satisfaction et la rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés sur la base SPSS.

Dans le tableau, nous notons que le coefficient PERSON est 62,2%, c'est-à-dire qu'il existe une corrélation moyenne positive entre la satisfaction et la rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés. Lorsque nous notons que 0,000 sig = qui est inférieur au seuil de signification ($\alpha=0,05$), nous acceptons H1 et rejetons H0 ce qui signifie qu'il existe une relation statistiquement significative entre la satisfaction et la rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés.

Ce résultat est similaire au résultat des études antérieures représenté par l'étude Rtiva (2004) ,visait à identifier les différences possibles de concept de soi chez les adolescents atteints de maladies chroniques et de santé, l'échantillon de l'étude était un groupe d'adolescents (23) atteints de diabète de type I et un groupe (25) avec Les chercheurs ont utilisé un questionnaire sur l'estime de soi et le résultat de l'étude était le suivant: le degré de perception de l'image corporelle, de la profession et du niveau d'éducation d'un individu était inférieur à celui du groupe témoin, ainsi que le concept de soi des diabétiques, des contrôles de la glycémie normale et des patients atteints d'arthrite était meilleur que celui des patients non conservateurs atteints de polyarthrite rhumatoïde, et un autre groupe (26) sans aucune maladie, et les groupes sont identiques en termes de sexe, d'âge et de classe sociale.

Comme l'a confirmé l'étude Hamas et Ismail (2017)l'objectif de cette étude était d'identifier l'identité de soi et l'ajustement psychologique chez les patients insuffisants rénaux dans les gouvernorats de Gaza, l'échantillon de l'étude composé de(90))patients l'étude a conclu un ensemble de résultats, dont les plus importants sont: le poids relatif du niveau de l'ajustement psychologique chez les patients insuffisants rénaux dans les Gouvernorats de Gaza est de 80,78%, ce qui est plus grand que la taille relative neutre 60%, cela signifie que le niveau de l'ajustement psychologique est positif chez les patients insuffisants rénaux dans les gouvernorats de Gaza, et l'étude également a montré qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives l'auto-identité des patients

insuffisants rénaux est attribuée à une variable: âge, niveau d'éducation, niveau économique, lieu de résidence.

Synthèse

À travers ce chapitre, nous avons essayé de laisser tomber une partie de la partie théorique sur l'étude de terrain, en utilisant les informations obtenues en nous appuyant sur les réponses des patients aux formulaires qui leur ont été distribués .dans ce chapitre, nous avons introduit le domaine d'étude, puis présenté les résultats de terrain liés à la relation entre l'estime de soi et l'ajustement psychologique chez les patients dialysés. Après avoir décompressé la résolution et l'avoir traitée à l'aide du programme SPSS.V23 après avoir présenté, analysé et interprété les résultats de l'étude de terrain et testé les hypothèses, ce qui peut être appris de cette étude appliquée est résumé dans les points suivants:

On note que 60% de l'échantillon total sont des patients âgés de plus de 50 ans, suivis d'un échantillon de patients âgés de 18 à 30 ans de 30%, tandis que le reste de l'échantillon de patients était âgé de 31 à 40 ans de 10%. Ces résultats indiquent qu'il existe une diversité dans les groupes d'âge de l'échantillon de l'étude.

- En ce qui concerne la Situation professionnelle, on note que 80% de l'échantillon total étaient des patients sans profession, tandis que le reste de l'échantillon était Retraité de 20%.

- L'évaluation du vocabulaire de l'étude la confiance en soi a été une évaluation positive, où nous concluons que toutes les réponses des patients étaient Plutôt en accord sur le jeu de dimension.

- En ce qui concerne l'évaluation du vocabulaire de l'étude, la communication avec les autres a été une évaluation positive, où nous concluons que toutes les réponses des patients étaient Plutôt en accord sur le jeu de dimension.

- En ce qui concerne le vocabulaire d'étude de la troisième dimension, la fierté est une évaluation positive, c'est-à-dire que toutes les réponses des patients étaient Plutôt en accord sur le jeu de la dimension.

- Les résultats après L'acceptation de soi étaient également une évaluation positive que toutes les réponses des patients étaient Tout à fait en accord sur le jeu de dimension.

- Pour les deux dimensions restantes, la satisfaction et la rémission thérapeutique ont eu des résultats Plutôt en accord positifs sur le jeu de dimension.

- En testant la première hypothèse, nous avons conclu qu'il existe une corrélation moyenne positive entre la confiance en soi et la communication chez les patients hémodialysés.
- En ce qui concerne la deuxième hypothèse, nous avons conclu qu'il existe une corrélation intermédiaire positive entre fierté et acceptation de soi chez les patients hémodialysés.
- Quant à la troisième hypothèse, nous avons conclu qu'il existe une corrélation moyenne positive entre la satisfaction et la rémission thérapeutique chez les patients hémodialysés.

Conclusion

Conclusion

L'individu vit dans une société pleine de risques et de difficultés, et aux stades de son développement, il peut être exposé à une sorte de blessure, il peut être exposé à la maladie d'insuffisance rénale chronique, qui est considérée comme un traumatisme psychologique et physique qui entraîne périodiquement de graves souffrances pour un patient souffrant d'insuffisance rénale, en raison de l'hospitalisation pour une chirurgie de filtration du sang, jour après jour, les patients vivent dans une grande souffrance, car ses pensées tournent autour de la mort prématurée à titre d'exemple et le manque d'espoir dans la vie et le rétablissement sont impossibles, de sorte que sa personnalité est exposée à des troubles psychologiques dus au manque d'estime de soi, cependant il peut utiliser des stratégies d'adaptation pour faire à sa maladie s'améliorer et élever son niveau d'estime de soi.

Par conséquent, l'une des complications de la propagation des maladies chroniques est le sentiment d'insuffisance et de faiblesse, qui sont des aspects de l'estime de soi liée à la personnalité, car l'auto-évaluation est soumise à de nombreuses influences internes et externes auxquelles l'individu est exposé dans sa vie des événements et blessures organiques et physiques qui affectent cette auto-évaluation, et le processus d'estime de soi est la tendance d'une personne à se sentir qualifiée et capable de s'adapter aux qualifications de base de la vie et de croire qu'elle est digne du bonheur. Et Chaque fois qu'un individu a vécu une expérience, il cherche à travers elle à atteindre un ajustement psychologique à différentes étapes de sa vie.

À travers le sujet de notre étude, qui est intitulé, « l'estime de soi et sa relation avec l'ajustement psychologique chez les patients hémodialysés », nous avons vu quelques sujets atteints de l'insuffisance rénale chronique ont vécus un choc et l'impossibilité de pouvoir faire n'importe quelle activité dans leur vie quotidienne.

Sur la base des résultats statistiques de l'étude et à la lumière de ce qui a été présenté à partir du contexte théorique, tout ce qui concerne l'ajustement psychologique et l'estime de soi et de dépendance vis-à-vis des données obtenues, à partir de l'objectif principal de l'étude, qui est de savoir s'il existe une relation statistiquement significative entre l'ajustement psychologique et l'estime de soi chez les patients hémodialysés, et pour aux hypothèses de recherche on a suivis la méthodes étude descriptive qui permet d'observer

et d'analyser le discours de chaque cas de notre échantillon d'étude, on a utilisé des outils d'investigation les mieux adaptés à ce genres de problématique qui enrichissent notre recherche comme l'entretien clinique, l'entretien semi-directif et le questionnaire qui contient six axes, et la connaissance de l'existence d'une relation statistiquement significative entre eux.

Et à travers l'observation sur laquelle nous nous sommes appuyés, on a remarqués la difficulté d'adaptation des patients au traitement, C'est ce qu'on appelle l'hémodialyse, la filtration ou la purification par le sang, et ce processus est effectué lorsque le médecin détermine l'insuffisance rénale du patient, il doit faire une hémodialyse, par laquelle le patient se lave 3 fois par semaine et cela prend chaque séance dure 4-3 heures, et pendant le processus d'hémodialyse, deux aiguilles sont placées à la main dans une connexion artérielle existante, puis les aiguilles sont connectées au tube qui transporte le sang vers l'appareil et le sang est prélevé avec l'une des deux aiguilles et inséré dans un filtre pour purification, puis renvoyé dans le corps par l'autre aiguille.

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

Les patients atteints d'insuffisance rénale chronique souffrent en silence, d'autant plus que le patient effectue le processus de filtration du sang pendant plus de vingt ans après la blessure, de sorte que la façon dont le patient réagit au stress de sa maladie est différente il y a ceux qui se regardent avec un regard normal, traitent avec les autres et interagissent avec eux, de sorte qu'ils s'évaluent et s'apprécient mieux, en revanche, nous trouvons ceux qu'il ressent lui-même une sorte d'infériorité et de timidité, aime l'isolement et l'introversión, ne socialise pas avec les membres de la société et ne se respecte pas, alors il se dévalorisent.

Donc le rein rassemble à lui d'importantes charges affectives et symboliques, on comprendra aisément dès lors, l'impact psychologique que peut avoir toute pathologie rénale chronique et il sera d'autant plus important si la maladie survient de façon brutale une lente évolution de celle-ci permettant au malade une adaptation, à priori, plus progressive.

Les pathologies chroniques (dont l'insuffisance rénale) ont pour point commun « l'impossible reconquête d'un état de stabilité des normes physiologiques ». Cet événement imposé annonce la perspective d'une menace vitale à laquelle les réactions émotionnelles sont déterminantes quant à l'adaptation du patient à cette nouvelle situation. Ce changement de vie s'accompagne d'un travail de deuil, non pas lié à la mort mais à la perte. Tout l'enjeu sera de consentir alors à vivre selon une nouvelle réalité celle imposée par la maladie et de faire le deuil de la vie antérieure perdue.

Le patient en IRC reste avant tout un individu unique, défini par son âge, son sexe, son histoire de vie, sa personnalité et son environnement socio-familial. Ainsi à l'annonce de la maladie, les émotions ressenties et les représentations de celle-ci par le patient lui sont propres. De façon plus universelle, la maladie vient faire rupture dans l'existence du patient marquant une discontinuité dans sa réalité interne. Elle lui demande pour l'affronter, de mobiliser une importante partie de son énergie psychique. Il s'agira alors pour le patient de « vivre avec », c'est-à-dire d'accepter les contraintes (thérapeutiques, socio-familiales et professionnelles) imposées par la maladie.

Parmi ces réactions, déclenchées à l'annonce de la maladie (rénale) chronique, on retrouve des réactions anxieuses (les plus fréquentes), qui sont considérées le plus souvent comme un processus normal d'adaptation à la gravité somatique et à la menace vitale associée ; des réactions dépressives, qui viennent en réponse à l'altération de l'image d'invulnérabilité et d'infaillibilité que le sujet se fait de lui-même (masquées par des plaintes somatiques ou exprimées par un discours d'auto-dévalorisation, de fatalité ou d'abandon de projet) ; des réactions de régression et de dépendance vis-à-vis de l'entourage et des soignants, telles qu'une focalisation sur soi avec un retour à des satisfactions infantiles et une intolérance à la frustration, qui sont des processus normaux et nécessaires permettant de s'adapter à la situation nouvelle de la maladie ; des réactions de minimisation voire de déni de la maladie qui peuvent également survenir comme

processus adaptatif si les pensées perturbatrices sont évacuées de la conscience ; des réactions d'ordre narcissique, avec d'un côté la crainte de ne plus être digne d'être aimé ou le repli sur soi ou bien au contraire un narcissisme renforcé par l'intérêt porté autour de sa propre personne malade et qui peut devenir source de satisfaction ; enfin, des réactions d'agressivité (verbale ou physique) et de persécution peuvent survenir engendrées par un sentiment d'injustice (se considérant comme victime d'une agression pensant plus ou moins consciemment qu'on leur veut du mal par un mécanisme de projection) ou de menace.

Nous avons également abordé l'étude de l'estime de soi, en raison de son importance dans la vie d'un individu, d'autant plus que le concept de soi est l'un des principaux facteurs qui distinguent chaque individu de l'autre, et c'est un facteur important dans la personnalité d'un individu, et le concept de soi joue un rôle important dans Son environnement.

L'estime de soi est l'évaluation qu'un individu se fixe et retient. Et cela est démontré par les attitudes et les croyances de l'individu envers ses capacités, son importance, ses succès et sa dignité. Cette auto-évaluation produit un jugement que l'individu porte sur lui-même. C'est-à-dire que l'individu teste ses capacités et ses résultats pour les comparer à ce qu'il faisait auparavant. Afin de déterminer la valeur de soi.

Cette recherche nous a donné la chance d'approfondir dans notre thème de recherche et d'enrichir nos informations sur la maladie rénale chronique, sans oublier l'importance de la famille et de l'entourage qui joue un rôle essentielle dans la vie quotidienne chez les patients hémodialysés.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

Les ouvrages

• En langue arabe

1. سميرة طرح, (2013), «تقدير الذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكري», جامعة محمد خيضر بسكر
2. أحمدسني, (2014), « تقدير الذات وعالته بالتوافق النفسي لدى المسن» جامعة وهران
3. مرزوقي عبد, (2019), « تقدير الذات عند المصاب بالأمراض الجلدية بين التأثير والتأثر », جامعة ابي بكر بلقايد, تلمسان الحكيم عثمان

• En langue française

1. Ali, R. (2012). « De la dialyse à la greffe ». France : Dunod.
2. Armand, C. (2006). «L'enquête et ses méthodes, le questionnaire ». Espagne : Dunod.
3. Boubchir, M. (1996). « Monographie sur l'insuffisance rénale chronique ». France :Dunod.
4. Christophe, A et François, L. (1999). « L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres. France : Odile Jacob.
5. Coopersmith, S. (1984). « Manuel de l'estime de soi ». Paris : centre de psychologie.
6. Delphine Martinot. (1995). « Le soi, les approches psychosociales ». presse universitaire
7. Émeline, B et Nathalie, O-R. (2014). « L'estime de soi ». France : Dunod.
8. Éric, T. (2017). « Traité de néphrologie ». Italie : Dunod.
9. Gérard, P. (2006). « La pratique de l'entretien clinique ». Paris : Dunod.
10. Gergen, K, J et Gergen, M. (1984). « Psychologie sociale ». Montréal : études vivantes.
11. GH, Mead. (2006). « L'esprit, le soi et la société ». Paris : Dunod Grenoble.
12. Hervé, F. (2002). « enquête ; entretien et questionnaire ». France : Dunod.
13. Josiane de Saint Paul. (1999). « Estime de soi, confiance en soi ». Paris. Inter éditions.
14. Lebon, L. (2007). « Néphrologie, maladies rénales ». France : Dunod.
15. Lecuyer, R. (1978). « Le concept de soi ». Paris. PUF : Psychologie d'aujourd'hui.
16. Liotier, J et Mariait, C. (2012). « épuration extrarénale ». Italie : Maloine.
17. Nadine, P. (2012). « l'entretien en psychologie clinique ». France : In press
18. Pierre, S. (2007). « L'insuffisance rénale, prévention et traitements ».Belgique : Dund
19. Steven G. et Marion, B. (2020). « Néphrologie ». France : Dunod.

- **Les dictionnaires**

1. Larousse. (2011). « Grand dictionnaire de la psychologie ». France : In presses
2. Gallo, A et all (2002). « Dictionnaire fondamental de la psychologie ». France : Larousse
3. Larousse. (2010). « Petite Larousse de la médecine ». France : Larousse

- **Sites internet**

1. <https://www.indexsante.ca/chroniques/711/principales-fonctions-des-reins.php>
2. <https://pedagogie.ac-strasbourg.fr/>.

- **Progiciel statistique pour les sciences sociales (SPSS).**

Annexes

Annexe N°1 : Guide d'entretien

Information personnelles

1. Quel est votre nom ?
2. Quel est votre âge ?
3. Quel est votre niveau d'étude ?
4. Quel est votre profession ?
5. Quel est votre situation matrimoniale ?
6. Avez-vous des enfants ?si oui, combien ?

Premier axe :informations concernant l'état de santé du patient

1. Depuis quand êtes-vous atteint d'insuffisance rénale ? et comment-elle s'est apparue ?
2. Comment vous avez découverts votre maladie ?
3. Quelle est votre réaction à l'annonce de cette maladie ?
4. Étiez-vous hospitalisés cause de cette maladie ?
5. Suivez-vous un traitement ou un régime ?
6. Combien de fois par semaine vous faites la dialyse ?
7. Comment vivez-vous vos séances de dialyse ?
8. Avez-vous subi des interventions chirurgicales avant cette maladie ?
9. Respectez-vous votre régime alimentaire ?
10. Est-ce-que vous arrivez à gérer votre maladie et son traitement ?
11. Y a-t-il quelqu'un dans votre famille atteint de cette maladie ?
12. Est-ce-que vous étiez atteint pour une autre maladie ?laquelle ?
13. Quelles sont les souffrances physiques et psychiques à cette maladie ?

Deuxième axe : informations concernant la relation d'objet

1. Est-ce que vous êtes soutenu par votre famille ?
2. Est- ce que vous ressentez un changement de votre famille et vos amis envers vous depuis l'apparition de cette maladie ?
3. Quelle est votre relation avec les médecins ?
4. Quelle est votre relation avec les infirmiers ?
5. Quelle est votre avis sur cette clinique ?

Troisième axe : informations concernant l'estime de soi et l'ajustement psychologique

1. Avez-vous confiance en vous-même et en vos compétences ?
2. Que ressentez-vous à l'égard de votre maladie ?
3. Avez-vous pensez d'une manière négative sur vous-même ?
4. Est-ce que vous êtes gêné par votre maladie ?
5. Quel est votre état psychique de l'apparition de cette maladie ?
6. Est-ce que cette maladie à influencer sur votre vie quotidienne ?
7. Est-ce qu'il vous arrive de sentir des sentiments de culpabilité, d'incapacité, la non-satisfaction et de ne pas être comme les autres ?
8. Est-ce que vous êtes content de votre vie ?
9. Comment affrontez-vous cette maladie ?

Annexe N°2 : le questionnaire

- Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez en cochant la case qui vous représente le mieux.

1. Questionnaire sur la confiance en soi

Questionne	1. Tout à fait désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord
1. j'ai le sentiment d'être acteur de ma vie.				
2. J'ai confiance en moi lorsque j'interagis avec les autres				
3. au fond de moi, je me sens en sécurité dans le monde qui m'entoure, il n'est ni hostile ni dangereux.				
4. je manque de confiance en moi avec les gens.				
5. quand je suis avec d'autres personnes, je perds confiance en moi.				
6. J'ai une attitude positive vis-à-moi-même				
7. Je me sens en confiance dans les situations sociales.				
8. la plupart du temps, je me sens en accord avec moi-même.				
9. j'ai un sentiment que ma vie a du sens.				
10. j'ai confiance en moi pour relever les défis de la vie.				

2. Questionnaire sur la communication avec les autres

Questionne	1. Tout à fait désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord
1. J'ai la difficulté à parler à des gens.				
2. J'entretiens raisonnablement bien la conversation.				
3. Je m'entends bien avec les autres personnes.				
4. Je fonctionne bien socialement.				
5. Je suis capable de communiquer mes sentiments aux autres.				
6. Je suis frustré (e) à l'idée d'essayer de faire passer mes idées dans les conversations.				
7. Mes expressions faciales envoient un mauvais message aux autres sur ce que je ressens réellement.				
8. Les gens ne me trouvent pas intéressant (e).				
9. Je me comporte d'une manière qui semble étrange ou bizarre aux autres.				
10. Lorsque je suis stressé, j'adopte des comportements rigides ou inflexibles qui semblent étranges aux autres.				

3. Questionnaire sur la fierté

Questionne	1. Tout à fait désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord
1. J'aime ce que je fais (mon activité professionnelle).				
2. Je sens qu'il n'y a pas grand-chose aussi bien que la plupart des gens.				
3. Je suis fier de mon corps.				
4. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.				
5. Je vis et agis en accord avec mes valeurs.				
6. Je suis bienveillant(e) avec moi-même, quand je fais des erreurs.				
7. Mon activité professionnelle me permet de me réaliser.				
8. d'une façon générale, j'ai une bonne image de moi				
9. J'ai une bonne opinion de moi-même.				
10. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.				

4. Questionnaire sur l'acceptation de soi

Questionne	1. Tout à fait désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord
1. Je suis heureux (se) d'être accepté, aimé (e) et, même si je ne le suis pas, j'ai l'impression d'exister quand-même.				
2. En générale, j'ai l'impression d'être accepté (e) et appréciée par les autres.				
3. Mon physique plaît facilement.				
4. Parfois, je me sens vraiment inutile.				
5. J'aimerais pouvoir avoir plus de respect pour moi-même.				
6. Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un (e) raté (e).				
7. Je m'accepte tel(le) que je suis.				
8. En général, je me présente tel que je suis, sans dissimuler mes sentiments.				
9. Je n'ai pas beaucoup de personnalité.				
10. En général, j'ai l'impression que mes actions sont acceptées et appréciées par les autres.				

5. Questionnaire sur la satisfaction

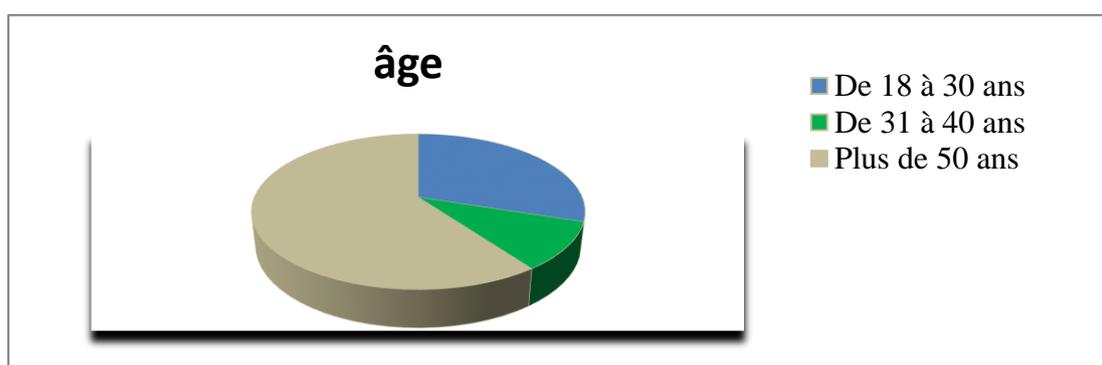
Questionne	1. Tout à fait désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord
1. Lorsque je ne suis pas satisfait(e) de moi, j'ai envie de me punir ou de me faire mal.				
2. Je suis plus satisfait(e) de mon physique.				
3. J'ai longtemps eu des complexes physiques.				
4. Mes expériences ont fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.				
5. Je ne fais pas les bons choix dans une vie.				
6. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.				
7. Je ne suis pas heureux (se) de la personne que je suis devenue.				
8. J'ai des difficultés à comprendre ce qui m'est arrivé par le passé				
9. J'ai la capacité à mener à bien les buts de ma vie.				
10. Je suis passablement satisfait(e), de moi comme personne.				

6. Questionnaire sur la rémission thérapeutique

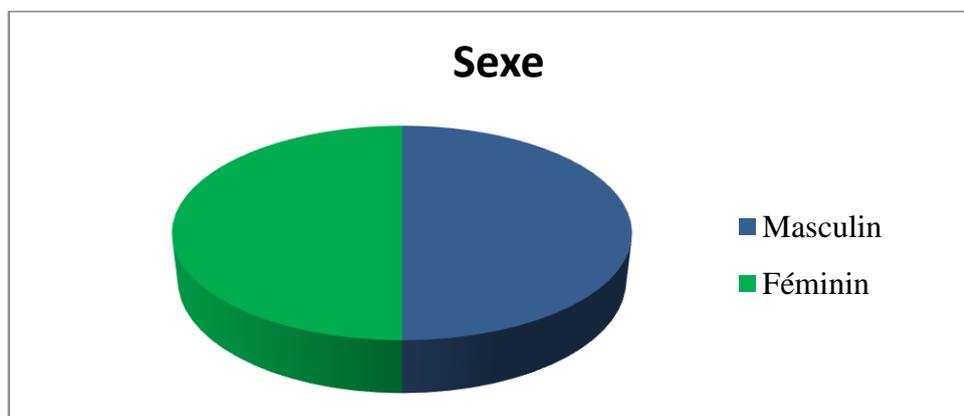
Questionne	1. Tout à fait désaccord	2. Plutôt en désaccord	3. Plutôt en accord	4. Tout à fait en accord
1. Je jouer un rôle central dans le maintien de mon bien-être.				
2. J'ai les capacités de gérer efficacement ma santé.				
3. Je peux rester stable malgré les changements de mon humeur.				
4. Se rétablir signifie oublier que j'ai des problèmes de santé mentale.				
5. J'ai les capacités de gérer efficacement ma santé.				
6. J'ai peu de contrôle sur mon humeur.				
7. M'être rétabli (e) signifie que tout doit aller dans les différents aspects de ma vie.				
8. Ma capacité à faire des choix sensés de mon traitement est soutenue par mes amis et ma famille.				
9. Comprendre d'où viennent mes changements d'humeur m'aide à les gérer.				
10. Je prends des compléments alimentaires pour maintenir ma santé et augmenter mon énergie.				

Annexe N°3 : Résultats des données d'étude : (sorties SPSS).

		Âge			
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	De 18 à30ans	3	30,0	30,0	30,0
	De 30 à40an	1	10,0	10,0	40,0
	Plus de50ans	6	60,0	60,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

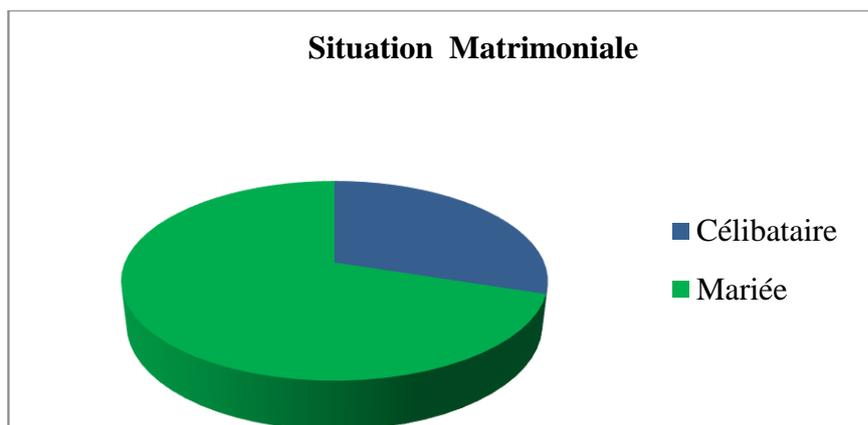
**Sexe**

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Masculin	5	50,0	50,0	50,0
	Féminin	5	50,0	50,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

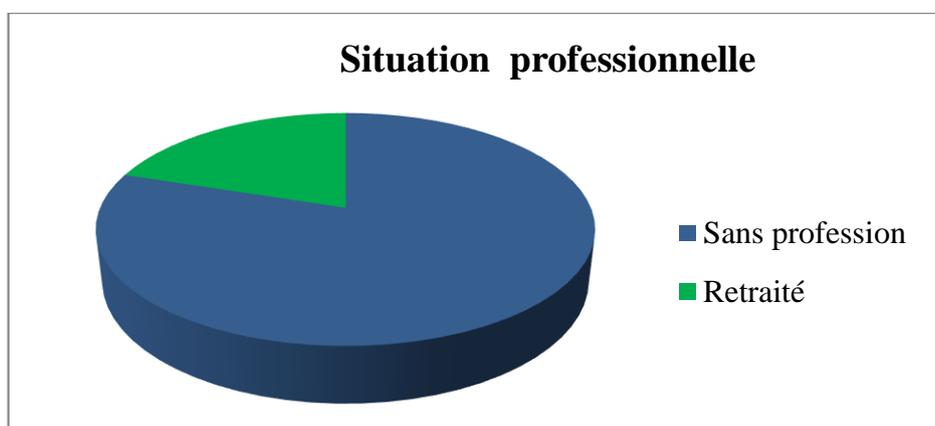


Situation Matrimoniale

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Célibataire	3	30,0	30,0	30,0
Valide Mariée	7	70,0	70,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

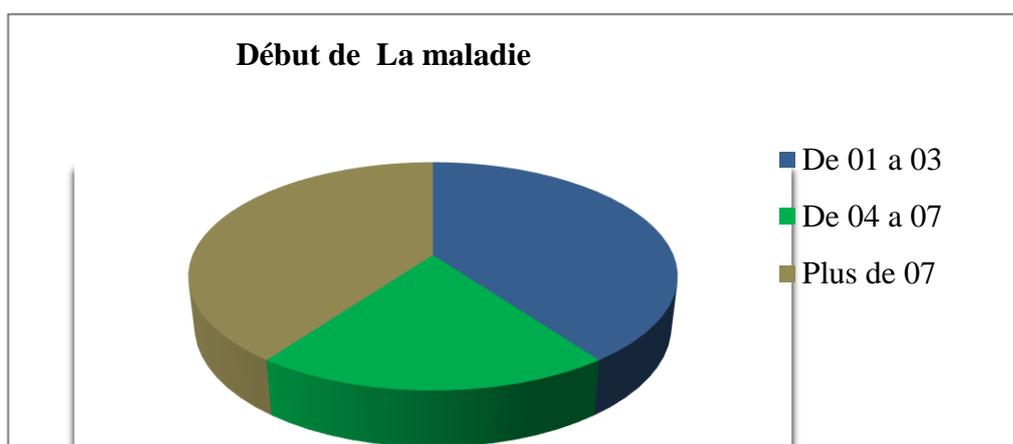
**Situation professionnelle**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Sans profession	8	80,0	80,0	80,0
Valide Retraité	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	



Début de La maladie

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1-3	4	40,0	40,0	40,0
4-7	2	20,0	20,0	60,0
Valide Plus de 7	4	40,0	40,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**j'ai le sentiment d'être acteur de ma vie.**

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Tout à fait désaccord	2	20,0	20,0	20,0
Valide Tout à fait en accord	8	80,0	80,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

J'ai confiance en moi lorsque j'interagis avec les autres

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Tout à fait désaccord	1	10,0	10,0	10,0
Valide Tout à fait en accord	9	90,0	90,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

au fond de moi, je me sens en sécurité dans le monde qui m'entoure, il n'est ni hostile ni dangereux.

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Plutôt en accord	7	70,0	70,0
	Tout à fait en accord	3	30,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0

Comprendre d'où viennent mes changements d'humeur m'aide à les gérer.

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Plutôt en désaccord	1	10,0	10,0
	Tout à fait en accord	9	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0

Je prends des compléments alimentaires pour maintenir ma santé et augmenter mon énergie.

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Plutôt en accord	1	10,0	10,0
	Tout à fait en accord	9	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0

Corrélations

		la confiance en soi	la communication avec les autres
la confiance en soi	Corrélation de Pearson	1	,509**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	10	10
la communication avec les autres	Corrélation de Pearson	,509**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	10	10

. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		la fierté	l'acceptation de soi
la fierté	Corrélation de Pearson	1	,641**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	10	10
l'acceptation de soi	Corrélation de Pearson	,641**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	10	10

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		la satisfaction	la rémission thérapeutique
la satisfaction	Corrélation de Pearson	1	,622**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	10	10
la rémission thérapeutique	Corrélation de Pearson	,622**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	10	10

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).