



Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

Thème

Les stratégies de Coping chez les adultes hémodialysés ayant l'âge 24 ans à 28 ans.

Étude de quatre (04) cas au niveau des services d'hémodialyse de l'EPH de
Sidi-Aich et du CHU de Frantz Fanon de Bejaia

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

Option : Psychologie clinique

Présenté par

HOUCHI Dalila

MEBARKI Sabrina

Encadré par

Dr : KHELOUFI Sihem

Année Universitaire 2022- 2023

Remerciement

On remercie Dieu de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin de terminer ce travail.

Nos familles respectives pour leurs soutiens et confiance en nous.

Nous remercions vraiment notre promotrice, Dr **KHELOUFI Sihem**, qui nous a conseillé et guidé pendant la période d'élaboration de ce mémoire.

Aux membres de jury, qu'ils soient remerciés de nous faire l'honneur d'accepter de juger ce travail.

Nous remercions aussi toutes les enseignants qui ont assuré notre formation.

Nous souhaitons aussi remercier tout le personnel de deux centres d'hémodialyse l'un à l'EPH de Sidi-Aich, on tient à remercier la psychologue de centre Mme **HAMENI Zahia**, nous ne pouvons pas oublier son soutien et l'orientation, et aussi le personnel du centre Frantz Fanon, ainsi que les malades qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Enfin, nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à :

A mes chers parents, vous êtes mes premiers enseignants, mes guides et mes plus grands défenseurs. Votre foi en moi et vos encouragements ont été une source inépuisable de motivation. Votre dévouement pour mon éducation a façonné la personne que je suis devenue aujourd'hui. Ce mémoire et le fruit de votre amour et de votre sacrifice.

A mes chers sœurs Lina et Mélina, vous êtes ma force et ma source d'inspiration. Votre soutien indéfectible, vos encouragements sincères et vos discussions stimulantes m'ont aidé à repousser mes limites et à poursuivre mes aspirations. Nous avons partagé des moments de joie, de doute et de persévérance, et je suis reconnaissante de vous avoir à mes côtés.

Je rends hommage à mes grands-parents paternels qui sont plus parmi nous, et à mes grands-parents maternels, vous êtes mes racines et ma mémoire vivante. Vos récits, vos conseils et votre sagesse m'ont nourri et m'ont rappelé l'importance de l'histoire et de la tradition. Votre amour inconditionnel et vos prières m'ont portée à travers les défis et les épreuves.

A tous les membres de ma famille (mes oncles, mes tantes) paternelle et maternelle, surtout mon petit oncle maternel Slimane vous avez toujours été là pour moi, prêts à offrir votre soutien et vos encouragements. Votre présence a rendu chaque étape de mémorables et significative. Et surtout mon cher oncle Slimane qui est un frère et un ami pour moi. Ainsi à tous mes cousins et toutes es cousines paternel et maternel.

A tous mes chers amis surtoutma copine adorée Rachda qui m'a vraiment idée tout au long de mon travail.

A tous les membres de ma deuxième famille qui est mon équipe de l'agence de publicité et de communication Zountar Pub.

Et à ceux qui ont contribué à ma réussite, et à tous ceux qui me connaissent de près et de loin.

Dalila

Dédicaces

Je dédie ce travail a ma famille surtout ma chère mère, une pensée à mon cher père qui n'est plus parmi nous tes paroles, tes encouragements ta bonté ne quitteront jamais ma mémoire que dieu l'accueille dans son vaste paradis.

A ma petite famille, mon marie qui m'a soutenu, mes enfants **GHILAS** et **SELYAN**.

A mes sœurs et mes frères que dieu les protèges.

Et a tout ce qui mon aidé de près ou de loin a la réalisation de ce travail.

Sabrina

Tableau des matières

Remerciement	
Dédicaces	
Liste d'abréviation	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Introduction.....	1

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I : Cadre général de la problématique	5
Problématique.....	6
Intérêt du choix de thème :	9
1- Les objectifs de la recherche :	10
2- Les définitions et l'opérationnalisation des concepts clé :	10
Chapitre II : L'hémodialyse.....	11

ASPECT MEDICAL

Préambule	12
I- Rein.....	12
1. Définition du rein :.....	12
2. Néphron :.....	13
3. Les reins dans l'appareil urinaire :.....	13
4. La structure du rein :.....	14
5. Le rôle du rein :.....	15
II- Insuffisance rénale chronique	15
1. Définition de l'insuffisance rénale :	15
2. Les deux types de l'insuffisance rénale :.....	16
2.1-L'insuffisance rénale aiguë :.....	16
2.2-L'insuffisance rénale chronique :.....	16
03-Les différents stades de l'insuffisance rénale chronique :.....	16
04-Les différents types d'insuffisance rénale chronique :.....	17
05-Les facteurs de risque de survenus d'une Insuffisance Rénale Chronique Terminale : ...	18
06-Les causes de l'insuffisance rénale chronique :	19

07-	Les signes d'insuffisance rénale les plus fréquemment retrouvés (Il est donc important de connaître les symptômes) :	20
08-	Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique :	20
09-	Le traitement de l'insuffisance rénale chronique :	22
10-	La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique :	22
11-	Les objectifs du traitement de la maladie rénale chronique sont de :	22
III-	La dialyse	23
1.	Définition de dialyse :	23
2.	Historique de la dialyse :	23
3.	Les types de dialyses :	24
3-1-	La dialyse péritonéale :	24
3-2-	La dialyse peritoniale ambulatoire :	24
3-3-	La dialyse péritonéale automatisé :	25
4.	Fistule Arterio-veineuse (FAV) :	26
5.	Définition cathéter :	26
6.	Définition de l'hémodialyse :	28
7.	Aspects techniques :	28
8-	Préparation à l'hémodialyse :	31
9-	La machine d'hémodialyse :	32
10-	La transplantation rénale :	32
	synthese :	33

ASPECT PSYCHOLOGIQUE

1.	Le vécu psychologique de l'insuffisance rénale :	34
2.	Les troubles psychiques chez les personnes atteintes d'Insuffisance Rénale Chronique :	35
3-	La problématique de temps chez les personnes atteinte D'IRC :	36
4-	Les remaniements de l'image de corps :	36
5-	Que ce qui peut provoquer l'agressivité chez le patient dialysé ?	36
6-	Insuffisance rénale chronique et les relations sociales :	36
7-	La qualité de vie et la maladie somatique :	37
8-	La prise en charge psychologique :	37

Synthèse	38
Chapitre III : Les stratégies de coping	39
Préambule	40
01- Historique de coping :.....	40
02- L'évolution de la notion de coping :.....	41
03 - Définition de coping :.....	41
04- Définition de stratégie de coping :.....	42
05-Les types des stratégies de coping :.....	42
06-La phase d'évaluation :.....	43
7-Les différents modèles :.....	44
8-Le méta -stratégies de coping :	46
9-L'apprentissage et l'amélioration de stratégie de coping :.....	47
10 - Le stress et coping :	48
11-Les stratégies de coping et leurs efficacités :.....	49
12-Faire face à la maladie :.....	50
Synthèse	50

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche	52
Préambule	53
1. Pré-enquête.....	53
2. L'enquête :.....	54
3. Les limites de recherche :.....	54
4. Présentation des lieux de recherche :.....	55
5- La méthode utilisée (la méthode clinique est l'étude de cas) :.....	56
1. La méthode clinique :	56
2- L'étude de cas :.....	57
3. L'entretien :.....	58
A- L'entretien semi- directif :	58
B- Le guide d'entretien :.....	59
4. La présentation de la population :.....	59
5-Les outils de la recherche :.....	60
a. Le guide d'entretien clinique :.....	60

b.	L'échelle de toulousaine de coping :	60
6-	L'histoire d'échelle de toulousaine de coping :	60
7-	La construction :	61
8-	Présentation des stratégies et des dimensions :	62
9-	Administration et Notation :	65
	Synthèse	68
Chapitre V : Présentation, analyse discussion des Hypothèses.....		69
	Préambule	70
1.	Présentation et analyse des données :	70
1.1-	présentation et analyse de l'entretien semi – directif de premier cas.....	70
1.2-	présentation et analyse de l'entretien semi – directif de deuxième cas.....	75
1.3-	présentation et analyse de l'entretien semi-directif de troisième cas.....	80
1.4-	présentation et analyse de l'entretien semi -directif de quatrième cas.....	85
2.	discussion et interprétation des hypothèses.....	90
2.1-	analyse et interprétation de première hypothèse.....	90
2.2-	analyse et interprétation de deuxième hypothèse.....	91
2.3-	analyse et interprétation de troisième hypothèse.....	91
2.4-	analyse et interprétation de quatrième hypothèse.....	92
	Conclusion	94
	La liste bibliographique	96
	Annexes	101

Liste d'abréviation

CT :Computed Tomography

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

FAV :Fistule Arterio-Veineuse

HB : Hémofiltration

HDF : Hémodiafiltration

HTA : Hypertension Artérielle

IR : Insuffisance Rénale

IRA : Insuffisance Rénale Aigue

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale

IRM : Insuffisance par Résonance Magnétique

IRT : Insuffisance Rénale Terminale

MRC : Maladie Rénale Chronique

Liste des tableaux

N°	Titre	Page
1	Les différents stades d'IRC	16
2	Principales causes d'IRCT	19
3	Présentation de la population d'étude	59
4	Présentation des stratégies de coping	39
5	Feuille de dépouillement n°1 du 1 ^{er} cas	73
6	Feuille de dépouillement n°2 du 1 ^{er} cas	74
7	Feuille de dépouillement n°1 du 2 ^{ème} cas	78
8	Feuille de dépouillement n°2 du 2 ^{ème} cas	79
9	Feuille de dépouillement n°1 du 3 ^{ème} cas	83
10	Feuille de dépouillement n°2 du 3 ^{ème} cas	84
11	Feuille de dépouillement n°1 du 4 ^{ème} cas	88
12	Feuille de dépouillement n°2 du 4 ^{ème} cas	89

Liste des figures

N°	Titre	Page
1	Les reins dans l'appareil urinaire	13
2	Anatomie longitudinale d'un rein	14
3	La dialyse péritonéale ambulatoire	25
4	La dialyse péritonéale automatisée	25
5	Fistule artério-veineuse	26
6	Présentation de cathéter	28
7	La figure présente comment la dialyse se déroule	30
8	Circuit extra corporel d'hémodialyse	31
9	La présentation de la machine d'hémodialyse	32
10	Présentation la greffe du rein	33

Liste des annexes

N°	Titre	Page
1	Guide d'entretien	101
2	Echelle toulousaine de coping	103
3	Feuille de dépouillement n°1	107
4	Feuille de dépouillement n°2	107

Introduction

Introduction

Les maladies chroniques sont des maladies de longue durée évolutives, elles sont caractérisées par des retentissements sur la vie quotidienne comme une limitation fonctionnelle des activités sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament ou la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, et parmi les maladies chroniques en trouve l'insuffisance rénale chronique.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une maladie progressive et irréversible caractérisée par une diminution progressive de la fonction rénale. Les reins sont chargés de filtrer les déchets et les toxines du sang et de réguler l'équilibre hydrique et électrolytique du corps. Lorsque les reins vitaux sont perturbés.

Les principales causes d'insuffisance rénale chronique sont le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies rénales inflammatoires, les infections rénales récurrentes et certaines maladies héréditaires. Au fil du temps, l'IRC peut entraîner de graves complications telles que l'anémie, l'accumulation de déchets toxiques dans le sang, l'hyperkaliémie (excès de potassium), l'hypertension, les maladies osseuses et cardiovasculaires. L'objectif du traitement de l'IRC et de ralentir la progression de la maladie, de prévenir les complications et d'améliorer la qualité de vie. Les options de traitement comprennent le contrôle des facteurs de risque (tension artérielle et glycémie), le respect d'un régime alimentaire approprié, la limitation de certains nutriments (sodium, potassium, phosphore), la prise de médicaments pour contrôler les symptômes et prévenir les complications, et la thérapie de remplacement rénale comme la dialyse ou la transplantation.

Et pour faire face aux situations stressantes, les patients utilisent des stratégies d'adaptation pour qu'ils puissent faire face à cette situation.

Les stratégies de coping également connues sous le nom de mécanismes d'adaptation, font références aux efforts cognitifs et comportementaux des individus pour faire face à des situations stressantes ou à des problèmes de la vie. L'adaptation est la réponse psychologique et émotionnelle à des événements stressants et peut jouer un rôle important dans la gestion du stress et le maintien du bien-être mental. On distingue trois types de stratégies de coping tels que ;

Le premier est coping centré sur le problème : cette stratégie consiste à faire face au problème en prenant les mesures concrètes pour le résoudre. Les personnes qui utilisent cette stratégie se concentrent sur l'identification des causes de stress ou de difficultés et sur la recherche de solutions pratiques pour les améliorer.

La deuxième est le coping centré sur les émotions : cette stratégie vise à gérer les émotions associées au stress ou à la difficulté. Il s'agit de reconnaître, d'accepter et d'exprimer des émotions afin de les surmonter. Les personnes utilisant cette stratégie peuvent rechercher un

soutien social, partager leurs sentiments avec leurs proches, s'engager dans des activités de relaxation ou trouver des moyens créatifs d'exprimer leurs sentiments. La troisième et la dernière qui est le coping centré sur l'évitement : cette stratégie consiste à éviter ou à minimiser les situations stressantes ou les émotions négatives. Les personnes qui utilisent cette stratégie peuvent essayer de se distraire de leurs problèmes, d'éviter la confrontation ou de devenir émotionnellement renfermée. Bien que l'adaptation axée sur l'évitement puisse apporter un soulagement temporaire, elle peut souvent aggraver les problèmes à long terme en évitant de faire face à des difficultés et en empêchant la résolution des problèmes sous-jacents.

Il est important de noter que ces stratégies ne sont pas mutuellement exclusives et qu'il est courant que différentes stratégies soient utilisées à des moments différents en fonction de la situation et des ressources disponibles. L'efficacité des stratégies d'adaptation peut varier d'une personne à l'autre et il est généralement recommandé d'adopter des stratégies plus adaptatives et positives pour faire face aux difficultés de la vie.

Dans notre travail de recherche nous sommes basées sur les stratégies de coping chez les adultes hémodialysés, plus précisément nous sommes intéressées aux stratégies de coping chez les adultes ayant l'âge de 24ans à 28 ans hémodialysé, dont on a effectuées notre stage pratique au sein de deux (2) centre d'hémodialyse l'un au service d'hémodialyse qui situé à l'Etablissement Public Hospitalier de Sidi-Aich et l'autre au service qui situé au Chu de Bejaia exacte à Frantz Fanon. Comme on a utilisé l'entretien semi-directif pour récolter des données sur les patients, on a utilisé l'échelle Toulousaine de Coping pour évaluer le degré de stratégie de coping chez les patients hémodialysé.

Pour réaliser cette recherche et atteindre notre objectif, on a suivi un plan de travail qui nous aidera à atteindre notre objectif qui est comme suit :

Partie théorique

Chapitre I : le cadre de la problématique

Chapitre II : l'hémodialyse il est divisé en deux aspects :

01-aspect médicale

02- aspect psychologique

Chapitre III : les stratégies de coping

La partie pratique

Chapitre IV : la méthodologie de la recherche

Chapitre V : la présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

Enfin, on a conclut notre recherche par une conclusion suivit par une liste bibliographique, et un ensemble des annexes.

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I : Cadre général de la problématique

Problématique

L'être humain peut être affecté par une maladie sans avertissement car le corps humain est susceptible d'être infecté à tout moment. Dans ce cas on met le point sur le mot maladie. La maladie est un objet d'étude essentiel en psychologie de la santé. Elle y est appréhendée non seulement comme un état pathologique lié au dysfonctionnement, ainsi qu'à la modification des organes et des cellules du Corps. Mais aussi comme un événement déterminé par les facteurs psychologique et sociaux qui interviennent dans le fait d'être malade.

Gustave –Nicolas Fischer, 2020, p143

En général, les êtres humains souffrent de deux (2) types de maladies tels que les maladies aiguës et les maladies chroniques. Une maladie aiguë ; altération qui récupère rapidement d'un type va se rétablir progressivement, et même ça ne dure pas longtemps comme la grippe, la fièvre...).

Mais par contre la maladie chronique ; est une maladie qui dure tout au long de la vie, l'éruption d'une maladie chronique dans l'histoire et la vie d'une personne impacte et transforme son environnement, son rapport au monde, et sa santé, les personnes atteintes de cette maladie souffrent lentement, et les maladies rénales et plus dangereuses, d'autant plus qu'elles peuvent rarement être traitées, comme le diabète, le cancer, l'insuffisance rénale chronique ... Ils se développent progressivement et durent des mois et des années.

Delory-Momberger, 2014, p35

Comme toutes les maladies chroniques on cite l'insuffisance rénale chronique et également connue sous le nom l'IRC ; qui se caractérise par un rein malade, incapable d'effectuer les tâches de filtration et d'élimination des déchets du sang, qui lui incombent. Elle résulte le plus souvent de complications liées à l'hypertension ou au diabète. Cependant, d'autres maladies rénales, parfois d'origine génétique, peuvent avoir leur responsabilité.

(www.futura-sciences.com)

A cet effet, l'insuffisance rénale chronique est le résultat d'une perte progressive de la fonction rénale. Cette lourde maladie est le résultat d'une destruction irréversible, et se traduit par un éventail d'altérations cliniques et de troubles décrits sous le terme de polyurie chronique.

L'hémodialyse est une méthode et une technique permettant d'épurer le sang qui élimine l'eau et les déchets toxiques liés au fonctionnement normal du corps humain à travers une membrane artificielle appelée «rein artificiel» ou appareil de dialyse. Elle consiste à faire passer le sang du sujet à travers des membranes d'un circuit d'épuration extracorporelle. Celui-ci filtre le sang et le débarrasse des déchets normalement éliminés par les reins avant de le réinjecter au patient insuffisant rénal.

(www.doctissimo.fr)

Comme les maladies rénales sont devenues un problème de santé mondial important, touchant des millions des personnes dans le monde.

L'OMS déclare en 2020, qu'environ 10% de la population mondiale soit environ 700 millions de personnes, souffrent de MRC. Les maladies rénales sont également responsables de plus de 1,3 million de décès chaque année dans le monde. Les principales causes de MRC sont le diabète et l'hypertension artérielle.

(www.fondation-du-rein.org)

Par contre en Algérie, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique est en constante augmentation. Plus de 3500 nouveaux cas sont enregistrés chaque année, en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies métaboliques qui endommagent les reins, particulièrement le diabète et l'hypertension artérielle.

(Communiqué de presse, 2015)

Ainsi, le fait de vivre avec une maladie chronique et d'être dépendant d'une machine déstabilise l'état psychologique d'un patient insuffisant rénal chronique. C'est ce que démontre l'étude de Pan Afr Med J en 2016, sur le thème qui s'intitule L'incidence de l'insuffisance rénale chronique. Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive de 3 ans, réalisée dans le service de médecine Interne et Néphrologie du Centre Hospitalo-universitaire de Befelatanana (Antananarive, et qui s'entend du 1^{er} janvier 2007 au 2009. Ils ont été inclus dans cette étude tous patients insuffisants rénaux chroniques de plus de quinzaine. La population d'étude était constituée de 142 hommes et 97 femmes avec une sex-ratio de 1,46. L'âge de leurs patients variant de 16 à 82 ans avec une moyenne de 45, 44 ans. Ils ont obtenue comme résultat, l'IRC était terminale ans 71,31% des cas (n=180), sévère dans 15,06% des cas (n=36), et modérée dans 9,62% des cas (n=23). Ils ont eu un traitement conservateur, seulement 3 patients (soit

1,26%) avaient bénéficié d'un traitement de suppléance par hémodialyse et aucun patient n'a pu bénéficier ni la dialyse péritonéale ni un traitement de remplacement par transplantation rénale. Par contre l'évolution au cours de l'hospitalisation était marquée par 69 décès, soit une mortalité hospitalière de 28,87%.

(Pan African Medical Journal, 2016)

Face à une maladie comme l'insuffisance rénale, il arrive que certaines personnes éprouvent une grande détresse en pensant que toute perte est d'avance tandis que d'autres gardent encore espoir et continuent de se montrer inquiets.

Ces personnes pour sortir de cette inquiétude et cette situation stressent, elles utilisent des stratégies qui puisse faire face à ces situations et ces stratégies appelée les stratégies de coping, qui se définit comme : Les stratégies d'ajustement ou coping désignent « l'ensemble des processus qu'une personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçant afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien-être physique et psychologique ».

(Fischer G, N, 2002, p, 264)

Liposcre (1970) affirme que la façon dont les gens font face à leurs maladies est directement liée au sens personnel qu'ils leur attribuent et à l'attitude qu'ils adoptent. Et pour Lazarus et Folkman (1984) ils se sont intéressés à la notion de stress, notamment en ce qui concerne la manière dont les individus le gèrent, et cela s'appelle adaptatif, c'est-à-dire le processus cognitif par lequel l'individu estime comment faire face avec le stress. Une situation particulière peut permettre une vulnérabilité sans bien-être et le peu de ressources dont elle dispose pour y faire face.

Comme la classification dû faire face est rendu difficile par le nombre très important de comportement qui peuvent se manifester en répondant aux situations stressantes pour rendre les recherches possibles, les différentes stratégies de faire face donc été regroupées en catégories. Les deux catégories les plus comminent acceptées, sont les stratégies centré sur le problème et les stratégies centré sur l'émotion (Lazarus, Lannier, 1978), ces deux catégories se retrouvent dans les travaux réalisés par Foctorielle, 1994.

Les stratégies centré sur le problème impliquent des efforts pour gérer ou diminuer le problème qui est la cause du stress, on peut distinguer les facteurs préventive qui consistent à

anticiper l'action et donc à réduire la menace (rassembler les informations, gérer des objectifs, gérer le temps, rechercher des solutions.) est des actions agressives, qui attaquent ou réduisent la source de problème.

Les stratégies centrées sur l'émotion impliquent les relations de la repense émotionnelle causées par un agent de stress, ces stratégies sont utiles dans les situations où il n'est pas possible d'éliminer le problème, elles ne changent rien à la relation personne –environnement mais permettent à la personne de se sentir mieux. Comme elles incluent des techniques dominantes physiologiques comme la relaxation, ou des efforts cognitifs et diminuent la menace Endles et Parker (1990) ont distingué également les stratégies d'évitement qui impliquent les efforts pour se dégager physiquement et psychologiquement de la situation stressante. Ces stratégies seraient plus efficaces dans le cas de stress à court terme. Lorsque les conséquences peuvent se modifier et qu'il n'y a aucun contrôle possible sur la situation.

(www.cain.info)

- Ce problème nous a poussés à poser une question qui est comme suit :
- Est-ce que Les malades de l'insuffisance rénale chronique âgées de 24 ans à 28 ans n'utilisent pas les stratégies de coping de la même manière identique ?

Hypothèse :

01. Les malades d'insuffisance rénale chronique ayant l'âge de 24 ans

Utilisent les stratégies de coping centré sur le soutien social.

02. Les malades d'insuffisance rénale chronique ayant l'âge 28 ans, utilisent la stratégie de coping centré sur l'émotion.

Intérêt du choix de thème :

Nous avons choisi le sujet les stratégies de coping chez les adultes ayant l'âge de 24 ans à 28 ans hémodialysés pour :

- Acquérir plus d'information sur la maladie lourde.
- Donner l'importance ou la chance aux patients d'exprimer leurs sentiments.

Les objectifs de la recherche :

- Découvrir les stratégies de coping utilisé chez les adultes ayant l'âge de 24 ans à 28 ans hémodialysé afin de faire face à leur problème.
- Afin de découvrir des nouvelles informations sur cette maladie.
- Comprendre le fonctionnement psychique chez les personnes ayant l'âge de 24 ans à 28 ans hémodialysé.

1- Les définitions et l'opérationnalisation des concepts clé :

-Définition de concept coping :

Le coping est un terme utilisé en psychologie pour décrire tous les processus qui sont mise en place par l'inconscient d'un être humain afin de faire face à un traumatisme et de continuer à suivre le cours de sa vie normale

(www.linternaute.fr dictionnaire)

-Opérationnalisation du coping :

Le coping est un terme utilisé en psychologie qui sert à englobé l'ensemble des actes, des émotions qui sont développés par une personne pour qu'il résolve ces problèmes et de faire face.

- Définition de concept insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique se définit par une atteinte progressive, importante, et définitive de la fonction rénale. Plusieurs facteurs de risque peuvent être en cause, notamment chez les diabétiques. L'insuffisance rénale chronique n'entraîne très longtemps aucun symptôme. Aux stades très évolués de la maladie, seule l'hémodialyse périodique par un rein artificiel, la dialyse péritonéale ou la transplantation rénale peuvent améliorer la qualité de vie des malades.

(www.doctissimo.fr)

-Définition opérationnel de l'insuffisance rénale :

Est une pathologie lourde, silencieuse est-elle classé parmi les maladies chroniques les plus dangereuses qui dure longtemps dont le rein ne fonctionne pas.

Chapitre II : L'hémodialyse

ASPECT MÉDICAL

Préambule

Les reins sont des organes les plus importants et les plus sensibles dans le corps humain, mais malheureusement ils provoquent beaucoup de maladies parmi ces maladies on trouve L'insuffisance Rénale Chronique (IRC). Cette maladie lourde est fréquente de plus en plus élevée, suite à ça elle est devenue aujourd'hui un grand problème de santé publique.

Dans ce chapitre on va abordée certains éléments qui touche L'insuffisance Rénale Chronique où la maladie lourde toute en asseyant de la classer en deux aspects tels que l'aspect médicale et l'aspect psychologique.

I- Rein

1. Définition du rein :

Organe qui permet d'éliminer les toxiques contenues dans le sang par filtration. Il secrète l'urine et possède un rôle régulation pour tout l'organisme.

(www.larouse.fr)

- **Selon le dictionnaire médical :**

Le rein est un organe pair qui secrète l'urine, situé de chaque côté de la colonne vertébrale, dans la région lombaire, en arrière du péritoine, il a une forme ovale aplatie caractéristique, il est entouré d'un tissu cellulo-adipeux, et an constitué de deux zones distincts : une partie centrale (médullaire) qui comprend les pyramides rénales et une partie périphérique (le cortex) qui comprend des tubules disposés irrégulièrement (tubules rénaux) entourée d'un grand nombre de capsules rénaux.

(Quevauvillier, J, 2009,p.805)

- **Selon le dictionnaire Larousse :**

Organe pair placé dans l'abdomen à côté de la colonne vertébrale, qui forme l'urine à partir de la filtration du sang élimine des déchets, participe à l'équilibre de l'eau et des minéraux dans l'organisme, et secrète diverses substances (rénine, par exemple).

(larousse, 1995, Paris)

2. Néphron :

Le néphron est l'unité fonctionnelle du rein ; chaque rein en contient environ 400 à 800 000. Chaque néphron comprend un glomérule et un tubule qui le suit. Le tubule est composé de différents segments spécialisés, qui permettent la modification de composition de l'ultrafiltrat glomérulaire (par phénomène de sécrétion et de réabsorption entre le fluide tubulaire et les capillaires), aboutissant à l'urine définitive.

Le contrôle de ces échanges est assuré par des hormones et des médiateurs, d'origine systémique ou locale. Par ses fonctions exocrines et endocrines, le rein joue un rôle essentiel dans l'homéostasie du milieu intérieur.

(Olmer M, 2007, p 211)

3. Les reins dans l'appareil urinaire :

Les reins font partie de l'appareil urinaire qui comprend par ailleurs la vessie, deux longs canaux qui relient les reins et la vessie, les uretères, et un autre canal qui relie la vessie à l'extérieure, l'urètre.

(www.e-cancer.fr)

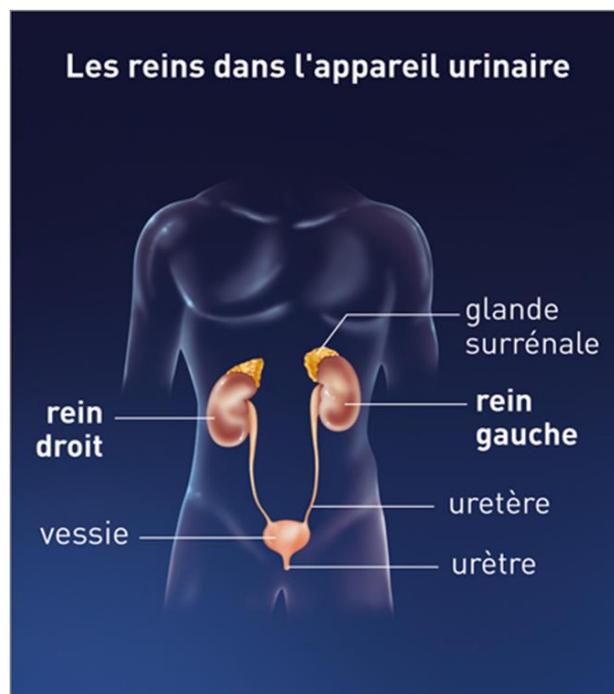


Figure n° 1 : Les reins dans l'appareil urinaire

Dont le rôle des reins est essentiel puisqu'ils fonctionnent comme un filtre qui sépare les déchets circulant le sang et les élimine en produisant l'urine. On ne possède qu'en principe deux reins, situés dans l'abdomen à la hauteur des deux dernières côtes et à proximité du dos. Ils sont disposés de manière symétrique de chaque côté du corps ; le rein droit se trouve en dessous et en arrière du foie et le rein gauche en dessous et en arrière de la rate.

4. La structure du rein :

Chaque rein dont la forme ressemble à celle d'un haricot, mesure environ 12 centimètres de hauteur, 6 centimètres de largeur et 3 centimètres d'épaisseur, il se compose de plusieurs parties :

- La capsule, l'enveloppe externe qui protège le rein.
- Le parenchyme rénal : cette partie renferme environ un million de petites structures, les néphrons, ce sont précisément eux qui filtrent le sang et produisent l'urine.
- Les calices et le bassinet, les cavités où est collectée l'urine. Une fois fabriquée par les néphrons, l'urine est d'abord recueillie dans les calices puis elle s'écoule dans le bassin et puis dans l'uretère.

Les reins sont entourés d'une couche de graisse, la graisse périrénale, puis d'une enveloppe de tissu conjonctif appelée fascia rénal ou fascia de Gerota. Ils sont chacun surmontés d'une glande surrénale.

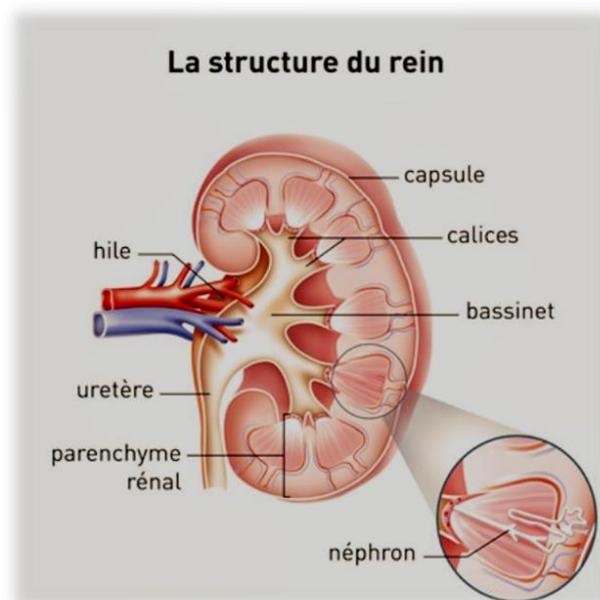


Figure n° 2 : Anatomie longitudinale d'un rein

5. Le rôle du rein :

Donc le rôle des reins est essentiel puisque ils fonctionnent comme un filtre qui sépare les déchets circulant dans notre sang et les élimine en produisant l'urine. Nous possédons en principe deux reins, situés dans l'abdomen à la hauteur des dernières côtes et à proximité du dos. Ils sont disposés de manière symétrique de chaque côté du corps de rein droit se trouve en dessus et en arrière de la raté.

(Kanouch, S. M, 1988 p, 117)

II- Insuffisance rénale chronique

1. Définition de l'insuffisance rénale :

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire (DFG) qui est le meilleur indicateur du fonctionnement rénal. Elle résulte en règle de l'évolution d'une maladie rénale chronique (MRC).

Conformément à un consensus international, les MRC sont définies par l'existence :

- D'une anomalie rénale fonctionnelle ou structurelle évaluant depuis plus de 3 mois (il s'agit d'une anomalie morphologique à condition qu'elle soit « cliniquement significative », d'une anomalie historique ou encore d'une anomalie dans la composition du sang ou de l'urine secondaire à une atteinte rénale.
- Et/ou d'un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min/1,73 m² depuis plus de 3 mois.

Elles peuvent aboutir à l'insuffisance rénale terminale (IRT) et au décès. Chez la plupart des patients en France, l'IRT peut être traitée par la transplantation rénale et/ou l'épuration extrarénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale).

(FUMED, 2016)

2. Les deux types de l'insuffisance rénale :

2.1-L'insuffisance rénale aiguë :

L'insuffisance rénale aiguë est un syndrome clinique caractérisé par une réduction immédiate des fonctions rénales, dont les causes peuvent être aussi bien rénales qu'extra-rénales, menant à une hausse rapide de l'urée sanguine et les autres produits métaboliques.

La réduction plongée de la fonction du rein au-dessous de 5% (DFG inférieur à 5ml/min) est incompatible avec la vie. Dans la plupart des cas d'IRA, la prise de la fonction rénale a lieu dans les 15 ou 20 jours qui suivent le début de la maladie, avec en rétablissement presque toujours totale.

(Catizone, L.1982, p, 15).

L'IRA est caractérisée par une détérioration de la fonction rénale souvent sur une parmi les définitions de l'IRA les plus souvent utilisées, on retient une augmentation de plus de 50% de la créatinine plasmatique par rapport à la valeur de base ou une réduction de la clairance de la créatinine calculée de 50% ou encore une dégradation de la fonction rénale nécessitant le traitement dialytique.

(www.ifs-i-fas-saverne.fr)

2.2-L'insuffisance rénale chronique :

L'IRC est défini par une diminution permanente de débit de filtration glomérulaire (DFG) au-dessous de la limite inférieure des valeurs normale par l'âge et le sexe. Le développement d'une IRC est la complication majeure des maladies rénales chroniques (MRC) et son degré est quantifiée en stade de sévérité croissante en fonction du niveau du (DFG), reflet de la valeur fonctionnelle globale des reins.

(Junger P, Joly D, 2011 p, 2).

03-Les différents stades de l'insuffisance rénale chronique :

On peut classer l'insuffisance rénale suivant le niveau de la filtration rénal (DFG). Cela permet de mieux comprendre les anomalies biologiques et d'harmoniser la prise en charge.

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

Tableau n° 1 ; les différents stades de l'insuffisance rénale chronique.

(Boubchir M. A, 1996, p, 24)

04 -Les différents types d'insuffisance rénale chronique :**A- Insuffisance rénale chronique avec anomalie morphologique macroscopiques rénales:**

Maladie polykystique rénale autosomique dominante (liée à une mutation sur le bras court du chromosome 16) associé à une polykystose hépatique dans 80% à 90% des cas, ou récessive, néphronophthie ou maladie kystique de la médullaire, scérose tubéreuse de Bourneville.

B- Insuffisance rénale chronique avec anomalie de transport :

Acidoses tubulaires, diabète phospho- gluco-aminé ou syndrome de Fanconi, cystinurie, syndrome néphrotique congénital.

C- Insuffisance rénale chronique avec anomalies métaboliques ou inflammatoires générales :

Maladie de Fabry, oxalose rénale, cystinose, amyloses familiales héréditaires dont la fièvre familiale méditerranéenne (FMF) ou maladie périodique (maladie des juifs), syndrome de Muckle-Wells (surdité de perception débutant dans l'enfance + amylose rénale AA).

D- Insuffisance rénale chronique et affections congénitales :

Syndrome d'Alport (hématurie + surdité de perception + lenticône antérieur), ectasie canaliculaire précalicielle ou maladie de Cacchi et Ricci, oligoméganéphronie.

(Boubchir M. A, 2004, p 24).

05-Les facteurs de risque de survenus d'une Insuffisance Rénale Chronique Terminale :

Les quatre principaux facteurs de risque d'IRT sont la race, l'âge, le sexe et l'histoire familiale.

1. Appartenance ethnique :

Aux Etats-Unis, l'incidence d'IRT est 5 fois plus fréquente chez les sujets de race noire que chez les sujets blancs. Chez les sujets noirs, âgés de 25 à 44ans, le risque de survenue d'IR secondaire à l'HTA est 20 fois plus élevé que chez les sujets blancs. Les sujets noirs ont également une incidence élevée glomérulo sclérose focale et segmentaire, soit idiopathique, soit associée à l'usage de drogues intra-veineuses (héroïne) ou le SIDA. Les sujets noirs également un risque 4 fois plus élevé de développer une IRCT liée au diabète de type 2 que les sujets blancs. Inversement, la polykystose rénale et la maladie de Berger sont très peu fréquentes chez les sujets noirs. La cause précise de ces différences n'est pas bien établie, et fait intervenir probablement à la fois des facteurs génétiques et environnementaux, mais aussi socio-économique (difficultés d'accès aux soins, etc.).

2. Age :

L'incidence de l'IRT aux Etats-Unis en 1991 ajustée pour la race est de 95/million d'habitant (pmh) chez l'adulte de 20 à 44 ans et de 760 pmh dans la tranche d'âge de 65 à 74. L'incidence de l'insuffisance rénale d'origine diabétique augmente façon importante avec l'âge. Cependant, environ 50% des néphropathies diabétiques arrivent à l'IRT avant l'âge 65 ans. D'une façon générale, l'incidence de toutes les formes d'atteintes rénales augmente avec l'âge. Avant l'âge de 40 ans, certaines formes d'atteinte rénales sont cependant plus fréquentes comme la hyalinose segmentaire et focales, le lupus érythémateux, le purpura rhumatoïde, les néphropathies associées au SIDA et les néphropathies héréditaires.

3. Sexe :

Le sexe est un facteur de risque additionnel pour le développement et la progression de certaines formes de maladies rénales. Globalement, l'incidence de l'IRC est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (56 versus 44%). Cependant, certaines formes d'insuffisance rénale terminale, comme la néphropathie du diabète de type 2, la néphropathie interstitielle par abus d'analgésiques, le lupus érythémateux, la sclérodermie et la micro-angiopathie thrombotique sont plus fréquemment observées chez la femme.

4. Histoire familiale :

Chez les sujets diabétiques, l'existence d'une histoire familiale d'HTA ou de néphropathie diabétique augmente considérablement le risque de développer une néphropathie diabétique. Certains polymorphismes génétique semblent également impliqués dans la vitesse de progression d'une atteinte rénale, comme par exemple le génotype DD, du polymorphisme insertion/ délétion du gène de l'enzyme de conversion de l'angiotensine qui constitue un facteur de risque péjoratif pour l'évolution d'une atteinte rénale, en particulier au cours du diabète ou de la maladie de Berger.

(Boubchir M. A, 2004, pp, 27, 28 et 29)

6- Les causes de l'insuffisance rénale chronique :

Parmi les plus fréquentes, on trouve :

- Une hypertension artérielle dans 31% des cas
- Des (glomérulo) néphrites dans 29% des cas (causes multiples : infections, cancers, maladies autoimmunes)
- Un diabète dans 15% des situations
- Plus rarement, une insuffisance rénale peut avoir pour origine :
- Une intoxication ou allergie aux médicaments, aux produits de contraste radiologiques, aux métaux lourds
- Des maladies urologiques (reflux, lithiase rénale).

Les examens complémentaires permettant de diagnostiquer la cause de votre insuffisance rénale sont principalement une échographie et une ponction biopsie du rein (PBR, prélèvement qui sera analysé).

(Insuffisance rénale chronique pdf).

Affection	%
Diabète	36,6
HTA	26,5
Glomérulonéphrites	13,6
Polykysntose	3,4
Uropathies	5,4
Autres et inconnues	20,5

Tableau n°2 : Principales causes d'insuffisance rénale terminale et leur incidence (USA : 1991)

7- Les signes d'insuffisance rénale les plus fréquemment retrouvés (Il est donc important de connaître les symptômes) :

Les premiers signes de la maladie sont peu spécifiques et peuvent facilement être attribués à d'autres causes. Il n'est donc pas rare que l'insuffisance rénale évolue sans que l'on s'en aperçoive jusqu'à un stade avancé. Ses manifestations les plus fréquentes sont :

- Une hypertension artérielle, avec des valeurs souvent supérieures à 140/90 mm Hg, qui peut parfois se manifester par des maux de tête ou des vertiges ;
- Une anémie qui se traduit par une tendance à la fatigue et un « souffle court » lors des efforts ;
- Une rétention d'eau et de sel pouvant conduire à des œdèmes, les plus souvent dans les jambes (gonflements des chevilles) ;
- Des troubles du rythme cardiaque liés à un potassium trop élevé ;
- Aux stades plus avancés, des troubles digestifs (nausées, vomissement), une perte de poids, des démangeaisons.

8- Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique :

Plusieurs examens sont demandés par le médecin pour préciser l'origine de la maladie, en vérifier le stade, mais aussi essayer d'en comprendre les causes. Les analyses de sang et d'urine et les ultrasons sont systématiques en cas de suspicion d'insuffisance rénale. Selon les situations, des examens radiologiques ou une biopsie rénale peuvent être proposés pour préciser le diagnostic.

a. Analyses de sang et d'urine :

Leur but principal est d'évaluer la capacité de filtration des reins et de vérifier ainsi l'ampleur de la maladie. Les mesures portent notamment sur le taux de créatinine et d'urée. Ces deux substances, présentes dans le sang, sont en principe éliminées dans l'urine. Si les reins fonctionnent moins bien, leur taux augmente dans le sang. La mesure de la créatinine permet aussi d'évaluer le taux de filtration glomérulaire, qu'indique le volume de liquide filtré par les reins en une minute. Les valeurs normales de filtration se situent entre 90 et 120 ml/minute, selon les personnes. Si ce taux est inférieur à 90 ml/min, on parle d'insuffisance rénale. Dans certains cas, des analyses plus poussées sont nécessaires (recherche d'anticorps, analyses génétiques... etc.).

(www.ameli.fr)

b. Ultrasons (échographie rénale) :

Ils permettent d'observer les reins (taille, forme, vascularisation, état des voies urinaires) et aident ainsi à identifier les causes de l'atteinte rénale.

c. Scintigraphie rénale :

Cet examen permet de mesurer la fonction rénale de chaque rein et de mettre en évidence des éventuels troubles de vascularisation ou d'écoulement de l'urine.

d. IRM, CT scan :

Dans certaines situations, des examens radiologiques complémentaires sont réalisés, afin d'observer de façon plus précise les reins et les autres organes et vaisseaux environnants (foie, aorte, rate, par exemple).

e. Biopsie rénale :

L'analyse au microscope de fragments de tissu rénal est parfois nécessaire pour préciser le diagnostic. Le prélèvement (la biopsie) est effectué par un médecin radiologue et un néphrologue sous anesthésie locale. L'intervention nécessite en principe une hospitalisation d'une journée.

(www.ameli.fr)

9- Le traitement de l'insuffisance rénale chronique :

Il s'agit de ;

- Traiter l'hypertension artérielle ;
- Contrôler la glycémie en cas de diabète
- Maitriser l'évolution d'une maladie auto-immune (lypus, polyarthrite rhumatoïde...) ;
- Proposer une chirurgie en cas l'obstacle urinaire ou de malformation des voies urinaire...

(www.ameli.fr).

10- La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique :

La prise en charge de la maladie rénale chronique, est assurée par le médecin traitant, en en coordination avec une équipe spécialisée : néphrologue, endocrinologue, cardiologue... les soins sont définis selon le stade de l'insuffisance rénale, de la cause de la maladie rénale et des problèmes de santé associés. Chaque personne atteinte de maladie rénale chronique à son propre parcours de soins, adapté à une situation. Un programme d'accompagnement lui est proposé.

11- Les objectifs du traitement de la maladie rénale chronique sont de :

Prendre en charge la maladie à l'origine de l'insuffisance rénale ;

Ralentir l'évolution vers l'insuffisance rénale terminale en protégeant les reins ;

Prévenir et prendre en charge le risque cardiovasculaire, traité les maladies cardiovasculaire éventuellement associées ;

- Prévenir et réduire les symptômes et les complications de la maladie rénale chronique pour maintenir la meilleure qualité de vie possible ;
- Suppléer la fonction rénale (dialyse et greffe d'un rein) si le stade d'insuffisance rénale chronique terminale est atteint.

(www.ameli.fr).

III- La dialyse

01 -Définition de dialyse :

La dialyse est une méthode qui permet d'éliminer les déchets sanguins comme l'urée et la créatinine, ainsi que l'eau excédentaire, lorsque la fonction rénale est défaillante (insuffisance rénale aiguë ou chronique). On l'appelle également « épuration extrarénale » ou encore « rein artificiel ».

Pour dialyser un patient (le dialysé), on utilise les fonctions d'une membrane semi-perméable, artificielle dans l'hémodialyse, naturelle (le péritoine) dans la dialyse péritonéale.

Les différentes méthodes de dialyse sont donc : la dialyse péritonéale ; l'hémodialyse, qui passe par un circuit de circulation extracorporelle (le rein artificiel), et qui nécessite le recours à une fistule artério-veineuse (ou shunt artério-veineux) ; l'hémofiltration continue, utilisée dans les services de Réanimation, pour passer un cap aigu pendant lequel le patient est en anurie ; l'hémodiafiltration, qui combine hémodialyse et hémofiltration.

Chez les patients en insuffisance rénale chronique et non greffés, l'hémodialyse est réalisée sous forme de séances pluri-hebdomadaires dans des centres de dialyse ; dans certains cas, l'hémodialyse peut être faite au domicile du patient, s'il a suffisamment d'autonomie.

02- Historique de la dialyse :

La première description historique de ce type de technique date de 1913. Abel, Rowntree et Tuner ont réalisé une «dialyse » sur des animaux anesthésiés dont le sang circulait en dehors du corps, dans des tubes membranaires semi-perméables en collodion, un matériau à base de cellulose. On ne saurait dire si Abel et ses collègues avaient, dès le départ, l'intention d'appliquer cette technique au traitement de l'insuffisance rénale. Cependant, il ne fait aucun doute que la dialyse telle qu'elle est connue aujourd'hui repose toujours sur les principaux éléments qui composaient le dispositif de Vivifusion mis au point par Abel. Pour faire circuler le sang à travers le « dialyseur », il fallait inhiber la coagulation sanguine, au moins temporairement. Pour ce fait, Abel et collègues ont employé une substance appelée « hirudine ». Identifiée en 1880 dans la salive de la sangsue, elle présente des propriétés anticoagulantes.

Georg Haas, un médecin allemand originaire de Giessen, près de Francfort-sur-le-Main, a entrepris la première dialyse chez l'homme. Haas aurait dialysé le premier patient souffrant

d'insuffisance rénale durant l'été de 1924 à l'Université de Giessen, après avoir réalisé des essais préliminaires. Au cours des années suivantes et jusqu'en 1928, Haas a dialysé six autres patients, dont aucun n'a toutefois survécu, probablement en raison de leur état de santé très critique et de l'efficacité insuffisante de la dialyse. Le dialyseur de Haas, qui était également équipé d'une membrane de collodion, a été fabriqué dans différents modèles et formats.

A l'instar d'Abel, Haas utilisait de l'hirudine comme anticoagulant lors de ses premières dialyses. Cependant, cette substance était fréquemment à l'origine de complications graves dues à des réactions allergiques, parce qu'elle n'était pas purifiée correctement et provenait d'une espèce très éloignée de l'homme. Finalement, Haas utilisa l'héparine lors de son septième et dernier essai. L'héparine est un anticoagulant universel naturellement présent chez les mammifères. Malgré sa purification insuffisante, cette substance entraînait nettement moins de complications que l'hirudine. De plus, elle pouvait être produite dans des quantités largement supérieures. Après la mise au point de techniques de purification plus efficaces en 1937, l'héparine a été adoptée comme anticoagulant et est toujours utilisée aujourd'hui. (www.freseniusmedical.fr)

03-Les types de dialyses :

3-1- La dialyse péritonéale :

La péritonéale consiste en un échange entre un liquide, le dialysat, et le sang du patient au travers du péritoine (fine paroi qui entoure les organes abdominaux). Un cathéter étanche, posé de façon permanente, permet le transfert du dialysat dans la cavité péritonéale. Le cathéter fait l'objet de soins quotidiens. Le patient doit se rendre tous les uns à deux mois dans un centre de dialyse pour une consultation médicale. Il existe deux méthodes de dialyse péritonéale.

3-2 La dialyse péritonéale ambulatoire :

C'est le patient qui laisse s'écouler une poche d'environ deux litres de sa cavité abdominale par tubulure, après un temps défini par le médecin en charge (souvent 3-4 heures), le patient retirera lui-même le liquide, une fois l'abdomen vidé, il réinjectera le contenu d'une nouvelle poche de dialysat. Le procédé est répété 3 à 4 fois par 24 heures. L'avantage est qu'entre chaque échange de poche, le patient peut vivre au travailler normalement.

(Deperyre, 2010, p.15)

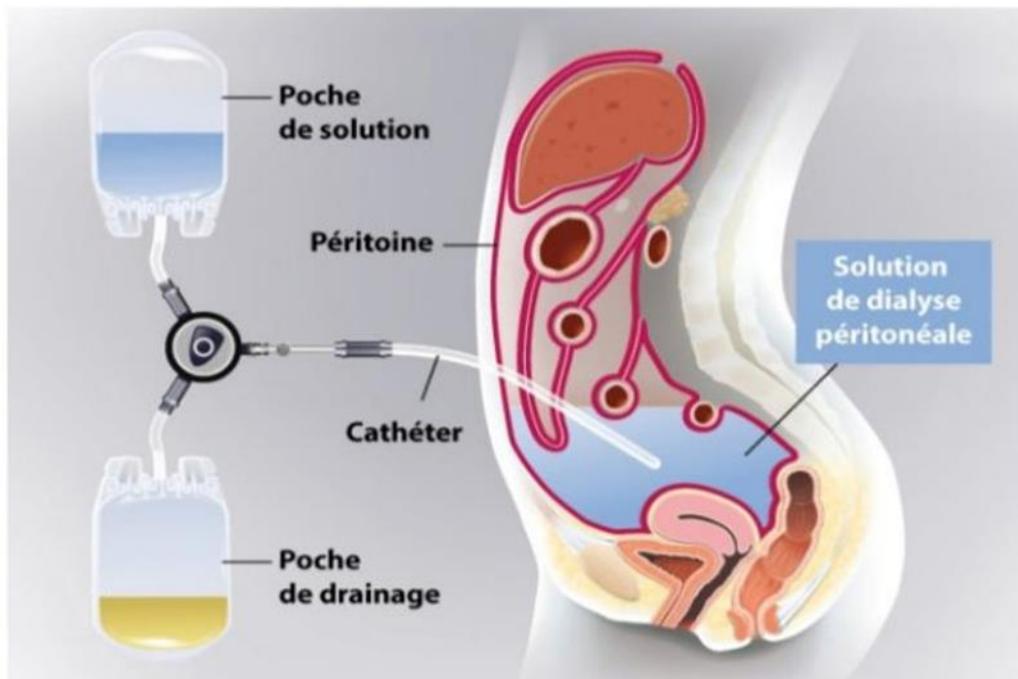


Figure N° 3 : La dialyse péritonéale ambulatoire

3-3 La dialyse péritonéale automatisée :

Se passe la nuit, avant de s'endormir, le patient branche son cathéter à une machine programmée qui se charge de charger la dialysat. Cette solution est un peu moins contraignante que la première car il n'y a pas de manipulations nécessaires pendant la journée.

(Deperyre, 2010, p.17)

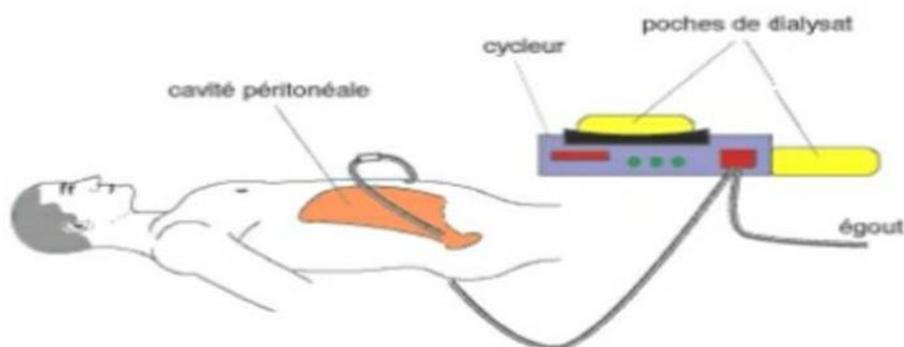


Figure N° 4 : La dialyse péritonéale automatisée

04 -Fistule Arterio-veineuse (FAV) :

Une FAV est obtenue par la création chirurgicale d'une anastomose entre une artère et une veine superficielle. Il va en résulter une augmentation massive du débit et de la pression qui provoque une dilatation de la veine, ainsi que l'épaississement de sa paroi. Son débit est de l'ordre d'un litre/mn et il sera possible de dériver 300 ml/mn de sang dans le circuit extra-corporel.

La FAV est l'accès vasculaire le plus utilisé et de premier choix. Elle offre tout à la fois : les débits sanguins les plus élevés, le taux de recirculation le plus bas, et l'incidence la plus faible des complications. L'emplacement standard pour la confection d'une FAV est l'avant-bras non dominant des patients.

(Simon P, 2007, p. 209)

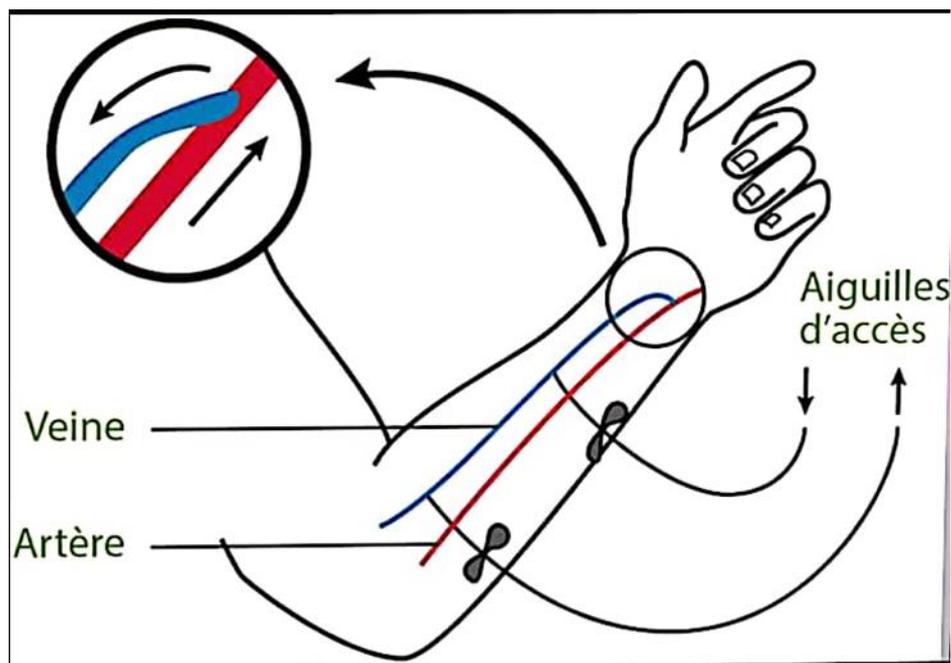


Figure N° 5 : Fistule Arterio-veineuse (FAV)

05 – Définition de cathéter :

Selon Larousse médicale, tuyau en matière synthétique, de calibre millimétrique et de longueurs variable.

Un cathéter peut être placé dans un vaisseau (veine, artère) ou dans une cavité (vessie, cavité cardiaque) de l'organisme. On l'utilise pour effectuer un diagnostic (radiographie par injection

d'un produit de contraste, prélèvement sanguin, mesure de pressions intra vasculaires, etc....) ou un traitement (perfusion, drainage, alimentaire en sang d'un circuit extracorporel, etc....). Sa pose, pratiquée parfois sous anesthésie locale, nécessite une hospitalisation de courte durée.

(www.dictionnaire-medical.fr)

Un cathéter est un tube creux de plastique souple que le médecin place dans une veine du cou (veine jugulaire) ou de la cuisse (veine fémorale). Placé provisoirement ou de façon permanente, il constitue un accès pour réaliser une hémodialyse.

On s'appelle aussi cathéter central (« KT » plus comme un élément appelé par les infirmières de l'équipe de dialyse).

Le cathéter est composé de deux parties :

- Une partie visible protégée en permanence par un pansement.
- Une partie du cathéter non visible, insérée sous la peau, dans la veine.

Rarement envisagé comme méthode d'accès au sang définitive, le cathéter reste en place le plus souvent quelques semaines à quelques mois, le temps que la fistule artério-veineuse devienne fonctionnelle.

Il peut aussi, exceptionnellement, rester en place plusieurs années, quand la fistule artério-veineuse n'est pas envisageable.

(acteurdemasante.lu)

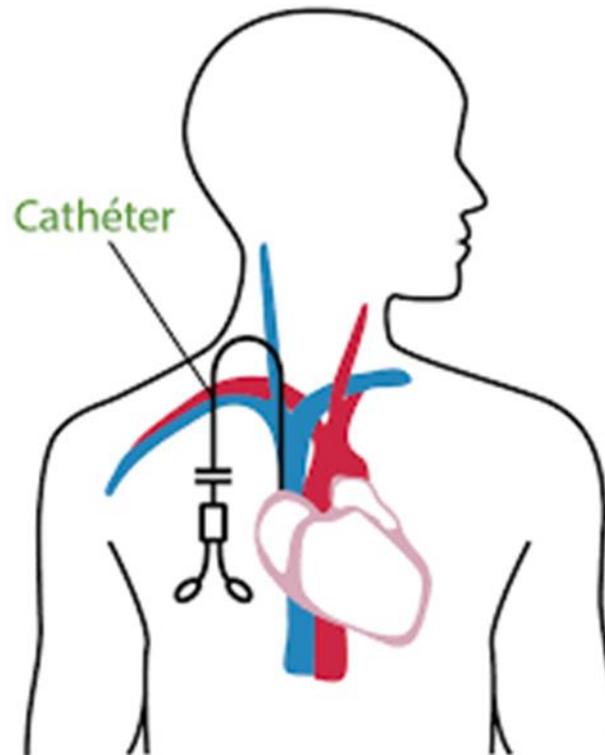


Figure N° 6 : Présente le cathéter

06 Définition de l'hémodialyse :

L'hémodialyse est une technique d'épuration extra-rénale qui met en contact le sang du malade, par l'intermédiaire d'une membrane semi-perméable, avec une solution de dialyse, circulant à contrecourant.

(Boubchir M. A, 2004, p 192).

L'hémodialyse est une technique d'épuration qui permet d'éliminer l'eau et les déchets liés au fonctionnement normal du corps humain à travers une membrane artificielle « rein artificiel » ou dialyseur.

(www.entraide-esi-ide.com).

07 Aspects techniques :

- Aspect général :

L'hémodialyse met à profil deux propriétés physiques des membranes semi- perméables :

1. Diffusion :

Transfert passif vde substances dissoutes à travers un mécanisme épurateur dans l'hémodialyse : électrolytes et molécules de petit PM (urée, créatinine...) diffuse à travers la membrane du milieu le plus concentré au milieu le moins concentré.

2. L'ultrafiltration :

Phénomène régi par un gradient de pression qui fait passer un liquide à travers une membrane semi-perméable. C'est un phénomène physique par lequel un liquide traverse une membrane semi-perméable. Le gradient de pression exercé au niveau de la membrane en est la force motrice. Le gradient de pression peut s'appliquer de 3 manières différentes : une pression, hydrostatique, crée par l'action d'un piston ou d'une pompe par exemple, peut être soit positive, soit négative. La pression hydrostatique est positive lorsque le liquide est « poussé » à travers la membrane, tandis qu'elle est négative lorsque le liquide est aspiré à travers la membrane. Lors d'une séance d'hémodialyse, la combinaison des pressions positives (coté sang) et négatives (coté dialysat) constitue le gradient de pression total au niveau de la membrane. Ainsi, la différence de pression entre 2 compartiments (PTM) règle l'importance de l'ultrafiltration et est utilisé pour faire prendre du poids au patient.

3. La convention :

Phénomène de transfert des solutés accompagnant le passage d'eau à travers une membrane (processus d'entraînement par un solvant).

(Boubchir M. A, 2004, p 193)

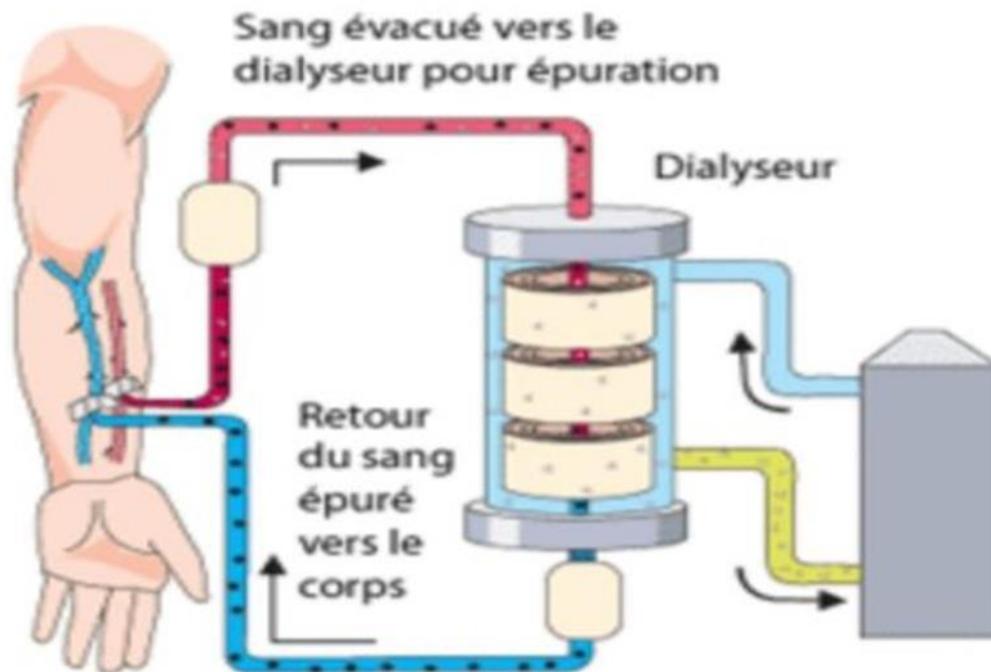


Figure N° 7 : Présente comment la dialyse se déroule

04-Hémofiltration (HB) :

Épuration par convection. La pression hydrostatique exercée sur une membrane semi-perméable assure le transfert d'une partie du plasma (ultrafiltres).

Technique qui reproduit la filtration glomérulaire, compensation hydrique et stabilisation hémodynamique plus grande car épuration continue et débit constant.

05-Hémodiafiltration (HDF) :

Épuration extrarénale continue associant au cours d'une même séance une ultrafiltration importante une hémodialyse conventionnelle. Elle doit ainsi permettre de combiner les deux méthodes sans en avoir les inconvénients, la convection épurant de façon satisfaisante les « moyennes molécules » et la diffusion assurant l'épuration des petites molécules. La méthode cumule donc une hémodialyse de courte durée (3heures environ) et une ultrafiltration de 10 à 16 litres par séance. Une pompe supplémentaire permet de réinjecter le liquide de substitution préalablement réchauffé, au niveau du piège à bulle.

6- Biofiltration :

Cette méthode est assimilable à l'hémodiafiltration. La seule nuance est liée à la quantité de réinjection plus faible en biofiltration : 3 litres au lieu de 10 litres en HDF.

(Boubchir M.A, 2004, p 194)

8- Préparation à l'hémodialyse :

8-1 La réalisation d'un accès vasculaire :

Cet accès doit être placé à l'extrémité du bras non dominant pour diminuer le risque de vol vasculaire et l'infection. La préservation du capital vasculaire commence tôt au cours de l'IRC et les prélèvements veineux doivent être effectués dans le bras opposé à celui prévu pour le futur accès vasculaire et même idéalement au niveau des veines du dos de la main.

8-2 La vaccination préventive contre l'hépatite B :

En effet, du fait de diminution de la réponse immunitaire chez les patients urémiques, des protocoles renforcés comportant des injections multiples de vaccins sont nécessaires. Le protocole usuel comporte 4 injections de vaccins (Genhevac B ou Engerix) effectuées à 0-1-2 et 4 mois et suivies du titrage des anticorps anti-HBs. Si le titre obtenu est inférieur à 50 milliU/mi, une injection supplémentaire doit être effectuée. Dans tous les cas, un rappel est nécessaire au 12^{ème} mois. Chez les patients très faibles répondeurs, les injections doivent être refaites à des intervalles de deux mois jusqu'à obtention d'un taux protecteur d'anticorps.

8-3 Réaliser un bilan de transplantation complet :

Pour inscription sur liste de transplantation

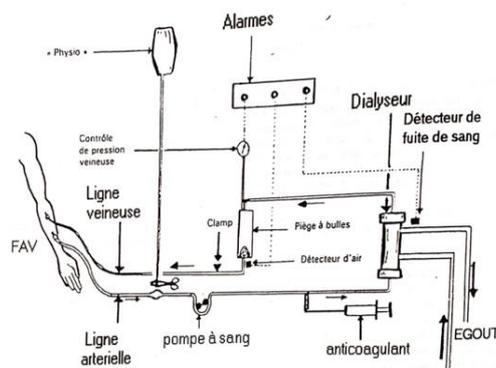


Figure N°8 : Circuit extra corporel d'hémodialyse

(Boubchir M.A, 2004, pp, 199 et 200)

9- La machine d'hémodialyse :

Un générateur d'hémodialyse est ainsi une machine permettant l'extraction, l'épuration et la réinjection automatique du sang. Cette filtration s'effectue à travers une membrane filtrante contenue dans le dialyseur et permettant la diffusion.

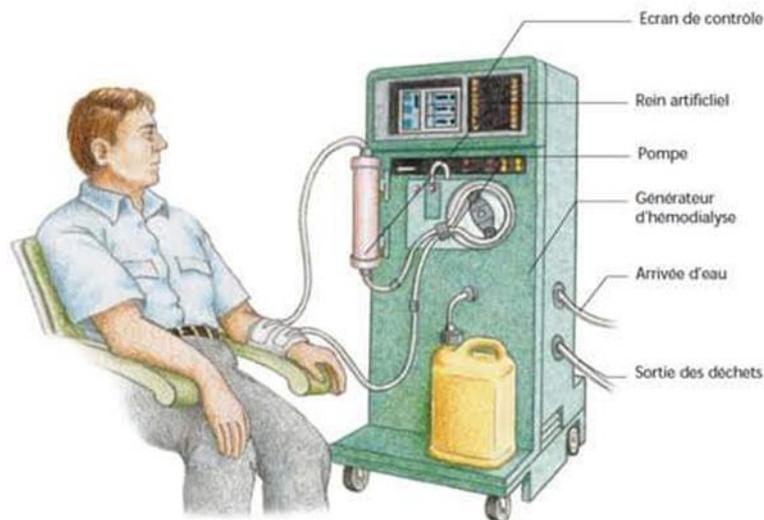


Figure N°9 : La présentation de la machine d'hémodialyse

10- La transplantation rénale :

La transplantation rénale est une opération chirurgicale qui consiste à greffer chez un patient (appelé receveur) un rein prélevé sur un donneur en état de mort cérébrale ou un donneur vivant, environ 30000 personnes seront porteuses d'une greffe rénale fonctionnelle en France, dont 6% suite à une greffe avec un donneur vivant, tous les patients ne peuvent pas être candidats à la greffe à cause de différents critères liés à l'âge et à la présence de pathologies associées, toute fois cette technique semble la plus intéressante pour le patient, tant sur le plan médical que personnel.

Une étude récente, menée auprès de patient américains au stade avancé d'IRC, montre que seulement 20 à 40% d'entre eux rapportent une activité physique.

(Marilou B –S)

Greffe de rein

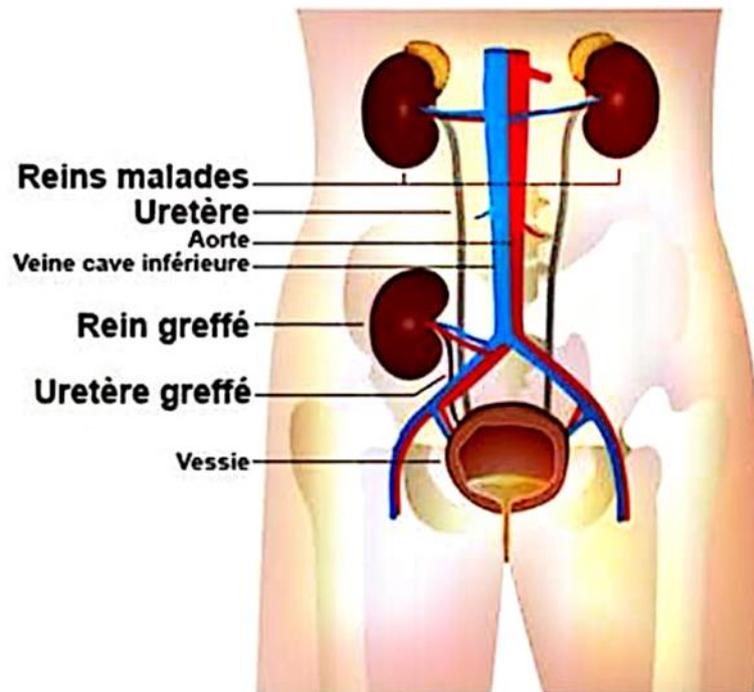


Figure N°10 : Présente la greffe du rein

Synthèse

Nous avons présenté dans cet aspect médical le rein et ses fonctions dans le corps humain, puis on a abordé l'insuffisance rénale et la dialyse et ces types ; l'insuffisance rénale qui est devenu un problème de santé publique, influence sur l'état de santé du malade physiquement et psychiquement.

ASPECT PSYCHOLOGIQUE

1. Le vécu psychologique de l'insuffisance rénale :

Les difficultés psychologique des dialysés sont liés aux fait que leurs maladie soit mortelle est rend indispensable des soins contraignants.

La découverte de la maladie confronte donc le patient a sa propre mort, les premier moments de cette découverte induisent des bouleversements sociaux, psychologique, des contraintes qui conduisent le sujet à diminuer son activité au quotidien cela se conduit à se détaché du monde et a repli sur soi accentué par fois par l'isolement sociale.

Certaine patients dialysés présentent quelque fois des préoccupations hypochondriaque excessive, ils peuvent se plaindre de douleur aux localisations multiple qui non pas d'origine somatique, ces plaine cachent enfaite souvent une peur imminente de la mort qui ne peut s'exprimer.

On peut-on outre observer des manifestations phobique para port a un type précis de machine ou à une infirmière, c'est en réalité un moyen de déplacé l'angoisse sur un objet extérieur afin de mieux évacuer et contrôler cette angoisse.

Il ya aussi perte de l'Independence du fait de la dépendance à la machine au soignant et donc perte de la capacité à s'assumer seul.

Il ya donc ; un travail de deuil à faire car on passe du statut de personne bien portante à celui de malade et pour faire le deuil de quelque chose notamment parvenir, oublier ce qu'un instant que nous avons perdu ce quelque chose.

La dialyse constitue alors un rappelle répétitif de la perte, donc ; l'oubli est rendu impossible.

Une carence ou une mauvaise information au début de la maladie peuvent grever lourdement la prise en charge ultérieurs, en plusieurs phases permet maturation de l'acceptation.

Les différents stades de l'acceptation (le choc, le déni, la réflexion, la révolte et l'acceptation) sont des réactions psychologiques naturelles mais leurs prolongations dans le temps ou leur inadaptation bloquant le travail de deuil.

(Échange de la Fidtn, 2015, p, 52)

2. Les troubles psychiques chez les personnes atteintes d'Insuffisance Rénale

Chronique :

2-1 – Les signes clinique de la dépression :

Selon **DOMINQUE Cupa**, une dépression plus ou moins importante existe chez tous les dialysé rappelle la perte de l'organe et donc que le corps est médialement abimé de fait de cette état dépressif on observe chez les personnes dialysé une chute de libido des problèmes d'impuissance ou de perte de désir sexuel de par le traumatisme de la confrontation à la maladie a la mort.

Selon **GLEFÉVRE**, cet état peut induire a des symptômes de type dépressif : chagrin, envi de rien, pas envie de voir d'autre personne, de sortir, détachement du monde extérieur, désintérêt pour les activités antérieur la maladie, perte d'appétit ou au contraire boulimie, trouble du comportement alimentaire multiples des troubles du sommeil, voir envie suicidaire.

(Lefebvre, 2005, p 1)

2-2 Les symptômes anxieux :

Les troubles anxieux et la dépression revient à deux maladies différentes néanmoins, l'anxiété est un symptôme fréquent en cas de dépression, cette peur sans cause évidente s'exprime aussi bien dans le corps (boule dans la gorge, douleur divers notamment le ventre) que dans la tête (peur flottante, rumination).

(Lamoureux, 2007, p, 11)

2-3 Dysfonctionnement sexuelle :

Tous les hémodialysés présentent des dysfonctionnements sexuel a des degrés divers, ces troubles semblent plus fréquent chez les hommes chez eux la diminution de la fonction rénale et donc de la fonction urinaire entraine une perte de la libido car ces deux fonctions sont symboliquement très lié chez les hommes selon Jean François alliaire, in cupa, (la fonction urinaire contribue a symbolisé la permanence de la virilité, contrôlé cette fonction et source de gratification alors que la perte de fonction urinaire représente une frustration). De plus il faut tenir compte de l'état anxieux au dépressif ainsi que bouleversement de la vie du couple induite par la dialyse.

(Échange de la Fidtn, 2005, pp, 3, 4).

3- La problématique de temps chez les personnes atteinte D'IRC :

Le dialysé, est souvent considéré par les personnes, comme un temps mort perdu ou l'importance de parfois réexpliquer l'intérêt de la dialyse ce à quoi il sert.

Si le rôle du psychologue aussi bien que les soignants, on peut par exemple ; rappeler qu'avant d'être au dialyse, le patient était beaucoup plus fatigué, et donc ; que la dialyse leur apporte un mieux-être, certains patients le reconnaissent d'eux même, surtout s'ils ne sont en dialyse que depuis quelques semaines.

La survenue de la maladie, comme événement traumatique peut entraîner un profond remaniement de la perception du temps, en effet le temps qui passe est ce qui nous rapproche tout de l'échéance qu'est la mort.

(Lefebvre, 2005, p, 1)

4- Les remaniements de l'image de corps :

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

La maladie peut entraîner une dépréciation corporelle, le sujet en vient à considérer son corps comme incomplet craint celui-ci ne soit déformé.

(Echange de la Fidtn, 2005, p, 4)

5- Que ce qui peut provoquer l'agressivité chez le patient dialysé ?

Nous pouvons dire que la culpabilité peut générer de l'anxiété et que celle-ci peut entraîner de l'agressivité l'anxiété étant que sentiment de peur quoi qu'il soit le comportement agressif accompagné de colère signe une faille et une vulnérabilité, l'agressivité est un moyen de communiquer.

(Échange de la Fidtn, 2015, p, 52)

6- Insuffisance rénale chronique et les relations sociales :

Le traitement par hémodialyse ressenti sur les différentes sphères de la vie du patient notamment sur la vie familiale certains patients font le choix d'installer une véritable cloison entre ce qu'ils vivent en dialyse et leurs vies quotidiennes d'autres ont besoin du soutien de leur

entourage et de compréhension, le traitement repart aussi sur la vie sociale et familiale temps libre est limité, les loisirs sont modifiés et le cercle des amis se réduit.

7- La qualité de vie et la maladie somatique :

Les maladies chronique ont un symptôme majeur l'angoisse il est donc essentiel de savoir comment le patient réagi et il met en œuvre une stratégie pour maintenir son hémostasie à court terme de sa qualité de vie.

L'évitement, conséquence de déni on de dénégation, le patient pense que le traitement n'est pas efficace (ainsi certaines patient atteint de maladies incurable marchent a la mort en faisant come si se de rien n'était).

Le patient peut aussi choisir des stratégies émotionnelles plus ou moins irrationnelle celui permettant d'atténuer l'angoisse.

Enfin la personne en résolution de problème défendra leur hémostasie thymique en cherchant à maitriser la situation.

(Journal de DELF, 2006)

8- La prise en charge psychologique :

Devant les difficultés d'adaptation rencontrée par les malades insuffisants rénaux chroniques traités par hémodialyse, l'intervention du psychologue s'avère très importante.

L'intérêt de l'intervention psychologique porte sur leurs cognitions dysfonctionnelles, leur comportement aggravant. Il est important de renforcer le sentiment d'auto-efficacité et de l'estime de soi. Il est nécessaire de procéder à une restructuration cognitive des pensés négative concernant la santé et la maladie

L'intervention psychologique dans lieu à l'adaptation des stratégies de coping les plus efficaces pour surmonter la maladie d'insuffisance rénale chronique et le traitement médical hémodialyse vécu comme expérience stressante, ainsi nous assistant à la réadaptation bio-psycho-social des insuffisants rénaux chronique traiter l'hémodialyse et se développant les comportements de santé (physique et psychique).

(Dr, Zenad p, 226)

Synthèse

Dans ce chapitre nous avons présenté le rein et ses types, sa fonction dans le corps humain, comme on a abordé une maladie lourde qui a été provoqué par le rein est ces types. Plusieurs notions comme la culpabilité, l'agressivité, anxiété, sont activé ou réactivé par l'insuffisance rénal et la mise en dialyse, toutes ces mouvement psychique sont liés entre eux et ont une importance capitale dans la manière d'appréhender la poursuite de l'existence, l'individu doit pouvoir être conscient de ces mouvements afin de les intégré, de les dépasser pour vivre au mieux, et cela ne peut se faire sans le soutien des proches mais aussi de l'équipe médicale et para médicale toute entière.

Chapitre III : Les stratégies de coping

Préambule

Nous sommes constamment confronté a des situations qui suscitent et nous diverses émotions désagréable (colère, peur, anxiété, tristesse) ces situations peuvent être banales et quotidienne (conflit familiaux, surcharge de travail, problème d'argent), ou ponctuelle et sérieuses (maladie grave, décès d'un proche, accident) l'individu ne subit pas passivement les évènements de vie aigue et chroniques il essaye de « faire face » « to cop » on parle de coping pour désigner les réponses, réactions que l'individu va élaborer pour maitriser , réduire ou simplement tolérer la situation aversive.

(Marilou B-S, 2001, p 68)

01- Historique de coping :

La notion de coping n'est apparue que récemment en psychologie, le coping est issu de l'étude des mécanismes de défense, mais dès le départ, il a cherché à mieux incorporer des processus psychologiques compliqué, impliqués dans les réactions à la fois comportementales et cognitives de la personne.

On a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses « adapté » en tant qu'activités de coping (ALKER, 1968), mais , au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi , étudiée a part , la formulation s'est modifiée ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situation difficile, ces stratégies étaient définie dans la littérature en tant que « repenses de coping » (Parker et Endler, 1996).

Le terme « coping » est apparu pour la première fois dans les abstracts de psychologie en 1967, et depuis, plusieurs catégorie se sont ajoutées (styles de coping, ressource de coping, évaluation de coping, ces dernière années, la recherche sur la notion de coping s'est donc fortement développé, il est comme toute, difficile de l'étudier isolement, car, comme nous le verrons, le coping est influencé par divers facteurs.

(Henri, C-S, 2004, p, 105).

02- L'évolution de la notion de coping :

La notion de coping est affilié à celle de mécanisme de défense, est développé par la psychanalyse depuis la fin de 19^e siècle, et à celle d'adaptation développé depuis la deuxième moitié de 19^e siècle.

2 -1- Coping et défense :

En 1960 à 1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense, un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié irrésistible, lié à des conflits intra – psychiques et a des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité, sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.

Une stratégie de coping est flexible , consciente , différencié (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe) sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser , réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement , les stratégies de coping se différencièrent peu à peu des mécanismes de défense ,notamment parce que ce sont des tentatives conscientes pour affronter des problèmes actuels.

(Marilou B-S, 2001, p 69).

2-2- Coping et adaptation :

Selon Lazarus et Folkman (1984), il convient de distinguer nettement coping et d'adaptation. L'adaptation est un concept extrêmement large qui inclut toute la psychologie, l'adaptation implique des réactions d'ajustement répétitives et automatiques, alors que le coping comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscient, changent, spécifiques et parfois nouveaux pour l'individu et pour l'espèce.

(Marilou B-S, 2001, p69)

03 - Définition de coping :

➤ Le coping mot anglais qui se traduit par «faire face», est un concept relativement nouveau en psychologie .le coping trouve ses racines dans l'étude de mécanismes de défense, le coping étant un nouveau mode pour décrire le comportement, et plus précisément la cognition, derrière les moyens utilisés pour faire face à une situation. (Henri Chabrol –Stacey Callahan, paris 2004, p2).

Lazarus et Folkman en (1984) définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques interne ou externe qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ».

(Marilou, B-S, p 70, 2001)

Le terme de coping regroupe l'ensemble des procédures et des processus qu'un individu peut imaginer et installer entre lui et un événement qu'il juge inquiétant voire dangereux, afin de maîtriser la conséquence potentielle sur son bien-être physique et psychique.

➤ **Le coping :**

Désigne les réactions et les stratégies d'adaptation en réponse à un stress, il inclut des efforts pour résoudre les problèmes ou améliorer les situations, pour composer émotionnellement avec la situation ou pour trouver de soutien.

➤ **La définition de stratégie :**

Est un plan d'action global qui est élaboré pour atteindre un objectif spécifiques dans un domaine donné , elle implique la définition clair des objectifs atteindre , des actions à entreprendre , des mesures à prendre pour évaluer des projets réalisés , comme peut être utilisé dans de nombreux domaines , tels que les affaires , la politique , la technologie , elle permet de guidé les décisions et les actions pour maximisé les chances d'atteindre les résultats souhaité .

04- Définition de stratégie de coping :

Également connue sous le terme de stratégie d'adaptation, se réfère aux différentes façons dont les individus font face aux difficultés de la vie quotidienne, ils varient en fonction des personnes et des situations.

05-Les types des stratégies de coping :

a)-Le coping centré sur le problème :

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme : négocier un délai pour payer ces factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certaines domaines, construire un planning, rechercher des informations....

A l'origine Lazarus et Folkman (1984) ont appliqué un échelle de 67 items, la WCC (ways of coping check-list), à 100 adultes qui devaient y répondre chaque mois pendant un an, en pensant à un événement récent qui les avait perturbés et à la façon dont ils avaient réagi ils obtiennent, en regroupant ces repenses par des analyses factorielles, huit petits facteurs se regroupant en deux stratégies générales, le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Le coping centré sur le problème comprend deux facteurs plus petits, la résolution du problème (recherche d'information, élaboration de plan d'action) et l'affrontement de la situation (effort et actions direct pour modifier le problème).

b)- le coping centré sur l'émotion :

il vise à gérer les repenses émotionnelles induites par la situation. La régulation des émotions peut se faire de divers façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de repenses appartenant à cette catégorie : consommer des substances (alcool, tabac, , drogue), s'engager dans diverses activités distrayantes (exercice physique, lecture , télévision,...) se sentir responsable (auto – accusation), exprimer ses émotions (colère , anxiété...) on peut utiliser à la fois à un coping centré sur le problème et centré sur l'émotion face au même événement .

(Marilou, B-S, p 71, 2001)

c)-La stratégie de recherche de soutien social :

Il s'agit des efforts de la personne malade pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui. Il peut s'agir d'une recherche de conseil ou d'information, tout comme d'une recherche de soutien moral ou affectif, de compréhension, trouver quelqu'un à qui parler. Plusieurs études montrent que la stratégie de recherche de soutien social est associée à un meilleur fonctionnement (Scharloo et al, 1998 ; Nielson, Jensen, 2004), ainsi des stratégies seraient recommandées d'autres non, le choix des stratégies de coping est déterminé par les évaluations successives que la personne fait. Ces évaluations seraient soumises à l'influence des différents facteurs situationnels et dispositionnels, l'événement et al (1980) proposent que la perception de la maladie ait une place particulière en lien avec le coping.

(Marie – C, 2006, p 36)

06-La phase d'évaluation :

L'évaluation est un processus cognitif par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute

modification de la relation entre l'individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles.

a) L'évaluation primaire :

C'est l'évaluation de la situation aversive, l'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation et quel impact elle peut avoir sur lui. De sa façon d'évaluer la situation dépendront des cognitions et émotions particulières un même événement peut par exemple être évalué par certains comme une perte (affective, matérielle, corporelle...) et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une menace (perte potentielle) et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçus comme un défi (un challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie.

b) L'évaluation secondaire :

Le sujet se demande ce qu'il peut faire face à cette situation, de quelles ressources et de quelle réponse il dispose, et quelle sera l'efficacité de ces tentatives

De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées , comparées et sélectionnées (rechercher des informations, faire un plan d'action , demander de l'aide ou des conseils , exprimer ses émotions , éviter le problème , se distraire , minimiser la situation...) en principe le sujet pensant disposer de ressources suffisantes pour contrôler la situation utilisera des stratégies visant à affronter celle-ci .le sujet croyant ne pas pouvoir la maîtriser tentera de se modifier lui-même pour mieux le supporter .

(Marilou, B-S p, 71, 2001)

7-Les différents modèles :

1 – le modèle animale de l'adaptation :

Est issu des théories évolutionnistes, en particulier de Darwin très général, il est applicable à tous les organismes vivants, et comprend des repenses comportementales automatique de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face à une menace issue de l'environnement.

(Marie C, A, p28, 2006).

2 – le modèle de la psychologie du moi :

Le coping est associé aux mécanismes de défense, inconscients et rigides, dont la fonction est de déminer l'angoisse face à des pensées et des affects inacceptables. Ce modèle a permis de mieux comprendre certaines réactions des individus face à un événement stressant, cependant il ne concerne que la réduction de la tension à un seuil acceptable, de façon inconsciente, et n'inclut pas la résolution du problème. Pour certains, les mécanismes de défense jouent un rôle de filtre entre agent tresseur et repense (Raahe et Arthur, 1978), pour d'autres, ils sont considérés comme précurseurs du coping.

(Marie – C, A, 2006, p28).

3 – les styles de coping :

Les personnes, avec leurs propres dispositions et personnalité auraient des façons privilégiées ou habituelle de répondre à des situations aversives

(Endlr et Parker, 1992). Il en découle une certaine stabilité de repense dans le temps et en fonction des événements. Cependant, malgré cette stabilité intra – individuelle, les événements de vie peuvent venir perturber ces habitudes, comme l'apparition soudaine d'une maladie, qui vient souvent en rupture avec le mode de fonctionnement habituel, nécessitant la mise en place de nouvelles façons de faire face : les stratégies de coping comme transaction entre les individus et l'événement stressant.

(Marie – C, A, 2006, p, 29)

4- le modèle transactionnel :

Dans leurs approche transactionnelle du coping, Lazaros et Folkman (1984, pp. 141) le définissent comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes ou externes qui sont évoluées (par la personne) comme consommant ou excédent ses ressources ».

Ce modèle se différencie des précédents le fait que l'on parle ici du coping comme un processus dynamique, et non une simple réaction automatique et répétée, conscient et spécifique, et non inconscient, général et stable, à une situation qui est évaluée comme stressante ou coûteuse.

Dans ce processus, des évaluations constantes de la relation entre l'individu et la situation intervenant, faisant varier les efforts cognitifs et comportementaux .le processus de coping est décrit comme séquentiel, impliquant des boucles de rétroactions entre les différents étapes.

(Marie – C, A, 2006, p, 29)

8-Le méta -stratégies de coping :

a) Évitement et vigilance :

Il existe une vingtaine de recherches différent consacrées aux stratégies général de coping ces études ont été synthétisées par couso (1996) Parker et enfler (1992), souls et Fletcher

(1985) et de RIDDER (1997) .elle aboutissent assez généralement à deux stratégies globales, ou méta – stratégie : coping centré sur le problème (ou vigilance), coping centré sur l'émotion (ou évitement). L'évitement apparait parfois comme troisième

Méta – stratégie, distinct des deux premier (Parker et Endler 1990).

SULS et FLETCHER (1985) ont réalisé le méta –analyse (synthèse quantitatives avec agrégation de tous les résultats) de 43 recherches antérieures, consacré au coping. Ils aboutissent à deux grands types de coping :

1. - Stratégies « évitâtes » (avoinant coping) :

Qui regroupe de nombreuses repenses de coping : distraction, diversion, répression, faible vigilance, évitement, déni, attitude défensive, fuite, fatalisme, résignation.

2. -Stratégie « vigilantes » (vigilant coping qui inclut) :

Attention, sensibilité, vigilance, implication, réévaluation, attitude non défensive, il ya une parenté évidente des stratégies évitâtes.

Avec le coping centré sur l'émotion et des stratégies vigilantes avec le coping centré sur le problème.

(Marilou B, S, 2006, p 75)

b) Le soutien social :

Certains auteurs affirment que le soutien est une ressource sociale perçue dont peut bénéficier un individu et non une stratégie d'ajustement (Parker et Endler, 1992).

D'autres, au contraire, considèrent que la recherche de soutien social implique bien en effet des efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui. Il s'agit bien dans ce cas d'une stratégie de coping élaborée par un individu.

Un instrument idéal d'évaluation de coping comprendrait au moins deux stratégies générales : coping centré sur le problème et coping centré sur l'émotion. C'est deux méta-stratégies devraient inclure des stratégies plus spécifiques dont la recherche de soutien social et l'évitement, souvent oubliées. Il devrait en outre permettre d'explorer à la fois le style de coping de l'individu (stratégies habituelles utilisées face à des stressors différents) et les processus spécifiques associés à des situations particulières (ressenties comme perte, menace, défi) c'est-à-dire un coping «dis positionnel» et un coping «situationnel».

(Marilou B-S, 2001, p 75)

9-L'apprentissage et l'amélioration de stratégie de coping :

Les stratégies peuvent améliorer leurs stratégies de coping en apprenant, par elle – mêmes ou avec un accompagnement professionnel, à mieux affronter les difficultés de la vie. Notre modèle repose quatre processus d'apprentissage de stratégies de coping efficaces, Afin de faciliter la mise en application du modèle, nous suggérons de suivre la démarche suivante :

- 1) Évaluer les stratégies générales de bien – être.
- 2) Évaluer les stratégies générales d'évitement.
- 3) Identifier les situations spécifiques de stress, puis décortiquer chacune des situations afin de distinguer les dimensions contrôlables et non contrôlables.
- 4) Établir un plan d'action qui permettra tel que : améliorer les stratégies de bien être, diminuer les stratégies d'évitement, passer de la résignation –déresponsabilisation à la modification de la situation, passer de l'acharnement au lâcher prise.
- 5) Mettre en œuvre le plan d'action et faire un suivi pour constater les progrès.

(Dr Lucie, 2013, p 43)

10 - Le stress et coping :

Nous avons tous eu l'expérience du stress dans la vie, le stress est le plus souvent compris comme un évènement extérieur qui met une pression atypique sur la personne. Cet évènement est souvent appelé un « tresseur ». Il existe plusieurs moyens pour conceptualiser le stress, mais nous nous limiterons aux définitions «transactionnelles» qui le résumant le mieux dans sa globalité.

Auteur du modèle « stress et coping », Lazarus et Folkman (1984) sont cités le plus souvent. Ils ont décrit le stress comme un processus comprenant les tresseurs et les tensions individuelles en ajoutant une dimension importante : le rapport entre la personne et l'environnement. Ce processus implique des interactions continues et des adaptations – c'est-à-dire les transactions – entre la personne et l'environnement, les deux interagissant. Le stress est défini comme la condition qui émerge quand les transactions personne – environnement amènent l'individu à percevoir une contradiction – réel ou imaginée – entre les exigences de la situation, d'une part, et les ressources des systèmes biologiques ou sociaux de la personne, d'autre part le stress sollicite les ressources biologiques et, psychologiques et sociales de la personne pour faire face aux tresseurs, ces ressources sont limitées. Cette demande peut s'orienter principalement vers le système biologique, par exemple lorsque nous devons utiliser notre corps pour répondre aux tresseurs (fuir un bâtiment après une catastrophe naturelle).

De même, Aldwin (1994) décrit le stress comme une qualité d'expérience, produit par une transaction personne- environnement, et qui par le biais d'une activation d'éveil excessive ou insuffisante ; se traduit en une détresse soit psychologique, soit physiologique, soit les deux.

Dans notre échange avec l'environnement, nous évaluons en parallèle les exigences, les ressources et les contradictions. Ces transactions sont influencées par beaucoup de facteurs, y compris nos expériences précédentes et certains aspects de la situation actuelle. Le plus souvent, nous élaborons des stratégies pour évacuer notre détresse, ce qui nous ramène à la notion de coping selon Holahan et Moos (1994), le coping serait essentiel à la résistance au stress parmi ses autres fonctions.

(Henrie C–Stacey C, 2004, p 2)

➤ **L'approche transactionnelle du stress et du coping :**

L'approche transactionnelle de coping se distingue relatifs aux mécanismes de défense et aux processus d'adaptation, selon elle il n ya pas de stratégies efficace ou inefficace en soi, indépendamment des caractéristiques de la situation à affronter. L'efficacité d'une stratégie dépend aussi des critères choisis (équilibre émotionnel, bien être, qualité de vies) une stratégie pouvant par exemple protéger l'individu contre l'affectivité négative tout nous nuisant à sa santé (alcoolisme, tabagisme).

(Revu, décembre 2001, p75).

11-Les stratégies de coping et leurs efficacités :

Une stratégie de coping est efficace si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante ou diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. Vis -à- vis d'une situation maîtrisable, les études indiquent que les stratégies centré sur le problème sont fonctionnelle et associées à des indicateurs de santé mental positifs (Bruchon – Schweitzer, 2002). Dans ces cas, les stratégies centrées sur les émotions s'avèrent relativement efficaces à court terme, mais induisent au long terme des états dépressifs (Bruchon – Schweitzer, 2002).

Seligman fondateur de la psychologie positive, suggère que les stratégies associées aux composantes du bien-être s'avèrent favorables en tout temps, notamment les relations interpersonnelles positives, le sens et l'accomplissement. A l'inverse, il appert que les stratégies d'évitement sont pratiquement toujours néfastes, surtout les tresseurs se manifestent avec une certaine chronicité (Bruchon – Schweitzer, 2002).

Hartmann (2008) affirme que l'approche classique du coping émotionnel devrait être fortement reconsidérées .elle suggère de mieux prendre en compte les stratégies de régulation émotionnelle et de dissocier la rumination mentale d'un coping d'affrontement émotionnel adaptatif. Elle décrit de nouvelles orientations dans le champ de coping, notamment le rôle de la recherche de sens et l'acceptation. Brandtstadter et Renner (1990) relèvent une meilleure santé mentale chez les individus qui sont capables d'intégrer simultanément deux stratégies de coping, jaffe et Scott, en (1988) soulignent le caractère actif et adaptatif du lâcher – prise, qui implique une transformation intérieure.

Nous retenons que les stratégies reliées au bien être seraient efficaces en tout temps, que celle associés à l'évitement seraient dysfonctionnelle, que le coping centré sur le problème serait

adaptatif quand la situation est contrôlable et que lâcher – prise le serait en situations non contrôlables...

(D^r Lucie, p 41, 2013)

12-Faire face à la maladie :

Toutefois ,il ne suffit pas de décrire l'expérience que vivent les patients et le dérèglement produit par l'irruption de la maladie dans leurs vie , les psychologues se sont attachés à analyser les stratégies mises en place par les individus pour gérer les problèmes que celles –ci entraîne, dans tous les lieux de la vie sociale perturbés par la maladie , la personne malade est un acteur central, obligé de faire des choix et de prendre des initiatives il peut s'agir pour elle de trouver un emploi plus adapté à sa nouvelle situation ou au contraire , de cesser son activité professionnelle, la maladie peut l'amener à modifier la nature des rapports qu'elle entretenait avec sa famille, ses amis, ses collègues de travail , cependant des problèmes d'ordre psychologique ou émotionnelle sont fréquent si l'individu considère que sa vie na désormais plus de sens, à divers niveaux , les stratégies qui vont être développés pas les malades consistent à négocier une certaine forme d'ordre dans les différentes sphères de leurs vie sociales.

(Crispin, B, 2010, pp 109 et110).

Synthèse

L'intérêt pour le coping associé au stress, permet de soulever des questionnements intéressant notamment en regard des personnes malades, certaines facteurs sont considérer comme des déterminants de l'adaptation à la maladie, parmi ses facteurs le choix d'un profil de coping peut s'avérer plus efficace qu'un autre au profil adaptatif.

De nombreuses personnes sont confrontées à la maladie chronique, les chercheurs ont conduit de nombreuses études empiriques afin de mieux comprendre l'ajustement à la maladie chronique.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule

Pour réaliser un travail de recherche on a utilisé une technique bien déterminé qui est la méthodologie afin d'obtenir des données fiable et aussi pour effectuer et avancer dans une recherche.

Dans ce chapitre on va aborder la méthode qu'on a utilisé dans notre travail de recherche ainsi que le lieu de stage, la population d'étude, les outils de recherche.

1. Pré-enquête

Toute recherche doit être commencée par une étape très importante qui est la pré-enquête, sur laquelle le chercheur doit se basé dans sa recherche pour obtenir des informations et des donnés sur sa thématique.

Comme elle se définit comme enquête portant sur un petit nombre d'enquêtés ou de documents pour tester les hypothèses et le questionnaire, avant d'entreprendre l'enquête elle-même (GRAW 1981).

(www.lalanguefrancaise.com)

« La pré-enquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essaié sur un échantillon réduit les instruments prévue pour effectuer l'enquête. Si on a des doute sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ces objectifs ».

(Grawitz, 2001, p 550)

Dès qu'on a choisi la thématique qu'on doit traiter, on s'est déplacé au terrain pour chercher le lieu où on doit effectuer notre recherche et pour confirmer s'il ya des cas qui convient à la catégorie d'âge de notre recherche. Après les difficultés qu'on a rencontrées aux hôpitaux de Bejaia vu que les nombres de cas est limité, on a décidé de faire le stage pratique chaque une de nous toute seule dans différent hôpitaux même si le travail de recherche est associés.

On s'est déplacé à l'Etablissement Public Hospitalier de Sidi-Aich exacte au service d'hémodialyse, on a rencontré le chef de service d'hémodialyse on a lui exposé notre thème de recherche, il nous a confirmé qu'il avait que deux (2) cas qui convient à la catégorie d'âge de notre thématique. Comme il nous a donné l'avis favorable pour commencer notre pratique.

La première fois où nous sommes déplacés au service d'hémodialyse pour le découvrir et de commencer la pratique, on a trouvé une équipe médicale (infirmiers, médecins...) qui nous a orienté vers la psychologue du service. Elle nous a fait découvrir le service d'hémodialyse et comment le travail se déroule là-bas, elle était super gentille. Comme elle nous a posé un ensemble de questions concernant le côté théorique et pratique aussi.

Puis on s'est déplacé aussi au Chu de Bejaia Frantz Fanon exacte le service d'hémodialyse, on s'est présenté au chef de service il nous a orienté, on a lui exposé notre thème de recherche et on lui a précisé la tranche d'âge de notre thème qui est de 24 à 28 ans, il nous a confirmé le nombre de cas qui se trouve dans le service. Le jour où on a commencé notre stage pratique, on a trouvé une équipe des infirmiers et des médecins qui nous a fait découvrir le service. Dont on a pu pratiquer notre guide d'entretien et notre échelle.

2. L'enquête :

Désigne une méthode de recherche employée chaque fois qu'il s'agit d'étudier des variables nombreuses, éventuellement en relations, dans un contexte non modifiable par le chercheur.

(carnets2psycho.net)

Notre première séance avec nos patients, nous nous sommes présentés comme étudiantes en Master 2 en Psychologie Clinique, on a réexposé et éclairé notre thème de recherche qui s'intitule « **Les stratégies de coping chez les adultes ayant l'âge de 24 ans à 28 ans hémodialysé** ». Afin de leur faire comprendre notre thématique, ils ont été convaincus par nous et on a obtenu leur confiance.

Après la première séance, on a fait un programme pour qu'on puisse faire l'entretien individuel afin qu'ils puissent être à l'aise. Comme la durée des entretiens de chaque patient dure environ 30 minutes, dans un endroit calme, dont on a appliqué un guide d'entretien qui sert à recueillir les informations sur le patient tel que (information personnelle, sur l'état de sa santé, sur son vécu psychique, sur ses relations sociales et familiales et sur son plan sexuel).

3. Les limites de recherche :

Limite spéciale : notre recherche est déroulée à l'Établissement Public Hospitalier (EPH) de Sidi-Aich et à l'hôpital de Frantz Fanon.

- La durée de stage du 12 février 2023 jusqu'au 31 mars 2023 à l'hôpital de Sidi – Aich

- du 01 mars jusqu'au 14 avril 2023 a l'hôpital de Bejaia exact service hémodialyse

-La population d'étude : notre étude est faite sur 4 personnes adultes ayant l'âge de 24 à 28 ans hémodialysés.

- 2 personnes qui ont l'âge de 24 ans hémodialysés.
- 2 personnes ayant l'âge de 28 ans hémodialysés.

4. Présentation des lieux de recherche :

Nous avons effectué notre recherche au sein de deux services d'hémodialyse L'Etablissement Public Hospitalier de Sidi-Aich et l'autre à l'hôpital de Béjaia exacte Franz Fanon.

1. L'Etablissement Public Hospitalier de Rachid Belhocine de Sidi-Aich :

L'EPH de Sidi-Aich est inauguré le 11 mars 1986 par le décret N°86-68 relatif à la santé avec le déplacement des ressources humaines et matérielles de l'ancien hôpital de Sidi-Aich qui a été construit au cours de l'année 1965.

➤ Situation géographique :

L'EPH de Sidi-Aich se situe exacte dans une région semi urbaine qui est en nom de Vouzarman, et à 45 km de la Wilaya de Béjaia. Il est délimité au nord par la commune d'Efnaïai, au sud par la commune de Tinebdar, à l'est par la daïra d'El Kseur, et à l'ouest par la daïra d'Ifri-Ouzellaguen.

Dans cette recherche, on s'intéresse seulement au service d'hémodialyse, ce service situé à proximité de polyclinique de la ville de Sidi-Aich. Il a été inauguré dans la matinée de jeudi 23 octobre 2011 par Hamou Ahmed Touhami qui a été le premier responsable de la Wilaya de Bejaia.

Lors de la première phase d'ouverture du service en 2011, la direction de la santé ont assuré 10 générateurs seulement, y avait que huit (8) générateurs qui sont programmés, l'un est réservé en cas de panne et l'autre en cas d'urgence. Au fil du temps, ils ont pu assurer six (6) d'autres générateurs de plus, qui veut dire on trouve actuellement dans ce service seize (16) générateurs, huit (8) sont programmés dans une salle de soin, deux (2) sont programmés dans une salle d'urgence et 6 autres sont réservés en cas de panne.

2. Franz Fanon de Bejaia :**B-1- Description du Chu de Bejaia :****➤ Généralité :**

Il est situé dans une zone urbaine (Willaya), le centre Hôpitalo-Universitaire de Bejaia correspond à une structure de trois (3) niveaux (établissement à vocation locale, régionale). Il dispose d'une capacité théorique environ de 533 lits. Le Chu de Bejaia est composé de trois unités d'hospitalière ; (unité de Frantz- Fanon, unité de Targa Ouzemour, unité de Sidi Ali Lbhar).

➤ Unité de Frantz Fanon

Suivant un acte publié en date de 07/08/1878 Mr et Mme TRAN YON fait donation à la commune de bougie d'un immeuble situé à la rue d'un train.

D'après les archives du répertoire des malades hospitalisés, on n'a déduit que l'hôpital a commencé ces activités en janvier 1896.

Le service d'hémodialyse contient de deux (2) salles de dialyse, doté de 14 générateurs fonctionnels, et d'autres de réserve en cas de panne, y a le bureau du médecin chef, le bureau du chef de service, le bureau des résidents, y a la station d'eau, une chambre désolément qui contient un générateurs pour les malades contagieux et y a deux armoires qui contiennent des médicaments.

5- La méthode utilisée (la méthode clinique est l'étude de cas) :**1. La méthode clinique :**

La méthode clinique est une approche systématique utilisée en médecine et d'autres disciplines de santé diagnostique et traiter les patients. Elle implique évaluation approfondie du patient, en prenant compte son histoire médicale, ces symptômes, son examen elle est résultats du test diagnostique précise et à un plan de traitement approprié.

Le terme « clinique » provient de la traduction médicale, mais les conceptions psychologiques ont opéré une rupture avec le sens originnaire et s'inscrivent dans un projet différent.

(Jean, L, p, 33).

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y

résumé. La méthode clinique s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur le problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation.

(Pedinelle, J-L, Fernandez, L.2006, p, 46)

2- L'étude de cas :

L'étude de cas dans le cadre d'un mémoire ou d'une thèse permet de collecter des informations à partir d'une étude précise, ou peuvent se servir de l'étude de cas comme une méthode analytique, nous permettant de collecter et de recueillir les informations autour de notre sujet de recherche. Comme elle peut également se révéler utile pour mener un travail de recherche dans un mémoire ou une thèse. Cette méthode d'analyse qualitative permet en effet comme elle permet de valider ou d'invalider une ou plusieurs hypothèses, donc il devra être en lien direct avec le sujet d'étude et le problème de recherche.

(<https://www.adobe.com>)

Une étude de cas se compose de deux temps : le recueil des informations et leur mise en forme (construction). A chaque de ses temps correspond une logique différente, à moins que le second ne soit que la lecture du premier.

1. Au cours du temps de recueil des informations, l'étude de cas peut être située entre deux pôles « imaginaires ». le premier correspond à une recherche de faits exacts par des moyens

standardisés permettant peu ou prou la comparaison du sujet à une norme (par exemple recherche sémiologique par questionnaire et échelle). Le second pôle est représenté par l'écoute du discours se fait à plusieurs niveaux. Elle porte sur le contenu manifeste mais elle est aussi attentive à l'erreur, l'oubli, la contradiction, les ruptures, les incertitudes, la répétition, l'incapacité de lier des faits, des sentiments, l'utilisation des formules de rhétorique (métaphore, métonymie, périphrase...), ou le rapport entre l'énoncé et l'énonciation, ou le mécanisme de défense facile à cerner dans le discours (dénégation, déni, isolation, déplacement, condensation...).

2. Au cours du temps de reconstruction, l'étude de cas se situe le long d'un axe allant de l'observation la plus exacte et la plus objective des différents symptômes, états, traits, modes de défense... à une interprétation du sens du discours du sujet. L'analyse, l'interprétation, la construction et l'écriture sont des moments essentiels, cependant à des lois. L'écriture de l'étude de cas (récit et/ou analyse, concret et/ou théorie ?) représente un exercice particulier.

(Pedinelle, J-L, Fernandez, L. pp 71 et 72)

L'étude de cas contient des éléments importants comme :

3. L'entretien :

L'entretien clinique se définit comme une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le contact s'établit au sein précisément de cette communauté humaine que révèle la rencontre le « je » du consultant entre en relation immédiate avec le « je » du récepteur-clinique.

(Bernard C, Patricia A, pp 24 et 25)

On distingue généralement trois types d'entretien, qui se différencient par la place plus ou moins importante laissée à la liberté d'initiative, tant du praticien que du consultant.

Les trois types d'entretien clinique sont ; l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif, dont on a utilisé le type qui correspond à notre thème qui est l'entretien semi-directif.

A- L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif qui a pour le but d'obtenir, dans un temps relativement court, des renseignements précis et déterminés sur l'histoire et la vie actuelle du sujet. Cette démarche est déjà qualitative et tout en laissant une liberté relative à l'expression personnelle, elle met un jeu

un certain nombre de questions incontournable, qui devront permettre un recueil des données psychiques et psychopathologies suffisantes en lien avec des exigences sociales contraignantes. Il s'agit par exemple d'un entretien de recherche, dont le programme et la grille d'entretien sont déterminés à l'avance, ou d'une expertise psychologique dans le cadre d'un conflit familial ou d'une affaire judiciaire, ou encore d'un entretien préliminaire à un examen psychologique général.

(Bernard C, Patricia A, p 53)

B- Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble de questions à aborder lors d'une entrevue. Il est structuré selon le type d'entretien tel que l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif.

(<https://www.scribbr.fr>)

Comme le guide d'entretien s'agit d'une série de questions qui organisées d'une manière logique. Il est souvent utilisé comme outil de recherche ou d'enquête pour recueillir des données et des informations sur le sujet.

4. La présentation de la population :

Notre travail de recherche s'est centré sur les adultes ayant l'âge 24 ans à 28 ans atteints d'une insuffisance rénale chronique. Ainsi notre groupe de recherche est composé de quatre (4) cas seulement. Dans notre travail de recherche nous avons changé les noms des quatre patients on les a remplacé par d'autre mais on a gardé d'autre informations.

N°	Sujet	Age	Sexe	Situation professionnelle	Situation matrimoniale	Le début de la maladie	Service d'hémodialyse
1	Anis	24 ans	Masculin	Stagiaire	Célibataire	5 ans	Sidi-Aich
2	Samira	24 ans	Féminin	Ne travaille pas	Mariée divorcée	2 ans	Frantz Fanon
3	Fayçal	28 ans	Masculin	Ne travaille pas	Célibataire	1 an	Sidi-Aich
4	Idir	28 ans	Masculin	Commerçant	Célibataire	8 ans	Frantz Fanon

Tableau n° 3 : les caractéristiques de la population d'étude

5-Les outils de la recherche :**a. Le guide d'entretien clinique :**

Le guide d'entretien est un document qui regroupe certains nombre d'axe :

Le 1^{er} axe : Information personnelle ; cela nous permis d'avoir des idées personnelles sur notre sujet tel que (l'âge, niveau d'instruction, situation professionnelle...)

Le 2^{ème} axe : Information sur l'état de santé ; cela nous permis d'avoir des informations sur son état de santé avant et après la maladie et est-ce que il avait d'autre maladie et comment il a réagi en lançant sa maladie.

3^{ème} axe : Information sur le vécu social et familial ; englobe des questions sur le vécu sociale et familiale c'est-à-dire est-ce que le soutien de sa famille et de son environnement le soulage.

4^{ème} axe : Information sur le vécu psychique ; cet axe contient de plusieurs questions sur le vécu psychique chez les adultes ayant l'âge de 24 ans a 28 ans hémodialysé.

5^{ème} axe : Information sur la vie sexuelle ; cet axe s'intéresse à la vie sexuelle c'est-à-dire ece que il s'intéresse au mariage...

b. L'échelle de toulousaine de coping :

Est un outil d'évaluation qui mesure du coping, qui désigne l'ensemble des stratégies cognitives et comportementales que les individus utilisent pour faire face à des situations stressantes. Cette échelle a été développée par une équipe de chercheurs de l'Université de Toulouse en France.

Donc cette échelle est composée de 54 items qui évaluent différents types de stratégies de coping, tels que la recherche de soutien social, centré sur le problème, et centré sur l'émotion.

Comme chaque items est évalué sur cinq (5) notes ; 1 (pas du tout) et 5 (très souvent).

6- L'histoire d'échelle de toulousaine de coping :

Pour Lazarus et Folkman (1984), le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre. Deux dimensions interviendront fondamentalement à partir de l'estimation des risques.

Une focalisation sur le problème (réflexions et intervention).

Une focalisation les émotions (contrôle et expression de la détresse émotionnelle causée).

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésées par les tensions auxquelles elles sont confrontées. A la différence des auteurs précédant, ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions. Le premier fait référence aux tentatives pour changer la situation (éliminer les sources des tensions). La deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation du stress (réduire l'impact de l'événement par la signification), et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de détresse (gestion du stress). D'autres auteurs (Billings et Moos, 1981, Seiffge, Krenke, 1984) proposant aussi un modèle à trois dimensions. Par contre Sheider et Weintraub (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies. Dans un souci de compréhension, nous avons regroupées selon cinq champs, le champ comportemental (résolution de problème et retrait comportemental), le champ cognitif (stratégies de planification...), le champ émotionnel (débordement, envahissement des émotions), les mécanismes de défense (déli, additivité) et les rapports sociaux (stratégies de demande d'aide). Ces auteurs font du coping un processus, pouvant inclure toutes sortes de stratégies, des certaines n'étaient pas prises en compte jusqu'à là.

7- La construction :

- Le contenu :

Cette échelle permet une passation individuelle mais aussi collective. Elle est composée de 3 champs : l'Action (champ conatif), l'Information (champ cognitif) et l'Emotion (champ affectif) dont d'articulation permet l'émergence de six stratégies (Focalisation, Support Social, Retrait, Conversation, Contrôle et Refus). Donc chaque champ est constitué de 6 dimensions et chaque stratégie comprend 3 dimensions. L'échelle est donc constituée de 18 dimensions : chaque dimension est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle en cinq points.

-Consigne :

Lorsque vous affronter une situation difficile, vous réagissez la façon variable.

Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerner et qui est très angoissante, stressante, vous précisez vos réactions, votre façon de réagir face à cette situation stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisie dans la première ligne. Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouvez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée de 1 (pas du tout) à 5 (très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations.

(Esparbès, S., Sordes, F., Tap, P. (1993).

8- Présentation des stratégies et des dimensions :

1. Focalisation active et cognitive :

Implique de se concentrer sur le problème et sur les modes de résolution. La focalisation affective (émotionnelle) implique en feint l'envahissement d'émotion spécifique.

A-Focalisation active :

Faire face, aller directement au problème.

G-Focalisation cognitif :

Analyser la situation, se servir d'expériences passées, mettre en place des stratégies pour mieux résoudre le problème.

M- Focalisation émotionnelle :

Devenir irritable on agressif à l'endroit des autres on s'en prendre à soi-même en épouvante de la culpabilité.

2. Le Support Social :

Implique une demande d'aide en terme cognitif (conseils, informations) ou affectif (besoin d'écoute et de reconnaissance). Il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme moyen de lutte contre le stress.

3. Coopération :

Besoin de travailler avec d'autre.

H- Support social informationnel :

D'adresser à des personnes pour avoir des informations au sujet de la situation qui pose problème.

N- Support social émotionnel :

Besoin d'en parler à quelqu'un, s'adresser à des personnes qui peuvent reconforter.

4. Le retrait :

Le sujet se replie sur lui-même, essaie de ne pas penser au problème en se réfugiant dans le rêve ou dans l'imaginaire ou en adaptant des conduites de compensation (nourriture, drogue, tabac, médicaments).

5. Retrait comportemental et social :

Se replier sur soi, se détourner des autres, se mettre en retrait par rapport aux autres.

1. Retrait mental :

Chercher à chasser le problème de son esprit, refus d'y songer, vouloir l'oublier (oubliactif). Se complaire dans les rêveries, dans l'imaginaire afin d'oublier les difficultés.

O- Addictivité :

Compenser par la nourriture, les médicaments, la drogue, le tabac.

2. La conversion :

Implique le changement, la transformation des comportements, des positions cognitives (acceptation) ont des valeurs (se tourné vers Dieu, se donner une philosophie de vie plaisanter sur le sujet

D- Conversion comportemental :

Modifier ses actions, son comportement, sa façon de vivre en fonction du problème.

3. Acceptation :

Accepter le problème quel qu'il soit ou apprendre à vivre avec.

P- Conversion par les valeurs :

Mettre sa confiance en Dieu (attitude de foi) à se tourner vers une autre philosophie de vie, relativiser de façon amusante la situation (humeur).

4. Le contrôle :

Implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements ou des activités et la contention des émotions.

E-Régulation des activités :

Résister à l'impulsion d'émettre des jugements irréfléchis ou de prendre du recul par rapport à la situation, prendre le temps d'agir

Cette stratégie a pour but de retenir l'action quand elle peut faire plus de mal que de bien.

5. Contrôle cognitive et planification :

Se donner des objectifs, faire un planning, traiter le problème de façon abstraite et logique (intellectualisation).

Q- Contrôle émotionnel :

Ne pas paniquer, ne pas montrer aux autres les émotions qui vous habitent.

6. Le refus :

Le sujet fait comme si le problème n'existait pas, il se distrait en faisant quelque chose de plus agréable. Il a des difficultés à décrire ses émotions.

F- Distraction :

Chercher à songer à autre chose qu'au problème, s'engager dans d'autres activités pour ne pas y penser chercher des satisfactions dans d'autres domaines de l'existence.

7. Dénégation :

Faire comme si le problème n'existait pas (déli conscient).

R- Alexithymie :

Ne pas pouvoir décrire ses émotions.

Champs Stratégie	I Action	II Information	III Emotion
Focalisation	A Focalisation active	G Focalisation cognitive	M Focalisation émotionnelle
Support social	B Coopération	H Support social informationnel	N Support social émotionnel
Retrait	C Retrait comportemental et social	R Retrait mental	O Additivité
Conversion	D Conversion comportemental	J Acceptation	P Conversion par les valeurs
Contrôle	E Régulation des activités	K Contrôle cognitif et planification	Q Contrôle émotionnel
Refus	F Distraction	L Dénégation	R Alexithymie

9- Administration et Notation :

1. Administration :

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test.

Après les remarques introductives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examinateur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les instructions.

La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence aux consignes du test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en cinq points, de un (pas de tout d'accord) à cinq (tout à fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

L'examinateur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, et réaffirmer le caractère confidentiel des résultats. L'administration de ce test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées.

2. Notation :

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement 1 en suivant les phrases de 1 à 54 dans l'ordre du test. Ensuite, 5 types de notes finales sont possibles, au choix :

Avec la feuille de dépouillement 1 on obtient :

➤ Une note par dimension :

C'est la somme des 3 phrases situant la dimension, il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (ex pour la dimension A additionner les scores obtenus aux phases 1, 19 et 37).

Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par un individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus fines de l'échelle.

➤ Une note par champ :

St la somme de dimensions constituant le champ (case blanche non grisée). Il suffit d'additionner les 5 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée (ex pour le champ Action : additionner A, B, C, D, E, F et inscrire la somme dans la case Total).

Ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée du sujet dans les 3 champs.

1. Une note générale de coping :

C'est la somme des 3 notes des 3 champs, il suffit de rapporter la note dans la case Total G.

2. Une note de coping positif et négatif :

Il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées Positif ou Négatif et dans les cases blanches. En faisant la somme des 9 dimensions positives du coping, on obtient une note de coping positif et négatif, on peut vérifier l'adéquation de la réponse du sujet avec la réponse de désirables sociale obtenue alors d'une étude réalisée sur 260 sujets.

Avec la feuille de dépouillement 2, on obtient :

➤ **Une note totale par stratégies :**

Il suffit de rapporter ligne (ex Action A, B, C, D, E,F) les notes obtenues aux dimensions (feuille de dépouillement 1), de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement 2 et de faire la somme par ligne (ex Focalisation : additionner A,G,M). On obtient ainsi une note pour chaque stratégie. Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée.

Coping positif et négatif sur la désirables sociale

Dans le cadre de la validation de cette échelle, nous avons testé l'influence de la désirables sociale. Cette étude proposée à 260 juges (lycéens, étudiants, travailleurs sociaux) consistait à définir le caractère positif ou négatif des réactions en situation de stress. Nous nous attendions à avoir apparaitre un coping positif (accentuant l'aspect adaptatif) et un coping négatif (accentuant l'aspect défensif).

L'analyse des résultats, en particulier des corrélations permet trois constats :

Le coping positif associé les aspects cognitifs au support social (coopération, aide à l'information, appui affectif). La focalisation active et le contrôle émotionnel viennent compléter cette première structure.

➤ Le coping négatif implique une articulation retrait et refus, mais cette deuxième structure s'organise autour de la dénégation, du retrait mental et de l'alexithymie (difficultés à gérer ses propres émotions).

➤ Certaines dimensions en particulier la conversation comportementale, la conversation par les valeurs, la distraction et l'acceptation sont perçus de façon plus ambivalentes et servent de médiation entre les modèles positifs et négatif de coping.

L'acceptation de la situation perçue positive dans son lien avec le contrôle émotionnel et perçue négative lorsqu'elle est associée à la rétention résignation.

La distraction et perçue lorsqu'elle est associée au support social et négatives lorsqu'elle se trouve évoqué le vide mental.

La conversion (changement et comportements et/ou de valeurs) et positive lorsqu'elle est les résultats de l'effort pour résoudre le problème et négatives lorsqu'elle prend un caractère émotionnel (culpabilité et agressivité).

Synthèse

On retient que la méthodologie joue un rôle très essentiel dans la recherche et qu'elle nous permet d'avancer et de recueillir les informations fiables sur notre thème de recherche d'une manière organique.

Chapitre V : Présentation, analyse discussion des Hypothèses

Préambule

Dans ce dernier chapitre, on va vous présenter notre partie pratique de notre recherche, qui sert à décrire les stratégies de coping chez les adultes ayant l'âge de 24 ans à 28 ans hémodialysé.

D'abord on va commencer par la présentation et l'analyse des informations et des données qu'on a recueilli durant l'entretien qu'on a abordé dans le chapitre précédent qui est l'entretien semi-directif. Ensuite on va passer à la présentation des résultats de l'échelle toulousaine de coping. Enfin on va aborder toutes les données et les résultats de l'échelle toulousaine de coping, dont on présente chaque cas en détail.

Et pour confirmer ou infirmer nos hypothèses on doit d'abord discuter les résultats qu'on a obtenus et aussi les données qu'on a recueilli sur chaque cas.

1. Présentation et analyse des données :**• Cas n°1 : Anis :****1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif d'Anis :**

Anis est âgé de 24 ans, célibataire, un homme blanc, de moyenne taille, souriant, il a un niveau d'étude de 3^{ème} année lycée, il est entrain de faire une formation qui est la comptabilité.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue du centre de Sidi-Aich.

Notre sujet de recherche vient à l'EPH de Sidi-Aich exacte au service d'hémodialyse pour faire une séance de dialyse. Il paraît un homme gentil, un homme qui fait des gestes féminins. Après avoir eu des échanges verbaux avec Anis, l'occasion s'est étalée pour lui expliquer le but de notre travail de recherche. Anis est rapidement adapté à notre débat et il a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questions on nous disant avec un grand sourire : « *noumagh yakan trouhound ghouri seqssaynid les premiers temps ni wahmagh imi dtrouhoun ghouri les psychologues, les stagiaires et tout* ». C'est-à-dire (J'ai eu l'habitude qu'il me rende visite pour qu'ils me posent des questions, les premiers temps j'ai été étonné, et me fait bizarre quand les psychologues, les stagiaires me rendent visite). On voit un sourire sur son visage, il est ravi de parler avec nous.

Retournant à la découverte de sa maladie, il nous a dit que sa maladie de l'insuffisance rénale chronique est apparue en 2018, on nous disant que « *avant ligh hamdoulillah, mi gharagh g*

lycéekhemagh l sport normal déjà de ma nature tehibigh adazlagh, gemi lahqagh ar ouseggas gara se3edigh bac g semana thenaqlav yessi lehala qelagh ouzemirghara adazelagh am zikk tem3ouqayaghed, imi d yiwen wass d'un seul coup thetfiyi la crise g lycée winiyi s l'ambulance ar l'hôpital n Sidi-Aichar les urgences khedmniyi les analyseset tout oufan que mes ne fonctionne pas correctement, mais dedkewlagh oufighed imaniw tewa branchigh ar la machine de dialyse ». C'est-à-dire (avant j'ai été en bonne santé, quand je fais mes études au lycée, je fais du sport normal d'ailleurs même de ma nature j'aime bien pratiquer le sport, quand j'ai arrivé à la classe de terminal 3^{ème} année lycée, dans une semaine ma vie est changé comme je n'arrive pas a faire de sport, je me sens souvent fatigué, même j'avais de vomissement. Une fois, d'un seul coup j'ai eu une crise, puis ils m'ont pris à l'hôpital aux urgences de Sidi-Aich, ils m'ont fait des analyses dont ils ont trouvé que mes reins ne fonctionne pas correctement, et juste je me suis réveillé je me suis trouvé brancher à la machine de dialyse).

Anis déclare qu' il a été sous le choc quand il s'est réveillé il s'est trouvé brancher à la machine de dialyse, il a cru que juste pour une journée, mais finalement quand le médecin généraliste lui a déclaré qu' il avait une maladie lourde qui est l'insuffisance rénale chronique, dont il lui fallait faire la dialyse régulièrement, il n'a pas pu accepter sa maladie facilement il a dit que sa maladie a perturbé son état psychique, mais avec l'aide de sa famille et de la psychologue de centre d'hémodialyse de Sidi-Aich, il s'est habitué avec sa maladie, même il a fais des recherche sur cette maladie dont il a compris que c'est une maladie lourde qui ne se guérir pas.

Il a rajouté que « *avant tehibigh adefghagh adeqsragh akith d le3ivad mezgaghed akk yidessen se3igh atas les amis, mais vava itougad felli mlih yougad ad defragh yar ivardan neki tellement damazouz w kham te3assaniyi akk ayethma saki vava saki, mais hamdoulilah ghas ne3ached g lehif atas yidnagh imir ya3ni meziyagh imi mais aka vava tellement izar arraw 3emi feghen iyar ivardan itougad fellanagh mais hamdoulilah nekhedha i yar iverdan, neki gemir qelagh te3assagh imaniw s yimaniw youghali vava d lekhouf ouzmirghara akya athetalagh ar wallen mara s hedragh nagh ayidihdar ».* Qui veut dire (avant ma maladie j'aime bien sortir et rigoler avec mes amis, je suis le plus petit de mes frères, dont mes parents me surveille ,de ne pas dévié et suivre un mauvais chemin comme mes cousins, mais Dieu merci malgré j'ai vécu une enfance un peu difficile mais nous somme en bons chemin, depuis mon enfance j'ai peur de mon père comme je n'arrive pas à regarder dans ses yeux quand il me parle). Il parle avec une grande fierté.

Anis a déclaré que les premiers temps de début de sa maladie quand sa famille lui gatte il se sent comme un bébé, il s'éloigne de tout le monde il préfère lire le Coran, il a dit qu'il ne pardonne pas si quelqu'un lui fait de mal. Mais avec le temps, il s'est habitué avec sa maladie il a compris que à tout moment la vie peut changer du jour au lendemain, il a rajouté que : « *touraqelagh te3ichagh g الواقع qelagh ouyitewqi3ara g kra outehssisagh i hed jevdagh imaniw f le3ivad les moments vide ninou gharagh leqran, les livres, tezalagh hamdoulilah meme ma famille daghen mara tidzragh vedend yidi tiligh bien akya,ires lemoukhiw mlih akya* ». C'est-à-dire : (maintenant je vis dans la réalité je m'en faux de rien, je m'éloigne de tout le monde, je passe mes moments vide avec la lecture du Coran et les livres et aussi je fais de la prière pour que je me sens bien et bien-sûr le soutien de ma famille me soulage bien). On voie qu'il a trouvé un moyen qui le soulage.

Il rajoute que concernant le sujet de mariage il n'est pas intéressé car il a avait un but qu'il voulait le réalisé, on nous disant : « *ayen akk itemnigh adefghagh g temourth aki wama zewajouyitewqi3ara actuellement déjà meziyagh* ». Qui veut dire : (ce que je souhaite est de quitter ce pays, sinon le sujet de mariage ça m'intéresse pas déjà je suis encore jeune). On voie qu'il voulait vraiment quitter ce pays pour qu'il réussir dans sa vie.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de coping

2-1- Feuille de dépouillement n°1 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	5	5	2	5	5	5	5	5	4	5	4	5	2	1	2	5	4	5		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	5	5	1	1	1	3	1	4	4	5	3	4	4	3	4	2	1	1		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	1	2	1	3	4	4	3	5	5	4	4	5	3	5	4	4	4	1		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL G
ACTION	11			9			9			14			9			11			63	186
INFORMATION		12			10			14			11			9			9		65	
EMOTION			4			12			13			14			10			7	58	
POSITIF	11	12		9				14	13		11					11	9	7	97	
NEGATIF			4		10	12	9			14		14	9	9	10				91	

Tableau n°5 Feuille de dépouillement n°1 du premier cas clinique

Dans ce tableau on a motionné une note total de **186** des champs, la note la plus élevée est de **97** qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score **91**, et le coping centré sur l'action avec une note de **63**, en suite une note de **65** pour les champs d'information, et **58** pour l'émotion.

2-2- Feuille dépeuillement n° 2 :

	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 11	G 9	M 10	30
Support Social	B 9	H 12	N 7	28
Retrait	C 9	I 10	O 4	23
Conversion	D 14	J 14	P 12	40
Controle	E 9	K 11	Q 13	33
Refus	F 11	L 9	R 14	34

Tableau n° 6 : Feuille de dépeuillement n°2

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour la conversion avec un score **40**, viennent ensuite le refus avec un score de **34**, et une note de **33** pour le contrôle et **30** pour la focalisation et pour le support social et **28**, et une note faible **23** pour le retrait.

2-3 Synthèse de l'échelle de coping :

D'après les réponses et les résultats retenus dans les feuilles de dépeuillement 1 et 2, on peut dire que «Anis» à utiliser un **coping positif** qui est élevé, comme on a repéré un score de **97** pour le **coping positif** et un score de **91** pour le **coping négatif**. On inclut qu'il a pu faire face à la situation où il se trouve, il a utilisé un **coping centré sur l'information** qui veut dire qu'il a utilisé un coping qui lui a aidé à faire face et dépasser cette période avec succès.

2-4 Synthèse du cas :

On conclut d'après les résultats de l'entretien semi-directif et l'échelle Toulousaine de Coping qu'on a effectué avec Anis, c'est à dire qu'il a utilisé un **coping positif** pour faire face à la situation stressante.

- Cas n°2 : Samira :

1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi – directif de Samira

Samira âgé de 24 ans mariée divorcé, son niveau d'instruction terminal, notre sujet de recherche est une femme brune voilé d'une taille moyenne, elle ne travaille pas.

Avant d'effectuer l'entretien avec notre sujet, on c'est présenté comme étant des étudiantes en psychologie clinique, on lui a expliqué notre thème de recherche et on lui a demandé si elle accepte de faire avec nous un entretien psychologique, concernant sont état de santé physique et surtout psychique, elle a acceptée, elle nous a dit « *vghigh adehakough ayen thousough ihed de confiance parce que 3achghed lehwayedj guedounithayi chokintiyi* ». C'est-à-dire (je veux raconter ce que je me sens a quelqu'un de confiance, puisque j'ai vécu beaucoup d'événements qui mon fait choqué), on lui a posé quelque questions sur le début de sa maladie.

Durant l'entretien Samira a été très attentionné, la première impression qu'on avait de Samira en l'a voyant est celle d'une femme souriante et dynamique. A l'âge de 22 ans elle a senti une fatigue, (hyper faiblesse).

Elle n'a pas pu respirer, ni se lever selon c'est dire « *housegh imaniw cavapas oulezmiregh advedegh ni adhedreggh, fechlegh guelmoment ni* ». C'est-à-dire ;(j'ai sentie une fatigue et de la faiblesse, au point que je nait pas pu ni me se lever ni parler) suite a sa elle a été hospitalisé, après plusieurs examens, les médecins ont diagnostiqués son état, ils ont trouvé que elle a une anémie de stade avancé, qui a provoqué son insuffisance rénal elle nous a dit« *tebath oufin lanimie idiprovoquine lehlakayi netguezlin* » Qui veut dire ; (les médecins ont trouvé que c'est l'anime qui a provoqué l'insuffisance rénal chronique).

A l'annonce de sa maladie elle n'a rien compris car elle n'avait pas beaucoup d'informations sur cette maladie, après avoir lui expliqué c'est quoi cette maladie, et c'est quoi la dialyse et quelle est sensé de la faire 3fois par semaine, elle n'a pas d'autre maladie et elle n'a pas quelqu'un de sa famille atteint par cette maladie selon elle « *oules3igh hed gulafamille is3a lehlak ayi netguezlin* ». Qui veut dire ; (dans ma famille y a personne atteint de cette maladie).

Lorsque Samira a commencé à nous parlé sur sa maladie, elle a fait preuve des signes de stress en serrant ses mains et de malaise. Samira a été adopté par une famille, elle a vécu une belle vie avec eux, alors que a l'âge de 17 ans elle a découvert que se n'est pas sa vrai famille (ce n'est pas ces parents biologique) elle nous a déclaré «*eligh t3ichegh bien whid la famille jamai*

houssghed un jour belik matchi nsen , chokigh mi3elmegh belik matchi d la fammiynou rebaniyid dnouhnith aydiloncin la nouvelle ayi le jour ni houssegh amaken dha3egh guedounithayi ». C'est-à-dire ; (j'ai vécu des bons moments avec ma famille jusqu'au jour où ils m'ont annoncé que je ne suis pas leur fille biologique là, j'avais un sentiment de désespoir) elle a ajouté « *jem3eghed les informations iyi3iwnen bache adhawdhegh iles parents ynou neseh mais finalement ous3igh aucun sentiment ghorsen* ». C'est-à-dire : (J'ai cherché mes vrais parents mais finalement je n'ai aucun sentiment envers eux). Elle a continué de vivre avec la famille qu'il a adoptée.

Lorsque Samira a parlé sur sa relation avec sa famille, elle a montré des signes qu'elle était déçue (elle rabaisser les yeux), à ce moment là elle était bronché à la machine on a observé qu'elle était stressée, elle bouge trop sa jambe et ses mains.

À l'âge de 18 ans elle s'est rencontrée avec un jeune dans les réseaux sociaux, elle s'est mariée avec lui après quelques mois, elle a découvert que cette personne consomme la drogue, elle a subi de la violence de la part de son mari ensuite elle s'est divorcée elle nous a déclaré « *3achghed la misère noire wahid ourguazeni* » Qui veut dire : (J'ai vécu la misère avec cet homme).

Dans cette période de divorce qu'elle a senti qu'elle n'est pas bien elle a dit « *après le divorce houssegh imaniw cava pas fechlegh au point oulezmiregh advedegh* ». Qui veut dire (Juste après la période de divorce j'ai senti une hyper-fatigue au point que je ne peux plus me lever). Lorsque Samira nous a raconté sur son échec de mariage, elle a fait des grimaces elle a démontré une haine envers son ex mari en répétant la phrase qu'elle a vécu de la misère noire avec son mari.

Dans la première séance de dialyse elle était perturbée elle a dit « *assemi vdigh la dialyse la première fois khel3egh* ». Qui veut dire ; (lorsque j'ai commencé la première séance de dialyse ça m'a fait peur) elle a senti une sensation soudaine de panique et elle n'avait pas le plaisir comme avant, elle se réveille plusieurs fois la nuit elle nous a déclaré « *les premiers moments light ouguanegh ara es3igh bezef les cauchemars twaligh amaken ademthegh* ». Qui veut dire (les premiers moments j'avais des insomnies c'est comme si je vais mourir), elle avait une perte de plaisir aux activités et elle voit que son corps est dégradé elle a dit « *twaligh segumi helkegh dhe3fegh, la fistule tediteroui le corinou* ». C'est-à-dire ; (Depuis que j'ai atteint de cette maladie je me vois maigre, la fistule a détruit mon corps) ; mais avec le temps elle a accepté sa maladie.

Et elle a un projet souhaitable a l'avenir c'est de faire la transplantation rénal« *nchalah ad3elegh la greffe dwayi aytmenigh gulavenir* ». Qui veut dire (je souhaite faire une greffe rénale).

Samira lorsque nous a parlé sur la transplantation rénale, elle avait larme aux yeux nous avons constaté qu'elle a l'espoir de vivre en faisant cette transplantation rénale.

Actuellement elle est en couple ; c'est un jeune qui fait la dialyse avec elle, il vie la même souffrance, elle a dit «*oufigh imaniw yides is3a la même maladie am neki hacha neta iydifehmen houssegh serraha yides* ». C'est-à-dire : (je me suis retrouvé avec lui, on a la même maladie et je suis très à l'aise avec lui), intéressé au mariage mais elle est peur d'avoir une perte de plaisir sexuel, selon c'est dire « *vghigh adzewjehg mais ouguadegh seg l'avenir* ». C'est-à-dire (je veux me mariée mais j'ai peur de mon avenir).

Lorsque Samira nous a parlé sur sa relation, elle été très contente et très confiante elle voie quelle est compatible avec cette personne, il a comprend sur tout les plans, dés que en lui a posé la question sur le plaisir sexuel elle a hésité, elle a démontré quelle est peur, on a constaté que Samira est a l'aise avec cette personne mais elle est peur d'avoir un problème sexuel a l'avenir.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de coping :

1. Feuille de dépouillement n°1 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	3	1	4	3	3	5	3	3	3	2	1	1	3	4	4	2	5	5		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	5	4	1	4	4	2	2	4	4	4	5	2	4	3	2	4	2	1		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	5	1	1	3	3	3	1	5	5	4	5	3	3	1	4	5	3	3		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL G
ACTION	13			10			6			10			10			11			60	170
INFORMATION		6			10			12			11			8			10		57	
EMOTION			6			10			12			6			10			9	53	
POSITIF	13	6		10				12	12		11					11	10	79	96	
NEGATIF			6		10	10	6			10		6	10	8	10				76	

Tableau n° 7 : Feuille de dépouillement n°1 du deuxième cas clinique

Dans ce tableau on a noté une note total de **170** des champs, la note la plus élevée est de **96** qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score **76**, et le coping centré sur l'action avec une note de **60**, en suite une note de **57** pour les champs d'information, et **53** pour l'émotion.

2-2- Feuille dépeuillement n° 2 :

	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 13	G 10	M 10	33
Support Social	B 10	H 6	N 9	25
Retrait	C 6	I 10	O 6	22
Conversion	D 10	J 12	P 10	32
Controle	E 10	K 11	Q 12	33
Refus	F 11	L 8	R 6	25

Tableau n° 8: Feuille de dépeuillement n°2

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour le contrôle et focalisation avec un score de **33**, la conversion avec un score de **32**, le support social et refus et similaire avec un score de **25**, et une note faible pour retrait et **22**.

Synthèse de l'échelle de coping :

Malgré la souffrance qu'elle a subie Samira durant sa vie, elle a pu faire face à la situation, et sa on le confirme à partir l'échelle toulousaine de coping ,on a mentionné une note total de **170**, la note la plus élevée **96** qui est celle de coping positif , para port au coping négatif qui est de score **76**, le coping centré sur l'action est **60**, le coping centré sur l'information **57**, le coping centré sur l'émotion **53**, ce qui signifie que Samira s'adapte à sa maladie et à toutes les situations stressante.

2-4- Synthèse du cas :

On se référant aux résultats de l'entretien semi-directif et l'échelle Toulousaine de Coping qu'on a effectué avec Samira, on peut dire qu'il a utilisé un coping positif pour faire face à la situation stressante.

- **Cas n° 3: Fayçal :**

- 1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif de Fayçal :**

Fayçal est âgé de 28 ans, célibataire, un homme brun, de moyenne taille, souriant, bien habillé, il a un niveau de 2ème année moyenne, il ne travaille pas actuellement.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue de centre.

Notre sujet de recherche vient à l'Etablissement Public Hospitalier de Sidi-Aich exacte au service d'hémodialyse pour faire une séance de la dialyse. Il paraît un homme dynamique, et même gentil. Après avoir le rencontrer pour lui expliquer notre thème de recherche on lui a demandé, s'il accepte de lui faire un entretien sur son état de santé et comment il vit avec sa maladie. Il a accepté directement sans hésitation on nous disant : « *bien-sur avec plaisir même, seqssimtiyid ayen thevghimt aqlin daki aketid répondigh* ». Qui veut dire : (bien-sur avec plaisir même, vous pouvez me poser n'importe quelle question, je suis là pour vous répondre) ». Il a été ravi de parlé.

Retournant à la découverte de sa maladie, il nous a dit que elle est apparus en 2022, il nous a ajouté : « *ligh en bonne santé Hamdoulilah, d'un seul coup kan akatouliyi l'attention, winiyi g lekhedma ar teviv imir ligh khedmagh g sahara comme serveur g l restartant g Hassi – Massaoud. Ikhedamen ikhedmen yidi refedniyi ar teviv n youfa thouliyi l'attention yenu mlih mlih, inayid ce n'est pas normal akethali kan aka, cheya3niyi ar l'hôpital iwaken ayedisouben l'attention ninou tefniyi g l'hopital qimagh 18 jours, khedmagh les analyses iwaken adezrendachou id seba n l'attention aki*. C'est-à-dire ; (J'étais en bonne santé Dieu merci, d'un seul coup j'ai eu une hyper-tension artérielle, j'ai été au travail au Sahara, je travaille comme un serveur dans un restaurant à Hassi- Massouad, Mes collègues m'on prit chez le médecin de travail, j'ai eu l'augmentation de l'hypertension artérielle. Donc ils m'ont envoyé à l'hôpital pour diminuer l'hypertension artérielle, ils m'ont prie en charge pendant 18 jours, ils m'ont fait des analyses pour voir la cause de l'augmentation soudainement de l'hypertension).

Lors de l'annonce de sa maladie il a été seul car il est loin de sa famille, il a été sous le choc, il n'a pas de connaissance sur la maladie chronique qui est l'insuffisance rénale chronique. Après avoir tout expliqué par le médecin c'est quoi la maladie et qu'il lui fallait de la faire 3 fois par semaine la dialyse et c'est régulièrement. Il nous a dit que: « *houssagh amaken d lajliw iyidipdhen tellement g deqiqa ar thayedh thenaqlav yessi lehala ligh oussinghara même pas*

dachou id lahlak, oussan ni achehal ouzrigh idhess g teqlaq ihebiren, zemragh adinigh imir dounithiw thoughal tavarkant. Ligh khedmagh tefghagh tehwissagh neki d yemdoukaliw aqlagh g Alger aqlagh g Oran aqlagh g Bejaia nenoudad akk dounith après youssayid lehlak akki iqelviyi dounithiw lewaqeth ni hevssagh ikhedim g Sahara, suivigh lahlakiw daki g l'hôpital n Sidi-Aich ». Qui veut dire (J'ai senti que la mort approche de moi tellement d'un seul coup ma vie a changé, j'avais pas beaucoup d'information sur cette maladie, les premiers temps j'ai eu l'insomnie à cause de l'anxiété e, je peux dire que ma vie est devenue noir. Je travaille, je sors souvent pour me balader avec mes amis par tout Alger, Oran, Bejaia. D'un seul coup j'ai tombé malade, dont j'ai arrêté de travailler à Sahara, j'ai suivi ma maladie à l'hôpital de Sidi-Aich). On parlant de ça maladie on voie le signe d'un dégoût, car le faite qu'on lui fait rappeler de ses souffrances et la première fois que sa maladie est apparue, on voie des larmes sur ses yeux.

Comme il nous a dit que les premiers temps il n'a pas habitué avec la maladie, mais avec le temps il a accepté d'être brancher à la machine de dialyse et grâce au Dieu et à la psychologue de centre qu'il a vraiment idée psychiquement. Il a rajouté que la psychologue de centre lui pris en charge pour qu'il puisse suivre un régime alimentaire car il avait une hypertension artérielle donc il lui fallait un régime alimentaire à suivre, mais pour lui, il est obligé de le suivre mais dès fois quand il sort avec ses amis pour se balader il mange dans des restaurants et tout, il nous regarde avec un sourire et se caresse ces chevaux.

Fayçal a ajouté que: « *Lahlak aki isekherviyi tevi3aw ya3ni de ma nature yakan tevi3a delkhir kan mais g l début lahlakiw zadagh chewiya irenayid teqlaq lekhouf tagadagh lemout, hamdoulilah oufighred imawlaniw ar yidissiw tedouniyi g levghi dancheta aki iyisoulagin, qelagh fahmagh bach machi hacha zehou kan douhwes igelan g dounith tela lakharth ighitrajin, khezigh chitan vedigh tazalith trouhough tezalagh g lejama3 rebbi sevhanou isoufsses tha3koumt felli, malgré souffrigh mais adinigh hamdoulilah akhtar d lahlak aki iyisqarven ar rebbi sevhanou* ». C'est-à-dire ; (Cette maladie a changé mon caractère, j'ai été déjà nerveux mais avec cette maladie j'ai devenu pire qu'avant, car j'avais l'anxiété et j'ai peur de mourir, mais Dieu merci j'ai trouvé le soutien de ma famille qui me fait encourager et soulager. J'ai compris qu'il n'y a pas une seule vie il y a eu une vie après la mort elle nous attend, j'ai commencé la prière je parts à la mosquée, malgré j'ai vraiment souffrir mais je dis souvent Dieu merci grâce à cette maladie que j'ai approché au Dieu).

Il a déclaré aussi qu'avant il a été intéressé au mariage car il avait une maison donc il peut se marié à n'importe quelle moment, mais il n'a pas trouvé une femme qui le comprends et qui peut partager tout avec lui. Mais depuis le début de sa maladie il a consacré son temps pour la prière, pour qu'il puisse soulager et comme il est désintéressé concernant le sujet de mariage car, il a dit que en ce moment il ne peut pas trouvé une femme qui va accepter sa maladie et d'après son expérience dans les relations de couple il a dit que les femmes aiment bien un homme riche , alors il a pris une décision qu'il ne donne jamais l'importance à n'importe qui il dit : « *itoughal koulch ar lemakthouv 3la kouli hal itaked rebbi ar woullawen n le3ivad, akeniqaren wath zikk nekni netehbir rebbi yetdabir* ». C'est-à-dire (Tout revient au destin, Dieu donne à chaque personnes ce qu'il mérite en tout cas).

Il a rajouté que même il est peur de son future avenir on nous disant que : « *ougadagh assaazekka loukan ad yass lemakthouv adezwjagh la maladie aki ayitheqara3 oudessa3oughara daryadanchetakiiyougadagh même ougadagh ouzemraghara adawdagh ad réalisigh mon objectif g dounithiw, part zewaj aki neki zewjagh nagh qimagh kifkif lemouhim outawighara denouv n teqchichth parce que jamais tedassaragh n'importe qui wamatassentiid les occasions anda ara messakheragh f taqchichth mais juste ademkethigh rebbi sevhanou cheikh mara dihdar taragh adhar sethaghefiragh* ». C'est-à-dire (j'ai peur au future si je décide de me marié je vais avoir une impuissante sexuelle à cause de ma maladie, même j'ai peur de ne pas avoir pu réaliser mon objectif. Je ne suis pas intéressé au mariage car je ne peux pas parler à n'importe quelle fille, sinon j'ai eu des occasions dont je peux être en couple avec plusieurs filles en même temps mais juste je me rappelle de Dieu et la prière je me s'éloigne). On parle de sujet du mariage on inclut que s'il trouve une femme qui va accepter sa maladie il va se marié sans hésitation.

Fayçal déclare aussi que la prière est devenue un moyen qui le soulage et s'éloigne de mauvais accompagnements, il a dit qu'il a donné la priorité à sa prière et à sa maladie, comme il passe son temps vide avec sa famille et avec les réseaux sociaux.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de coping :

2-1- Feuille de dépouillement n° 1 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	3	1	5	4	1	5	4	4	5	4	3	1	3	5	1	4	5	1		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	3	4	3	1	5	3	2	4	1	2	5	2	5	2	5	5	1	1		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	1	1	1	4	4	4	2	4	5	2	5	4	3	3	3	4	5	1		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL G
ACTION	7			9			8			8			11			13			56	169
INFORMATION		6			10			12			13			10			11		62	
EMOTION			9			12			11			7			9			3	51	
POSITIF	7	6		9				12	11		13					13	11	3	85	
NEGATIF			9		10	12	8			8		7	11	10	9				84	

Tableau n° 9 : Feuille de dépouillement n°1 du premier cas clinique

Dans ce tableau on a motionné une note total de **169** des champs, la note la plus élevée est de **85** qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score **84**, et le coping centré sur l'action avec une note de **56**, en suite une note de **62** pour les champs d'information, et **51** pour l'émotion.

2-2- Feuille dépeuillement n° 2 :

	ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 9	G 11	M 9	27
Support Social	B 9	H 6	N 3	18
Retrait	C 8	I 10	O 9	27
Conversion	D 8	J 12	P 12	33
Controle	E 11	K 13	Q 11	35
Refus	F 13	L 10	R 7	30

Tableau n° 10: Feuille de dépeuillement n°2

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour le contrôle avec un score **35**, viennent en suite la conversation avec un score de **33**, et une note de **30** pour le refus, et **27** pour la focalisation et le retrait, et une note faible pour le support social et **18**.

2-3 Synthèse de l'échelle de coping

D'après les réponses et les résultats retenus dans les feuilles de dépeuillement 1 et 2, on peut dire que «**Fayçal** » à utilisé un coping positif malgré que le coping positif est très proche de négatif mais le positif qui reste toujours élevé, car il est encore jeune donc il peut-être **positif** comme il peut-être **négatif** à tout moment, comme on a repéré un score de **85** pour le **coping positif** et un score de **84** pour le **coping négatif**. On conclut qu'il a pu faire face à la situation ou il se trouve, il a utilisé un **coping centré sur l'information** qui veut dire qu'il a utilisé un coping qui lui a aidé à faire face et dépasser cette période avec succès.

2-4- Synthèse du cas :

Se référant aux résultats de l'entretien semi-directif et l'échelle Toulousaine de Coping qu'on a effectué avec Fayçal, on peut dire qu'il a utilisé un **coping positif** pour faire face à la situation stressante.

- **Cas n°4 Idir:**

1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi – directif d'Idir :

Idir âgé de 28 ans, célibataire, issue d'une famille moyenne, Il a le niveau 7^{ème} année CEM, il a un frère et une sœur, il est le deuxième de sa fratrie, il travaille commerçant. Notre sujet de recherche est un jeune homme brun d'une taille moyenne.

Dans notre recherche effectuée au sein de l'hôpital Frantz Fanon nous avons pu constater qu'Idir ; la première fois il a hésité à nous parler, il nous a dit « *achou adhedhreg h aqlim talayet lhalaynou wahid tmachint ayi, elhmd swayen aghdifka rebi , anechtayi matchi gufoussiw delmektoub lazem adherdhogh siyes* ». C'est-à-dire (J'ai rien à dire vous voyez ma situation avec cette machine, mais je remercie Dieu de tout ce qu'il m'a donné et j'accepte ça).

Dès le premier entretien avec Idir, même si son hésitation la première fois et après avoir lui rassurer que toutes discussions restent entre nous (garder le secret), Il a commencé à nous raconter sur sa maladie.

Après lui avoir expliqué notre thème de recherche petit à petit, il a commencé à nous raconter comment il a été sa vie avant sa maladie en disant « *lhayatiw tchonji midivda lehlakayi , ligh dazehwani thibigh dounith thewisegh partout wahid imdoukaliw tatsagh wahid meden ikel jamais es3igh lmochkil wahid hed toujours tatsagh t3ejviyi dounithiw meme degoukham dneki asni3elen lambiance toujours statsayeghthen iwaken atili lferha degoukham outhibigh ara lehzen nigh lfeq3ath thibigh la famiynou adhousen alaise thibighthen mlih* ». C'est-à-dire (ma vie est changée depuis le début de ma maladie, j'ai été une personne pleine de vie).

Nous avons observé qu'Idir lorsque a commencé de raconter son vécu avant sa maladie, il a montré qu'il était très heureux à travers son sourire.

À l'âge de 20 ans, Idir découvre qu'il souffre d'une insuffisance rénale chronique à cause d'une tension artérielle, l'osque le médecin a annoncé à son patient qu'il est atteint de l'insuffisance rénale chronique, Idir a fait preuve de son inacceptation selon c'est dire « *mihoussegh imaniw cavapas rohegh ghor tviv miyiwali la tension thuli inayid lazem les analyses aseni itchonji lhayatiw directement ihedhriyid flehlakayi netguezlin neki outqblegh ara lehlak netguezlin guevrid amenzou* ». Qui veut dire (je me sentais ça va pas, j'ai consulté le médecin qui m'a orienté pour faire des analyses, ma vie est changée quand le médecin m'a annoncé directement la maladie, le début je n'ai pas accepté cette maladie).

Le premier contact avec la machine c'était un jour inoubliable pour lui il a eu un choc en me déclarant que « *chokigh oule3limegh anda ligh* ». C'est à dire : (j'ai eu un choc je ne sais pas ou je suis), et pour nier sa douleur et surmonté le choc, il a fait une révaivisance à l'âge de 8 ans c'était une période marqué dans sa tête, il nous a déclaré « *guelmoment midyenna tiv ad3elegh la dialyse oughalegh ila periode ni asemi ila vava ikhedem guchontier trohough ghores i3ejviyi lhal dina tawighas dachou araditch seniye ikel dina le3ben yidi thibigh maradhrohegh idina*. Qui veut dire ; (Au moment ou le médecin m'a dis que je vais faire la dialyse, j'ai remonté la mémoire à la période ou mon père travaillais, ou je lui ramène son repas je me retrouve bien la bas), il avait beaucoup de souvenirs dans cette période, actuellement il respecte son régime alimentaire il nous a dit « *guevrid amenzou thetegh kan our thadaregh ara mais thoura zrigh belik lehlakayi lazmas rigime bach ad3ichegh* ». C'est-à-dire ; (les premiers temps je mange tout je ne peux pas suivre mon régime alimentaire). Il fait la dialyse 3fois par semaine et avec le temps Il a accepté sa maladie on disant « *thoura housegh cava parce que 3elmegh thela tamachint ayi tt3iwin Bach ad3ichegh* ». C'est-à dire : (maintenant je me sens ça va parce-que y a cette machine qui m'aide pour vivre). Idir lorsque a commencé a raconté sur sa maladie, il a montrés des signes de stress.

On a observé qu'à chaque fois il gratte sa tête ça se voit que cette maladie a influencé sur le plan psychologique d'Idir.

Dans le coté relationnel il a dit que sa famille lui donne de l'affection ont disant « *la famiynou tefkayid lehnana tved yidi, je partage yidsen dachou thoussough jamais adeshough lkhirensen marad3elegh la dialyse wadkechmegh sakham thoussough serraha, malgré lehlakiw mais tem3amalen yidi normal amaken oulehlikara* ». Ça veut dire : (ma famille me donne de l'affection, je partage avec eux tout ce que je ressens, je n'oublierai jamais leurs soutien. En revenons de séance de dialyse lorsque je rentre à la maison je me sens alaise, malgré ma maladie ma famille se comportent normal avec moi c'est comme si je ne suis pas malade). Il a des affinités avec son frère, il travail avec lui dans le commerce il a dit « *elhmdullah s3igh guma it3iwiniyi itakid lcourage nkhedem lwahi le commerce trohned les clients tqesiregh yidsen i3ejvasen lhal même guma i3ejvas lehal, setem3iwna nla famille qevlegh la maladiynou* ». C'est-à-dire ; (Dieu merci j'ai un frère a mes cotés, il me donne du courage on travaille ensemble dans le commerce, je rigole avec les clients c'est avec le soutien de ma famille que j'ai accepté ma maladie). Idir, aime regarder la télévision et écouter la musique pour oublier un peu sa maladie, il nous a déclaré « *thessissegh la music, tferidjehg la*

télévision iwaken adeselough imaniw ». Qui veut dire : (J'écoute la musique, je regarde la télévision pour me distraire).

On a constaté qu'Idir, lorsque nous a parlé sur sa famille, il été alaise plain d'émotions ca se voie qu'il s'entend très bien avec eux, et il inspire beaucoup d'affection.

Au moment de dialyse il se sent en sécurité, car ya une équipe médical qui surveille sont état de santé, mais après il surveille lui-même surtout la fistule, il a peur quel va se déplacé selon c'est dire « *marad3elegh la dialyse thousough slasécurité mais après t3assagh la fistule ouguadegh atediplassi* ». C'est-à-dire ; (Au moment de la dialyse je me sens en sécurité mais après je contrôle la fistule, j'ai peur qu'elle vase déplacée) ; ya des moments, il ressent une accélération de rythme cardiaque il a dit « *thousough des fois ouliw amaken ivgha adihves des fois tqimigh ouhdi meme itrohiyi noudam mais anechtayi desfois matchi toujours* » ; (De temps en temps, je sens une accélération de rythme cardiaque des fois j'ai des insomnies mais pas toujours), il a constaté qu'avant sa maladie, il avait un corps bien, mais après, il a subit des changements et que la fistule a détruit son image du corps. On disant « *ligh ouqvel la maladiynou touqthegh thoura zer la fistule amek techmeth gufoussiw* ». C'est-à-dire (Avant ma maladie j'avais un poids normal, mais en ce moment regarde la fistule comment elle a défiguré mon bras).

A chaque fois, Idir, regarde son bras ou il ya la fistule, et il fait des grimasses, démontre ces soucis de son corps.

Idir ; est un bon vivant il aime la vie il a l'espoir de vivre selon c'est dire « *malgré lehlakayi thibigh dounith nchalah ad3elegh la greffe tina aydelhel difinitive* ». C'est-à-dire que ; (Malgré ma maladie j'aime ma vie et je souhaite du bon Dieu que je fasse la greffe c'est la solution définitive).

Il a connu une fille a l'âge de l'adolescence, il a aimé, il aimerai bien l'avoir comme sa femme et de continuer sa vie avec elle il a dit « *qrigh wahid yiweyh thibighth tfehmiyi wahid tina aytwaligh adkemlegh lhayatiw mayketeb rebi ouse3ough ara les problèmes yides* ». C'est à dire que ; (j'ai étudié avec une fille que J'ai aimé, elle me comprend, c'est avec elle que je vois continuer ma vie, je ne voulais pas avoir des problèmes avec elle. Mais j'ai peur que je vais avoir une impuissance sexuelle qui va maitre ma relation en péril.

Idir a l'espoir de faire la greffe, et lorsque il nous a parlé sur la fille qu'il a aimé, il été souriant, dés que en lui a posé la question sur sa vie sexuel on a observé une inquiétude concernant son avenir.

1. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de coping :

2-1- Feuille de dépouillement n° 1 :

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	4	5	2	4	4	4	2	3	3	2	4	3	4	2	2	4	4	4		
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	3	4	1	3	3	2	3	3	4	2	3	2	3	4	1	4	3	3		
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	2	4	1	5	4	4	3	3	2	4	3	3	4	3	3	3	4	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL
ACTION	9			12			8			8			11			11			59	171
INFORMATION		13			11			9			10			9			11		63	
EMOTION			4			10			9			8			6			12	49	
POSITIF	9	13		12				9	9		10					11	11	12	96	
NEGATIF			4		11	10	8			8		8	11	9	6				75	

Tableau n°11: Feuille de dépouillement n°1 du premier cas clinique

Dans ce tableau on a motionné une note total de **171** des champs, la note la plus élevé est de **96** qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score **75**, et le coping centré sur l'information **63** avec une note de, en suite une note de **59** pour les champs d'action, et **49** pour l'émotion.

2-2- Feuille dépeuillement n° 2 :

	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 9	G 11	M 6	33
Support Social	B 12	H 13	N 12	37
Retrait	C 8	I 11	O 4	23
Conversion	D 8	J 9	P 10	27
Controle	E 11	K 10	Q 9	30
Refus	F 11	L 9	R 8	28

Tableau n° 12: Feuille de dépeuillement n°2

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour le support social avec un score de **37**, et pour la focalisation c'est **33**, le contrôle avec un score de **30**, le refus avec un score de **28**, ya la conversion avec un score **27**,et une note faible pour le retrait**23**.

2-3 Synthèse de l'échelle de coping :

D'après l'échelle toulousaine de coping qu'on a appliqué sur le patient on a mentionné la note la plus élevé **96** et celle de coping positif, para port au coping négatif qui est de score **69**, le coping centré sur l'action **59**, d'information **63**, coping centre sur l'émotion**49**.

D'après l'entretien et la cotation de ses repenses, ont est arrivé a un résultat élevé au score positif **96** que signifie que «Idir» a une bonne gestion d'adaptation face aux situations et face a la maladie.

2-4- Synthèse du cas :

On se référant aux résultats de l'entretien semi-directif et l'échelle Toulousaine de Coping qu'on a effectué avec Idir, on peut dire qu'il a utilisé un **coping positif** pour faire face à la situation stressante.

2. Discussion des hypothèses :

Après avoir pu présenter, évaluer, et interpréter les résultats de l'entretien clinique semi-directif, ceux de l'échelle de toulousaine de coping des 4 cas, nous nous sommes en mesure de discuter leurs significations à travers de nos hypothèse de départ, qui sont ;

1. Les malades d'insuffisance rénale chronique ayant l'âge de 24 ans utilisent la stratégie de coping basé sur le soutien social.

2. Les malades d'insuffisance rénale ayant l'âge 28 ans utilisent la stratégie de coping basé sur l'émotion.

On commençant par la première hypothèse qui est consiste les adultes ayant l'âge de 24 ans (Anis et Samira).

Le cas d'Anis :

D'après l'analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif, nous avons constaté qu'Anis a déclaré qu'il se sent bien avec sa famille, comme il arrive à gérer son stress normal, **«le soutien de ma famille me soulage bien »**.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate qu'Anis fait face à son stress, employant des stratégies de coping positif centré sur le soutien social avec un score **«186»** traduit par le champ d'information qui se traduit par un score de **«65»** point, et celui d'action traduit par le score de **«63»**, et par rapport au champs de l'émotion est traduit par le score de **«58»**.

Aussi il a fait recoure à des différentes stratégies à celle de conversion avec un score de **«40»**, ce qui traduit par le mode de la conversion comportemental et la conversion par les valeur noté de **«14»**, et le refus se traduit avec un score de **«34»**, et aussi le contrôle avec un score de **«33»**, ce qui traduit par le mode de le contrôle émotionnel noté de **«11»**, pour la focalisation le score est traduit par **«30»**, ce qui traduit par le mode de la focalisation active, par contre le support social est avec un score de **«28»**, ce qui traduit par le mode de support social informationnel noté de **«12»**, et le champ le plus faible est le retrait se traduise par un score de **«23»**, qui se traduit par le mode retrait mental noté de **«10»**.

Dans notre premier cas fait face aux situations stressantes de sa maladie qui est l'insuffisance rénale, en se basant sur la stratégie de coping centré sur le soutien social qui se traduit par des modes de conversion comportemental, et conversion par valeur.

Ce qui nous permet de confirmer notre première hypothèse par rapport au premier cas.

Le cas de Samira :

D'après l'analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif, nous avons constaté que Samira a déclaré qu'elle a vécu une période difficile *«j'ai vécu des problèmes avec mon ex marie, même j'ai découvert que la famille avec qui je vis se n'est pas ma famille biologique»*. Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Samira fait face à son stress, employant des stratégies de coping positif centré sur le problème avec un score **«170»** traduit par le champ d'action qui se traduit par un score de **«60»** point, et celui d'information est traduit par le score de **«57»**, et par rapport au champ de l'émotion est traduit par le score de **«53»**.

Aussi elle fait recourir à des différentes stratégies à celle de focalisation et le contrôle avec un score de **«33»**, ce qui traduit par le mode de la focalisation active **«13»** et le contrôle émotionnel noté de **«12»**, par rapport à la conversion se traduit avec un score de **«32»**, ce qui traduit par le mode d'acceptation noté de **«12»** par rapport au support social et le refus avec un score de **«25»**, ce qui traduit par le mode de coopération noté de **«10»** et distraction noté de **«11»**, et par rapport à le dernier le retrait se traduit par un score **«22»**, ce qui traduit le mode de retrait mental noté de **«10»**.

Dans notre deuxième cas fait face aux situations stressantes de sa maladie qui est l'insuffisance rénale, en se basant sur la stratégie de coping centré sur le problème qui se traduit par des modes de focalisation active et contrôle émotionnel.

Ce qui nous permet d'infirmer notre première hypothèse par rapport au deuxième cas.

On passe à l'hypothèse suivante qui est : les malades ayant l'âge 28 ans (Fayçal et Idir) utilisent les stratégies de coping centré sur l'émotion ;

Le cas de Fayçal :

D'après l'analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif, nous avons constaté que Fayçal a déclaré qu'il se sent bien avec sa famille, comme il arrive à gérer son stress normal, *«la prière et le soutien de ma famille me soulage»*.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Fayçal fait face à son stress, employant des stratégies de coping positif centré sur le soutien social avec un score **«169»** traduit par le champ d'information qui se traduit par un score de **«62»** point, et celui d'action traduit par le score de **«56»**, et par rapport aux champs de l'émotion est traduit par le score de **«51»**.

Aussi il fait recourir à des différentes stratégies à celle de contrôle avec un score de **«35»**, ce qui traduit par le mode de contrôle cognitive et planification noté de **«13»**, et la conversion se traduit avec un score de **«33»**, ce qui traduit par le mode d'acceptation noté de **«12»**, et aussi le

refus avec un score de «30», ce qui traduit par le mode de la distraction noté de «13», pour la focalisation et le retrait le score est traduit par «27», ce qui traduit par le mode de la focalisation cognitive noté «11» et le mode retrait mental noté «10», par contre le support social est avec un score de «18», ce qui traduit par le mode de support social traduit par le coopération noté «9».

Dans notre troisième cas fait face aux situations stressantes de sa maladie qui est l'insuffisance rénale, en se basant sur la stratégie de coping centré sur le soutien social qui se traduit par le mode de contrôle cognitive et planification.

Ce qui nous permet d'infirmer la deuxième hypothèse par rapport au troisième cas.

Le cas d'Idir :

D'après l'analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif, nous avons constaté qu'Idir a déclaré qu'il a vécu une période difficile *«grâce à ma famille que j'ai accepté ma maladie, même j'ai des affinités avec mon frère, il travaille avec moi»*. Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate qu'Idir fait face à son stress, employant des stratégies de coping positif centré sur le soutien social avec un score «171» traduit par le champ d'information qui se traduit par un score de «63» point, et celui d'action est traduit par le score de «59», et par rapport au champ de l'émotion est traduit par le score de «49».

Aussi elle fait recourir à des différentes stratégies à celle de support social avec un score de «37», ce qui traduit par le mode de support social informationnel noté de «13», par rapport à la focalisation se traduit avec un score de «33», ce qui traduit par le mode de focalisation cognitive noté de «11» par rapport à la régulation avec un score de «30», ce qui traduit par le mode de régulation des activités noté de «11», et au refus se traduit par un score «28», ce qui traduit le mode de distraction noté de «11», et la conversion se traduit par le score de «27», ce qui traduit aussi le mode de conversion par les valeurs noté de «10», et le dernier le retrait qui se traduit par un score de «23», et qui se traduit aussi au mode de le retrait mental noté de «11».

Dans notre quatrième cas fait face aux situations stressantes de sa maladie qui est l'insuffisance rénale, en se basant sur la stratégie de coping centré sur le soutien social qui se traduit par support social informationnel.

Ce qui nous permet d'infirmer notre deuxième hypothèse par rapport au quatrième cas.

On conclut que tous les quatre sujets étudiés utilisent le **coping positif**, et on a trouvé que les trois cas (Anis, Fayçal, Idir) utilisent la stratégie de coping centré sur le soutien social, mais Samira utilise la stratégie de coping centré sur le problème.

Synthèse

Dans ce chapitre, nous avons fait une présentation et une analyse pour chaque cas de nos quatre cas, ou nous avons remarqué par rapport à nos sujets étudiés que les malades ayant l'âge près de 24 ans utilisent les stratégies de coping centré sur le soutien social. Par contre les malades

ayant l'âge 28ans utilisent la stratégie de coping centré su le problème. Dont on a conclut ces résultats d'après l'application de notre guide d'entretien et l'utilisation de l'échelle toulousaine de coping qui a été appliqué pour nos quatre sujets de l'âge précis.

Conclusion

Conclusion

Tout ce qui nous intéresse dans cette étude est de savoir si les adultes ayant l'âge de 24 ans à 28 ans qui souffrent d'une maladie lourde qui est l'insuffisance rénale chronique font face aux situations stressantes. Donc l'IRC est une altération silencieuse, lourde dont les reins perdurent progressivement leur fonction dans le corps humain. La prise en charge de cette maladie est l'hémodialyse, cette dernière fait le rôle de rein qui ne fonction pas correctement qui est la filtration de sang et l'émanationles matières toxique avec une machine spécial.

Les adultes qui sont concernées à suivre ce genre de prise en charge, peuvent avoir un ensemble de défauts en raison de leurs âge et de leurs états de santé nécessitent des stratégies d'adaptation spécifique pour maintenir une qualité de vie satisfaisante. Faire face à ces défauts, les adultes hémodialysés développent souvent des stratégies de coping pour maintenir un équilibre entre le moyen de soin et la vie quotidienne. Les stratégies peuvent comprendre la gestion des émotions et du stress associé à la maladie, elles permettent de maintenir une qualité de vie satisfaisant tous en gérant les soins médicaux.

Donc il est important de reconnaître et d'accompagner ces adultes dans un cheminement qui favorise leurs bien être et leurs développement personnel.

Les difficultés rencontrées :

Dans toute les recherches, il existe plusieurs obstacles, dont le chercheur peut rencontrée des difficultés au cours de sa propre recherche. Notre recherche s'est effectuée au niveau de deux (2) hôpitaux différents (L'EPH de Sidi-Aich et Chu de Béjaia Frantz Fanon). Nous avons rencontré quelque difficultés tels que ;

- Les nombres de cas de notre catégorie d'âge (de 24 ans a 28 ans) sont restreints
- Manque d'encadrement psychologique au sein de Chu de Bejaia Frantz Fanon, car la psychologue du centre a été en congé maternité.

La liste bibliographique

La liste des ouvrages

1. Bernanrd, C. Patricia, A. (2006). «**L’entretien clinique**». 2^{ème} édition.
2. Boubchir M.A, (1996). «**Monographie d’insuffisance rénale chronique**», Alger.
3. Boubchir M.A, (2004). «**Monographie d’insuffisance rénale chronique**», Alger.
4. Catizone, L, (1982). «**Guide de la dialyse (traduit par Salzmas, S, (1995)**», Paris, France.
5. Deperyre J, (2010). «**Qu’implique le diagnostique d’une insuffisance rénale**», Genève.
6. Dr Lucie, septembre, (2013). «**Cote psychologique**». Quebec dossier volume 30 N° 05.
7. Delory,M ,(2014), « **vivre avec la maladie expériences épreuves résistance** » N°5
8. Fischer G, N. (2002). «**Traité de la psychologie de la santé**» ; Paris.
9. Fumed, (2016), «**Néphrologie**». 6^{ème} édition.
10. Grawitz, M, (2001), «**La méthode des sciences sociales**». Paris.
11. Gustave, N, (2020), « **les bases de la psychologie de la santé** ».
12. Henri, C. Stacey, C,(2004). «**Mécanisme de défense et coping**».paris.
13. Junger, P. Joly, D. Man, N et Legende, C. (2011), «**L’insuffisance rénale chroniqueprévention et traitement**» 4^{ème} édition. Paris.
14. Kanouch, S. Mery, (1985),«**Les atteintes de l’insuffisance rénale au cours desmaladies systémiques**».
15. Lamoureux, (2007), «**La dépression à savoir plus pour en sortir**», Paris.
16. Lefebre, G. (2005). «**Aspect psychologique et sociaux des patients insuffisants rénauxdialysés et transplantés**».
17. Marilou B-S, (2001), «**Recherche en soins infirmiers**». N°67.
18. Marie, C. Albert, (2006). «**La perception de la maladie et les coping chez personnesFibromyalgique**».
19. Olmer M, (2007), «**Vivre avec une maladie des reins dialyse et transplantation rénale**», Lien.

20. Simon, P, (2007). «L'insuffisance rénale prévention et traitement». Belgique.
21. Pedinielle, J-L, Fernandez, L. (2020). «**L'observation clinique et l'étude de casé**». 4^{ème} édition.
22. Pedinielle, J-L, Fernandez, L. (2006), «**Recherche en psychologie clinique et recherche en soins infirmières**».

Dictionnaire :

1. Quevauvillier, J. (2009)
2. Dictionnaire médicale (6^{ème} édition),. Italie.
3. Dictionnaire Larousse (1995), 2^{ème} édition, Paris.

Revue et articles

1. Communiqué de presse. Journée Mondiale du rein ; 2015
2. Echange de la Fidtn, (2005), N°74
3. Echange de la Fidtn, (2005), N°114
4. Esparbès, S., Soordes, F., Tap, P, (1993). «L'échelle Toulousaine de Coping»
5. Journal de Delf (2006)
6. Insuffisance rénale chronique, Genève
7. Pan African Medical, Journal (2016)
8. Pardinielli J-L, «**La méthode clinique et ses outils**»

Webographie

1. www.future-sciences.com
2. www.doctissimo.fr
3. www.fonction-du-rein/ journée mondiale-du rein
4. www.cain.info/revue-bulltin-de-psychologie, 2005
5. www.linternaute.fr dictionnaire
6. www.larousse.fr
7. www.e-cancer-fr/patients-et-proches/les-cancers/cancer-du-rein/anatomie-du-rein
8. www.ifsifas.saverne.fr
9. [www.ameli.fr.assure/santé/thème/maladie rénale-chronique, traitement](http://www.ameli.fr/assure/santé/thème/maladie-rénale-chronique,traitement)
10. www.freseni-médical.fr
11. www.lalanguefrançaise.com

Annexes

Annexe N°1 : Guide de l'entretien

Axe I : Information personnelle

1. Quel est votre prénom ?
2. Quelle est votre âge ?
3. Niveau d'instruction ?
4. Situation familiale ?
5. Situation professionnelle ?

AxeII : Information sur l'état la santé

1. Avez-vous déjà été hospitalisé à cause d'une maladie ? Si, c'est oui, de quelle maladie ?
2. Avez-vous des interventions chirurgicales avant cette maladie ?
3. Avez-vous déjà pris de cigarette ou de l'alcool ?
4. Depuis quand vous été malade ?
5. Comment on vous a déclaré votre maladie ?
6. Quel est votre réaction en lançon votre maladie ?
7. y a quelqu'un de votre famille où de votre proche atteint de cette maladie ?
8. Avez-vous hésité de déclarer votre maladie à vos proches ?
9. Respectez-vous le régime alimentaire ?
10. Combien de fois par semaine vous faite la dialyse ? Et comment se dérouler ?

Axe III: Information sur le vécu social et familial

1. Comment sont vos relations avec vos parents ? Et avec vos fratries ?
2. Et comment sont vos relations avec vos collègues de travail ?
3. Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre famille ?
4. Quel est laréaction de votre famille vis-à-vis votre maladie ?
5. Sentez-vous que le soutien de votre famille peut vous soulager de votre maladie ?

Axe IV : Information sur le vécu psychique

1. Avez-vous des sensations soudaines de panique ?
2. Sentez-vous soudainement une accélération du rythme cardiaque ?
3. Avez-vous une sensation l'essoufflement ?
4. Sentez-vous que vous êtes décontracté ?

5. Prenez-vous le plaisir au même chose comme avant ?
6. Réveillez-vous dans la nuit ? Si, c'est oui, combien de fois ?
7. Faites-vous des cauchemars ? Si, c'est oui, quel genre de cauchemars ?
8. Sentez-vous une grande tristesse ?
9. Sentez-vous une perte d'intérêt pour les activités professionnelles, sociale, familiale ?
10. Quelle est votre image de soi-même ? Et comment vous voyez avant et après la maladie ?
11. Avez-vous un projet que vous souhaitez à le réaliser ?
12. Sentez-vous que votre maladie est un frein à la réalisation de vos projets

Axe V : Information sur le plan sexuel

1. Êtes-vous en couple ?
2. Est-ce que vous êtes intéressé au mariage ?
3. Avez-vous peur d'avoir l'impuissance sexuelle ?
4. Est-ce que votre maladie a influencé sur votre relation sexuelle ?
5. Avez-vous peur de ne pas avoir des enfants ?

Annexe N°2 : L'échelle Toulousaine de Coping

Consigne

Lorsque vous affronter une situation difficile, vous réagissez la façon variable.

Après avoir choisi une situation difficile que vous vivez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerner et qui est très angoissante, stressante, vous précisez vos réactions, votre façon de réagir face à cette situation stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisie dans la première ligne. Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouvez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée de 1 (pas du tout) à 5 (très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations.

(Esparbès, S., Sordes, F., Tap, P. (1993).

Choix de la situation difficile :

Face à une situation difficile, je réagis de façon suivante

	Pas de tout				Très souvent
1- Je fais face à la situation	1	2	3	4	5
2- je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...)	1	2	3	4	5
3- j'essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2	3	4	5
4- je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser	1	2	3	4	5
5- j'essaie de ne pas penser au problème	1	2	3	4	5
6- je demande à Dieu de m'aider	1	2	3	4	5
7- j'évite de rencontrer des gens	1	2	3	4	5
8- j'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	3	4	5
9- j'essaie de ne pas paniquer	1	2	3	4	5
10- je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	2	3	4	5
12- il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	2	3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'il se présente.	1	2	3	4	5
14- Je refuse d'admettre le problème.	1	2	3	4	5
15- il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	4	5
16- Je fais quelque chose de plus agréable.	1	2	3	4	5
17- J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	5
18- J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement.	1	2	3	4	5
19- J'attaque le problème.	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autre adulte.	1	2	3	4	5

21- J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	5
22- Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	4	5
23- Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutte contre.	1	2	3	4	5
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.	1	2	3	4	5
26- J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	5
27- Je contrôle mes émotions.	1	2	3	4	5
28- Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	5
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette.	1	2	3	4	5
32- J'agis comme si le problème n'existait pas.	1	2	3	4	5
33- Je me sens coupable.	1	2	3	4	5
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36- Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	5
37- Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38- je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39- je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé (e).	1	2	3	4	5
41- j'essaie à tout prix de penser à d'autre chose.	1	2	3	4	5

42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	1	2	3	4	5
43- je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	5
44- j'accepte l'idée qu'il faut que je résoudre le problème.	1	2	3	4	5
45- je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46- je modifie mes actions en fonctions du problème.	1	2	3	4	5
47- je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49- je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	4	5
50- Je me dis au moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	5
51- Je suis envahi (e) par mes émotions.	1	2	3	4	5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	5
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5

(S. Espardes et autre, 1989, p. 160).

Annexe N°3 : Feuille de dépouillement n°1

ITEMS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
SCORE																					
ITEMS	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
SCORE																					
ITEMS	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
SCORE																					
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTALE	
																				G	
ACTION																					
INFORMATION																					
EMOTION																					
POSITIF																					
NEGATIF																					

(S. Espardes et autre, 1989, p. 163).

Annexe N°4 : Feuille de dépouillement n°2 :

	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A	G	M	
Support Social	B	H	N	
Retrait	C	I	O	
Conversion	D	J	P	
Contrôle	E	K	Q	
Refus	F	L	R	

(S. Espardes et autre, 1989, p. 164).

Les stratégies de Coping chez les adultes hémodialysés ayant l'âge 24ans à 28 ans.

Résumé

Notre recherche porte sur le thème suivant « les stratégies de coping chez les adultes hémodialysés ayant l'âge de 24 ans à 28 ans .cette recherche et pour objectif de découvrir si les malades de l'insuffisance rénale chronique âgées de 24 ans à 28 ans n'utilisent pas les stratégies de coping de la même manière identique .Nous avons utilisé un entretien clinique de deuxième type qui est l'entretien semi directif et l'échelle toulousaine de coping pour réaliser cette étude. Dont nos résultat montre que les malades de l'insuffisance rénale chronique ayant l'âge de 24 ans à 28 ans n'utilisent pas les stratégies de coping de la même manière identique .dont nos 3 cas utilisent la stratégie de coping centré sur le soutien social et un seul cas qui a utilisé la stratégie de coping centré sur le problème. Comme ils ont utilisés de coping positif.

Mots clés : 01-les strategies de coping. 02-hémodialyse .

Abstract

Our research focuses on the following theme "Coping strategies in hem dialysis adults 24 to 28 years old .This research aims to find out if chronic kidney disease patients 24 to 28 years old do not use coping strategies in the same way .We used a second typeclinical interview which is the semi –directive interview and the Toulouse coping scale to carry out thirsted. our results Show that patients with chronic renal failure adults 24 to 28 years old do not use coping stratégies in the same way.Of which our 3 cases use the social support –focused coping strategy and only case that used the problem-focused coping strategy .As they used positive coping .

key words: coping strategies, hemodialysis

ملخص

يرتكز بحثنا على الموضوع التالي " إستراتيجية المواجهة عند فئة البالغين التي تتراوح أعمارهم من 24 إلى 28 سنة تصفية الكلى " يهدف هذا البحث إلى معرفة ما إذا مرضى الكلى المزمن الذين تتراوح أعمارهم من 24 إلى 28 سنة لا يستخدمون إستراتيجيات التأقلم بنفس الطريقة، استخدمنا مقابلة من النوع الثاني وهي المقابلة شبه التوجيهية و مقياس التأقلم في تولوز لإجراء هذه الدراسة. تظهر نتائجنا أن المرضى الذين يعانون من الفشل الكلوي المزمن الذين يبلغون من العمر من 24 إلى 28 سنة لا يستخدمون إستراتيجية المواجهة بنفس الطريقة. منها ثلاث حالات استخدمت إستراتيجية المواجهة التي تركز على الدعم الاجتماعي و حالة واحدة فقط استخدمت إستراتيجية المواجهة المرتكزة على المشكلة، كما استخدموا التأقلم الإيجابي.

الكلمات المفتاحية : تقنيات المواجهة - تصفية الدم