



Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Option : Psychologie clinique

Thème

**Étude de la résilience psychologique et des
facteurs de résilience chez les patientes**

Hémodialysées

Étude de onze (11) cas à la clinique Benmoufok Akbou Béjaia

Réalisé par :

HAMIDI Lydia

MAZ Fatima

Encadré par :

BENAMSILI Lamia

Année universitaire : 2022/2023

Remerciements

Avant d'aborder le vif du sujet ;

Nous tenons à remercier spécialement notre promotrice madame Haderbache Lamia, qui fut la première à nous guider dans notre mémoire, pour avoir eu la patience de nous encadrer et pour tous ses précieux conseils, pour son écoute active, sa disponibilité et son encouragement tout au long de ce travail.

Nos remerciements pour les membres du jury qui vont nous faire l'honneur de consacrer leurs temps pour évaluer notre travail.

Un grand merci pour le service d'hémodialyse, au sein de « l'établissement privé clinique BENMOUFFOK », nous tenons à remercier ainsi « Docteur S. Chihani » qui nous a accueilli, sans oublier toute son équipe qui nous ont offert l'aide dont nous avons besoin afin d'avancer dans nos recherches.

Un grand merci aussi pour les sujets de recherche, qui nous ont donné de leur temps, qui nous ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail.

Enfin nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce modeste travail.

Dédicace

Je dédie ce travail à :

Mes chers parents, ma mère et mon père. Je vous remercie pour votre amour, vos sacrifices, je vous remercie pour le soutien et l'encouragement durant ces années d'étude.

Ma chère sœur Sara à laquelle je souhaite de la réussite dans son baccalauréat ainsi que mon petit frère Salah pour son aide malgré son jeune âge.

Ma chère cousine et sœur Majda, pour tout ce qu'elle a partagé avec moi notamment tous les moments d'émotions lors de la réalisation de ce travail.

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

Toute ma famille et mes amis : Yasmina, Souhila, Asma, Thiziri, Thala, Zahia, Tarik et Melina.

Lydia

Dédicace

Avec toute mon affection et mon respect, je dédie ce modeste travail à toute ma famille :

À ma mère, je te remercie pour votre soutien et votre amour infini et tout l'encouragement durant cette année d'étude.

À mes chères sœurs Zakia, Samira pour leurs conseils, à mon cher petit frère pour son soutien moral.

À tous ceux qui ont partagé avec moi tous les moments d'émotions lors de la réalisation de ce travail, ils m'ont chaleureusement encouragé tout au long de mon parcours.

À ma binôme Lydia qui m'a aidé à terminer ce modeste travail.

À toutes mes amies.

Fatima

Table des matières

Introduction	1
Chapitre I : Approche médicale et psychologique de la maladie rénale et de l'hémodialyse	6
Préambule :	7
Section I : le rein et la fonction rénale	7
1. Définition du rein :	7
2. Structure du rein :	7
3. Fonction du rein :	9
4. Le rein du normal au pathologique :	10
Section II : insuffisance rénale chronique terminale.....	11
1. Historique de la néphrologie et de la maladie rénale :	11
2. Définition de l'insuffisance rénale chronique :	12
3. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique :	13
3.1 Diagnostic positif de l'IRC :	13
3.2 Éléments permettant d'affirmer le diagnostic d'IRC :	13
3.3 Diagnostic biologique :	13
3.4 Résultats des examens de laboratoire :	14
3.5 Diagnostic différentiel :	14
4. Épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique terminale dans le monde :	14
5. Classification des insuffisances rénales chroniques :	16
6. Les causes de l'insuffisance rénale chronique :	17
7. Les complications d'IRC :	17
7.1 Complications métaboliques :	18
7.2 Complications hématologiques :	18
7.3 Manifestations osseuses :	18
7.4 Manifestations gastro-entériques :	18
7.5 Symptômes cardio-vasculaires :	18
8. Le traitement d'Insuffisance rénale chronique :	18
8.1 L'insuffisance rénale terminale et différents traitements :	19

Section III : L'hémodialyse :	19
1. Historique de la dialyse :	19
2. Définition de l'hémodialyse :	27
3. Le principe d'hémodialyse :	27
4. Séance d'hémodialyse :	27
5. La dialyse péritonéale :	29
Section IV : Aspect psychologique et psychopathologique de la maladie rénale et l'hémodialyse :	29
1. L'annonce de la maladie :	29
2. L'annonce d'un diagnostic grave	30
2.1. L'impact traumatique de l'annonce :	30
3. Les répercussions psychologiques au niveau du patient :	30
3.1 Sentiment d'arbitraire	30
3.2 Culpabilité	31
4. Psychopathologie du patient en dialyse péritonéale continue ambulatoire :	32
4.1 . Le corps du patient en dialyse péritonéale continue ambulatoire :	32
4.2 Le traumatisme et les stratégies du Coping chez les insuffisantes rénales chroniques :	33
5. Les ravages psychiques de la maladie grave :	38
5.1 La mise en place de mécanismes de défense	38
6. Retentissement psychologique d'une maladie rénale chronique :	41
6.1 Tomber malade :	41
7. Mieux vivre avec une maladie rénale chronique :	42
7.1 Éducation thérapeutique du patient :	42
7.2 Maladie rénale chronique, grossesse et sexualité :	43
7.3 Les troubles sexuels chez la femme :	43
7.4 Les troubles sexuels masculins	43
7.5 Le désir de grossesse et le désir d'enfant	43
8. Psychologie de la maladie :	44
8.1 La conception de la maladie :	44
8.2 La conception scientifique et biomédicale	44
8.3 La maladie en psychologie de la santé :	45
8.4 La psychologie de la maladie et du malade :	45
8.5 Stades d'évolution et réactions à la maladie :	45

8.6	Symptômes et réactions aux symptômes :.....	46
8.7	Consultation médicale et diagnostic :.....	46
9.	Soutien social, santé et maladie.	46
9.1	Le soutien social de l'entourage :.....	47
Section V : Épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie :.....		47
1.	Analyse des données épidémiologiques de l'insuffisance rénale terminale en Algérie : 47	
2.	La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale par l'hémodialyse : 48	
3.	Évaluation des hospitaliers hémodialysé au niveau du CHU Bejaia :.....	48
3.1	Les caractéristiques des dialysés au niveau du CHU Bejaia :	48
Chapitre II : La résilience à l'épreuve de la maladie rénale.		51
Préambule :.....		52
Section I : Généralités sur la résilience psychologique.....		52
1.	Historique de la résilience psychologique :	52
2.	Définition de la résilience psychologique :.....	55
3.	Les facteurs de la résilience :	58
3.1	Historique des facteurs de résilience :	58
3.2	Définition des facteurs de résilience :.....	59
3.3	Présentation des facteurs de résilience :	60
3.4	Profil de l'individu résilient :	62
3.5	Caractéristiques du processus mental résilient :.....	62
3.6	Les phases du processus psychique de la résilience	64
4.	Méthode d'évaluation de la résilience psychologique :	64
4.1	L'évaluation de la résilience, entre théorie et pratique :	64
4.2	Évaluations de la résilience :.....	65
4.3	L'évaluation de la résilience à travers a une projection :.....	66
4.4	L'évaluation de certaines formes spécifiques de la résilience :	66
5.	Les différentes approches de la résilience :	67
5.1	L'approche cognitive et comportementale :.....	67
5.2	Approches transversales de la résilience :.....	69
5.3	Approches psycho dynamiques et processus intrapsychique.....	69
5.4	L'approche neurobiologique de la résilience :.....	70
5.5	Approche psychosociale de la résilience :	71

5.6 Approche intégrative de la résilience :	71
6. Résilience et mécanisme de défense :.....	71
6.1 Mécanisme de défense et mesures défensives :.....	72
6.2 Défenses adaptives :	72
6.3 Spécificité des défenses résilientes :.....	73
6.4 Processus salvateurs :.....	74
7. Intérêts et limites du modèle de la résilience :	75
Section 2 : La résilience psychologique dans la maladie chronique : cas de l'insuffisance rénale chronique.....	76
Problématique et hypothèse	83
Partie pratique.....	90
Chapitre III : la méthodologie de recherche.....	91
Préambule :.....	92
1. Les limites de la recherche :.....	92
2. La méthode de recherche :	93
3. Le lieu de recherche :	96
4. Le groupe de recherche :.....	96
4.1 Les critères de sélection :.....	96
5. Les outils de recherche :	98
5.1 L'entretien de recherche :.....	99
5.2 La description l'échelle de résilience « Le CD-RISC »	102
6. Le déroulement de la recherche :	104
6.1 La préenquête :.....	104
6.2 L'enquête :	108
7. La déontologie de la recherche et les attitudes du chercheur :	109
Synthèse :	111
Chapitre IV : Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses.....	112
Préambule :.....	113
1. Présentation et analyse des résultats :.....	113
Cas N° 01 : Lila.....	113
Cas N° 02 : Katia.....	119
Cas N° 03 : Nariman.....	123

Cas N° 04 : Nadia.....	127
Cas N° 05 : Nassima.....	131
Cas N° 06 : Dina.....	135
Cas N° 07 : Kafia.....	140
Cas N° 08 : Kahina.....	145
Cas N° 09 : Najat.....	148
Cas N° 10 : Khadija.....	152
Cas N° : Lynda	
2. Discussion des hypothèses.....	159
Conclusion	169
Listes des références	172

Liste d'abréviations :

IRC : Insuffisance Rénale Chronique.

MRC : Maladie Rénale Chronique.

IRA : Insuffisance Rénale Aigue

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire.

HTA : l'Hyper Tension Artérielle.

NKF : National Kidney Fondation.

DPI : La dialyse Péritonéale Intermittente.

DPCA : La Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire.

DSM: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

CD-RISC : Connor-Davidson Resilience Scale.

Liste des figures :

Figure 1 : Anatomie du rein.

Figure 2 : La structure du rein.

Figure 3 : la machine de dialyse.

Liste des tableaux

<u>N°</u>	<u>Titre de tableau</u>	<u>Page</u>
<u>N° 1</u>	<u>Classification ANAES de l'insuffisance rénale chronique et des maladies rénale</u>	16
<u>N° 2</u>	<u>Classification internationale (National Kidney Fondation 2003)</u>	17
<u>N° 3</u>	<u>Principales causes d'insuffisance rénale terminale et leur incidence (USA)1991.</u>	17
<u>N° 4</u>	<u>Répartition des patients dialysés selon l'âge en 2011</u>	49
<u>N° 5</u>	<u>Les causes de l'IRCT au niveau du CHU de Bejaia en 2011</u>	49
<u>N° 6</u>	<u>Les caractéristiques générales des sujets</u>	98
<u>N° 7</u>	<u>résultat de l'échelle de l'échelle CD-RISC de Lila</u>	116
<u>N° 8</u>	<u>résultat de l'échelle de l'échelle CD-RISC de Dina</u>	121
<u>N° 9</u>	<u>résultat de l'échelle de l'échelle CD-RISC de Katia</u>	125
<u>N° 10</u>	<u>Résultat de l'échelle CD- RISC de Nariman.</u>	129
<u>N° 11</u>	<u>Résultat de l'échelle CD- RISC de Nadia.</u>	133
<u>N° 12</u>	<u>Résultat de l'échelle CD- RISC de Nassima.</u>	138
<u>N° 13</u>	<u>Résultat de l'échelle de résilience CD-RISC cas de Kafia</u>	142
<u>N° 14</u>	<u>Résultat de l'échelle de résilience CD-RISC cas de Kahina.</u>	146
<u>N° 15</u>	<u>Résultats de l'échelle de résilience</u>	150

CD-RISC cas de Najat.

<u>N° 16</u>	<u>résultats de l'échelle de résilience CD-RISC de Khadija</u>	154
<u>N° 17</u>	<u>résultats de l'échelle de résilience CD-RIS de Lynda</u>	158
<u>N° 18</u>	<u>Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle CD-RISC :</u>	161

Introduction

La santé est un objectif que nous poursuivons pour l'atteindre, car elle est importante pour la continuation de la vie sans problème physique et morale pour l'être humain.

La maladie est un état anormal de santé, qui affecte le fonctionnement normal d'un être vivant et qui peut causer des symptômes tels que de la douleur ou d'autres manifestations physiques ou psychologiques.

En effet, l'être humain depuis sa naissance peut passer par plusieurs problèmes de santé comme la maladie chronique. Les maladies chroniques ont tendance à durer plus longtemps et à affecter la qualité de vie de manière continue, incluent le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies rénales chroniques.

Dès lors, l'annonce d'une maladie chronique pourrait être perçue comme difficile, déplorable, et lourde à supporter. Cette annonce peut être vécue comme un vrai traumatisme. Dans notre recherche on a choisi la maladie de l'insuffisance rénale parmi les maladies chroniques ; c'est une diminution permanente du débit de la filtration glomérulaire, ou la réduction de la capacité du rein. L'incapacité du rein à accomplir ses tâches correctement oblige la personne à endurer un traitement à vie c'est les filtrations du sang.

L'hémodialyse est une procédure ou un traitement utilisé pour traiter les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique, le processus est utilisé par une machine « le dialyseur » ou le rein artificiel, qui agit comme un filtre externe pour le sang.

Nous avons trouvé le nombre de personnes qui souffrent de cette maladie augmente en Algérie, on compte 10% de la population algérienne présente une atteinte rénale, dont 26000 patients dialysés en 2022 et 1000 en dialyse péritonéale, savoir que 15000 insuffisants rénaux sont actuellement en attente d'une greffe rénale, soit un minimum de 500 greffes annuelles à réaliser pour répondre à la demande.

Le malheur est que cette maladie une maladie silencieuse et elle survient sans prévenir, cette pathologie présente un véritable problème de santé publique par sa fréquence de plus en plus élevée. Par ailleurs, l'insuffisance rénale chronique peut affecter le côté psychologique de la patiente. Celle-ci peut être confrontée au remaniement, voire aux angoisses que subit son corps. L'évolution de cette maladie peut alors déstabiliser la patiente et la mettre dans un état d'angoisse. Toutefois, la manière de gérer la maladie diffère selon chaque patient. Dès lors, il

existe des personnes qui malgré leur état de santé arrivent à se sentir bien, s'adapter et résister. Cela est qualifié de résilience. Cette dernière est assurée surtout grâce aux facteurs de résilience.

Nous avons fait cette recherche portant sur les femmes qui souffrent de l'insuffisance rénale chronique puisque la femme souffre généralement de l'hypertension artérielle et bien sûr cela peut toucher ses reins, les femmes sont également plus susceptibles de souffrir de maladies rénales auto – immunes, telles que le lupus érythémateux systémique, qui affectent le système immunitaire et peuvent endommager le rein.

En effet, dans le cadre de notre recherche, nous avons mis en lumière « *l'étude de la résilience psychologique et des facteurs de résilience chez les patientes hémodialysées* ». Ce mémoire a pour objectif d'étudier la résilience et les facteurs de la résilience chez nos sujets. Le but est de dépister la capacité des femmes hémodialysées à surmonter leur souffrance par l'évaluation de leur résilience psychologique.

Et dans notre deuxième chapitre nous avons expliqué le terme clinique de résilience psychologique, cette capacité d'une communauté à faire face d'un individu ou d'une communauté à faire face à des événements stressants, à surmonter des obstacles et s'adapter aux changements et la flexibilité mentale, l'estime de soi, la régulation émotionnelle et la capacité à anticiper les événements à venir, malgré cette maladie difficile à s'adapter, mais, de nombreuses femmes ont montré une grande résilience et ont surmonté sa souffrance intérieure et les difficultés pour vivre comme les autres personnes..

Pour mener à bien cette étude, nous avons opté une démarche de type exploratoire et descriptive. Nous avons retenu la méthode clinique qui nous a permis de comprendre l'histoire de la maladie des patientes et leur vécu. Pour la collecte des données, nous avons retenu deux instruments, à savoir l'entretien semi-directif et l'échelle CD-RISC. Nous avons estimé qu'un seul outil est à lui seul insuffisant pour récolter les informations nécessaires à analyser en vue de répondre à nos questions.

Après l'introduction, notre travail est divisé en deux parties, la partie théorique et la partie pratique, la partie théorique est divisée à son tour en deux chapitres : le premier chapitre intitulé « *Approche médicale et psychologique de la maladie rénale et de l'hémodialyse.* » Et un deuxième chapitre « *la résilience psychologique* ».

D'abord notre premier chapitre il est subdivisé en cinq sections : la première section intitulée « *le rein et la fonction rénale* » ou nous avons donné une définition du rein, la structure

du rein, la fonction du rein également le rein du normal au pathologique, en revanche sur la deuxième section porte «insuffisance rénale chronique terminale» nous avons abordé un historique de la néphrologie et la maladie rénale, la définition de l'insuffisance rénale chronique, Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique, Épidémiologie de l'insuffisance rénale terminale dans le monde, classification de l'insuffisance rénale chronique, les causes de l'insuffisance rénale chronique , les complications de l'insuffisance rénale chronique et le traitement de l'insuffisance rénale terminale. Après une troisième section intitulée « l'hémodialyse », on a traité l'historique de l'hémodialyse, la définition et généralité de l'hémodialyse, le principe d'hémodialyse et la séance d'hémodialyse et la dialyse prétoriale. Et la quatrième section intitulée « Aspect psychologique et psychopathologique de la maladie rénale et l'hémodialyse » on a expliqué l'annonce de la maladie, l'annonce d'un diagnostic, aspect psychologique et psychopathologique de l'insuffisance rénale chronique, psychopathologie du patient en dialyse péritonéale continue ambulatoire, les traumatismes et les stratégies de coping chez les patients atteints d'insuffisances rénales chroniques, les ravages psychiques de la maladie grave, autour du vécu psychique des patients atteints d'une maladie chronique, retentissement psychologique d'une maladie rénale chronique, mieux vivre avec une maladie rénale chronique, Psychologie de la maladie, soutien social, santé et maladie. Et la dernière section c'est « épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie » intitulée d'analyse des données épidémiologiques de l'insuffisance rénale terminale en Algérie et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale par l'hémodialyse et évaluation des hospitaliers hémodialysé au niveau du CHU Bejaia.

Ensuit dans le deuxième chapitre nous avons présenté la résilience psychologique en deux sections puis on a présenté la première section « Généralités sur la résilience psychologique » intitulée d'origine de concept de la résilience, historique de la résilience, définition de la résilience, méthode d'évaluation de la résilience, les différentes approches de la résilience, les facteurs de la résilience, résilience et mécanisme de défense, intérêts les limites de la résilience. Et une deuxième : « la résilience psychologique et les facteurs de résilience à l'ère de la maladie chronique » intitulée de revue de la littérature sur la question, études antérieures algériennes et étrangères sur la question, après la résilience chez les hémodialyses et enfin nous finalisons les deux chapitres par une synthèse.

Nous avons ensuite présenté notre problématique et nos hypothèses, et l'opérationnalisation de concept. La partie pratique quant à elle est composée de deux chapitres dont le premier est « la méthodologie de la recherche présente » intitulée d'un préambule, les limites de la

recherche, la méthode de la recherche, le lieu de la recherche, le groupe de recherche, les critères de sélection, les outils de recherche, le déroulement de la recherche. Après à la fin une synthèse, par la suite nous avons présenté la conclusion et la liste de référence.

Partie théorique

Chapitre I

Approche médicale et psychologique de l'hémodialyse

Préambule :

Le rein est l'organe le plus sensible dans le corps, il s'écrête l'urine, malheureusement est exposé à beaucoup de maladies, parmi ses maladies on trouve l'insuffisance rénale chronique l'insuffisance rénale chronique est une maladie chronique et mortelle que relève la perte, malheureusement dans sa phase terminale conduite à un risque de la mort. Cette maladie est devenue un problème majeur de santé publique par sa fréquence de plus en plus élevée.

Dans ce chapitre on va aborder certains éléments de l'insuffisance rénale chronique (IRC), en le repartent en deux parties essentielles : la première aborde le rein et la fonction rénale et la deuxième section nous allons parler sur l'insuffisance rénale chronique et une troisième section est l'hémodialyse, la deuxième partie on aborde l'aspect psychologique et psychopathologique qui est réparti en deux sections dans la première section nous allons parler sur aspect psychologique et psychopathologique de la maladie rénale et l'hémodialyse, et une deuxième section est l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie.

Section I : le rein et la fonction rénale

1. Définition du rein :

Organe élaborant l'urine.

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

« Le rein est un organe rétropéritonéal qui se projette à la charnière thoraco abdominale »
(Thervet, 2017, p. 1).

2. Structure du rein :

Le rein est un organe pair, placé dans la région abdominale, en dehors du péritoine à la hauteur des deux premières vertèbres lombaires. Chez un adulte normal il pèse en moyenne 150 grammes, il mesure environ 12 centimètres de diamètre longitudinal et 5 cm de diamètre transversal. Chaque rein est fait d'un million de structures allongées, tubulaires, appelées néphrons. Le néphron commence par un corpuscule rénal de forme arrondie. Il est composé d'un écheveau de petits vaisseaux capillaires appelé glomérule (Jacobs, 1999, p. 01).

Le rein se compose :

– d'un parenchyme entouré d'une capsule fibreuse, dont on distingue, de la périphérie vers le hile, deux zones différentes :

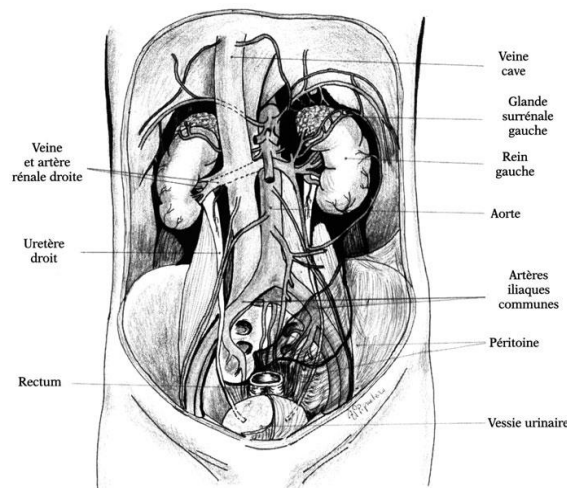
-le cortex, sous la capsule, riche en glomérules ;

-la médullaire, formée des pyramides de Malpighi, au nombre de huit à dix, dont le sommet bombe vers le hile et forme les papilles sur lesquelles viennent se ventouses les petits calices

– d'un sinus, adipeux et lymphoïde, dans lequel se logent la voie excrétrice en arrière et les vaisseaux rénaux en avant. Les axes des calices et de leur tige convergent vers le pyélon.

Chaque rein est entouré de tissu cellulo graisseux et est situé, avec la glande surrénale, dans un sac fibreux ; l'ensemble constitue la loge rénale (Thervet, 2017, p. 1).

Figure 1 : Anatomie des reins

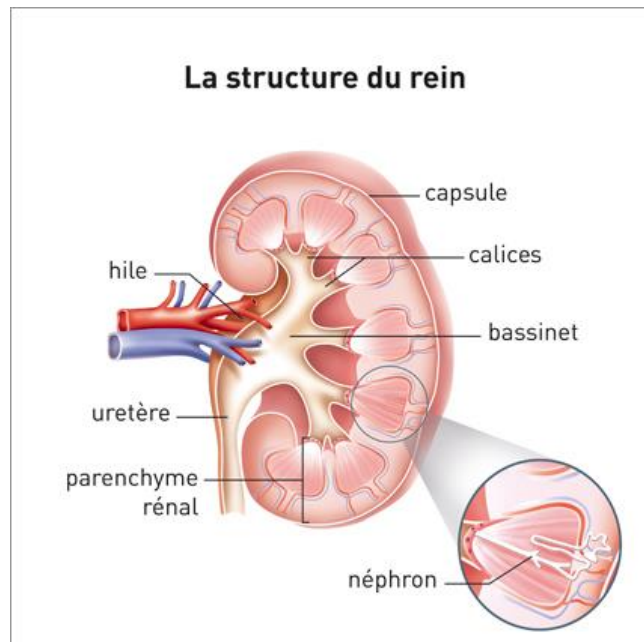


Source : (Jacobs, 1999, p. 2).

– **Parenchyme rénal :**

Le parenchyme rénal est constitué d'une zone périphérique externe, le cortex, et d'une partie interne, la médullaire. Chaque rein contient environ un million d'unités fonctionnelles ou néphrons. Chaque néphron est constitué d'un glomérule formé d'un bouquet capillaire ou flocule à partir d'une artériole afférente suivie d'un système tubulaire (Masson, 2009, p.6).

Figure 2 : la structure du rein.



Source : <https://www.e-cancer.fr>

3. Fonction du rein :

Ils ont une principale fonction de :

Épurer le sang de ses déchets, évacués dans les urines, pour ne garder que les substances utiles au bon fonctionnement de l'organisme ; maintenir constante la composition et pression artérielle du sang (quantité d'eau, sel, de potassium...) ; transformer la vitamine D qui permet l'absorption de calcium alimentaire et sa fixation sur l'os ; produire l'érythropoïétine, qui stimule la production des globules rouges (Philio, 2022, p. 22)

– Filtration glomérulaire, sécrétion et réabsorption tubulaire :

Le rein assure l'épuration sélective de l'organisme par la filtration glomérulaire : des déchets azotés endogènes, éliminés dans l'urine, du glucose ou d'albumine, physiologiquement absents de ces urines. La filtration totale dépend du nombre de néphrons et de débits de filtration glomérulaire. La composition de l'urine est également la résultante de phénomènes (Housset, Levy, Estournet, 2010, p.3).

Homéostasie du milieu intérieur :

Un autre rôle du rein est d'assurer l'homéostasie.

Homéostasie hydroélectrolytique :

De l'eau : le rein filtre 180 litres d'eau par jour, du sodium : le rein élimine l'équivalent des apports journaliers en sel, du potassium : en tenant compte à la fois des apports alimentaires en potassium.

Homéostasie acido-basique :

Le rein constitue le troisième ligne de défense après le système respiratoire. Son rôle est double régulant : la réabsorption ou l'élimination tubulaire des bicarbonates. L'élimination de la charge acide sous forme d'ions ammonium.

Rôle endocrinien :

Le rein a un important rôle endocrinien, avec la production d'hormone ayant des rôles variés.

Rénine :

Produite par la cellule de l'appareil juxta glomérulaire. Hormone intervenant dans la régulation de la pression artérielle.

Régulation de la pression artérielle :

Le rein assure la régulation de la pression artérielle par le système rénine, Le rein contrôle les résistances vasculaires périphériques (Housset, Levy, Estournet, 2010, pp. 03. 05).

4. Le rein du normal au pathologique :

Le rein est un organe vital remplissant de multiples rôles : Élimination des toxines ; équilibre du bilan hydrosodé ; homéostasie hydroélectrolytique ; fonction endocrine, avec la production d'érythropoïétine et la transformation de la vitamine D en sa forme active (hydroxylation). Lorsque le rein devient défaillant de façon chronique, il ne peut plus assurer ces fonctions, ce qui provoque des complications multiples (Hosset, Levy, Estournet, 2010, p.140).

Section II : insuffisance rénale chronique terminale.

1. Historique de la néphrologie et de la maladie rénale :

Avant même que la néphrologie ne soit reconnue comme une spécialité et une discipline, le rôle fondamental du rein dans le maintien de l'homéostasie de l'eau et des solutés avait été identifié et mis en exergue par Homer Smith. Le chemin parcouru depuis est considérable. Les principes du maintien de l'homéostasie reposent maintenant sur la connaissance des molécules impliquées dans le transport d'eau et de solutés, celle des hormones et facteurs divers contrôlant ces transports, et celle des maladies, génétiques ou acquises, affectant les transports et donc l'homéostasie. Nous sommes aujourd'hui capables d'agir efficacement sur plusieurs de ces désordres et de les corriger. L'héritage légué par Homer Smith a fructifié au-delà de ce qui pouvait être imaginé à l'époque, grâce à de nombreux médecins et chercheurs talentueux et créatifs. En France, Gabriel Richet, François Morel et leurs élèves respectifs ont pris une part reconnue à cette aventure. Les données accumulées au cours de plusieurs décennies ont été synthétisées afin de permettre de comprendre la physiologie normale, la physiopathologie des désordres de l'homéostasie de l'eau et des solutés, les signes et symptômes qui en découlent et les modalités de prise en charge des patients. Pour autant, l'histoire n'est pas terminée : les concepts continuent d'évoluer, les modalités diagnostiques et thérapeutiques également. Espérons qu'il faille très vite réviser le contenu de ces chapitres : ce serait le signe que l'aventure continue (Thervet, 2017, p.21).

1960 – Naissance « officielle » de la néphrologie a eu lieu en 1960 lorsqu'a été créée la Société internationale de néphrologie dont le premier président a été Jean Hamburger (1909-1992), et que s'est tenu à Genève/Évian son premier congrès. C'est à cette date que la néphrologie se distingue de l'urologie, discipline qui concerne la chirurgie du rein et de l'appareil urinaire (ou génito-urinaire chez l'homme). Cette distinction n'a pas empêché une étroite collaboration médico-chirurgicale entre les néphrologues et les urologues, par exemple dans le traitement de la lithiase urinaire ou dans la transplantation rénale. Dans les années 1960, la spécialité de néphrologie a été reconnue en France et dans beaucoup d'autres pays. En fait, les « racines » de la néphrologie sont bien plus anciennes. Certaines structures du rein ont été reconnues dès la Renaissance, le glomérule par Malpighi, le canal collecteur par Bellini. Au XIXe siècle, les connaissances se sont organisées. Sous l'influence de physiologistes comme Claude Bernard en France et de chercheurs allemands, le mode de fonctionnement du rein a été décrit avec beaucoup d'incertitudes et d'approximations. La place du rein dans le maintien de la composition du « milieu intérieur » a été progressivement dessinée. Le principe de la dialyse a

été également établi à cette période par Graham, à Glasgow en Écosse. Les maladies du rein ont été mieux individualisées, notamment sous l'influence de Bright, au Guy's Hospital de Londres et de Rayer en France. Pendant longtemps, on a dénommé l'urémie ou insuffisance rénale chronique « mal de Bright ». Les débuts de la néphrologie sont indissociables des efforts faits pour traiter l'insuffisance rénale aiguë, concevoir le rein artificiel et développer l'idée de la réanimation médicale. Les méthodes de réanimation « humorale », notamment hydroélectrolytique, sont aussi nées après 1945, mais cela n'était pas suffisant pour lutter contre les conséquences de l'insuffisance rénale aiguë ; il fallait également la dialyse. C'est Willem Johan Kolff qui a été le grand pionnier du rein artificiel et de ses applications, dès 1943, aux Pays-Bas. La dialyse péritonéale s'est développée un peu plus tard aux États-Unis. Ainsi, entre 1945 et 1950, les techniques de dialyse ont bouleversé le pronostic de l'insuffisance rénale aiguë (IRA) dont les formes graves étaient constamment mortelles avant. Grâce à la dialyse, il était devenu possible d'attendre la récupération spontanée, en 2 à 5 semaines environ, de la fonction rénale (Masson, 2016, p.3.4).

2. Définition de l'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par « *une diminution progressive et irréversible du débit de filtration glomérulaire. Elle est la conséquence d'une maladie rénale chronique* » (Michel, Limal, 2008, p. 1431).

L'insuffisance rénale chronique (IRC) se définit « *comme altération progressive et permanente des fonctions exocrines et endocrines du parenchyme rénal, résultat de lésions anatomiques irréversibles* » (Masson, 2009, p.16)

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 évoluant depuis plus de 3 mois (il s'agit d'une anomalie morphologique à condition qu'elle soit « cliniquement significative », 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/1,73m² depuis plus de trois mois (Moulin, & Al, 2007, p. 200).

Le patient insuffisant rénal : « *c'est un individu allant du jeune enfant à la personne âgée, à des stades différents d'insuffisance rénale chronique ou aiguë, nécessitant une intervention médicale spécifique et/ou des soins pour prévenir les complications et l'aggravation de la maladie, mais aussi pour atteindre la plus grande qualité de vie dans les limites de son état de santé* » (Association française des infirmiers de dialyse, transplantation et néphrologie, 2016, p. 1).

3. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique :

3.1 Diagnostic positif de l'IRC :

Les circonstances dans lesquelles on est amené à faire un diagnostic d'IRC sont deux ordres : Soit que la néphropathie est connue et, au cours de la surveillance régulière du malade, on constate l'augmentation progressive de la créatininémie, en même temps la baisse de la clairance de la créatinine.

Soit que la néphropathie n'est pas connue et le malade d'IRC consulte pour une manifestation extrarénale secondaire à celle-ci : anémie, troubles digestifs, l'hypertension artérielle (HTA)...

L'IRC est parfois évoqué devant l'existence d'une polyurie nocturne ou d'une HTA... (Boubchir, 2004, p. 32).

3.2 Éléments permettant d'affirmer le diagnostic d'IRC :

- Des antécédents évocateurs (maladies chroniques),
- Dosage antérieur de la créatinine plasmatique (anormal) ;
- Nycturie, polyurie ;
- Pâleur (sans saignement) ;
- Hyperparathyroïdisme secondaire : hypocalcémie et hyperphosphorémie ;
- Ostéodystrophie radiologique ;
- Reins de petite taille différenciée (échographie) (Boubchir, 2004, p. 33).

3.3 Diagnostic biologique :

Le débit de filtration glomérulaire : $DFG = U \cdot V / P$.

V : débit urinaire (ml : mn).

P : concentration plasmatique de la substance x, U : concentration urinaire de la substance x.

Le dosage de la créatinine plasmatique est très utilisé en pratique pour apprécier la fonction rénale, ceci en raison de sa simplicité (Boubchir, 2004, p. 33).

3.4 Résultats des examens de laboratoire :

- Élévation de l'urée et de la créatinine.
- Anémie.
- Hyperuricémie,
- Acidose métabolique,
- Hyperphosphorémie, hypocalcémie,
- Allongement du temps de saignement,
- Baisse des réponses immunitaires,
- Sédiment urinaire (Boubchir, 2004, p. 34).

3.5 Diagnostic différentiel :

Il importe d'éliminer :

- Une insuffisance rénale aiguë de type obstructif ou fonctionnel : l'interrogatoire, les antécédents, l'examen clinique, les explorations morphologiques permettent en général d'affirmer le caractère aigu
- D'une insuffisance rénale rapidement progressive compliquant une maladie générale : là encore, l'histoire clinique, l'examen clinique complet et différentes investigations paracliniques permettront de rattacher la défaillance rénale à sa cause et de prendre éventuellement les mesures thérapeutiques qui s'imposent (Masson, 2016, p. 21).

4. Épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique terminale dans le monde :

La maladie rénale affecte actuellement environ 850 millions de personnes dans le monde et un adulte sur dix souffre d'une maladie rénale chronique. Environ 10% de la population mondiale atteinte d'insuffisance rénale chronique (<http://icnoch.fr> consulté le 23/03/2023).

L'IRC touche 10,4% des hommes et 11,8% des femmes dans le monde. L'IRC évolue entre 5.3 et 10.5 millions de personnes ont besoin d'un traitement de remplacement du rein (<http://santelog.com> consulté le 24/03/2023).

En France, la prévalence de L'IRC terminale était en 2010 d'environ 1000 patients par million d'habitants en métropole dont environ 500 traités par hémodialyse, 40 par dialyse péritonéale et ayant une greffe rénale fonctionnelle.

Quelques données sur l'insuffisance rénale terminale : Elle a une incidence d'environ plusieurs millions d'habitants et par an en France ;

Elle est 2 à 3 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme ;

L'âge des nouveaux patients débutant la dialyse augmente régulièrement (âge médian 71 ans) (Moulin, Noëlle, 2014, p.204).

Au 31 décembre 2019, on dénombre en France, 91 875 personnes en traitement de suppléance dont 50 499 (55 %) en dialyse et 41 374 (45 %) porteuses d'un greffon rénal fonctionnel. La prévalence brute globale de l'IRTT est de 1 355 pmh et la plupart des départements ont une prévalence supérieure à 1 000 pmh. La prévalence de l'IRTT est 1,7 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes et elle connaît des variations spatiales importantes. Les 5 régions d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion) ont une prévalence globale significativement plus élevée que le taux national. L'âge varie de façon significative selon la région de résidence et la maladie rénale initiale. La prévalence globale standardisée sur l'âge et le sexe est de 44 patients par million d'habitants pour la dialyse péritonéale, de 700 pour l'hémodialyse et de 410 pour la greffe. Elle varie fortement d'un département à l'autre. Ainsi, la part de la greffe dans le total des patients prévalent varie, en France métropolitaine, de 35% à 53 % et de 16 % à 32 % dans les régions d'outre-mer. Le rapport des prévalences standardisées sur âge et sexe des patients greffés/patients dialysés est ainsi supérieur à 1 en Basse-Normandie, Bretagne, Franche-Comté, Pays de la Loire, Rhône-Alpes et Poitou-Charentes. En Alsace, Corse, Nord-Pas-de-Calais, et Picardie, ce rapport est inférieur à 0,7 et il est inférieur à 0,4 dans les régions d'outre-mer. Ce rapport est le reflet de la dynamique de greffe rénale dans les régions. Il ne traduit pas obligatoirement des différences de pratiques indépendantes de l'état clinique, car il ne tient pas compte des caractéristiques cliniques des patients (Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique, 2019, p. 117).

L'IRC est un problème majeur de santé publique à Madagascar. À la prévalence à Antananarivo, la capitale était de 13,8% dans notre échantillon. Dans 10% des cas, l'IRC était déjà aux stades 4 ou 5. Au cours de cette étude, les facteurs à l'IRC étaient essentiellement le genre, l'âge et l'activité professionnelle. Le diabète est surtout l'HAT étaient de fréquence très élevée, qu'ils soient déjà connus ou de découverte fortuite au moment de l'enquête. La prévention doit être centrée sur le dépistage des sujets à risque. La mise en place précoce des mesures de néphroprotection selon les recommandations actuelles permettre de ralentir la progression de l'IRC et pourrait retarder la mise en dialyse. La présente étude à permet d'étendre le dépistage dans les autres provinces. Ce dépistage est actuellement en cours pour nous permettre de pouvoir statuer la prévalence nationale de l'IRC à Madagascar (Masson, 2022, p.33).

La maladie rénale chronique est, dans la population générale, un enjeu de santé publique majeur (une enquête aux États-Unis démontre que 10,8% de la population, soit environ 19,2 millions d'Américains, présentent une maladie rénale chronique), mais reste largement sous-estimée en raison de caractère asymptomatique et de l'absence de programme de dépistage (protocole national de diagnostic et de soins PNDS 2018). Le diagnostic précoce et la mise en place de mesure de néphroprotection sont des objectifs majeurs de la prise en charge et le pronostic des enfants on IRT aient énormément progressé, l'IRT reste associée à une importance morbidité et un excès de mortalité, et l'amélioration du pronostic cardio-vasculaire de ces patients reste un défi de la néphrologie pédiatrique (Masson, 2020, p. 315).

5. Classification des insuffisances rénales chroniques :

Deux classifications principales existent et sont utilisées : celle de L'ANAES et celle de la National Kidney Fondation (NKF) aux États-Unis (classification internationale).

C'est la classification NKF qui fait actuellement référence.

Tableau 01 : Classification ANAES de l'insuffisance rénale chronique et des maladies rénales

STADE	Définitions	DFG estimé (ml/min/1,73m ²)
1	Maladie rénale chronique	>60
2	Insuffisance rénale modérée	30-59
3	Insuffisance rénale sévère	15-29
4	Insuffisance rénale terminale	<15

Source : (Hosset, Levy, Estournet, 2010, p.142).

Tableau 02 : Classification internationale (National Kidney Fondation 2003) :

Stades	Définition	DFG estimé (ml/min : 1,73 m2)
1	Maladie rénale sans insuffisance rénale chronique	>90
2	Maladie rénale avec insuffisance rénale chronique légère.	De 60 à 89
3	Insuffisance rénale chronique modérée	De 30 à 59
4	Insuffisance rénale chronique sévère	De 15 à 29
5	Insuffisance rénale chronique terminale	<15

Source : (Hosset, Levy, Estournet, 2010, p.142).

6. Les causes de l'insuffisance rénale chronique :

Tableau n°3 : principales causes d'insuffisance rénale terminale et de leur incidence (USA) 1991.

Affection	%
Diabète	30%
HTA	26,5%
Glomérulonéphrites	13,6%
Polykystose	3,4%
Uropathies	5,4%
Autres et inconnues	20,5%

Source : (Bouchrir, 2004, p. 25).

Habituellement, l'insuffisance rénale chronique est le terme ultime évolutif des néphropathies chroniques. Elle était estimée concernant l'étiologie comme suit :

Diabète, HTA, obstacle, néphropathies héréditaires, kystes, cancers et myélomes, causes variées et indéterminées (Association française des infirmiers de dialyse, transplantation, et néphrologie, 2016, p. 19).

7. Les complications d'IRC :

Les complications d'IRC sont multiples et doivent être systématiquement recherchées pour être traitées.

7.1 Complications métaboliques :

Surcharge hydrosodée : la diurèse diminue progressivement.

Hyperkaliémie et hyperphosphatémie : liée à la capacité d'excrétion moindre. Hypocalcémie : le rein ne peut plus assurer l'hydroxylation en 1x de la vitamine D. Acidose : le rein perd son rôle de régulation de l'équilibre acido-basique.

Dénutrition : elle est secondaire à l'anorexie secondaire (Housset, Levy, Estournet, 2010, pp. 145).

7.2 Complications hématologiques :

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

7.3 Manifestations osseuses :

Les manifestations osseuses sont la conséquence des perturbations du métabolisme phosphocalcique et du déficit de synthèse de 1,25 dihydroxycholécalférol, de l'intensité de la réaction parathyroïdienne, voire des thérapeutiques prescrites aux malades (Masson, 2009, p. 23).

7.4 Manifestations gastro-entériques :

Les manifestations de ce type les plus fréquentes sont la nausée, les vomissements et l'anorexie. La langue est pâteuse et l'haleine urineuse. Les saignements du tube digestif ne sont pas rares. Il peut également y avoir hoquet et altérations de la défécation.

7.5 Symptômes cardio-vasculaires :

Le plus important de ces symptômes est l'hypertension artérielle qui apparaît souvent en même temps que de nombreuses néphropathies encore en phase de fonction rénale normale et devient de toute façon plus fréquente, à mesure que l'insuffisance rénale avance (Jacobs, 1999, p. 24).

8. Le traitement d'Insuffisance rénale chronique :

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique répond à deux grands principes :

Réduire les conséquences cliniques de l'urémie par :

Le contrôle de l'hypertension artérielle.

L'utilisation de régimes restreints en sel, en potassium et en protéines.

La freination de la réaction parathyroïdienne par l'utilisation d'hypophosphorémiants.

L'interdiction de prescription de médicaments néphrotoxiques.

Préparer le patient à la prise en charge des médicaments de suppléance :

L'information du patient de son entourage est capitale.

La création d'un abord vasculaire de qualité ne nécessite que, très tôt dans l'évolution de la maladie (Masson, 2016, 1.p. 24).

8.1 L'insuffisance rénale terminale et différents traitements :

On parle de l'insuffisance rénale terminale lorsque la valeur de la filtration glomérulaire, habituellement appréciée par la clairance de la créatinine, est inférieure à 15ml/min.

À ce stade, un traitement substitutif s'impose dans le but à corriger les conséquences métaboliques et cliniques induites par le déficit quasi total des fonctions d'excrétion. Les méthodes de substitution comprennent la dialyse péritonéale, l'hémodialyse et la transplantation (Masson, 2009, pp. 23.24).

Section III : L'hémodialyse :

1. Historique de la dialyse :

1854 – VIVI DIFFUSION – THOMAS GRAHAM

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

1900 – LE PREMIER REIN ARTIFICIEL – JOHN J. ABEL

Ce n'est que dans les premières années de 1900 qu'un pharmacologiste de Johns Hopkins University à Baltimore (États-Unis), John J. Abel, propose le traitement de l'insuffisance rénale

par le passage du sang à travers un circuit extracorporel dans lequel le sang serait filtré de façon sélective.

John J. Abel, Leonard Rowntree et B.B. Turner travaillent activement sur un système de dialyse, et en 1913 publient leur premier article sur la « vividiffusion ».

Le rein était un long élément cylindrique avec des bouchons en verre à chaque extrémité, et au centre de nombreux tubes de collodion. L'entrée et la sortie du sang se trouvaient à la même extrémité du dialyseur. Le sang circulait dans les tubes de collodion, et la solution de dialyse* pénétrait et ressortait de l'élément cylindrique par l'autre extrémité. La température de la solution de dialyse était constamment surveillée par un thermomètre situé à l'extrémité du rein. Pour réduire les risques de coagulation, un anticoagulant était injecté au niveau de la connexion artérielle. L'héparine n'étant pas connue en 1913, on utilisait une substance appelée Hirudine (extrait de sangsue).

1915 – Les premières recherches européennes –George Hass

En 1915, un chercheur allemand, George Haas, de l'université clinique de Giessen, développa un système similaire à celui d'Abel. Il utilisa également le collodion comme matériau de membrane, mais il simplifia les connexions de ces membranes de collodion. L'entrée et la sortie du dialysât se situaient sur le corps du cylindre, ainsi que le thermomètre. Il ajouta également un système de recueil du liquide ultrafiltré. L'hirudine était encore le seul anticoagulant utilisable, bien qu'elle cause de nombreux soucis à Hass. L'héparine fut synthétisée en 1919, mais Haas l'incorpora à son système qu'en 1928. Bien qu'il débute son travail avec des animaux, Hass est reconnu comme étant le premier médecin à avoir effectué une dialyse chez un patient humain.

1930 – La technique en « Sandwich » – Heinrich Necheles

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

1937 – L'acétate de Cellulose – William Thalheimer

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

Début des années 40 – le rein à tambour rotatif – Willem Johan Kolff

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

La surface des premiers dialyseurs de Kolff était d'environ 2,4 m². La partie la plus basse du tambour était immergée dans une solution de dialyse. La séance complète durait 6 heures. Dans le début des années 40, Kolff a essayé d'appliquer ce système à l'insuffisance rénale aiguë. Cela lui permettait de soustraire les toxines de l'organisme jusqu'à la reprise de la fonction rénale. En fait Kolff réalisa 15 dialyses avant d'obtenir son premier succès. Sophia Schafstadt, une femme de chambre de 68 ans avec un syndrome hépatorénal, fut la première patiente qui resta en dialyse jusqu'à ce que sa fonction rénale soit rétablie.

Milieu des années 40 – le rein à tambour vertical – Nils Alwall

Dans le milieu des années 40, un autre type de rein artificiel fut développé par Nils Alwall, en Suède. L'avantage de ce rein vertical était qu'il n'y avait pas besoin de rotation. La membrane était enroulée autour d'un axe stationnaire, le sang circulait grâce à une pompe à sang. Pour améliorer l'ultrafiltration, Alwall installa une pompe aspirante sur le circuit dialysât, créant ainsi pour la première fois une pression négative. Le système d'Alwall était plus facile à utiliser que le rein rotatif. Pour avoir introduit la première pression négative au niveau du dialysât, Alwall fut reconnu, avec sa description en 1948, de la première canule pouvant être utilisée pour obtenir un accès aux vaisseaux sanguins du patient. Il fut le premier également à ouvrir un centre de dialyse en 1950.

Fin des années 40 – applications cliniques aux ÉTATS-UNIS

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

En 1947, John Merrill réalisa la première séance d'hémodialyse à l'hôpital de Boston aux États-Unis. Kolff réalisa que son système devait être amélioré et avec l'aide d'Edward Olson et Karl Walter, deux ingénieurs des laboratoires Fenwall, une nouvelle version du rein de Kolff fut construite. La première utilisation de la machine construite par Olson se fit le 11 juin 1948 au Peter Brigham Hospital. Olson fabriqua 40 de ces machines qui furent réparties dans le monde entier. Le rein Kolff-Brigham fut connu comme étant le système le plus utilisé.

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

Deux chirurgiens de Brigham, Charles Hufnagel et David Hume, furent aussi deux membres importants de l'équipe de dialyse, non pas dans le développement de l'équipement, mais leur travail en canulation et en transplantation, nécessitait le maintien en dialyse des patients qui étaient en attente de ces traitements. Merrill et Hume s'impliquèrent complètement dans le traitement des insuffisances rénales et développèrent des procédures et des techniques d'utilisation des traitements immunosuppresseurs. Durant cette même période, à l'université de Cleveland, Jack R. Leonard et Leonard Skeggs développaient un nouveau dialyseur à plaque permettant de réduire le volume d'amorçage du sang et les résistances internes, ce qui rendait inutile l'utilisation d'une pompe à sang. Dans ce système, deux feuilles de membranes étaient prises en « sandwich » entre deux plaques de caoutchouc. Deux plaques métalliques étaient mises de chaque côté et serrées par des écrous pour éviter les distensions de membranes. En 1948 une version modifiée du rein d'Alwall fut développée par George Jernstedt de Pittsburgh, qui signa un contrat avec la corporation Westinghouse.

Début des années 50 – le rein « Cocote minute » –William Inouye et Joseph Engelberg

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

Milieu des années 50 – Le premier rein à usage unique « Twin-Coil »

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

Fin des années 50 – le dialyseur KIIL à la fin des années 50

Fredrik Kiil, de Norvège, développa un dialyseur à plaques parallèles qui ressemblait au système de Skeggs-Leonards. Comme les autres avant lui, Kiil était intéressé par la production d'un dialyseur grande surface avec un volume d'amorçage faible. Le premier système de Kiil était un dialyseur d'un mètre carré. Le Kill était le premier dialyseur avec une membrane en cuprophane. Alors que tous les problèmes techniques s'étaient considérablement améliorés, les problèmes d'abord vasculaires devenaient majeurs.

Début des années 60 – L'accès aux vaisseaux sanguins –Belding Scribner

L'accès aux vaisseaux nécessitait un geste chirurgical, qui consistait en la canulation d'une artère et d'une veine. L'homme qui développa le premier système d'abord vasculaire fut Belding Scribner de l'université de Washington. Scribner et son associé, Wayne Quinton, évaluèrent différents matériaux pour créer un système d'accès, et ils décidèrent que le meilleur serait le polytétrafluoroéthylène (PTFE). Ils créèrent ainsi le premier shunt artérioveineux ; ce

shunt fut mis en place pour la première fois le 9 mars 1960. Le shunt de Scribner permit l'ouverture du premier centre de dialyse chronique aux États-Unis en 1960.

Milieu des années 60 – Les premières dialyses à domicile En 1962

Un patient insuffisant rénal sur cent cinquante pouvait avoir accès au traitement par dialyse.

Stanley Shaldon au Royal Free Hospital à Londres, commença à éduquer les patients à préparer leur machine, à se dialyser et à se débrancher. En novembre 1964, Shaldon faisait un rapport de sa première expérience de patient dialysé à domicile. Scribner éduqua également ses patients et leur famille à la dialyse à domicile. Sa première patiente fut une enfant dialysée par sa mère. En 1966, James Cimino avec l'aide de Michael Brescia développèrent le concept de la fistule interne. Le développement de cette fistule interne contribua beaucoup à l'expansion des soins aux insuffisants rénaux chroniques.

Milieu des années 60 – Les dialyseurs à fibres creuses –Richard D. Stewart

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

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

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

Les années 70 – La dialyse péritonéale

Dans les années 70, l'intérêt pour une autre forme de dialyse, la dialyse péritonéale, commença à croître. Ce concept avait en fait été étudié par de nombreux chercheurs dans les années 1700 et tout particulièrement par Christopher Warrick en 1740 en Angleterre. C'est en 1923 que Tracy Putnam, à l'université Johns Hopkins, suggéra que le péritoine pouvait être utilisé pour corriger les problèmes physiologiques. La première application clinique de dialyse péritonéale fut exécutée par Georg Ganter en Allemagne en 1923. Ganter cherchait un moyen de pouvoir dialyser sans utiliser d'hirudine, qui était toxique pour les patients. À cette même période, Stephen Rosenak et P. Sewon qui travaillaient en Europe, développèrent un cathéter métallique pour les lavages en continu du péritoine. Contrairement à l'hémodialyse, qui nettoyait le sang au moyen d'un système extracorporel, la dialyse péritonéale travaillait à l'intérieur du corps. La solution de dialyse était introduite directement dans la cavité péritonéale par un cathéter, la cavité servant de réservoir. Les toxines du sang étaient filtrées à travers la membrane péritonéale, puis la solution de dialyse était ensuite vidangée hors du corps par le même cathéter. À l'origine, la dialyse péritonéale était seulement utilisée en intermittence. Les nouvelles formes de dialyse péritonéale permettent au patient de se traiter lui-même quatre ou cinq fois par jour à domicile. En 1963, le premier objectif de Henry Tenckhoff de l'université de Washington fut de trouver un système qui serait plus facile à utiliser. Il fit installer une distribution d'eau stérile au domicile des patients. L'eau était mélangée avec un concentré péritonéal pour fabriquer le dialysât. Ce système fut amélioré par la suite, et Tenckhoff développa des machines de dialyse péritonéale par « osmose inverse ».

La seconde étape fut l'amélioration du cathéter en silicone créé par Quinton à la demande de Russel Palmer. Ce fut une étape très importante dans le développement de la dialyse péritonéale, car il permit un accès continu au péritoine pour la première fois. Tenckhoff modifia ce cathéter de façon à ce qu'il soit plus facile à introduire, et il y ajouta des manchons de Dacron pour aider à sceller les ouvertures dans le péritoine. Il développa aussi des outils d'insertion du cathéter. Mais ce fut seulement dans les années 70, que les recherches cliniques dans l'utilisation de la dialyse péritonéale s'intensifièrent.

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

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

1975 – La dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) – Jack Moncrief – Robert Popovitch

En 1975, Jack Moncrief et Robert Popovitch relièrent une bouteille de deux litres standard au cathéter de Tenckhoff. Le liquide était instillé pour une période de deux heures et ensuite drainé. La procédure était répétée cinq fois par jour. Cette procédure appelée dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) leur permettait de contrôler la chimie et la perte du liquide du patient. Les seules complications de cette technique furent les complications infectieuses et la perte de protéine. Le régime du patient était donc enrichi en protéines.

En 1977, Karl Nolph de l'université de Missouri était intéressé par la cinétique et les capacités de transfert du péritoine. Il évalua l'utilisation clinique de la DPCA. En 1979, C.T. Flynn proposa que les patients diabétiques insuffisants rénaux soient beaucoup mieux en DPCA.

Actuellement, plus de 30 % des patients en DPCA sont des diabétiques. Différentes modifications sont intervenues pour améliorer la technique et pour mieux contrôler les péritonites, telles que la jonction des poches sous ultraviolet, la taille des poches, l'utilisation de cycleurs automatisés, les solutions physiologiques.

L'hémodialyse dans les années 70-80 :

Les années 70-80 voient le développement continu de la technique de dialyse. Des systèmes sont créés pour contrôler automatiquement le plus d'opérations possibles, telles que l'injection d'héparine, la température, le contrôle de la composition du dialysât. Des améliorations esthétiques sont aussi apportées. Les besoins individuels des patients étudiés.

Les années 90 :

Les machines de dialyse s'informatisent. L'hémodiafiltration se développe. Les membranes sont plus en plus perméables.

Les années 2000 : publication le 23 septembre 2002 du décret n° 2002-1197

Relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale. Cinq objectifs : Assurer la continuité de la prise en charge depuis l'insuffisance rénale chronique débutante jusqu'à la dialyse et la transplantation ;

Garantir au patient le libre choix du traitement ;

Assurer la qualité et la sécurité des traitements ;

Aider à la mise en place du programme de dialyse péritonéale (Masson, 2016, pp.37.47).

2. Définition de l'hémodialyse :

La dialyse est une technique permettant la soustraction des déchets « urémiques » et de l'eau en excès présents dans le sang des patients insuffisants rénaux chroniques sévères (Phileo, 2022, p. 33).

« Technique d'épuration sanguine extrarénale au moyen d'hémodialyseurs qui fonctionnent sur un circuit de circulation extracorporelle » (Quevauvilliers, 2009, p. 432).

C'est la technique de dialyse :

La plus utilisée en France (>90%). Qui permet les durées de survie dans la technique les plus longues (jusqu'à 20ans et plus). La plus couteuse. Elles peuvent être réalisées dans de différentes structures : Centre d'hémodialyse avec présence médicale permanente, unité de dialyse médicalisée avec présence médicale intermittente, Unité d'auto dialyse assistée ou non par un infirmier sans présence médicale, au domicile par des patients autonomes (Moulin, 2007, p. 214).

3. Le principe d'hémodialyse :

Deux types d'échange sont utilisés pour le traitement par l'hémodialyse :

Des transferts diffusifs : selon les gradients de concentration permet la diffusion des molécules dissoutes, au travers d'une membrane semi-perméable mettant en contact le sang et un bain de dialyse de composition contrôlée.

Des transferts convectifs : des molécules dissoutes dans le sang sont réalisées par ultrafiltration résultant de l'application d'une pression hydrostatique positive au travers de la même membrane semi-perméable (Moulin, Noëlle, 2007, p.214).

4. Séance d'hémodialyse :

Se déroule de façon discontinue, au cours de séances réalisées plusieurs fois par semaine. Le procédé nécessite un point d'accès (fistule artérioveineuse) reliant une partie du corps (le bras, le cou, la poitrine...) à un appareil d'hémodialyse. Dans l'idéal, un chirurgien crée ce point d'accès des semaines ou des mois avant le début de la dialyse. Le dispositif filtre le sang et le réinjecte épuré par le point d'accès, tandis que le liquide de dialyse comprenant les déchets et

l'eau en excès est évacué. Les séances peuvent se dérouler dans plusieurs structures : en centre (centre de dialyse), en Unité de Dialyse médicalisée (UDM), en unité d'autodialyse, ou bien encore au domicile du patient. On parle alors d'hémodialyse à domicile. Le patient doit dans ce cas être formé par l'équipe de référence, afin de devenir autonome et gérer lui-même l'ensemble de la dialyse, avec ou sans l'aide d'un de ses proches (Phileo, 2022, p. 34).

Les séances d'hémodialyse sont réalisées en général 3 fois par semaine, et durant chacune 4 à 6 heures. L'hémodialyse nécessite :

Une circulation extracorporelle,

Un générateur d'hémodialyse et un dialyseur permettant la réalisation des échanges selon les principes définis ci-dessus,

Une installation du traitement de l'eau,

La circulation extracorporelle nécessite :

Un abord vasculaire,

Une anti coagulation efficace du circuit extracorporel,

Un circuit extracorporel,

Les échanges sont réalisés dans le dialyseur (jetable) en fibres capillaires. Le générateur d'hémodialyse permet de : la réalisation et le contrôle de la circulation extracorporelle.

La fabrication du bain de dialyse à partir de l'eau osmose,

Le contrôle du débit et du volume d'ultrafiltrat soustrait au patient,

L'eau osmose est obtenue à partir de l'eau de ville, par une chaîne de traitement complexe qui permet d'éliminer :

Bactéries et toxines,

Métaux toxines (aluminium, plomb...),

Calcium et autres ions (Moulin, Noëlle, 2014, pp.218.219).

Figure 3 : la machine de dialyse.

<https://www.sante-sur-le-net.com>

5. La dialyse péritonéale :

La membrane péritonéale permet les échanges en dialyse péritonéale :

Les transferts diffusifs selon les gradients de concentration transmembranaire.

L'ultrafiltration est réalisée avec des solutions des dialyses péritonéales de forte osmolarité.

La dialyse péritonéale nécessite :

Un cathéter de dialyse péritonéale inséré chirurgicalement.

Un système de connexion qui permet d'assurer les échanges de façon aseptique.

Des poches de dialysat stérile d'un volume d'environ 1,5 à 2,5 litres (Moulin, Noëlle, 2014, p.220).

On conclue donc l'insuffisance rénale est une maladie chronique, qui est parvenue à un certain stade nécessite au patient atteint, d'avoir recours à un traitement de suppléance permettant de pallier les défaillances de la fonction du rein et une de ces techniques est l'hémodialyse.

Section IV : Aspect psychologique et psychopathologique de la maladie rénale et l'hémodialyse :

1. L'annonce de la maladie :

Plusieurs aspects sont à prendre en compte en dehors du diagnostic objectif : la façon dont le diagnostic est posé, le contexte personnel au moment où le patient le reçoit, les incidences de la pathologie sur les ascendants. Quel que soit l'impact de ces aspects, il s'avère que l'annonce est toujours vécue comme un choc, voire comme un traumatisme (Nordey, Levy, 2006, p. 408).

Lorsque le diagnostic d'une maladie chronique est établi, la vie du sujet atteint prend une nouvelle tournure. Ce changement nécessite des soins et des interventions adaptés à chaque personne aux différents stades d'avancement de la maladie. Hier encore, on mourait de ces maladies, aujourd'hui, elles nous accompagnent toute notre vie. Ils ont pour particularité de générer des effets catastrophiques sur le plan biologique, mais aussi sans le processus de l'acceptation, eux-mêmes sources de conséquences dans les activités de la vie quotidienne (Wontcheu, 2020, p.8).

2. L'annonce d'un diagnostic grave

2.1. L'impact traumatique de l'annonce :

La révélation d'un diagnostic est un temps déterminant pour l'avenir du patient (enfant ou adulte) et de ses proches. Elle conditionne souvent l'acceptation de la maladie, les conditions du traitement et de la prise en charge. L'annonce d'un diagnostic grave est un événement traumatique au sens où c'est un événement de la vie du sujet qui se caractérise par sa violence, son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il peut provoquer dans l'organisation psychique du sujet et dans ses interactions avec son entourage (Romano, 2009, p.226).

À l'impact psychologique de maladies rénales chroniques peuvent s'ajouter les complications neuropsychiatriques liées à leurs conséquences (Romano, 2010, pp. 226. 627).

3. Les répercussions psychologiques au niveau du patient :

Les répercussions psychologiques constatées lors de la confrontation à un événement traumatique ont une expression plus ou moins intense, plus ou moins durable selon les sujets et qui peut prendre plusieurs formes.

3.1 Sentiment d'arbitraire

L'événement traumatique est violent, soudain et confronte brutalement le sujet à un vécu d'impuissance face à une vie qu'il ne contrôle plus.

3.2 Culpabilité

Ce mécanisme de défense est très fréquent et témoigne de la tentative pour le patient et/ou ses proches de lutter contre ce sentiment d'arbitraire en se réappropriant une responsabilité face à ce qui vient d'arriver (Romano, 2010, p. 627).

À l'annonce d'une insuffisance rénale chronique, à plus au moins long terme, le patient sera mis en dialyse. Les premiers mois sont difficiles, souvent sidérants pour le patient. Le changement inéluctable qu'impose la mise en dialyse peut être vécu comme « catastrophique », un temps pendant lequel le patient se sent possiblement des armés et débordée, il perd la capacité à s'autoconserver. La psyché explose alors au risque d'être sidérée par le poids d'une réalité, ou la survie dépend d'une machine ou la greffe. Les débuts de la dialyse nécessitent des réaménagements intrapsychiques et intersubjectifs. Face à cette situation complexe, les patients vont employer, selon leur personnalité, certaines stratégies psychiques dont certaines trouvent en eux des ressources parfois insoupçonnées, d'autres des désorganisations psychiques vont apparaître (Cupa, Gourdon, Mock, Lachani, 2002, p. 32).

Aspect psychologique et psychopathologique de l'insuffisance rénale chronique terminale :

Les patients insuffisants rénaux terminaux souffrent d'une maladie chronique et mortelle que relève la perte plus en moins complète de la fonction rénale. Face à cette perte ils n'ont pour choix que le dialyse, la greffe ou la mort. Les patients se trouvent alors, par la même dans la situation de survivant soumis définitivement à un traitement palliatif. Ainsi psychologiquement doivent-ils faire face d'une part à la maladie et ses effets sur leur vie psychique familiale, sociale, et d'autre part faire face aux effets des soins plus en moins contraignants, angoissants que sont les différents types de dialyse ou la greffe (Cupa, Riazuelo, Gourdon, p. 57).

Aujourd'hui cette maladie somatique irréversible, devenue chronique, le sujet « survit » somatiquement par des thérapeutiques médicales palliatives et d'autres gestions.

L'insuffisance rénale chronique empêche ou continue d'empêcher l'individualisation du sujet par les dépendances et les aliénations engendrées par sa maladie. Ce suivi somatique et/ou psychique que celles-ci s'ont primaires et/ou secondaires à la maladie rénale. Être malade somatiquement de façon chronique et nécessiter un traitement aussi lourd que la dialyse sont deux vastes problématiques. Pour le sujet dialysé malade, le spectre de cet autre soi-même déjà mord est déjà-la, ce qui la hante et le persécute. Les enveloppes psychiques primaires sont ainsi démantelées par : l'expérience de l'hémodialyse : l'appareil à penser les pensées, les émotions,

les affects, s'opératoirisent, agglutinés aux figures de l'horreur par une conformation machine crue, certes vitale, mais dévitalisant (Pannel, 2021 pp. 152-156).

Dans la maladie rénale et l'hémodialyse, le corps est intruse, le temps lié à la ma maladie agit activement et insidieusement le corps et la psyché du sujet. En hémodialyse, où tout est autant prévisible qu'imprévisible, on comprend à quel point chaque séance aboutit à une accumulation de microtraumatismes qui finissent par éroder psychiquement le patient, renforçant son sentiment d'insécurité, aggravant son état de détresse (Pannel, 2016, p. 261).

Dans le cadre d'une maladie rénale, comme dans l'insuffisance rénale, toute la dynamique psychique de l'individu peut se trouver bouleversée, à la souffrance psychique s'ajoute une souffrance morale qu'il convient de prendre en charge (Franchetto, Kahen 2010, p. 29).

4. Psychopathologie du patient en dialyse péritonéale continue ambulatoire :

4.1 . Le corps du patient en dialyse péritonéale continue ambulatoire :

4.1.1 Le cathéter :

De la pose du cathéter aux manipulations des poches de dialysat, chaque étape de la dialyse péritonéale sollicite la zone particulièrement érogène qu'est la ceinture abdominale ce qui implique très directement une fantasmatique sexuelle et les tabous associés. Le vécu corporel est modifié d'abord par la pose du cathéter abdominal qui nécessite la création d'un orifice artificiel sur l'abdomen. Tous les orifices corporels sont les lieux d'investissements érotiques et peuvent être la source d'angoisse, de pénétration, de viol, mais aussi de perte.

Les patients décrivent le cathéter comme « un corps étranger », inspectant avec minutie « le tuyau qui sort du ventre » et mettant en place des stratégies pour le dissimuler sous leurs vêtements. Le cathéter est d'un côté détesté, rejeté par les patients, car représentant son insuffisance, et de l'autre côté il est accepté et vécu comme un objet familier craint à cause des infections, mais aimé, car permettant la vie.

4.1.2 Le dialysât :

Entre chaque manipulation, la présence du dialysât pendant la strate procure des sensations de pesanteur dont les patients parlent beaucoup, d'après M. Massoungnes, ces sensations corporelles peuvent renvoyer fantasmatiquement à l'état de grossesse et donc à un certain bien-être de complétude qui permet de mettre à distance le manque lié à l'absence de la fonction rénale. En même temps le poids du dialysât signe l'insuffisance du patient et renforce les

sentiments d'impuissance un patient se sent comme « *Un colosse qui s'est écroulé n'ayant plus qu'un gros ventre* ».

4.1.3 Les difficultés sexuelles :

La sexualité n'est pas un thème facilement abordé par les patients, ce sont des femmes qui ont exprimé leurs difficultés dans ce domaine. Les femmes qui ont parlé de leur sexualité avaient du désir, mais pas peu de plaisir génital, car le cathéter est gênant qu'il matérialise et aggrave la blessure narcissique occasionnée par la maladie. L'effraction que constitue le cathéter, le remplissage du dialysât semblent aussi réactualiser les angoisses de la femme liée à la pénétration. Pour les hommes, les sentiments d'impuissance et de castration dominant (Laure, Riazuelo, Cupa, 2002, pp.49. 54).

4.2 Le traumatisme et les stratégies du Coping chez les insuffisantes rénales chroniques :

4.2.1 Dimension psychologique de l'insuffisance rénale chronique stade terminal

L'insuffisance rénale chronique est une affection que l'on soigne par hémodialyse, mais qu'on ne guérit pas. L'hémodialyse est le traitement de choix, mais elle a des effets limités. Fréquemment mal tolérée, elle induit parfois des retentissements plus au moins graves.

Actuellement, les spécialistes s'accordent à penser que le sujet malade n'est pas un objet du déterminisme biologique (modèle biomédical) ou psychologique (modèle psychosomatique) et ne subit pas passivement sa maladie, il tente d'y faire face activement. Les psychologues américains ont utilisé le concept de coping pour désigner cet ensemble de stratégies cognitivo-comportementales destinées à maîtriser, réduire, tolérer les exigences internes ou externes qui dépassent les ressources d'un individu (Folkman et Lazarus, 1984). Notre expérience, en qualité de psychologue clinicienne, nous a permis de constater la récurrence de certains phénomènes psychologiques spécifiques à l'insuffisance rénale chronique. Nous insistons sur le comportement de « non compliance » retrouvé chez la majorité de ces patients insuffisants rénaux chroniques traités par hémodialyse, il consiste en la non-adhésion au traitement prescrit, par le staff médical. Nous avons constaté que ces malades non compliants ratent leurs séances d'hémodialyse, ils ne prennent pas leurs médicaments tels que les hypotenseurs ne suivent pas leurs traitements conservateurs, ils ne respectent pas leur régime. Ce phénomène psychologique de non-compliance est à l'origine de certaines complications retrouvées chez ces patients telles que : l'hypertension, des problèmes cardiaques, l'œdème aigu pulmonaire, la prise de poids interdialytique, des perturbations du bilan biologique.

4.2.2 Étude des stratégies du coping chez les insuffisantes rénales chroniques

La manière dont les patients insuffisants rénaux chroniques vont s'adapter à leur maladie a suscité l'intérêt des chercheurs, ce qui a permis de comprendre pourquoi la maladie évolue si différemment d'un malade à l'autre. Les modèles explicatifs dans l'évaluation des stratégies du coping chez les insuffisants rénaux chroniques hémodialysés faire face, par le coping, à l'insuffisance rénale chronique n'est pas une tâche facile selon (Hena Hatchett, 1997) et les raisons pour lesquelles les insuffisants rénaux chroniques rencontrent des difficultés d'ajustement à leur maladie, sont diverses et variées. La maladie est perçue, par la majorité des malades, comme un événement stressant et traumatisant, en raison des séances d'hémodialyse fatigantes et contraignantes, la douleur au moment du branchement, l'anémie permanente, ce qui engendre la fatigue physique, parfois l'impotence, d'où la présence nécessaire d'une tierce personne. Ainsi, certains malades insuffisants rénaux chroniques recourent à des stratégies de coping néfastes pour leur santé, d'autres disposent d'un amalgame suffisant des stratégies de coping adaptées, mais y recourent de manière inadéquate.

4.2.3 Les stratégies de coping centrées sur l'émotion :

Évitement

Non-compliance

Résignation apprise

Dénégation

Acceptation

Minimisation des menaces

Accusation de l'autre

Dépendance

Restrictions des activités

Spiritualisme

Religion

Ré-évaluation positive

Maîtrise de soi.

Ces stratégies de coping centrées sur l'émotion, mises en place par les insuffisantes rénaux chroniques pour s'adapter à leur maladie, s'avèrent particulièrement inadéquates, car elles laissent apparaître certains comportements psychopathologiques tel que : la dépression, l'anxiété, le stress, elles accentuent la douleur, le handicap.

4.2.4 Les stratégies du coping centrées sur le problème :

Recherche d'une solution du problème

Soutien social (l'aide morale ou matérielle)

Recherche d'informations

Compliance

Responsabilisation

Combat et affrontement

Contrôle de la douleur ; restructuration cognitive.

Ces stratégies de coping centrées sur le problème, sont considérées comme positives, elles témoignent d'une meilleure adaptation à la maladie. Le malade insuffisant rénal arrive, grâce à ces stratégies, à accepter sa maladie, et à développer de positives représentations ce qui déterminera le comportement de la compliance au traitement. Cette « compliance » permettra un bien d'être physique et psychique ; ainsi le malade arrivera à une adaptation psychosociale.

Le recours à des stratégies de coping inadéquates et l'absence de soutien social mènent vers l'apparition d'un syndrome dépressif (douleur morale, perte de l'élan vital, pessimisme, ralentissement psychomoteur), cet état dépressif favorise la non-compliance, considéré comme idée suicidaire.

L'échelle de dépression Beck depression inventory,1961 », et l'échelle de Hopelessness de Beck et Weissman, 1974 », sont utilisées pour évaluer l'état dépressif de ces malades insuffisants rénaux chroniques. L'analyse de ces deux tests nous montre que les distorsions cognitives contribuent au développement de l'état dépressif, suite à la dramatisation (la maladie d'insuffisance rénale est un traumatisme). Le malade insuffisant rénal chronique adapte ces stratégies de coping suite à la transaction entre lui et l'environnement (événement traumatisant).

Cette transaction est évaluée selon deux niveaux. À la première évaluation, le malade réagit par un choc, vécu traumatique, à la deuxième évaluation, le malade compare les conséquences de ce traumatisme (la maladie organique insuffisance rénale) à ses ressources, ainsi il détermine quelles stratégies de coping seront nécessaires.

Le soutien social est, en même temps, une stratégie de coping importante chez les insuffisants rénaux traités par hémodialyse, mais aussi source d'autres stratégies de coping.

Inversement, quand la maladie est perçue et vécue comme un traumatisme éternel, le malade insuffisant rénal chronique adapte des stratégies de coping négatives.

Les recherches menées sur les stratégies de coping à l'insuffisance rénale chronique ont débouché sur l'élaboration d'interventions cognitivo-comportementales susceptibles d'aider les malades insuffisants rénaux qui rencontrent des difficultés d'adaptation, à mieux faire face à leur maladie. Les objectifs thérapeutiques visés par le psychologue dans un service d'hémodialyse sont :

- 1- modifier les stratégies de coping les plus nocives et inadaptées auxquelles les malades insuffisants rénaux chroniques traités par hémodialyse recourent,
- 2- encourager l'utilisation des stratégies cognitives et comportementales (coping) les plus efficaces
- 3- réinsérer psychosociale de ces patients
- 4- développer un programme de l'éducation sanitaire du patient.

4.2.5 Déroulement des interventions psychologiques

Il s'agit généralement de thérapies individuelles (entretiens) ou de groupes (durant les séances de dialyse).

Les interventions psychologiques avec les hémodialysés portent sur des thèmes essentiels tels que :

- La maladie et son vécu, sa perception.
- Le stress.
- L'anxiété.

- La dépression.
- La compliance au traitement.
- Les facteurs de risque.
- Le rôle du soutien social.
- La communication avec le staff médical et paramédical.
- Les stratégies de coping.
- Les activités socioprofessionnelles et la sexualité.

L'intervention psychologique est fonction :

- L'état dépressif (Consoli S.M., 1992)
- Les facteurs de risque (Gilutz H., 1992)
- Qualité de vie (Denollet, 1993).

Les malades apprennent à utiliser un ensemble de techniques comportementales et cognitives

- Relaxation
- Diversion de l'attention
- Restructuration cognitive.
- Le modeling : par exemple : prendre un malade insuffisant rénal chronique traité par hémodialyse adapté sur le plan biopsychosocial et le présenter aux autres malades comme modèle, pour qu'il relate sa propre expérience.
- Problème-solving : apprendre aux malades à résoudre leurs problèmes : collaboration avec son patron pour la reprise de son travail, en tenant compte des limites de la maladie.
- Ces techniques sont susceptibles d'augmenter les capacités des malades, pour faire face à leur maladie notamment à la dépression, l'anxiété l'asthénie et la douleur.

Mécanismes thérapeutiques

Auto-efficacité : les effets positifs de l'intervention psychologique s'expliquent par un accroissement de l'auto-efficacité perçue chez ces malades insuffisants rénaux chroniques ; la croyance dans leurs capacités à faire face à leur maladie, favorise l'adaptation des stratégies de coping appropriées.

Aussi l'autocontrôle et l'estime de soi positifs favorisent le coping actif centré sur le problème (Parker, 1986, Terry, 1991).

Le soutien social : l'étude de H. Hatchelt et al 1997 montre que l'adaptation des malades insuffisants rénaux est en fonction du soutien social (Zenad, pp. 220. 226).

5. Les ravages psychiques de la maladie grave :

Certes, avant la rencontre avec le médecin expert, il y a souvent eu un temps marqué par des alertes et des suspicions : symptômes persistants et inquiétants, attente des examens complémentaires et de leurs résultats, incertitude dans l'interprétation malgré les échanges avec le médecin généraliste ou les radiologues, discussions avec l'entourage et recherches sur Internet... le tout vécu dans une impatience anxieuse. Il n'empêche, quand le diagnostic tombe, le patient vit l'insoutenable. L'annonce constitue toujours une effraction psychique, un véritable traumatisme. Cela ne signifie pas forcément que ce moment se passe mal. Le médecin peut (doit) être clair, précis, gentil, compatissant, attentif. Le patient, de son côté, peut (doit) pressentir le diagnostic ou la rechute, exprimer ses craintes. Mais, même lorsqu'il parvient à en parler, il ne peut pas intégrer à la première personne cette mort qui se profile à l'horizon de sa maladie.

Il y a un « avant l'annonce » et un « après ». Le cours de la vie en est transformé. Il n'y a pas de retour en arrière possible. Le sujet est paralysé par l'effroi, par l'horreur qui lui tombe dessus, qui l'écrase.

5.1 La mise en place de mécanismes de défense

5.1.1 Une nécessité pour le patient

Le psychisme est habité de mots, d'images, de désirs, bref de tout ce qui fait l'existence du sujet. Pour préserver ce domaine intérieur, celui-ci se défend, faisant en sorte de mettre de côté la réalité annoncée qui vient tout chambouler. Une réalité inadmissible au sens propre, impensable dans l'immédiat – comme peut l'être tout propos qui vient heurter la subjectivité en la remettant « brutalement » en question.

Un certain nombre de mécanismes de défense entrent alors en jeu. Quelquefois de façon consciente ; dans d'autres cas à l'insu du sujet, des processus psychiques inconscients se mettent en place pour préserver ce dernier d'une réalité qu'il ne peut entendre.

Par leur rôle d'amortisseurs et leur fonction d'adaptation, ces processus défensifs sont indispensables au malade. Ils lui permettent de temporiser, de se ménager un temps de latence essentiel pour affronter le réel et parvenir à élaborer une demande. Celle-ci pourra paraître insolite ou même franchement insupportable. Quand le patient retrouve des mots pour symboliser ce réel qui l'atteint si profondément, ce qu'il exprime se situe bien loin de l'échange de propos rationnels souhaité par le médecin.

5.1.2 Des mécanismes qui varient selon les patients

Le plus souvent, le patient se défendra par le déni : « J'ai l'impression que le médecin parle de quelqu'un d'autre, ce n'est pas possible... » Ces premiers mots enfin prononcés signent le début d'une sortie de l'état de choc, d'un retour du sujet, d'une amorce de symbolisation, même sous la forme d'un déni massif. Mais d'autres mécanismes de défense peuvent se manifester : le déplacement : « Je ne supporterai pas de me retrouver chauve ! »

La rationalisation : « Je sais ce qui a déclenché cette maladie, et je saurai la combattre ! »

Une forme de régression : « Je vais m'en remettre à vous tous... »

L'agressivité : « Vous êtes tous inhumains, incompetents, menteurs ! On m'avait annoncé que j'étais guéri et je rechute ! »

Lorsque les mots sont encore impossibles, ces mécanismes prennent la forme d'une manifestation corporelle – ou « communication non verbale » – de sentiments non encore élaborés : lapsus, gestes, mouvements du visage, yeux humidifiés... Une bonne connaissance de ces différents modes de défense est parfois indispensable pour permettre au médecin de supporter le comportement du malade. Il s'agit alors d'entendre la demande, c'est-à-dire la parole du sujet, sans y répondre formellement. Mais aborder tous ces aspects ne va pas sans obstacle pour le médecin lui-même (Ruszniewski, Bouleuc, 2012, pp, 24-37).

Autour du vécu psychique des patients atteints d'une maladie chronique :

Il s'agit ici de la prise en compte de la réalité psychique des patients et de la nécessité de favoriser cette approche. Les maladies chroniques sont nombreuses et fort différentes. Certaines supposent des traitements lourds quand, pour d'autres, il n'est prescrit que la prise quotidienne

d'un médicament. Mais généralement elles impliquent des changements du mode de vie. Certaines se signalent par des douleurs physiques, d'autres demeurent silencieuses, mais toutes représentent une perte de l'intégrité. Dans tous les cas, la survenue de la maladie constitue un événement ni choisi ni désiré qui annonce la perspective de menaces, parfois vitales et dont les répercussions au plan émotionnel sont déterminantes quant à l'adaptation de la personne elle-même à sa nouvelle condition (Masson, 2020, p. 75).

5.1.3 Vers l'intégration de la maladie :

L'annonce de la mauvaise nouvelle est le premier acte qui va jouer un rôle parfois déterminant, car son retentissement dépend de plusieurs conditions. Selon Isabelle Moley Massol, « son retentissement dépend de la personnalité du sujet, de son histoire et du moment de vie qu'il est en train de traverser, il dépend de la maladie en cause et des représentations que s'en fait le patient ». Il procède aussi et particulièrement de la façon dont le diagnostic, le pronostic et le type de traitement sont communiqués. Le respect du sujet et de ses ressources psychiques est primordial. Ces diverses réactions se manifestent avec des durées et des intensités très variables suivant les personnes et suivant l'accueil dont elles sont l'objet de la part des soignants pour lesquels l'indicateur privilégié reste l'adhésion au traitement. Le vécu psychique, bien qu'observé, est souvent peu pris en compte par les professionnels de santé. Ceux-ci estiment se sentir particulièrement démunis face aux patients qui se disent peu préoccupés par la maladie, soit qu'ils la banalisent, soit qu'ils la dissimulent à leur entourage socioprofessionnel. Il s'agit là de patients qui sont entrés précocement dans une stratégie d'évitement (Masson, 2020, p.77).

5.1.4 Du côté des soignants :

Les soignants reconnaissent généralement que les aspects psychiques sont importants, mais ils manifestent une résistance à intégrer à leur pratique des démarches qu'ils estiment réservées au seul « psy ». Or, il s'agit souvent d'une situation simplement humaine. Dans d'autres contextes comme la vie familiale ou sociale, ces mêmes soignants s'autorisent plus aisément à manifester des attitudes d'aide compréhensive. À cet égard, Laurent Morasz suggère que si la douleur est un appel à l'acte, la souffrance est un appel au lien. La souffrance psychique demande à être accueillie, partagée, accompagnée. Cette exigence se heurte à la question de la disponibilité du soignant : disponibilité matérielle, le temps, et disponibilité intérieure. Si la première dépend d'un certain aménagement organisationnel, la seconde ne saurait se décréter ipso facto. Les patients ne sont pas les seuls à développer des mécanismes de défense pour éviter d'affronter leur souffrance psychique. Les professionnels du soin vont aussi utiliser des

mécanismes pour se protéger. Il s'agit généralement de l'activisme et de la rationalisation (Masson, 2020, pp. 80. 81).

6. Retentissement psychologique d'une maladie rénale chronique :

6.1 Tomber malade :

Lorsque l'enfant tombe gravement malade, c'est comme un séisme qui le dévaste lui et toute sa famille. Les processus développementaux, la construction subjective de l'enfant sont perturbés. Les rêves, les projets du sujet, de son environnement sont attaqués. Les compétences parentales sont blessées, toute la dynamique familiale est bouleversée. Les retentissements sont différents selon l'âge de l'enfant à l'annonce du diagnostic. De même, l'intensité des émotions, des angoisses dépend de la situation actuelle de l'enfant et de la famille, mais aussi de son histoire, de celle de ses parents et plus largement de celle de tout le groupe familial. L'annonce du diagnostic produit une rupture dans la vie et s'accompagne d'un sentiment de catastrophe, d'un état de sidération, d'une perturbation des processus de pensée. L'enfant et ses parents peuvent adopter différents comportements : déni, opposition, soumission passive, régression à la dépendance (Bonney, 2020, p. 406).

Le retentissement d'une maladie chronique partage des points communs avec celui des incapacités motrices. Ainsi, même si son intégrité physique peut sembler préservée, une personne atteinte d'une maladie chronique voit sa liberté d'entre prise limitée et subite des contraintes spatio-temporelles. Elle est comme la personne amputée qui ne peut plus se déplacer facilement. Le retentissement psychique et social n'est pas moindre. La maladie chronique induit aussi un affaiblissement, un sentiment d'infériorité, d'inutilité, elle entrave d'insertion sociale (Briançon, Kessler, 2007, p. 2).

Au début, le patient ressent une « peur » biologique. Cette angoisse de la progression de l'insuffisance rénale chronique peut perturber l'équilibre psychologique de l'individu. Le traitement constitue une contrainte majeure. Il parasite l'ensemble des initiatives du patient, vis-à-vis du monde extérieur (Briançon, Kessler, 2007, p. 10).

De son côté, Roques (2011) parle des retentissements du traumatisme au moment de la première effraction (création de la fistule artérioveineuse) et de la seconde effraction (la mise en dialyse). Ainsi, il note la portée des effractions corporelles sur l'unité psychosomatique de la personne atteinte d'insuffisance rénale (Roques, 2011, p).

7. Mieux vivre avec une maladie rénale chronique :

L'Association fédérative française des sportifs transplantés et dialysés (Trans-Forme), a organisé à Paris, les 13 et 14 décembre 2007, un 4e symposium médical, « Mieux vivre avec une maladie rénale chronique », en collaboration avec l'ensemble des sociétés savantes de la néphrologie et avec le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ([http:// www.trans-forme.org](http://www.trans-forme.org)). Depuis 1970, les soins pour le patient insuffisant rénal chronique (IRC) ont considérablement évolué. Prendre en compte la qualité de vie du patient est devenu aussi important que le prolongement de la vie. Dès 1998, une réflexion s'est engagée lors d'un premier symposium sur la nécessité d'identifier et de quantifier des indicateurs de qualité de vie appliqués à la néphrologie et aux méthodes de dialyse et de transplantation, à partir d'études scientifiques rigoureuses. En 2000, ces études dégagent un consensus sur différents outils de mesure de la qualité de vie. Et en 2004, Trans-Forme édite un mémorandum diffusé en néphrologie, « Insuffisance rénale et qualité de vie : des idées en progrès ».

Aujourd'hui, ce 4e symposium permet de réfléchir concrètement à la qualité de vie des patients pré- et post greffes, en abordant trois aspects complémentaires : « L'éducation ; thérapeutique du patient (ETP) », « Les transitions entre les différents traitements » et « La maladie rénale chronique, la grossesse et la sexualité ». En effet, la maladie rénale chronique et ses traitements ont un impact très important sur la qualité de vie des patients, autant sur les aspects personnels, professionnels et sociaux qu'émotionnels et affectifs. Améliorer la qualité de vie de la personne IRC, c'est évaluer cet impact et prendre en compte son mieux-être pour améliorer sa prise en charge globale (Association Trans-Forme /Néphrologie & Thérapeutique 5, 2009, p. 161).

7.1 Éducation thérapeutique du patient :

L'étude QVREIN 2005–2006

L'étude QVREIN 2005–2006, sur la qualité de vie des patients en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traités par dialyse, a été réalisée sur un échantillon représentatif de 1240 personnes (8 régions), avec l'agence de biomédecine, le laboratoire de biostatistiques et d'information médicale de l'hôpital Necker à Paris, la FNAIR et le CHU de Nancy. Les objectifs étaient : décrire la qualité de vie des personnes adultes atteintes d'IRCT (dialyse > 1 an) ; connaître les principaux déterminants de qualité de vie chez ces patients ; faire une surveillance épidémiologique ; fournir des indicateurs pour contribuer à l'évaluation du plan qualité de vie et pour la loi de Santé publique. Le test générique MOS SF36 et le test spécifique KDQoLTM ont permis de mesurer : huit dimensions : fonctionnement physique, douleurs

physiques, limitations dues au physique, santé mentale, limitations dues au mental, vie et relation avec les autres, vitalité et santé générale (Association Trans-Forme /Néphrologie & Thérapeutique 5, 2009, p. 162).

7.2 Maladie rénale chronique, grossesse et sexualité :

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

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

7.3 Les troubles sexuels chez la femme :

Les troubles sexuels chez la femme sont toujours multifactoriels : anatomiques, physiologiques, biologiques, médicaux, psychiques et relationnels. Les facteurs de la dysfonction sexuelle féminine peuvent être préexistants à l'IRC : image du corps, qualité de vie, niveau de satisfaction sexuelle, éducation, religion, famille, couple, facteurs psychologiques et relationnels. Mais les études montrent que l'IRC peut entraîner en plus : une baisse de la libido, de l'excitation, de la lubrification, du plaisir, un défaut d'orgasme ; une anémie, une asthénie, des perturbations hormonales et neurologiques ; une dépression, une baisse de l'estime de soi, une angoisse de la mort (Association Trans-Forme /Néphrologie & Thérapeutique 5, 2009, p. 167).

7.4 Les troubles sexuels masculins

Les troubles sexuels masculins sont très fréquents chez les patients dialysés : troubles de l'érection (90 %), mais aussi de la libido (50 %), de l'éjaculation (25 %), de l'orgasme (20 %) et diminution de la fertilité. Les facteurs sont organiques et psychogènes : les troubles endocriniens, anémie, neuropathie périphérique, atteinte vasculaire périphérique, carence en zinc, médicament, urémie ; la perte de l'estime de soi et syndrome anxiodépressif (Association Trans-Forme /Néphrologie & Thérapeutique 5, 2009, p. 167).

7.5 Le désir de grossesse et le désir d'enfant

Le désir de grossesse et le désir d'enfant peuvent engendrer une véritable souffrance quand ils sont contrariés par des difficultés de procréation ; car le désir de transmission de son histoire personnelle et familiale est frustré. L'épreuve véritable que la stérilité entraîne est aggravée par la médiatisation erronée sur l'efficacité des techniques d'aide médicale à la procréation qui amène de plus en plus de couples à consulter. L'évolution sociétale mène les femmes à concevoir tardivement leur premier enfant et cela a des répercussions en termes de morbidité.

Entrent en ligne de compte aussi le tabac, l'alcool, l'obésité, l'anorexie, la précarité... La stérilité devient un vrai problème de santé publique. (Association Trans-Forme /Néphrologie & Thérapeutique 5, 2009, p. 167).

Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatique ou stressant est explicitement notée comme critères (DSM5, 2015, p. 343).

Les facteurs de stress peuvent être récurrents ou continus, par exemple une maladie douloureuse persistante avec invalidité croît mener à un des troubles de l'adaptation (DSM 5, 2015, p. 370).

Un trouble de l'adaptation peut compliquer les cours évolutifs de la maladie chez des individus souffrant d'une affection médicale générale (DSM5, 2015, p. 371).

8. Psychologie de la 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 psychologiques et sociaux qui interviennent dans le fait d'être malade (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, p. 145).

8.1 La conception de la maladie :

La maladie est désignée communément comme une altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution ; elle est souvent envisagée comme une entité pathologique autonome. Elle comporte trois dimensions distinctes et complémentaires : un état de modification de l'organisme, une entité taxonomique relative à une pathologie déterminée et une situation concrète affectant une personne donnée (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, p. 147).

8.2 La conception scientifique et biomédicale

La médecine scientifique actuelle développe une conception essentiellement biomédicale de la maladie. Elle la définit comme une « altération de la santé comportant un ensemble de caractères définis : une cause, des signes et des symptômes, une évolution et des modalités thérapeutiques et pronostiques précises » (*Nouveau Larousse médical*). La maladie est alors envisagée comme la conséquence d'agents pathogènes externes (virus, infections, etc.) ou internes (déséquilibre biochimique). Elle est donc conçue comme un désordre, un

dysfonctionnement de l'organisme provoqué par divers agents à l'origine d'une affection plus ou moins grave (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, p. 149. 150).

8.3 La maladie en psychologie de la santé :

Il n'existe pas de conception homogène ni de définition établie de la maladie en psychologie de la santé. La maladie est plutôt l'objet de conceptions éclatées liées aux orientations particulières des études sur une pathologie donnée. Nous présenterons donc deux axes qui sont chacun de nature à éclairer un aspect de la maladie : le premier axe considère la maladie à partir du modèle biopsychosocial. Dans ce cadre, le déclenchement et l'évolution d'une pathologie organique sont étudiés à partir de l'interaction de certains facteurs biologiques avec des facteurs psychologiques. Dans cette perspective, la maladie est envisagée comme une forme de pathologie organique correspondant à une situation provoquée par des influences interdépendantes de facteurs psychosociaux et de facteurs biologiques et le second axe repose sur une conception subjective de la maladie, c'est-à-dire basée sur des explications et des interprétations que les malades eux-mêmes avancent à propos de leur maladie : ce sont donc des conceptions élaborées par les patients eux-mêmes au sujet de leur propre maladie. Elles s'appuient sur un ensemble de croyances liées à l'expérience vécue et à la signification qu'elle a pour la personne concernée (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, pp. 151. 152).

8.4 La psychologie de la maladie et du malade :

La psychologie de la santé étudie la maladie à partir de ses principales caractéristiques psychosociales. Pour la clarté de l'exposé, nous nous référerons ici à un type de maladie spécifique qui est le cancer. Celui-ci a été défini comme « un groupe de maladies pouvant atteindre tous les organes du corps, dues à la prolifération de cellules dégénérées et dont le pronostic, en l'absence de traitement, est généralement mortel » (Khayat, 2003) (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, p. 154).

8.5 Stades d'évolution et réactions à la maladie :

La psychologie de la santé apporte des éclairages complémentaires sur les caractéristiques psychosociales des stades d'évolution de la maladie, d'une part, et sur les réactions psychologiques directement liées à ces phases, d'autre part. Nous évoquerons ici deux aspects principaux, les symptômes et la réaction aux symptômes d'une part, la consultation médicale et le diagnostic d'autre part (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, p. 154).

8.6 Symptômes et réactions aux symptômes :

Le symptôme désigne un ensemble de signes ou d'indices qui caractérisent le fait qu'une personne est malade : fatigue, douleur, perte d'appétit, etc. Les symptômes déclenchent un ensemble de réactions psychologiques parmi lesquelles la peur et la panique. Cela peut aussi avoir pour effet le développement d'une psychopathologie réactionnelle assez bien identifiée maintenant et qui peut s'exprimer sous forme dépressive, anxieuse ou psychotraumatique.

L'ensemble des réactions aux symptômes a été défini par le concept de « comportement de maladie » (Mechanic, 1962). Il se réfère aux réactions des individus et à leurs propres symptômes, ainsi qu'aux réponses du milieu social à de telles manifestations corporelles (Corraze, 1992). Des recherches ont accordé une attention particulière à l'étude des réactions psychologiques aux premiers symptômes et ont observé l'importance et le rôle de ce qu'on appelle le comportement de retard (*lagtime*). Ce concept désigne les manifestations psychologiques qui se situent entre le moment où une personne ressent les premiers symptômes et le moment où elle va consulter un médecin (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, pp. 154-155).

8.7 Consultation médicale et diagnostic :

La consultation est habituellement le moment crucial au cours duquel le patient est informé sur le diagnostic de sa maladie. Cette phase est composée de deux éléments principaux : les caractéristiques psychosociales de la consultation, d'une part, et l'impact psychologique du principalement sur les schémas d'analyse des situations de communication et en dégagant divers scénarios et catégories d'échanges qui composent une consultation type : début de l'entretien, définition de l'objet de la consultation, examen et diagnostic, échange sur le diagnostic, prescription et traitement (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, p. 155).

9. Soutien social, santé et maladie.

Soutien social et maladie physique :

S'il existe un lien positif entre le soutien social et le maintien de la santé mentale, celui-ci se retrouve aussi en ce qui concerne la santé physique. Nombreux sont les travaux qui soulignent les effets positifs du soutien social sur la santé. Ces derniers peuvent être soit directs (soutien comme source d'épanouissement personnel et de dynamisme où les sujets adoptent un style de vie saine qui les protège des maladies), soit indirects (soutien considéré comme ayant un effet tampon). Dans ce dernier cas, soit le soutien permet d'interpréter moins dramatiquement la menace que représente la situation stressante, soit l'individu qui se sent soutenu déploie des

stratégies de *coping* plus efficaces qu'un individu qui a le sentiment de devoir seul faire face à l'adversité ou à la maladie. Les chercheurs ont, par exemple, montré que la douleur d'un patient pouvait être atténuée par la présence d'amis et de parents auprès de lui. On peut donc dire que, dans la plupart des cas, le soutien social constitue un facteur d'efficacité face à la maladie, en particulier chez les plus démunies socialement rendues plus vulnérables en raison de leur désinsertion sociale. Les inégalités sociales se prolongent donc non seulement dans la maladie, mais aussi dans les chances de rémission, en raison notamment de l'impossibilité de certains malades à faire appel à leur environnement social (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, p. 158).

9.1 Le soutien social de l'entourage :

Les groupes de soutien à l'adresse des malades peuvent à cet égard, être d'une aide importante pour éviter le repli sur soi des malades. Le développement de la communication et le partage d'expériences qui est au centre de tels groupes ne pourront que contribuer à la diminution du sentiment d'isolement social, à la création de liens sociaux, à l'expression des émotions et à la désensibilisation des malades par rapport aux peurs, qui sont les leurs. Si ces groupes de soutien concernent le plus souvent les malades, ils peuvent également s'adresser aux familles (Fischer, Tarquinio, Dodeler, 2020, p. 189).

Section V : Épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique terminale en Algérie :

1. Analyse des données épidémiologiques de l'insuffisance rénale terminale en Algérie :

L'insuffisance rénale est une pathologie en recrudescence dans le monde. En Algérie la prévalence et l'incidence dans la population générale ne sont pas connues à la connaissance de la morbidité et de la mortalité hospitalière liée à l'insuffisance rénale apportera une aide en matière de décision et de prise en charge des malades (Zanoun et al, 2018, p. 329).

En Algérie la prévalence de l'insuffisance rénale chronique est constante augmentation.

Plus de 3500 nouveaux cas sont enregistrés chaque année en raison de vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies métaboliques qui endommagent les reins, particulièrement le diabète et l'hypertension artérielle (Graba 2010, p. 114).

2. La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale par l'hémodialyse :

En Algérie, la quasi-totalité (97%) de l'insuffisance rénale chronique terminale est traitée par l'hémodialyse. Ainsi la prévalence de ces derniers est en constante progression.

En effet, en décembre 2000, le nombre de patientes hémodialysées était de 9633 contre 17416 en juin 2010, soit une augmentation de 80% en 5ans.

Afin de répondre au nombre croissant des hémodialysées, le nombre des centres d'hémodialysées est passé de 152 en 2005 à 274 au 30 juin 2011. (MSPRH).

Le président de la société algérienne de néphrologie, dialyse et transplantation (SANDT), le Dr Tahar Rayane, a indiqué que 26000 patients dialysés en 2022 (<http://maghrebinfo.dz>. Consulté le 25/03/2023).

L'Algérie compte en 2022, 10% de la population souffre de maladie rénale, 800 patients souffrant d'insuffisance rénale chronique qui est traitée par dialyse péritonéale et 15000 insuffisants rénaux sont actuellement en attente d'une greffe rénale (<http://maghrebinfo.dz>. Consulté le 25/03/2023).

Par ailleurs, il existe en Algérie selon le Premier ministre Bennabderrahmane en septembre 2021 plus de 100 centres de dialyse (<http://aps.dz> consulté le 25/03/2023).

3. Évaluation des hospitaliers hémodialysés au niveau du CHU Bejaia :

3.1 Les caractéristiques des dialysés au niveau du CHU Bejaia :

Parmi les dialysés au niveau CHU de Bejaia, 34,82% de ces patients sont âgés de 20 à 44 ans, 31,85% de 45 à 64 ans et 17,78% de 65 à 74 ans. Il convient toutefois de remarquer que le pourcentage des dialysés de moins de 19 ans est seulement de 1,48% et que celui de ceux qui ont 75 ans et plus est de 14,07%.

Tableau n° 4 : Répartition des patients dialysés selon l'âge en 2011 :

Tranches d'âge	Nombre de cas	Fréquence
0-19 ans	2	1,48%
20-44 ans	47	34,82%
45-64 ans	43	31,85%
65-74 ans	24	17,78%
75 ans et plus	19	14,07%
Total	135	100%

Source : (Tableau réalisé par nos soins à partir des données des registres des hémodialysés au niveau du CHU de Bejaia).

Tableau n° 5 : Les causes de l'IRCT au niveau du CHU de Bejaia en 2011 :

Causes	Nombres de cas	Fréquence
Hypertension artérielle	35	25,93%
Diabète	30	22,23%
Néphropathie glomérulaire Chronique	11	8,15%
Néphropathie interstitielle	07	5,19%
Néphropathie vasculaire.	15	11,11%
Polykystose rénale	05	3,70%
Indéterminée	32	23,70%
Total	135	100%

Source : Données collectées par nos soins à partir des registres des dialysés de CHU de Bejaia.

Synthèse :

Les reins sont des organes vitaux qui assurent de grandes fonctions : l'épuration du sang et la sécrétion d'hormones. Les maladies rénales chroniques entraînent une diminution du fonctionnement des reins qui ne filtrent plus correctement le sang de l'organisme. Longtemps silencieuse, l'insuffisance rénale ne régresse pas et peut évoluer, en l'absence de diagnostic précoce, vers l'insuffisance rénale chronique terminale. Il faut alors prévoir un traitement et choisir un mode de suppléance.

Par ailleurs, cette pathologie a un impact psychologique considérable. Toutefois, certains patients mobilisent des capacités pour surmonter leur souffrance, sollicitant ainsi des facteurs de protection permettant une résilience psychologique.

Chapitre II

La résilience à l'épreuve de la maladie rénale

Préambule :

Dans la vie quotidienne les personnes traversent des problèmes de la vie dans tous les côtés psychologique et physique et aussi peuvent avoir tous les types des maladies, d'après tout ce qu'on observe des réactions négatives et positives pour résoudre facilement ces obstacles et être en face d'un événement traumatique et s'adapter à une annonce ou une situation ou un événement traumatique qui provoque un stress élevé qui touche plusieurs éléments de la personnalité et le déclenchement de plusieurs risques physiques, comme l'hypertension et le diabète de plusieurs crises cardiaques, sur tout si cette personne a une mauvaise mentalisation il ne peut pas franchir les obstacles sans conséquences psychologiques et d'après notre recherche on a opté un indicateur clinique c'est la résilience pour mieux cibler les vécus psychologiques des malades de l'insuffisance rénale.

Dans ce chapitre est consacré à la résilience ou nous allons présenter les points suivants : préambule, histoire de la résilience, définitions de la résilience, puis les approches théoriques de la résilience, les facteurs de résilience, la résilience chez les personnes qui souffrent d'insuffisance rénale, les facteurs de protection, méthode d'évaluation de la résilience. Les différentes approches de la résilience, résilience et mécanisme de défense, Intérêts les limites de la résilience, ensuite les limites de la résilience finalement une synthèse

Section I : Généralités sur la résilience psychologique

1. Historique de la résilience psychologique :

À Rome, il y a environ deux mille ans. Près du Capitole, une vestale, condamnée pour avoir violé ses vœux de chasteté, doit être précipitée de la roche Tarpéienne. La condamnée invoque alors la divinité Vesta, gardienne du feu, dont elle avait jusque-là assuré le culte. Miracle ! La vestale survécut à sa chute, ce qui occasionna un débat passionné sur sa reconduite ou non au supplice. C'est lors de ce débat, sous forme de procès, que Julius Bassus utilise le mot « résilience » pour désigner le saut de la prêtresse condamnée à mort. Avant Sénèque le Père, Cicéron avait utilisé, lui aussi, le mot « résilience » dans son plaidoyer pour Sextus Roscius d'Amérie. Les deux textes cités font référence à l'emploi, il y a deux mille ans, du mot « résilience » lors de causes juridiques, l'une fictive, l'autre réelle. Pendant l'Antiquité, d'autres auteurs ont employé ce mot : Ovide (dans Les Métamorphoses), Pline l'Ancien (dans son Histoire naturelle), Quintilien (dans l'Institution oratoire). Dans les textes de ces auteurs, le mot fut le plus souvent utilisé dans le sens de sauter, bondir ou rebondir. C'est fort probablement le sens de « rebondir » qui explique l'énorme succès ultérieur du mot

« résilience ». Il est utilisé en anglais (*resilience*), conformément à l'Oxford English Dictionary, dès 1626, par le philosophe Francis Bacon dans son ouvrage *Sylva Sylvarum*, pour désigner la manière dont l'écho rebondit. Le mot « résilience » rentre plus tard dans la langue française. Sa première occurrence – sous la forme *résilience* – date de 1906 et celle de la forme actuelle (*résilience*), de 1911 (Ionescu, 2016, p.16).

Pendant des millénaires, la condition humaine n'a pas pensé à la psychologie. On expliquait les souffrances mentales par la possession diabolique ou par la dégénérescence. Il a fallu attendre la fin du XIXe siècle pour commencer à penser le traumatisme. Et ce n'est que depuis les années 1980 que l'on travaille l'idée de résilience, la possibilité de se remettre à vivre après une agonie psychique traumatique ou dans des conditions adverses (Cyrulnik, 2014, p.7).

À l'origine, le terme *résilience* était utilisé en physique pour caractériser (en joule par cm²) la résistance au choc d'un métal. Il s'agissait donc d'une caractéristique « innée » et largement immuable d'un objet donné (Vermeiren, 2012, p.15).

En effet, le terme *résilience* apparaît, en anglais, en 1626 et constitue un dérivé du latin *resilientia*. C'est le philosophe Francis Bacon qui l'utilise pour la première fois, dans son dernier ouvrage, *Sylva Sylvarum* ou *Histoire naturelle*, pour désigner la manière dont l'écho « rebondit ». Le sens en anglais du mot *résilience* est « rebondir », « se ressaisir » ou « se redresser ». L'exemple le plus ancien est celui fourni dans les *Dialogues divins* du philosophe platonicien Henry More (1668), qui évoque la résilience face à la misère et au péché. Un autre exemple est celui fourni dans le numéro 110 de la publication *The Rambler*, où Johnson parle, en 1751, de la résilience commune de l'esprit. Pour le sens « se lever à nouveau facilement après avoir été déprimé » et, donc, devenir « joyeux, enjoué, exubérant », l'Oxford English Dictionary cite des exemples à partir de 1830. Plus tard, en 1857, un médecin américain – qui fut aussi pendant deux ans consul des États-Unis à Reims – parle dans son ouvrage *The Americans in Japan* de la résilience manifestée par les Japonais confrontés à la calamité des tremblements de terre (Ionescu, 2012, p.19).

Ainsi, le mot « résilience » a été mis au monde dans les pays latins où il signifiait « re-salire », qui a donné « ressaut » et « résilier ». Mais ce mot a mieux vécu dans les pays de langue anglo-saxonne où il signifiait « rebondir après un coup » (Cyrulnik, 2006, p.7).

En langue anglaise, c'est le sens du rebond qui s'est transmis. Au XVIIe siècle, l'adjectif « *resilient* » signifie dans le langage courant « rejaillissant », « rebondissant » et le substantif

« résilience » désigne pour les physiciens la capacité d'un matériau à rebondir et à résister aux chocs. Au XIXe siècle, le mot résilience s'enrichit d'une nouvelle définition et qualifie également la souplesse de caractère ou de tempérament d'un individu. En 1893, l'Oxford Dictionary illustre d'un exemple cette acception: the resilience and the elasticity of spirit which I had even ten years ago. Depuis une cinquantaine d'années, les Anglo-Saxons l'appliquent aussi aux sciences humaines. Au XXe siècle, le mot « résilience » désigne également une qualité humaine. Par exemple, André Maurois, l'emploi dans son roman *Lélia ou la vie de George Sand* paru en 1952 : Maurice et Lina rentrèrent à Nohant, Sand à Palaiseau. Dans ce deuil, une fois encore, elle étonna ses amis par son immédiate résilience. Ce n'est que récemment, dans les années 1990, que les experts francophones des sciences humaines se sont appropriés ce terme (Josse, 2019, pp.102.103).

Ensuite, le mot résilience en psychologie a été trouvée dans un article publié dans une revue scientifique ayant trait à la psyché date de 1942. Écrit par Scoville, le texte en question est publié dans l'*American Journal of Psychiatry* et est consacré à l'activité des travailleurs sociaux psychiatriques en Grande-Bretagne, pendant la Seconde Guerre mondiale. À partir des études disponibles à l'époque, Scoville souligne « l'étonnante résilience des enfants confrontés à des situations dangereuses pour leur vie ». Scoville cite, aussi, un article paru la même année, où Dorothy Burlingham et Anna Freud notaient que 138 jeunes enfants ayant vécu des bombardements répétés et très destructeurs ne présentaient pas de signes observables de « choc traumatique ». Le mot résilience entre plus tard dans la langue française. Selon le Trésor de la langue française édité par le CNRS, sa première occurrence – sous la forme résilience – date de 1906 et celle de la forme actuelle (résilience), de janvier 1911. Selon cette même source, l'adjectif résilient figure dans le Larousse de 1932, et plus tard, en 1948, Campredon utilise les mots résilience et résilient dans son ouvrage *Le Bois*. Ce n'est qu'en 1952 qu'André Maurois utilise, pour la première fois en français, le mot « résilience » dans le sens que lui attribuent actuellement les psychologues. Avant cela, Paul Claudel, fin connaisseur de la culture américaine, avait utilisé dans *L'Élasticité américaine* (1936) le mot *resiliency*, mais sans le traduire en français (Ionescu, 2012, p.21).

Dans ce cadre, l'usage scientifique du mot de « résilience » est apparu aux États-Unis dans le courant des années 1950, mais il avait été précédé par une longue tradition. Il s'est notamment trouvé porté, au XIXe siècle, par les romans d'un écrivain à succès nommé Alger (Tisseron, 2021, p.19).

La résilience n'est pas un concept nouveau. En effet ce terme est apparu il y a plusieurs décennies aux États-Unis où il s'est très vite instauré, tel un marqueur culturel d'optimisme. Le concept de résilience, qui repose sur la capacité de se développer et d'évoluer dans des conditions terriblement hostiles, pénètre à ce moment-là fort peu en Europe, encore très empreinte du marqueur culturel de vulnérabilité, voire de misérabilisme (Robertson, 2005, p.3).

Par ailleurs, la psychologue américaine Emmy Werner est souvent présentée comme la « mère » de la résilience. La résilience a une mère, elle a aussi un « père », ou plutôt deux. Les Américains Michael Rutter et Norman Garmezy, souvent cités au même titre qu'Emmy Werner (Tisseron, 2021, p.21).

En effet, le concept de résilience est en travail dans la communauté scientifique depuis quelques décennies. Ainsi, dans les pays anglo-saxons des travaux sur la résilience ont cours depuis une trentaine d'années et ont donné lieu à des publications scientifiques reconnues depuis plus de 25 ans. Avec notamment des auteurs comme : Emmy Werner, Michael Rutter, Robert Haggerty, Lonnie Sherrod, Norman Garmezy... En revanche, la résilience a pris son essor en France et dans les pays francophones surtout depuis les années 1990. De nombreux auteurs et praticiens (souvent psychiatres ou pédopsychiatres) ont contribué à faire connaître ce concept et à développer ses contours théoriques autant que le champ de ses applications pratiques. Parmi ces auteurs, nous pouvons citer : Boris Cyrulnik, Michel Manciaux, Stanislas Tomkiewicz ; ou encore Michel Lemay ou Stéphane Vanistendael... À l'heure actuelle de nombreux auteurs, chercheurs et praticiens contribuent à mettre en travail ce concept et à interroger ses apports et ses limites (Anaut, 2005, p. 5).

On conclut donc en disant qu'en physique, la résilience définit la résistance des matériaux aux chocs et leur capacité à retrouver leur structure initiale après compression. Le terme trouve également des acceptions en informatique, en économie, en écologie et dans le domaine de la gouvernance. Transposé à la psychologie, il désigne l'aptitude d'un sujet à conserver et/ou à restaurer son équilibre psychique après avoir traversé un événement délétère. Les premières utilisations étaient aux États-Unis puis dans les années 1990, il prend son essor en France et dans toute l'Europe

2. Définition de la résilience psychologique :

Plusieurs ouvrages utilisent différentes définitions pour la résilience chez l'individu puisqu'actuellement la résilience trouve des articulations avec de nombreux domaines

cliniques, en santé, psychologie, et psychopathologie, comme dans le vaste champ des interventions sociales et éducatives contemporaines.

En effet sur le plan étymologique, le mot résilience vient du latin « *salir* » qui est traduit par « *sauter en arrière, rebondir, être repoussé, jaillir* » et du préfix « *re* » indiquant « *La répétition, la reprise. Résilier c'est bien « rebondir » aller de l'avant, après avoir subi un choc ou un traumatisme.* » (Cyrulnik, & All, 2005, p. 10).

Michael Rutter définit cliniquement : « *la résilience est un phénomène manifesté par des sujets jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de stress, qui dans la population générale, est connu comme comportant un risque sérieux de conséquences défavorables* » (Rutter, 1993, pp. 626. 631).

La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit des événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (Manciaux coll, 2001, p. 17).

Retenons encore Ian Kreisler : « *c'est la capacité d'un sujet à surmonter des circonstances singulières difficiles grâce à ses qualités mentales de comportement et d'adaptation* » (Kreisler, 1996, pp. 162. 165).

Michel Manciaux définit comme « *la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatisme parfois sévère* » (Manciaux et coll., 2001, p 17).

Selon dictionnaire Petit Larousse de la psychologie « *la résilience est la capacité à surmonter le malheur* » (Engel, 2005, p 496).

Cependant la résilience « *s'agit de faire face à la souffrance interne et de trouver sens à la vie après un événement chaotique, il représente ainsi la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité. C'est une combinaison de force intérieure, d'appui de l'extérieure et d'apprentissage à partir de l'expérience acquise* » (Koninckx, teneau, 2010, pp. 21.23).

Les bases de la résilience reviennent essentiellement à Emmy Werner dans sa définition : « *la résilience est une un équilibre évolutif dans la confrontation, d'une part d'élément délétère ou stressant du milieu et, d'autre part, de facture de protection interne et externe* » ici, la résilience

est vue comme un processus dynamique, qui évolue au cours du développement de l'individu et qui est en fonction du sujet (sexe...etc.) » (Koninckx, Teneau 2010, p .28).

Autrement définis « *La résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses, c'est à – dire à des conditions biologique et sociopsychologique défavorables ou pathogènes* » (Anaut, 2015, P 43).

La résilience est « la résistance d'une personne ou d'un groupe à des conditions de vie difficiles, capacités de se vivre et de se développer en dépit des circonstances défavorables, voire désastreuses » (Sillamy, 2003, p. 228).

Dans un article sur internet on a trouvé des définitions parmi aux « *La résilience c'est l'aptitude d'un corps à résister aux pressions et à reprendre sa structure initiale en psychologie, la résilience est la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité* » (<https://www.infirmiers.com> consulté le 19 :15 le 22/04/2023).

Aussi « *Il s'agit d'une qualité, ou d'un trait de caractère qui permettent à une personne de savoir résister aux chocs désagréables ou traumatique, en vue de retrouver son équilibre et de poursuivre son chemin* » (<https://www.cadremploi.com>. Consulté le 19 :15 le 22/04/2023).

La résilience « *la capacité d'un individu à supporter psychiquement les épreuves de la vie, capacité qui lui permet de rebondir et de prendre un nouveau départ après un traumatisme* » (<https://www.linternaute.fr>)19:25 . Le «22/04/2023)

La résilience en psychologie est donc définie comme « *la capacité de surmonter un traumatisme et de continuer à se construire dans un environnement défavorable* » (Okbani, Batonche, Lahmer, Sadaoui, 2016, p. 306).

Claude de Tychey, Joëlle Lighezzolo « *Définir la résilience psychologique ne peut se faire sans se réfère à une modale théorique de la santé psychologique et du caractère normal ou pathologique de la personnalité du sujet* » (Tychey, Lighezzolo-Alnot ,2012, p. 85).

La résilience humaine est étudiée dans le cadre de soutien psychologique pour quelque situation de traumatisés (décès, accident, violence, une annonce de maladie grave) mot résilience s'est répondu et fais partie du langage commun, il peut s'appliquer à des situations traumatiques. D'apprêt ces définitions la résilience c'est la possibilité de l'individu à créer des mécanismes de défense et de produire un sentiment de confiance en soi même pour accepter

tous les changements de vie , soi négative ou positive .puis on va passer à de différentes méthodes d'évaluation de la résilience .

3. Les facteurs de la résilience :

Aujourd'hui tout s'accorde pour tenir compte de facture individuelle et contextuelle interagissant entre eux il y'a donc différent facteur qui participent à la résilience : ceux liés à l'environnement, qui 'ils sont familiaux ou extérieures à la famille et ceux liés à l'individu.

Nous allons donc maintenant définir les factures protectrices pouvant contribuer à la résilience, après un bref arrêt concernant les factures de risque entravant la résilience.

Étant donné que les facteurs de résilience sont une des variables de notre thème de recherche, nous allons d'abord revenir sur un bref historique avant de définir et présenter ces facteurs :

3.1 Historique des facteurs de résilience :

La psychologue américaine Emmy Werner est souvent présentée comme la « mère » de la résilience. Dès les années 1955, elle a suivi 698 enfants d'une île voisine d'Hawaï, de la naissance à l'âge adulte. Pour chacun d'entre eux, elle a identifié les stress survenus à la période prénatale et périnatale, puis elle a suivi leur développement physique, intellectuel et psychosocial. Elle a ainsi pu montrer que sur 201 enfants présentant de forts facteurs de risque et qui pouvaient pour cela être identifiés comme « vulnérables » – près d'un tiers d'entre eux (exactement 72) avait évolué favorablement. Ils n'avaient présenté ni troubles de l'apprentissage ni difficultés d'adaptation, et cela, aussi bien dans l'enfance qu'à l'adolescence. Ils pouvaient être décrits comme de jeunes adultes heureux et intégrés (Tisseron, 2021, p.20).

Michael Rutter a travaillé à identifier, dès les années 1970, les facteurs de protection susceptibles de contre balancer l'influence des facteurs de risque. Il a réalisé une recherche portant sur la fréquence des désordres mentaux chez les enfants de l'île de Wight âgés de 10 ans. Cela lui a permis d'identifier six facteurs de risque familiaux : la discorde conjugale, la classe sociale défavorisée, la famille nombreuse, la criminalité paternelle, les désordres psychiatriques maternels et le placement des enfants. Pourtant, rien n'est automatique ! Il existe en effet, parallèlement à ces facteurs de risque, des « facteurs de protection ». Plus tard, Michael Rutter a montré que pour être efficaces, ceux-ci doivent associer quatre caractères (1993) : diminuer l'impact du risque ; réduire la probabilité de réactions négatives en chaîne ; renforcer l'estime de soi et le sentiment de sa propre compétence ; et entraîner des opportunités positives (Tisseron, 2021, p.21).

Norman Garmezy, quant à lui, a étudié le devenir des enfants grandissant dans une famille où les parents sont schizophrènes. Ses travaux ont ainsi ouvert la voie à l'identification des mécanismes de la résilience. Pour lui, les facteurs de protection se déclinent en trois classes : ceux qui sont centrés sur l'enfant, ceux qui sont liés à la configuration familiale et enfin les facteurs sociaux environnementaux. Face à un obstacle, un individu évaluera la situation et met en œuvre une stratégie d'adaptation organisée à partir de ces trois séries de facteurs (Tisseron, 2021, p.22).

Dès lors, la capacité à rebondir après un événement délétère dépend certes de caractéristiques physiques, biologiques et psychologiques propres à l'individu (type d'attachement précoce, tempérament et traits de personnalité, mécanismes de défense et de coping, processus de mentalisation, etc.), mais également de variables inhérentes à l'environnement (physique, familial, culturel, technologique, politique, social, économique, organisationnel, religieux, etc.). Elle relève en outre des interactions et des interrelations entre les deux, sujet et contexte (Josse, 2019, p.105).

3.2 Définition des facteurs de résilience :

La plupart des chercheurs admettent que la capacité de résilience d'un sujet engage à tout moment des facteurs internes d'ordre génétique, cognitif et comportemental, et des facteurs environnementaux. Il en résulte qu'elle peut varier chez un même sujet selon les moments, l'environnement et les diverses épreuves de la vie. Mais il en résulte aussi que les divers domaines qui constituent l'environnement quotidien de chacun peuvent y contribuer puissamment (Tisseron, 2017, p. 42. 43).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) les facteurs de risque concernent « *tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme* ». Les risques peuvent donc venir d'une situation sociale ou économique, d'un état biologique, d'un comportement ou d'un environnement défavorable qui entraînent une probabilité élevée de développer des dommages de santé physique ou mentale (Anaut, 2015, p. 32).

3.3 Présentation des facteurs de résilience :

3.3.1 Facteurs de risque :

Anaut définit les facteurs de risque « un évènement ou une condition organique ou environnementale qui augmente la probabilité pour l'enfant de développer des problèmes émotifs ou de comportements ». Ces facteurs de risques pourraient être d'une nature organique, se référant à l'individu lui-même et à ses qualités personnelles, ou provenant de son environnement psychosocial, économique et culturel, et qui tend à développer chez l'enfant des troubles d'ordre affectif ou comportemental (Anaut, 2003, p. 24).

3.3.2 Facteurs de protection :

Dès lors, la résilience est un processus multifonctionnel issu de l'interaction entre l'individu et son environnement composant des variables internes au sujet (structure psychique, personnalité, mécanismes défensifs ...) et des variables externes (caractéristiques de l'environnement socioaffectif) (Anaut, 2005, p. 7).

Examinons ce que l'on entend par facteurs de protection, dans le cadre de la résilience. Généralement on considère que les facteurs de protection atténuent l'impact négatif de l'adversité sur l'adaptation. Ils peuvent concerner les processus qui contribuent à la stabilité fonctionnelle ou qui permettent un changement positif. Selon Michael Rutter (1990), les facteurs de protection modifient la réaction à la situation présentant un risque en réduisant l'effet négatif du risque et ses éventuelles réactions en chaîne. Les facteurs de protection opérants vont donc contribuer à atténuer l'impact de l'adversité sur l'adaptation des sujets, un peu comme un airbag protège lors d'un accident (Anaut, 2015, p.65).

De nombreux chercheurs ont étudié les facteurs de protection favorisant la résilience chez les individus. En premier lieu nous pouvons citer Emmy Werner qui a indiqué parmi les ressources protectrices internes : la capacité à résoudre des problèmes, la connaissance de soi, l'autonomie, l'estime de soi, la confiance, l'altruisme, la sociabilité et enfin l'habilité à trouver un (des) soutien(s) dans l'entourage (familial ou extra- familial). Alors que parmi les ressources venant du milieu on trouve : des relations familiales chaleureuses, un soutien familial solide, une bonne communication parents-enfants ; ainsi que des soutiens extra- familiaux, comme par exemple, avec des enseignants, des amis. De son côté Norman Garmezy (1991), à partir d'observations de familles défavorisées, conclut que la résilience repose sur trois domaines de facteurs de protection. Selon cet auteur, la triade qui soutient le ressort psychologique de la résilience est

composée par : *les facteurs individuels* (le tempérament, la réflexion et les aptitudes cognitives), *les facteurs familiaux* (la chaleur humaine, la cohésion et l'intérêt de la part des parents ou du principal dispensateur de soins) et *les facteurs de soutien sociaux* (le professeur bienveillant, le travailleur social ou l'organisme de services sociaux). Selon Michael Rutter, ces trois pôles de protection favorisent la résilience, car ils contribuent notamment à l'amélioration de l'estime de soi et au sentiment d'auto-efficacité, et ouvrent de nouvelles possibilités pour l'individu (Anaut, 2015, pp. 65. 66).

3.3.3 Les trois pôles protection :

Garnezy et Masten (1991), ont identifié les principales variables qui favorisent la protection chez les sujets résilients :

-Facteurs individuels :

Il s'agit du fonctionnement intellectuel (QI élevé, capacité à planifier et à résoudre les problèmes) ; de l'estime de soi (amour de soi, « vision positive », confiance en soi) ; des compétences relationnelles ; d'un tempérament facile associé à un sentiment de sécurité ; de l'existence d'un système de croyances (foi, éthique) ; et enfin de la capacité à utiliser de façon adéquate les mécanismes de défense disponibles (déli, clivage, sublimation, intellectualisation, humour...)

– les facteurs de protection familiaux :

Il s'agit de la « bonne éducation » ; de l'existence de relations chaleureuses avec des parents structurants, soutenant et compétents ; de l'existence d'une bonne entente parentale ; de relations de soutien émanant d'autres membres de la famille élargie ; et de relations proches avec des tuteurs de développement ;

– les facteurs de protection extrafamiliaux

Liés à la société et à la culture. Il s'agit des bonnes relations avec des adultes à l'extérieur de la famille (tels qu'amis, pairs, thérapeutes, voisins et, bien entendu, enseignants) ; de l'existence de rapports avec diverses organisations sociales et de la fréquentation d'une école dans laquelle l'enseignement donné est ouvert et chaleureux, avec succès scolaires (Tisseron, 2017, p. 38).

On peut donc dire que les facteurs de protection sont des caractéristiques individuelles et environnementales qui modifient, améliorent ou altèrent la réaction d'un individu à une menace ou à une agression.

En plus des facteurs de résilience individuelle, et familiale, certaines approches abordent les facteurs de communautaires.

Dès lors, le processus de résilience relève de dimension d'ordre interne et externe.

3.4 Profil de l'individu résilient :

L'individu résilient (quel que soit son âge) serait un sujet présentant les caractéristiques suivantes (Cyrułnik, 1998) :

- un Q.I. élevé, ou des capacités cognitives suffisantes,
- capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement,
- ayant le sentiment de sa propre valeur (auto- efficacité),
- de bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie,
- capable d'anticiper et de planifier,
- ayant le sens de l'humour.

Bien entendu la totalité de ces caractéristiques n'est pas la garantie d'un fonctionnement résilient, mais ces différents éléments se retrouvent chez bon nombre de sujets réputés résilients et sont considérés comme contribuant au fonctionnement de la résilience (Anaut, 2015, p. 71).

3.5 Caractéristiques du processus mental résilient :

Michael Rutter (1985 ; 1996) a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables. Face à des situations de grande adversité, ces personnes mettent en place des comportements qui font appel à des modes de fonctionnement spécifiques, notamment en appuis sur des mécanismes d'élaboration de la pensée. Selon Michael Rutter, la personne résiliente concilie trois caractéristiques mentales : la conscience de son auto- estime, celle de son efficacité et dispose d'un répertoire d'expériences de réussites (Anaut, 2015, pp. 72. 73).

-La conscience de son auto-estime et du sentiment de soi :

Cet aspect renvoie à l'estime de soi, c'est-à-dire aux caractéristiques par lesquelles le sujet peut se définir et avoir le sentiment de sa propre valeur. La majorité des chercheurs considèrent qu'il est nécessaire d'être doté d'un bon développement de l'estime de soi pour devenir résilient. Selon Christophe André et François Lelord (1999), l'estime de soi implique trois dimensions : l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. Au cours de la vie, l'appréciation de l'estime de soi pourra être affectée par les événements, les épreuves, les expériences individuelles et les sentiments de réussites ou d'échecs. L'estime de soi est donc sujette à des variations chez un individu au cours de son développement. Mais l'amour de soi aidera l'individu à se reconstruire après un échec ou face à l'adversité (Anaut, 2015, p. 73).

-La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité :

Cette caractéristique correspond chez un individu à la croyance et à la confiance qu'il a dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes qui sont nécessaires pour y parvenir. Ce sentiment d'auto-efficacité a été décrit et analysé par Albert Bandura (2007) qui souligne son impact sur les motivations chez les sujets. Le sentiment d'auto-efficacité permet l'anticipation et les projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir les capacités requises pour réussir une tâche déterminée. Ce sentiment rejoint pour partie la confiance en soi et joue un rôle important sur la gestion des stress. Dans cette perspective, l'individu résilient aurait tendance à voir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir confiance dans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes de son existence (Anaut, 2015, pp. 73. 74).

-Un répertoire d'expérience de résolution de problèmes sociaux :

Ce dernier point se réfère à l'expérience et à la capacité pour l'individu résilient de s'appuyer sur des expériences de résolution de difficultés, en appuis sur des compétences personnelles, familiales ou extra-familiales (dans l'entourage proche de l'individu). Ces trois caractéristiques, qui font référence à la description d'un processus psychique et comportemental, apparaissent intimement liées dans le fonctionnement du sujet résilient. Elles soulignent le rôle fondamental des ressources internes de l'individu résilient face à des conditions extérieures défavorables et sa capacité à tirer profit des potentiels environnementaux extra-familiaux, lorsque la famille est défaillante. Dans cette perspective la résilience s'appuie surtout sur l'appartenance d'une personne à un contexte social et relationnel qui le soutient. Par

ailleurs, les travaux de Rutter *et al.* (1985 ; 1996) En prenant en compte, les capacités pour le sujet résilient de trouver des ressources en liaison avec le réseau social vont dans le sens de l'importance accordée à l'adaptation et à l'autonomie dans le processus de résilience (Anaut, 2015, pp. 74).

3.6 Les phases du processus psychique de la résilience

La première est une phase de « résistance/protection psychique » qui correspond à la réaction face au choc traumatique et à l'effraction psychique. Elle est surtout marquée par l'activation de mécanisme de défense qui vise à atténuer la charge émotionnelle du traumatisme. Donc le sujet va convoquer toutes les ressources dont il dispose pour préserver le moi de la charge morbide. Il s'agit d'anesthésier la blessure, ce qui se focalisera par un retrait émotionnel où toutes formes de protection qui empêche l'envahissement et le débordement des défenses habituelles du sujet (Anaut, 2020b ; 2012).

La deuxième étape du processus est une phase « d'élaboration/reconstruction ». Elle se situe dans l'après-coup traumatique et concerne l'élaboration du trauma. À ce stade, le sujet va mettre en travail sa représentation du choc et tenter d'intégrer l'expérience traumatique à sa trajectoire de vie. Il pourra recourir à des mécanismes défensifs plus adaptés (créativité, sublimation, humour, etc.). Le travail de mise en sens du vécu traumatique permettra la reconstruction psychique et la reprise d'un nouveau développement, ce qui atteste le processus de résilience. Cette reconstruction psychique peut s'étayer (ou non) sur une implication sociale active. Chez le sujet dit résilient, ce travail de reconstruction psychique et identitaire aboutit à la reprise d'un nouveau développement qui tient compte de ce qui s'est passé et de ce qui se passe dans l'actuel (Anaut, 2020b, p.340).

4. Méthode d'évaluation de la résilience psychologique :

4.1 L'évaluation de la résilience, entre théorie et pratique :

L'évaluation de la résilience a été abordée différemment par les auteurs selon les définitions accordées à celle-ci. Certains s'accordent de considérer la résilience en tant que processus reposant sur des stratégies à adopter, d'autres la verraient comme un ensemble de facteurs individuels ou environnementaux susceptibles d'influencer les réponses des individus face à l'université, ou encore ceux qui se limiteraient à l'étude des éléments de risques et d'adaptation qui signeraient la réussite ou l'échec (Ionescu, 2011, p. 61).

Depuis 1990 plusieurs auteurs essayent d'élaborer des instruments de mesure de la résilience : échelles, questionnaires, inventaires ; etc. dans son ouvrage « traité de résilience assistée ». S. Ionescu, avait décrit ces instruments ainsi que leurs caractéristiques psychométriques et d'autres descriptions. Nous allons nous appuyer dessus pour présenter les plus importants (Ionescu, 2011, p 61).

4.2 Évaluations de la résilience :

Si la résilience est un concept théorique passionnant et très attractif, elle ne fait pas cependant l'unanimité du monde scientifique. La littérature internationale l'indique clairement. Cependant, ce concept peut nous inciter à de nouvelles approches dans nos interventions en faveur des enfants, des jeunes et des familles confiées à nos soins. La nouveauté réside dans l'approche positive de toutes ces personnes, en particulier des enfants, approche qui met en évidence les aptitudes et les capacités de ceux dont nous nous occupons. Pour cela il est nécessaire d'acquérir une attitude professionnelle différente, mais aussi de s'enquérir des connaissances disponibles sur le problème de la résilience. Avant d'intégrer cette manière de penser et d'agir dans l'ensemble du comportement professionnel pour les soins et l'aide aux enfants, il y a encore un long chemin à parcourir. D'après certains, en effet, cette manière de penser et de faire est connue et appliquée depuis longtemps ; c'est possible au niveau de quelques équipes, mais certainement pas généralisable (Cyrulnik, 2005, p. 329).

Les débuts de l'évaluation de la résilience étaient focalisés sur la résilience du moi, qui était l'objet d'étude de Block E BLOCK, qui désignait ce concept comme une adaptation du moi, ressource propre liée à la personnalité. Ce concept a été opérationnalisé, à partir du California Adult Q-Sort. Puis est apparu, l'échelle de résilience du moi, de Beck et Kremen, constituée de 14 items cotés de quatre points allant du « fortement en désaccord » à « totalement en accord ».

Les travaux de Wagnild et Young ont abouti à la construction d'une échelle à partir d'entretiens avec des personnes considérées comme résilientes. Cette échelle est constituée de 25 items relatifs à cinq composantes : l'équanimité, la persévérance, la confiance en soi, la capacité à donner du sens et la solitude existentielle. Elle a été utilisée dans nombre d'étude et traduite en plusieurs langues (russe, espagnol, suédois et portugais).

Les travaux de Cynthia Jew, se sont focalisés sur la théorie de la résilience qui a été proposée par Mrazek et Mrazek, et qui stipule que les réponses au stress sont influencées par la manière

dont est traitée la situation, analysée et expliquée. Et c'en la reliant à son propre système de croyances. Elle serait désignée comme la théorie de l'évaluation cognitive. Cette échelle de 35 items, distribués sur trois sous-échelles ; l'orientation vers le futur, l'acquisition active de la compétence et l'indépendance : prise de risque.

L'échelle de Connor-Davidson qui concerne les caractéristiques de personnes résilientes (CD-RISC) elle a été à partir de caractéristiques publiées à partir de recherches sur la résilience. Cet instrument est auto administré, constitué de 25 items respectant cinq facteurs : le premier reflète la compétence personnelle, des standards élevés et la ténacité ; le deuxième correspond à la confiance en ses propres intuitions, la tolérance par rapport aux effets négatifs et les effets fortifiants du stress ; le troisième en relation avec l'acceptation positive du changement et des relations sécurisées ; le quatrième est en relation avec le contrôle ; le cinquième correspond aux influences spirituelles.

Bien d'autres instruments ont vu le jour, construits à partir de recherche de la résilience avec Différences dans la prise en compte des différents aspects de ce processus (S. Ionescu, 2011 p. 62).

4.3 L'évaluation de la résilience à travers a une projection :

Les instruments qui mesurent la résilience grâce aux échelles et aux inventaires avaient montré des insuffisances, à cet effet d'autres chercheurs ont pensé à un outil projectif mesurant la résilience. Stumpffer avait proposé une méthode de type projective « Strumpffer Résilience Exercice ou SRE ». L'exercice de résilience consiste en la présentation de six phrases, en lui donnant une minute et demie pour chaque réponse. Les personnes évaluées écrivent ainsi des histoires projectives en réponse aux questions posées. Puis ces histoires seront cotées grâce au schéma (SSSR) (S. Ionescu, 2011 p. 62).

4.4 L'évaluation de certaines formes spécifiques de la résilience :

Ionesco avait évoqué quatre types spécifiques de résilience, que l'on peut mesurer : la résilience familiale, la résilience scolaire, la résilience au travail, la résilience face au suicide (S. Ionescu, 2011 p. 62).

D'après plusieurs chercheurs qui son utilisé déférente technique pour évaluer la résilience comme les échelles et les questionnaires pour avoir les compétences personnelles des individus et leur confiance en soi pour avoir la capacité à réussir et de surmonter un traumatisme.

On passe pour avoir les différentes approches de la résilience et comprendre la différente façon d'adaptation pour un individu quand il traverse des crises psychologiques et les différents l'événement défavorable.

5. Les différentes approches de la résilience :

5.1 L'approche cognitive et comportementale :

Les chercheurs insistent sur l'interrelation entre les caractéristiques de l'inadaptation. Selon Garmezy (1996), ces deux types de comportement étant inextricablement liés, pour comprendre le second il connaît le premier. Différentes études ont démontré la corrélation entre ces deux aspects au cours du développement et souligné que bien souvent l'adaptation et l'inadaptation se différencient par des variations d'ordre quantitatif. Ainsi, une certaine caractéristique qui peut être considérée comme normale à une période du développement ne le sera pas à une autre, en fonction du degré (intensité ou faiblesse), des modalités ou encore des circonstances de leur apparition et du fait qu'elles altèrent ou non les progrès du développement. Patterson et al. (1994) décrivent la résilience comme « l'habileté de fonctionner de façons adaptées et de devenir compétent lorsque des événements de vie stressants se présentent » (Anaut, 2008, pp. 56. 57).

Cela signifie que dès le processus de résilience se met en place lors de la confrontation à une situation adverse et à cette condition. Dans cette définition, la situation stressante ou traumatogène est la condition de l'émergence du processus résilient, autrement dit l'agent de la résilience.

Cette approche insiste sur l'aspect comportemental et, et comme beaucoup de recherche anglo-saxonne, se fonde essentiellement sur les compétences comportementales des individus. Les compétences dans ce contexte sont notamment attribuées à des aptitudes sociales appropriées et à l'absence de problème de comportement manifeste (Anaut, 2008, pp. 56. 57).

5.1.1 Les différentes stratégies de coping :

Serban Ionescu *et al.* (2012) ont repéré dans la littérature scientifique différentes approches outillées de stratégies de coping qui se déclinent et se différencient selon quatre dimensions principales : le coping centré sur l'émotion, qui vise la régulation de la détresse émotionnelle ;

Le coping centré sur le problème, qui vise à gérer le problème qui se trouve à l'origine de la détresse du sujet ;

Le coping évitant, qui permet au sujet, par des stratégies passives (éviter, fuite, déni, résignation, etc.), de réduire la tension émotionnelle ;

Le coping vigilant, qui permet, par des stratégies actives (recherche d'informations, de soutien social, de moyens, etc.) d'affronter la situation pour la résoudre.

Afin de rendre compte des stratégies de coping des individus, des échelles d'évaluation ont été mises au point comme par exemple : The Ways of coping Scale (Folkman et Lazarus (1981) ; le Coping Strategies Inventory (Tobin, 1984 ; 2001) ; ou bien encore l'échelle des comportements de coping (Chipp et Scherer, 1992). Ces méthodes d'évaluation sont composées de questions destinées à mettre en évidence les stratégies d'ajustement choisies par les individus pour faire face à des situations problèmes.

Les études actuelles sur le coping vont donc concerner l'identification des stratégies d'adaptation des personnes et tenter d'évaluer leur efficacité dans un contexte environnemental donné, en prenant en compte éventuellement d'autres variables pouvant interagir entre les stratégies utilisées et le bien-être ressenti ou attendu. Dans cette perspective, ce concept cherche à rendre compte des moyens utilisés par les individus pour faire face à des situations problématiques en intégrant les aspects du contexte (environnement social et relationnel) et les éventuelles dispositions internes de l'individu. Ce qui rend ces recherches très proches de celles de certaines conceptions de la résilience (Anaut, 2015. pp.89. 90).

5.1.2 Théorie de l'attachement et résilience :

Une des interrogations centrales qui mobilisent les chercheurs et les cliniciens porte sur le déterminant précoce de la résilience. C'est ainsi que des études ont été conduites sur les liens entre les styles d'attachement et la constitution de la résilience des sujets. Selon cette perspective, largement développée dans la littérature anglo-saxonne (USA, Canada, U.K), les styles d'attachement joueraient un rôle fondamental dans la constitution de la résilience des sujets. C'est pourquoi nous proposons de préciser les articulations et les interrogations que suppose cette relation entre attachement et résilience (Anaut, 2008. pp 64. 65).

5.2 Approches transversales de la résilience :

5.2.1 Les bases de construction du processus résilient :

Parmi les recherches qui portent sur les bases de la construction de la résilience chez les individus, nous pouvons citer les travaux de Gilligan (1997) qui nous semblent particulièrement intéressants, car ils tentent de concilier deux orientations épistémologiques différentes (l'une développementale et l'autre du registre psychosocial). En effet, Gilligan se situe, d'une part, dans la lignée théorique de Fonagy en s'appuyant sur les théories de l'attachement, et d'autre part, sur les travaux de Rutter. Ainsi, Gilligan propose un modèle original de construction de la résilience chez les individus, une hypothèse se situant au carrefour de plusieurs courants. Selon ce chercheur, le développement du fonctionnement résilient d'un individu s'étaye sur la base d'un tripode constitué de trois domaines de la construction de la résilience (« 3 buildings blocks of resilience ») qui sont les suivants :

Le sentiment d'avoir une base de sécurité interne ;

L'estime de soi (ou auto-estime),

Le sentiment de sa propre efficacité (Anaut, 2008, p. 72).

5.3 Approches psycho dynamiques et processus intrapsychique

L'étude du processus résilient chez un sujet renvoie à la mise en scène des potentiels relevant de différentes dimensions d'ordre interne et externe. Alors que certaines ressources relèvent du domaine des relations psychoaffectives, des liens et étayages familiaux et extra-familiaux et incluent la prise en compte des aspects cognitifs et sociaux dans la mise en place du processus, d'autres concernent les mécanismes psychiques et la construction de la personnalité. Pour comprendre les composantes internes de la résilience, nous pouvons faire appel aux théories psychanalytiques qui contribuent à éclairer la mise en place du processus. Nous allons voir quels sont les principaux apports pour la compréhension du modèle de la résilience proposé par les approches psycho dynamiques et notamment les études des processus intrapsychiques lors des atteintes traumatiques (Anaut, 2015, p. 101).

Le fonctionnement psychique de la résilience est complexe à appréhender, car il se situe à la croisée de plusieurs dimensions. Nous avons vu que la résilience peut être considérée à la fois comme le processus même de remaniement psychique et la résultante de ce travail en termes de processus défensifs, mais aussi en termes d'adaptabilité avec l'environnement social et

psychoaffectif. Cependant, nous pouvons tenter d'analyser le fonctionnement psychique du processus de résilience suivant deux axes principaux, d'une part du point de vue du traumatisme et de la réponse du sujet, d'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par les individus résilients. La référence à la métapsychologie freudienne suppose une acception restreinte de l'approche du processus résilient qui s'articule essentiellement avec la gestion du traumatisme. En effet, dans cette conception, la résilience renvoie avant tout à l'aptitude du sujet à surmonter le traumatisme. Dans cette optique, l'atteinte traumatogène est considérée comme le préalable à l'émergence du processus résilient. Dès lors, on ne saurait parler de résilience pour des contextes relevant seulement des stress d'ordre banal de la vie. Pour que l'on puisse attester de la résilience d'un individu, il faut donc qu'il ait été confronté à un traumatisme ou à un contexte traumatogène tel qu'il ait exposé le sujet à un danger majeur (Anaut, 2015, pp. 101. 102).

5.4 L'approche neurobiologique de la résilience :

Le dépistage d'un profil résilient probable se fonde actuellement sur quelques rares données biologiques, comme le fait d'être dans le quartile du haut pour un dosage sanguin ou salivaire de DHEA, neuropeptide Y, de galanine, de testostérone, de sérotonine, et d'être dans le quartile du bas pour le cortisol surtout au réveil, le CRH et le BDNF circulants, plusieurs des autres marqueurs abordés dans ce chapitre- MMDA, glutamate, galanine, CCK-sont en cours d'évaluation (Bustany, 2012, p. 63).

Le côté fascinant de la neurobiologie du stress est qu'on passe constamment d'un niveau d'organisation du cerveau à un autre, d'un état moléculaire au comportement qui en découle : on ne peut qu'être frappé par l'orchestration minutieuse de toutes ces réactions au stress, intriquées spatialement et temporellement. Celles-ci sont globalement activatrices au début pour sauver le sujet, puis inhibitrices et restauratrices à la fin pour pallier le coût neuronal métabolique et fonctionnel extraordinaire de cet acte guidé par la survie. On passe de la milliseconde d'action à des journées post-traumatiques d'effets, avec des fenêtres d'actions possibles que la compréhension des phénomènes en jeu doit orienter. La prise en charge du stress doit suivre ce schéma pour être efficace, qu'elle soit pharmacologique ou psychologique, toute action ayant sa trace neuronale induite, la complémentarité et le séquençage des traitements sont essentiels. Le massage de ce parcours neurobiologique, c'est bien que les conséquences d'un stress soient éminemment des phénomènes dynamiques qui s'accompagnent ou découlent les uns des autres et que le chemin vers la résilience dépend beaucoup d'un bon

coup de pouce au bon moment et de force idoine. Les vingt-quarante-huit premières heures sont cruciales pour agir. C'est toute la subtilité du décours biologique de cet embrasement cérébral fracassant qu'est le vécu d'un événement stressant sévère (Bustany, 2012, pp. 45. 64)

5.5 Approche psychosociale de la résilience :

Elle est liée à l'existence des facteurs sociaux de risque (pauvreté désorganisation de la structure familiale, etc.) et de protection (habiletés sociales et disponibilités du soutien social et des réseaux de soutien, etc.) Certaines auteures préfèrent parler de processus psychosociaux familiaux. D'autre part, la résilience fait référence au sociale, à la performance, à l'efficacité sociale. La résilience est alors jaugée par rapport à des repères psychosociaux (Ionescu, 2006, p. 35).

5.6 Approche intégrative de la résilience :

Ionescu (2006) estime que la résilience ne peut être abordée selon un modèle causal linéaire, mais devrait l'être dans une perspective multidimensionnelle, interactive, transactionnelle.

Cela s'inscrit dans le cadre de l'approche éco systémique, le fait que les facteurs de risque et de protection soient considérées à plusieurs niveaux (Individuel, familiale, communautaire, sociale sociétale), et en interaction assure une perspective holistique et transactionnelle qui contribue à améliorer notre compréhension de la résilience et ouvre la perspective de prévention et d'intervention (Ionescu, 2006, p. 37).

Ainsi la complexité de la résilience nous amène à concevoir l'intégration des différentes approches décrites, cette approche, intégrative intègre les données issues des différentes approches de la résilience (Ionescu, 2006, p. 44).

6. Résilience et mécanisme de défense :

Le fonctionnement psychique de la résilience peut être considéré comme résultant de la mise en jeu des modalités adaptatives et de régulations psychiques de l'individu face au bouleversement du trauma. Ainsi, l'une des questions théoriques qui se posent concerne la place et l'éventuelle spécificité parmi les modalités adaptatives des mesures défensives dans le fonctionnement résilient. Cette interrogation invite à faire un détour parmi les théories concernant les mécanismes de défense (Anaut, 2015 p. 110).

6.1 Mécanisme de défense et mesures défensives :

Anna Freud (1949), dans son travail sur « Le Moi et les mécanismes de défense », considérera que « l'essence d'une situation traumatique tient à la détresse éprouvée par le Moi en face de l'accumulation de l'excitation, qu'elle soit d'origine externe ou interne ». Auparavant Sigmund Freud avait employé les termes de processus de défense qui désignaient selon lui : « de façon générale toutes les techniques dont se sert le moi dans ses conflits qui peuvent éventuellement mener à la névrose ». La désorganisation psychique qui accompagne les situations traumatiques s'explique donc, selon la théorie freudienne, par l'excès de stimulations avec effraction du pare-excitation ou par la prévalence des fantasmes qui menacent l'intégrité du Moi. Anna Freud a tout d'abord utilisé indifféremment les termes de « mécanismes de défense » et de « mesure défensives » comme des synonymes (1936) ; puis dans le cadre des entretiens avec Sandler seront distingués les deux terminologies. Ainsi, d'après S. Freud « les mesures défensives sont constituées de différentes formes d'activités qui peuvent être de façons normales d'exprimer toute une variété de choses et qui, dans certaines circonstances, peuvent aussi être employées à des fins défensives ». Alors que les mécanismes de défense « constituent des outils développés pour protéger le Moi, employés spécifiquement à cette fin, aussi bien dans la normalité que dans la pathologie » (Ionesco et al. 1997). Mais le développement des théories d'Anna Freud, à travers notamment ses entretiens avec Sandler, va aboutir à la conclusion que « la relation à la pathologie ne constitue pas un critère distinctif entre mécanismes de défense et mesures défensives » (Anaut, 2015, pp. 110. 111).

6.2 Défenses adaptives :

Dans la lignée des travaux de Sandler, une fois apparus, les mécanismes de défense continueraient à exister tout au long de la vie du sujet, mais ils seraient éventuellement « recouverts » par des mécanismes ultérieurs. Le psychanalyste Vaillant (1993) a étudié l'évolution des mécanismes de défense tout au long de la vie. Il distingue les défenses immatures (projection, passage à l'acte, comportement passif-agressif) qui correspondent aux premières défenses utilisées par les individus jeunes ; et les défenses matures (sublimation, humour, altruisme, répression et anticipation) qui sont associées à un bon état de santé mentale chez les sujets plus âgés. Habituellement l'avancée en âge se caractérise par l'abandon des défenses immatures au profit de l'utilisation plus fréquente des défenses matures, mais il peut y avoir coexistence des deux registres. Vaillant considère que certaines défenses peuvent être adaptatives. Du coup, il faudrait parler de défenses adaptatives lorsque les mesures prises par

les individus ont pour but de faciliter l'homéostasie psychique autant que l'adaptation du sujet à son environnement. Les défenses adaptatives ont pour caractéristiques d'agir sur l'affect pour réduire la douleur (sans l'anesthésier totalement). Les défenses adaptatives correspondent à des modes de défense véritablement spécifiques, développées face à une menace particulière. Elles s'appuient sur la canalisation des sentiments non sur leur blocage. Ainsi, pour Vaillant, des défenses qui ne seraient pas adaptées à l'environnement et pourraient apparaître comme des défenses psychotiques, ne seraient pas pour autant forcément révélatrices d'une pathologie, mais pourraient témoigner des tentatives d'un individu pour se protéger lors d'une situation de danger. Malgré leur inadaptation, ces défenses peuvent revêtir un caractère conjoncturel chez des sujets « normaux ». Le processus de résilience peut utiliser ces différentes modalités défensives au cours des phases de sa construction. S. Ionesco (1997) précise qu'il y'a un désaccord entre les chercheurs sur les processus de défense, à part la terminologie (mécanismes, processus, défenses...). Selon certains auteurs, les mécanismes de défense seraient acquis pour de bon une fois la maturité atteinte, alors que d'autres prônent la plasticité des mécanismes de défense chez un même sujet. Des hiérarchies entre les mécanismes de défense ont été proposées (Anaut, 2008, pp. 87-88).

6.3 Spécificité des défenses résilientes :

Bergeret (1995) précise qu'un individu n'est pas malade parce qu'il n'a pas des défenses, mais bien parce que ses défenses sont inefficaces, trop rigides et mal adaptées aux réalités internes et externes. Ce qui peut se traduire par une utilisation systématique d'un mode défensif exclusif, sans souplesse et hors contexte. Dans ce dernier cas seulement, les défenses apparaissent dans un fonctionnement psychopathologique. Selon Braconnier (1998) : « La notion de mécanisme de défense englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes et externes ». Ce qui caractérise les mécanismes de défense est avant tout leur rôle homéostatique. Leur but est de protéger le sujet et l'empêcher d'être immobilisé par l'anxiété et la dépression. Cependant, les mécanismes de défense peuvent être plus ou moins adaptés, notamment en fonction du contexte de leur utilisation et de la rigidité de leur expression. Leur adaptabilité dépendra, de l'âge et du contexte de vie du sujet. Le pédopsychiatre psychanalyste Lemay (1998 ; 1999) considère qu'une forme de résilience s'exprime par la mise en place de processus intégratifs salvateurs. Les processus défensifs, utilisés par les enfants et adolescents observés par Lemay, peuvent emprunter des voies psychiques et comportementales en apparence pathologiques. Mais ils ont avant tout pour objectif de réguler les tensions insoutenables (Anaut., 2015, pp. 112. 113).

6.4 Processus salvateurs :

Des mécanismes salvateurs peuvent être repérés et isolés chez les individus dits résilients. Ainsi, à travers des cas cliniques issus de thérapies d'enfants et d'adolescents, Lemay (1998) a révélé un certain nombre de mécanismes utilisés par les enfants soumis à des situations traumatiques graves, intenses ou prolongées. Les principaux mécanismes salvateurs mis en évidence par Lemay sont : les fantasmes de toute-puissance ; la recherche d'isolement ; les tentatives pour obsessionnaliser l'espace et les séquences temporelles ; la recherche d'une présence avec mobilisation de l'agressivité ; le clivage entre un milieu persécuteur et une zone idéalisée sauvegardée où « tout est en rose » ; et conversation d'une vision critique des mécanismes avec utilisation de l'humour. La plupart des mécanismes salvateurs décrits ici sont assez fréquents chez les enfants résilients. Bien entendu, certains enfants utilisent une partie seulement de ces mécanismes et d'autres formes d'ajustements au trauma peuvent exister (Anaut, 2008, p. 90).

-Hyperactivité comme mode de protection :

Différents mécanismes d'adaptation sont utilisés par l'enfant face aux situations délétères. L'hyperactivité infantile peut être considérée comme un de ces mécanismes de protection. En effet, l'hyperactivité correspond à un mécanisme adaptatif, qui peut être interprété comme une manière d'échapper au manque en sollicitant sans cesse l'environnement.

L'enfant va, à travers ce comportement hyperactif, tenter de capter de manière persistante l'environnement, l'attention des personnes, de la famille, de camarades, ou d'objets. Ce qui peut s'interpréter comme une manière de se constituer une enveloppe sensorielle protectrice, un moi-peau, selon la théorie d'Anzieu ;

-Manifestations psychosomatiques comme protection :

De même, les manifestations psychosomatiques peuvent être considérées comme résultant des mécanismes de régulation chez les jeunes enfants au même titre que l'agitation motrice. Ainsi, « en déchargeant l'état de tension par et dans le corps, l'enfant se libère d'un trop-plein émotionnel qu'il ne peut ni représenter ni contrôler ». Dans ce contexte, les troubles psychosomatiques participent à la régulation des tensions et aident l'enfant à s'adapter à son environnement. M. Lemay développe une théorie originale à propos de la résilience, dans laquelle la fonction du symptôme, ou de ce qui est habituellement considéré comme une perturbation chez l'enfant prend un sens nouveau. Il devient signe clinique, non pas

seulement d'un trouble, mais avant tout d'un mode d'ajustement, ou plus exactement d'un mécanisme salvateur, qui a pour fonction de préserver l'enfant et participe à la mise en place du processus de résilience. Le changement de perspective proposé par Lemay paraît intéressant à retenir dans les prises en charge d'enfants et d'adolescents. Cependant, cela ne suppose pas une vision angélique des mécanismes salvateurs, car comme le souligne Lemay lui-même, certains signes cliniques, même s'ils participent à la résilience, peuvent être préoccupants. Il est important de mettre en travail et de manier ces hypothèses avec d'innombrables précautions dans les applications sur les terrains cliniques. Ainsi, même si on peut relever des mécanismes salvateurs qui aident l'enfant à tenir le coup dans des situations très difficiles, il ne s'agit pas pour autant d'en déduire trop vite que l'enfant ne souffre pas de la situation vécue et peut-être même de la mise en place des modalités de défense auxquelles il a recours, qui peuvent s'avérer très coûteuses pour lui (Anaut, 2008, p. 90. 91).

7. Intérêts et limites du modèle de la résilience :

En revanche, cette résilience a des limites. La résilience n'est pas toujours constante et définitive et qu'un sujet peut-être résilient dans certains domaines et non dans l'autre, à ce propos, Rutter (1994) précise deux aspects de la résilience. Tout d'abord, il explique que si une personne est résiliente, elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi Anaut (2002) affirme que la résilience réside avant tout dans l'équilibre des forces entre élément de risque et de protection. Ainsi, chez l'individu, la résilience dépendra des facteurs de protection qui modifient les réactions au danger présent dans l'environnement affectif et social, en atténuant les effets aversifs (Anaut, 2002, p.41).

Ensuite la résilience n'est pas une force innée, il s'agit donc d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de facteurs protecteurs permettant aux sujets de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale (Bouteyre, 2004, p. 103).

Rutter affirme aussi que la résilience n'est jamais absolue, elle a des limites variables selon les risques, variable dans le temps et toujours à la fois d'origine intrinsèque et épigénétique (Guillon, 2007, p. 27).

Parmi les processus, on peut distinguer différents types de protection. Par exemple, ceux qui réduisent l'impact du risque (agissent sur le risque lui-même ou réduisent son influence) ; ceux qui réduisent la probabilité des effets négatifs en chaîne dérivant de l'exposition au risque ; ceux qui stimulent l'estime de soi et la conscience de l'efficacité à travers des expériences de relations valorisantes et sécurisantes (soutien social, amical, familial). Il s'agit notamment des

expériences de réussites ou de succès de différentes natures... Et enfin, les processus de protection qui ouvrent vers l'avenir en augmentant les opportunités d'actions et de projets. La résilience n'est pas acquise une fois pour toutes, mais en constant développement. Ainsi, un sujet réputé résilient peut rencontrer des ruptures ou failles de résilience lors d'une accumulation de stress ou de traumatismes. Par ailleurs, le processus de résilience souvent évoqué chez les enfants ou à partir de l'enfance semble pouvoir apparaître à différentes étapes de la vie. Ainsi, on observe l'émergence du processus résilient à tout âge (y compris dans la vieillesse) (Anaut, 2005, p. 11).

Section 2 : La résilience psychologique dans la maladie chronique : cas de l'insuffisance rénale chronique.

La résilience psychologique des patientes dialysées est assurée surtout grâce aux facteurs de protection familiale et au soutien permanent des parents et de la famille (mère, père, frère et sœur) (Okbani, Batouche, Lahmer, Sadaoui, 2016, p. 306).

1. Études antérieures :

Évaluation de la résilience psychologique chez les adolescents hémodialysés au CHU d'Oran :

L'insuffisance rénale chronique est un traumatisme infernal pour les adolescents qui vivent déjà une phase critique du développement, ce qui sollicite l'utilisation des mécanismes de défense pour s'adapter aux deux situations. Mais l'adaptation ne peut être assurée sans un mécanisme de résilience. Le but est de dépister la capacité des adolescents hémodialysés à surmonter leur souffrance et de reconstituer leur personnalité par l'évaluation du niveau de leur résilience psychologique. La résilience psychologique est définie comme « la capacité de surmonter un traumatisme et/ou de continuer à se construire dans un environnement défavorable. » Étude du 15/04 au 25/04 2016 auprès 10 patientes hémodialysés au CHU d'Oran. Nous avons utilisé l'échelle de mesure de la résilience psychologique (L'IFR-40 questionnaire) avec trois dimensions : la première est la dimension familiale qui contient 14 items évaluant les facteurs de protection familiaux, la deuxième est la dimension personnelle qui englobe 14 items évaluant les caractéristiques individuelles de l'adolescent, enfin la troisième est la dimension sociale qui regroupe 12 items évaluant les contacts sociaux. Une fille et 9 garçons ont participé à l'étude avec un âge moyen de 14,7 ans. La moyenne de la durée de dialyse est de 5,20 ans (1-9an). Concernant la résilience psychologique la moyenne de l'ensemble des adolescents est de 3,22 (1-5) ce qui signifie que nos patients dialysés ont un

comportement adaptatif psychologique positif, mais ils ont une résilience faible au niveau de la dimension sociale avec une moyenne égale à 2,8. Sept patients ont une résilience faible au niveau de la dimension sociale, 4 adolescents ont une résilience faible au niveau de la dimension personnelle et 9 patients ont une résilience forte au niveau de facteurs de protection familiale. La résilience psychologique de nos patients dialysés est assurée surtout grâce aux facteurs de protection familiale et au soutien permanent des parents et de la famille (mère, père, frère et sœur). Une prise en charge psychologique intensive pour une meilleure approche et préparation des adolescents dans leur milieu professionnel nous permettrait d'élever le niveau du facteur de la résilience sociale (Okbani, & All, 2016. P. 306).

Il s'est agi d'une étude transversale analytique à passage unique, réalisée dans l'unité de néphrologie clinique du service de néphrologie et hémodialyse du CHU Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) de Ouagadougou au Burkina Faso. Il e' tait l'unique service de néphrologie du pays au moment de l'étude, ce qui contraignait les patients de l'intérieur du pays à un déplacement périodique à la capitale pour leur suivi néphrologique. Tous les frais sont à la charge du patient et/ou de son entourage, car il n'existe pas de système d'assurance maladie nationale. La collecte des données a été menée sur la période allant du 15 février au 31 mai 2016. La population étudiée e' tait constituée des patients insuffisants rénaux chroniques reçus en consultation externe dans l'unité de néphrologie clinique. Nous avons inclus tous les patients avec un IRC modéré ou sévère, âgés d'au moins 18 ans, et qui ont donné leur consentement oral libre et éclairé pour participer à l'étude. Dans la population générale ainsi que chez le sujet hémodialysé chronique, le risque de dépression est habituellement plus élevé chez la femme que chez l'homme cependant, cette différence disparaît en cas de maladie somatique chronique, ce qui est le cas dans notre échantillon. L'âge élevé est un facteur de risque de dépression dans la population générale]. Il s'agit en revanche du jeune âge en cas d'hémodialyse. Les patients de notre étude ont en moyenne 53 ans ; cet âge est intermédiaire aux deux catégories d'âge sus-évoquées (Masson, 2019, pp. 507. 508).

Étude Rayane (2008): Elle a été menée par Ryan Rayane, psychologue, chercheur et secrétaire général de l'organisation SANDT considéré comme un échantillon de (Société algérienne de Néphrologie, Dialyse et Transplantation) des patients souffrant d'insuffisance rénale, et il a été conclu que l'âge et le niveau culturel ont un effet significatif sur l'acceptation ou refus de l'hémodialyse (filtration), personnes à haut niveau culturel ils utilisent mieux les moyens défensifs, et donc ceux qui ont un haut niveau de contrôle culturel ils souffrent

davantage de la maladie que ceux qui ont un faible niveau culturel (Abshish Houria, 2012, p. 19).

Étude (2007, al et karaminia) : (le titre de l'étude est Anxiété et dépression : Une étude comparative entre les cas de transplantation rénale et la maladie de la dialyse, et elle visait l'étude est basée sur la comparaison entre les cas de transplantation rénale et la maladie de dialyse rénale. En termes de prévalence de l'anxiété et de la dépression, elle s'est appuyée sur la méthode des études cas-témoins dans le cadre de la recherche, un échantillon de 71 cas a été sélectionné en deux groupes, le premier 32 étaient des patients transplantés rénaux et 39 étaient des patients dialysés. De situation familiale l'application de l'échelle d'anxiété et de dépression et les résultats les plus importants de l'étude étaient les suivants : Taux d'anxiété Il était inférieur en cas de transplantation rénale par rapport à en dialyse rénale, et il n'est pas il y a une différence entre les deux groupes dans le pourcentage de dépression, et donc l'étude a indiqué qu'il n'y a pas de corrélation entre l'apparition de symptômes d'anxiété et de dépression chez les patients dialysés d'insuffisance rénale due aux variables de l'étude (sexe - niveau d'instruction - revenu familial (karaminia, et al, 2007, p.p. 1083).

Maladies associées à la dialyse 1084 cas de transplantation rénale, et a adopté une approche de comparaison descriptive, où deux échantillons ont été prélevés le premier concerne 147 patients dialysés, et le second concerne 146 cas de transplantation de reins dans l'une des cliniques privées à Téhéran en 2009, et a été en appliquant l'échelle d'anxiété, de dépression et de stress, où les résultats les plus importants étaient les suivants : Relative pour maladie de dialyse néphropathie 9,63 % des patients souffrant d'anxiété et 5,60% d'entre eux souffrent de dépression, et 7,51% souffrent de stress psychologique. Pour les cas de transplantation rénale Il y avait 6,48% souffrant d'anxiété, 39% souffrant d'anxiété de la dépression, 4,38% souffrent de stress psychologique. Et le diplômé de ce taux la prévalence de l'anxiété, de la dépression et du stress est élevée dans les cas de dialyse et de néphropathie transplantation rénale, et il a également augmenté plus en dans la maladie de dialyse (Mollahadi, et al, 2010, pp. 155. 156).

Une étude (2012, al et, Bossobla) : (Il s'agit d'une étude intitulée "Symptoms of Anxiety" et la dépression chez les patients dialysés pendant les périodes de maladie, le but de l'étude était d'évaluer les changements de l'échelle de dépression de Beck et de l'échelle d'anxiété de Hamilton au fil du temps, ainsi que les facteurs associés à ces changements chez les patients atteints de l'hémodialyse, et l'étude reposait sur le prélèvement d'un échantillon transversal de 80 patients. De Msch à l'Université catholique d'Italie, où ils ont appliqué l'échelle de Beck pour

la dépression et l'échelle d'anxiété de Hamilton et l'échelle de la fonction cognitive, les résultats étaient comme suit : les scores de 42 patients étaient de sur l'échelle de l'indice de Beck de à plus de 14, les scores de 38 patients sur l'échelle de dépression de Beck étaient supérieurs ou égaux à 14, à savoir 19 de la maladie afin que le degré de dépression diminue ou reste constant, et 19 autres en augmentent le degré de dépression quant à l'indice d'anxiété, il diminue ou reste constant à 25, et augmente chez 13 autres, il y avait aussi une corrélation entre l'incidence de la dépression et l'anxiété Échelle de Beck et Aladdin troubles cognitifs chez ces patients (Bossobla & all, 2012, p. 689. 695).

Étude (2012, al et Bayat) le titre de l'étude est auto-évaluation parmi patients hémodialysés, cette étude visait à évaluer les facteurs d'anxiété et de dépression et un soutien social pour les patients dialysés, et d'autres problèmes psychologiques liés à cette catégorie, en plus de déterminer la relation entre ces facteurs dans la maladie. Elle reposait sur le prélèvement d'un échantillon transversal de 218 patients sous dialyse. Dans la ville de, 138 des répondants étaient des hommes, soit 3,63 % des répondants étaient des hommes. Application des échelles suivantes : Échelle d'anxiété et de dépression préparée par l'hôpital et une échelle la personnalité et l'humeur (TCI) et la mesure du soutien social, et les résultats les plus importants ont été que 6,43% des patients souffrent de dépression et 1,43% des patients souffrent d'anxiété, A noter que la majorité des patients avaient un taux élevé de soutien social (soutien social). Hélasrya - Ms et les As sont exacts, et cela est dû à la culture Alas de la société (Bayat, et al, 2012, p. 155).

Étude (2013, al et al, Tannir) : Le titre de l'étude est la prévalence de l'anxiété et la dépression chez les insuffisantes rénales chroniques sous dialyse, l'étude visait à déterminer le taux de prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les patients dialysés l'étude a inclus 135 patients, dont 105 hommes, soit 8,77 %. Et 3 femmes, soit 2,22 %, du service de néphrologie de l'hôpital médical d'Islambul au Pakistan, 29 ans les patients de l'échantillon sont sans instruction, et 17 patients qui ont eu des expériences psychologiques antérieures, et 89 patients ont pris l'échelle d'anxiété et de dépression, et les résultats étaient les suivants (20 sur 51 avec une dépression légère, 29 sur 51 avec une dépression modérée et 7 sur 51 souffrent de dépression sévère), et l'échelle d'anxiété indique que 38 sur 89 souffrent de trouble anxieux comme suit : 18 souffraient d'anxiété légère, 11 d'anxiété, 7 sur 51 souffrent de dépression sévère), et l'échelle d'anxiété indique que 38 sur 89 souffrent De trouble anxieux comme suit : 18 souffrent d'anxiété légère, 11 d'anxiété moyenne et 9 souffrent d'anxiété sévère, et le résultat de l'étude est que l'anxiété et la dépression sont considérées l'une des maladies les plus répandues chez les patients dialysés (Tannir, & all, 2013, pp. 64. 67).

Une étude (2013, al et, Sadek) (Le titre de l'étude était Disorders Anxiété et agressivité chez les enfants atteints d'insuffisance rénale chronique qui subissent une intervention chirurgicale dialyse régulière, et l'étude visait à évaluer des problèmes psychologiques tels que l'anxiété Agressivité chez les enfants insuffisants rénaux chroniques de Dialyse rénale régulière, par rapport aux enfants atteints de trouble déficitaire de l'attention, hypermobilité, où l'étude était une comparaison transversale, et 20 enfants malades ont été emmenés par Insuffisance rénale chronique (10 hommes, 10 femmes), âgés entre 5 et 15 ans, et 20 enfants souffrant d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et d'une hyperactivité allant de Leurs âges sont également compris entre 5 et 15 ans, ils ont été sélectionnés parmi le département de Psychiatrie un échantillon témoin, et les résultats de l'étude étaient : L'anxiété était plus élevée chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique que chez les enfants qui souffrent de trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention et enfants en bonne santé, comme cela le pourcentage d'anxiété et d'agressivité pour eux était de 100 %, et le résultat de l'étude était que le taux de prévalence de L'anxiété était évident chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique qui étaient sous dialyse, et qu'il existe une corrélation positive entre l'agressivité, le degré d'anxiété et la durée de (Sedek et al, 2013, pp. 598. 603).

Étude (2014, al et al, Zavvare) : l'étude intitulée Anxiety and Depression Assessment, chez les patientes hémodialysés, cette étude visait à évaluer l'anxiété et la dépression chez dialysés, et l'étude s'est appuyée sur le prélèvement d'un échantillon de 45 patients à Ali bin Abi Talib, Iran, avec une moyenne d'âge de 20,56 ans, où sa lignée était hommes vers femmes dans l'échantillon 23 contre 22, en utilisant l'échelle de dépression de Beck et l'échelle de Hamilton pour calculer le taux de dépression, et les résultats étaient les suivants : 22 patients de l'échantillon avaient des pensées suicidaires, et que toute la maladie sans souffrir d'Anxiété et résultat l'étude indique qu'il n'y a pas de relation significative entre l'incidence de l'anxiété et le sexe - le programme de dialyse, l'état matrimonial et le toucher de plus, il n'y a pas de relation significative entre la survenue d'une dépression et les facteurs mentionnés précédemment (Zavvare, et al, 2014, pp. 70. 74).

Étude (2014, al et, Zavvare): (L'étude s'intitulait Taux de prévalence, anxiété, dépression et leurs troubles associés chez les patients insuffisants rénaux chroniques sujets sous hémodialyse et protéinurie, et l'étude visait à comparer le taux de prévalence de l'anxiété et de la dépression dans la dialyse rénale et les maladies physiologiques protéase prenant en compte les myopathies l'étude utilise la syllabe et s en utilisant l'échelle de Beck pour l'anxiété et la dépression, et l'échelle d'anxiété et la dépression préparée par le médecin, et un échantillon de 155 patients a

été sélectionné parmi personnes au Brésil, dont 128 ont subi une dialyse et 27 soumis à un lavage protéique, et les résultats sont les suivants : concernant un groupe Hémodialyse 6,22% des patients avaient une dépression selon l'échelle de Beck. Et 3,9% des patients souffrent de dépression, selon l'échelle préparée à l'hôpital. Le taux d'anxiété était de 7,25 % selon l'échelle d'anxiété de Beck, tandis que le groupe de lavage était 6,29 % d'entre eux avaient une maladie protéolytique. Ils avaient avec un sentiment de dépression, sur l'échelle de Beck. Pour la dépression, et 8,14 % selon l'échelle préparée, et dans les résultats de l'étude, le lavage n'est pas considéré comme dialyse rénale ou protéique influençant la propagation de l'anxiété ou de la dépression chez les patients atteints de (Zavvare, et al, 2014, pp. 70. 74).

Synthèse :

Malgré sa récente apparition dans le domaine de la psychologie, le concept de la résilience a quand même beaucoup fait parler de lui, de nombreux chercheurs se sont penchés sur ce concept, sa signification, ses critères et facteurs aussi ses mécanismes de défenses pas mal de théories telles que transversale, psycho dynamique. Elle peut aussi rencontrer des limites.

La résilience n'est pas permanente, un individu ne peut pas être résilient et faire face à tous les traumatismes qu'il peut rencontrer dans sa vie, tout dépendra de son état psychique, aussi de sa mentalisation, sans oublier les facteurs extérieurs.

Dès lors, l'être humain, même gravement malade, possède une capacité à s'adapter, voire à surmonter les traumatismes.

Problématique et hypothèses

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé : <<comme un état complet de bien-être physique, mentale, et sociale, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité>>.

Dès l'antiquité, la santé été l'objet d'une conception harmonieuse de l'homme et de l'univers, appréhendée comme un bon équilibre entre les principaux organes et humeurs qui forment le corps humain. Un poète romain de la fin du 1 siècle écrivait que la santé, c'est un « *esprit sain dans un corps sain* » (Juvénal) aujourd'hui la santé est essentiellement définie par la médecine scientifique qui fournit les notions de base de la compréhension des différents états et organes du corps humain. C'est au cours du XX^e siècle que la notion de santé va être élargie et reliée à des facteurs anthropologiques, philosophiques, sociaux et psychologiques qui sont depuis, considérés comme étant de plus en plus importants. L'individu est conforté au cours de sa vie à des maladies réversibles et irréversibles telles que les maladies chroniques qui chamboulent son état de santé ainsi que sa qualité de vie et détruit la notion du corps (Ficher, Fischer, Tarquinio, & All, 2020, p. 17).

Dans ces dernières décennies on constate que les maladies chroniques sont de plus en plus rependues cela malgré tous les moyens et les stratégies mis en œuvre pour stopper leur diffusion, dont la maladie de l'insuffisance rénale fait partie. L'insuffisance rénale est un problème sanitaire mondial. C'est une maladie silencieuse qui ne donne aucun signe avant – coureur, elle est agressive dans sa manière d'attaquer les reins, la personne atteinte se trouve dans l'obligation de se faire brancher un générateur pour une séance d'hémodialyse afin de filtrer le sang de la quantité de la créatinine, sinon c'est la mort assurée.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution irréversible du débit de filtration glomérulaire (DFG) qui le meilleur indicateur du fonctionnement rénal. Elle résulte soit de l'évolution d'une maladie rénale chronique (MRC), soit de la non-récupération après une agression rénale aiguë (Moulin, Rieu, 2020, p 261).

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une dégradation progressive et irréversible de la fonction des reins qui ne réalisent plus leur rôle d'épuration de l'organisme.

L'insuffisance rénale chronique est un problème de santé publique au niveau mondial. En 2005, plus de 353 millions de personnes, soit 5% de la population mondiale souffrent d'une insuffisance rénale chronique. La prévalence est variée d'un pays à un autre et l'accès au traitement dépend du niveau socioéconomique du pays concerné. Aux États-Unis, la prévalence

de 20 millions d'Américains, le nombre de patients en dialyse devrait être 650 000 en 2012. En Afrique, sa prévalence n'est pas, mieux documentée que les autres pays (<https://www.nlm.nih.gov> consulté le 10/5/2023 à 11 :15 h).

Dans notre pays l'Algérie, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique est en constante augmentation. Plus de 3500 nouveaux cas sont enregistrés chaque année en raison de vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies métaboliques qui endommagent les reins, particulièrement le diabète et l'hypertension artérielle (GRABA, 2010, p. 114).

Les statistiques présentées à l'occasion de la tenue du 24e congrès national de néphrologie au Centre international des conférences d'Alger donnent froid dans le dos. Deux millions d'Algériens ont un problème rénal chronique, soit 10% de la population adulte âgée de plus de 18 ans. Pas moins de 2000 nouveaux cas sont traités chaque année. Plus de 23 000 insuffisants rénaux chroniques suivent des séances d'hémodialyse à travers 317 centres d'hémodialyse ouverts dans le secteur public et privé (le congrès Société algérienne de Néphrologie Dialyse & Transplantation, 2017).

On parle d'insuffisance rénale terminale lorsque la valeur de la filtration glomérulaire, habituellement appréciée par la clairance de la créatinine, est inférieure à 15 ml/min. À ce stade, un traitement substitutif s'impose dans le but de corriger les conséquences métaboliques et cliniques induites par le déficit quasi total des fonctions d'excrétion. Les méthodes de substitution comprennent la dialyse péritonéale, l'hémodialyse et la transplantation (Masson, 2009, p. 24).

Quelle que soit sa gravité, l'annonce de la maladie est un événement stressant et potentiellement traumatique qui confronte le sujet à sa propre vulnérabilité et à sa propre finitude, pouvant occasionner un bouleversement narcissique important (Bioy, 2012, p. 117).

Parmi les études qui sont intéressées, l'étude de Nawal Bacha 2009, c'est l'étude que nous avons menée dans le cadre de la préparation d'un mémoire intitulé la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et son impact sur les relations sociales des patients. Une étude sociologique dans le service de l'insuffisance rénale chronique traitée par l'appareil de dialyse à l'hôpital de Beni Messous. Si nous avons mené des entretiens avec 20 cas d'insuffisance rénale chronique de différentes tranches d'âge. Et les niveaux économiques et divers cas familiaux en plus des entretiens que nous avons menés en médecine, et nous avons lancé notre recherche à

travers les questions suivantes : Quelle est la représentation sociale de l'insuffisance rénale chronique dans le groupe sous hémodialyse ? Quelle est l'explication causale de cette maladie dans les groupes sociaux ? Quels sont les effets sociaux, économiques et physiques résultant de cette maladie et de la situation d'hospitalisation ? Quelles sont les raisons pour lesquelles la transplantation rénale est lente dans la société algérienne ?

Après études et analyses, nous sommes parvenus à un ensemble de résultats l'insuffisance rénale est porteuse de significations sociales dont les plus importantes sont la mort, le handicap, la peur... Ces significations sont liées au vécu quotidien de la retraite psychologique et sociale du patient. Expliquer les causes de la maladie à partir de facteurs culturels et sociaux le niveau de comportement associé à l'apparition des symptômes de la maladie est lié aux facteurs sociaux et culturels à l'origine de la maladie L'insuffisance rénale chronique nécessite un travail de prise en charge impliquant deux acteurs sociaux pour contrôler la maladie les maladies chroniques ont des effets physiques, sociaux, relationnels et économiques qui ont leurs prolongements aux niveaux individuel et communautaire, ce qui nécessite une prise de conscience urgente de l'importance de la transplantation rénale (Mémoire de maîtrise en psychologie sociale, 2006, p. 5).

La maladie rénale chronique est une maladie très lourde à vivre, la douleur de cette maladie peuvent influencer la personne, car dans ce cas la personne ne s'agit plus de vivre que de survivre, donc il est adopté à créé un nouveau mode de vie avec des règles et des traitements à suivre.

La maladie rénale reste longtemps asymptomatique; sa découverte provoque un bouleversement rapide et radical. La santé et les soignants prennent une place prépondérante dans la vie familiale : multiplication des interventions et analyses, contraintes multiples (traitements lourds, régimes, limitations des activités) ; changements corporels (adjonction de matériel pour les dialyses, alimentation artificielle, modifications telles que la fistule, appropriation du greffon, effets secondaires indésirables des traitements) (Masson, 2020, p. 405).

En dépit de son état de santé, il peut même réussir à gérer et profiter la vie de l'instant présent, travaillé faire des projets, tout simplement être résilient, courageux et combattre contre sa maladie. Cette question s'appelle la résilience : ne pas se laisser enfermer dans une situation de blocage et trouver un moyen d'évoluer.

Construction théorique désignant une réalité humaine, psychologique et biologique complexe, la résilience se laisse observer, mais résulte d'une alchimie unique à chaque parcours de vie (Leys, Fossion, 2023).

Cette définition souligne l'idée que la personne résiliente serait capable de continuer à vivre et à se développer positivement, malgré les conséquences négatives qu'aurait pu engendrer l'affrontement à des situations adverses. La résilience serait donc une capacité, un pouvoir que détient celui qui est résilient sur une situation donnée pouvant être à l'origine de sa détresse. Au regard de ces définitions, le terme résilience n'est toutefois pas facile à définir, car il englobe plusieurs concepts qui sont eux-mêmes peu définis comme le traumatisme, l'adaptation et la reconstruction, force est de reconnaître que, même si elles paraissent différer quelque peu d'un auteur à un autre, elles n'en sont pas pour autant contradictoires en ce sens qu'elles renvoient toutes à une adaptation positive du sujet dans un contexte d'adversité majeure.

Selon Rutter (1990), les facteurs de protection modifient la réaction à la situation présentant un risque en réduisant l'effet du risque et les réactions en chaîne négatives. Comme pour l'étude des facteurs de risque, les investigations sur les facteurs de protection font apparaître que la protection résulte à la fois de variables génétiques et constitutionnelles, des dispositions et caractéristiques de la personnalité, des appuis du milieu (familial et extrafamilial) ainsi que de la disponibilité, de l'accessibilité et de la qualité des appuis sociaux (Rutter, 1990, pp. 181. 214).

En psychologie, la résilience se rapporte selon Marie ANAUT à « l'art de s'adapter aux situations adverses (conditions biologiques sociopsychologiques) en développant des capacités en lien avec des ressources internes (intrapsychique) et externes (environnement social et affectif), permettant d'allier une construction psychique adéquate et l'insertion sociale » (Anaut, 2003, p. 33).

Stefan Vanistendael, considère la résilience comme une capacité qui serait la résultante d'interaction entre l'individu et son environnement, conférant à l'individu la possibilité de se saisir de son monde et d'interagir avec lui dans différentes situations. De ce fait, la résilience se constituerait de l'interaction n des différents facteurs individuels. Ceux émanant de son environnement proche puis s'étend vers la société dans laquelle il évolue.

De ce fait, dans le contexte de notre thématique, la résilience psychologique et les facteurs de la résilience psychologiques chez les patientes hémodialysées c'est la capacité de ces personnes à s'adapter à s'adapter et se relever face à des situations traumatiques.

Donc on constate que la résilience joue un rôle crucial dans leurs capacités face à leurs conditions médicales, et plusieurs facteurs peuvent influencer la résilience chez les patients en hémodialyse, parmi ses facteurs le soutien social, soit que la famille ou les proches et même l'équipe médicale jouent un rôle essentiel dans le renforcement de la résilience des patientes hémodialysées.

Dans notre préenquête qui était effectuée au service hémodialyse de la clinique Benmouffok nous avons constaté que la résilience se défère d'une personne à une autre selon les facteurs de la résilience et, que ces facteurs ont une importance dans la résilience de ces patients en hémodialyses, une certaine prise en charge permet aux patients de s'adapter et de sentir mieux.

Afin d'évaluer la résilience chez les femmes atteintes à une insuffisance rénale chronique hémodialysées et ainsi pour vérifier nos hypothèses de recherche, nous avons opté pour un guide d'entretien semi-directif et l'échelle de résilience de Connor et Davidson CD-RISC.

À la suite de toute cette articulation menée sur ce thème intitulé « *étude de la résilience psychologique et des facteurs de résilience chez les patientes hémodialysées* » nos questions et hypothèses sont formulées de la manière suivante :

Question :

Existe-t-il une résilience psychologique chez les femmes atteintes d'insuffisance rénale chronique hémodialysées ? Si oui quels sont les facteurs de résilience psychologiques ?

Hypothèse :

Oui, il existerait une résilience psychologique chez les femmes atteintes d'une insuffisance rénale chronique hémodialysées. Les facteurs de résilience psychologique en question diffèrent d'un sujet à un autre.

Opérationnalisations des concepts :

Le rein :

C'est un organe rétro péritonéal situé dans la paroi postérieure de l'abdomen dans la région lombaire. Sa taille moyenne est approximativement de 12 cm de hauteur 6 cm de largeur et 3 cm d'épaisseur.

L'insuffisance rénale chronique :

L'insuffisance rénale chronique est la conséquence de la réduction néphrotique, elle se manifeste par les signes suivants :

Une dénutrition ;

Les reins des patients ne parviennent plus à éliminer les acides issus de la digestion des aliments.

L'excès de potassium qui provoque des troubles du rythme cardiaque.

Une anémie s'installe et provoque une fatigue persistante.

Des nausées, des vomissements, des troubles de sommeil et des maux de tête.

Hémodialyse : est un traitement médical utilisé pour remplacer certaines fonctions rénales chez les personnes atteintes par une insuffisance rénale chronique, pour filtrer les déchets par un appareil appelé le dialyseur ou le rein artificiel.

Femmes : est un individu adulte de sexe féminin de 18 ans jusqu'à 65 ans.

La résilience psychologique :

Capacité d'une personne ou un groupe à se développer à continuer et à se projeter après un évènement traumatisant.

Facteurs de résilience : fait référence à une caractéristique, une condition qui favorise la capacité d'une personne à faire face aux difficultés au stress et a se rétablir d'une manière positive.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de recherche

Préambule :

Tout travail de recherche nécessite l'application de la méthodologie, dans l'objectif de mener une investigation de la manière la plus efficace et la plus adaptée au type de la recherche et aux objectifs du chercheur. Aussi, ce dernier doit être en mesure d'énoncer et d'expliquer toute la démarche de son travail, en exposant les méthodes et les outils auxquels il a eu recours. En cela, à travers ce chapitre intitulé « *la méthodologie de la recherche* », nous allons illustrer l'aspect qu'a pris notre travail de recherche.

Après la présentation des deux chapitres précédents qui ont constitué le côté théorique de notre recherche, nous allons maintenant présenter le côté pratique qui consiste en la méthodologie de recherche. La recherche scientifique peut être perçue comme un ensemble d'activités et d'expériences qui se déroulent dans le cadre scientifique.

Cette recherche réside dans la vérification des réalités et la découverte de nouvelles connaissances, en s'appuyant sur une méthodologie bien déterminée tout ou long du processus de recherche sur le terrain, dans le but d'expliquer le déroulement de la recherche, d'orienter et organiser le travail et le rendre objectif, ainsi que de vérifier les hypothèses de la problématique de recherche.

À travers ce chapitre, nous allons donc présenter la méthodologie adoptée. Dans un premier temps, nous allons présenter les limites de cette étude, la méthode utilisée. Ensuite, le lieu et le groupe de recherche, nous allons parler également sur les outils de recherche et leur analyse. Enfin, nous allons évoquer le déroulement de la pré-enquête et l'enquête et puis nous allons terminer avec la synthèse du chapitre.

1. Les limites de la recherche :

- Limite spatiale : la recherche s'est déroulée au niveau de la clinique « Benmouffok » à Akbou Bejaia.
- Limite temporelle : du 28 mars 2023 au 11 mai 2023.
- Limite du groupe : l'étude s'est portée sur 11 femmes atteintes par une insuffisance rénale chronique terminale.
- Outils de recherche : entretien semi-directif, et l'échelle de la résilience de Connor Davidson CD-RISC.
- Approche : intégrative.

2. La méthode de recherche :

La recherche scientifique, c'est avant tout un processus, une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. En d'autres termes, la recherche scientifique se définit comme un processus systématique de collecte de données observables et vérifiables à partir du monde empirique (Paul, 2015, p.17).

La méthodologie dans les recherches scientifiques signifie pouvoir répondre à des questions que nous ayons posées autour d'un thème donné, par l'emploi de moyens que nous ayons choisis auparavant. Cottraux l'a défini comme étant : « *Un ensemble de règles logiques nécessaires à la sélection et l'interprétation objective de données pertinentes, par rapport aux problèmes de recherche clinique que l'on se propose de résoudre.* » (Bouvard, Cottraux, 2005, p. 7).

Dans ce cadre, nous avons opté pour la démarche qualitative qui est fréquemment utilisée dans la recherche sur le terrain en sciences humaines et sociales et notamment en psychologie clinique. Néanmoins, les méthodes qualitatives possèdent un spectre d'utilisation à la fois spécifique et relativement large : elles sont mobilisées comme méthodes exploratoires. Elles permettent essentiellement de faire apparaître des dimensions qui ne sont pas directement visibles par le biais des approches quantitatives (Alami et al. 2013, pp.8-9).

Nous avons opté pour une démarche qualitative pour bien saisir le sens de ce qui vit nos sujets vis-à-vis de leur maladie. Cette démarche nous fournit une compréhension en profondeur, une exploitation et une interprétation de l'éprouvé subjectifs de nos sujets, pour le dire supplément, on veut dans cette étude mettre à l'honneur l'expérience vécue des femmes de notre population d'étude.

Par ailleurs, étant donné que notre recherche est fondée sur l'étude du vécu et sur une description d'une situation complexe et singulière, nous avons donc opté pour ce type de démarche.

Étant donné que la psychologie clinique accorde de l'importance à la signification, l'implication, à la singularité et à la totalité, nous avons donc retenu « la méthode clinique » qui nous semble la mieux adaptée pour mener à bien notre travail ainsi que de répondre à notre question de recherche.

La méthode clinique consiste à appréhender le sujet dans sa singularité et : ou sa globalité au sein d'une situation problématique ou d'un domaine de développement. Elle est de nature mi-concrète, mi-verbale et s'applique au développement de la pensée. Il s'agit d'amener le sujet à verbaliser sa démarche afin de mieux comprendre comment il raisonne que ses réponses soient justes ou non (Bernard Tanguy, 2021, p.87).

En ce sens, la méthode peut être définie comme « *l'ensemble de démarches que suit l'esprit pour découvrir et démontrer la vérité dans les sciences* », et également comme « *l'ensemble des démarches élaborées et habituellement suivies au sein d'une discipline donnée* » (Demont, 2009, p.39).

Nous avons donc choisi d'étudier la résilience et les facteurs de résilience chez les femmes IRC, la méthode clinique, car elle prend le sujet de recherche dans sa singularité historique et existentielle. Cette démarche nous permet un examen approfondi de ces femmes composant notre groupe de recherche.

Ensuite, la psychologie clinique est fondée sur « l'étude approfondie de cas individuels ». Son objet est l'étude de la conduite humaine (adaptée ou inadaptée) incluant les dimensions sociales ou l'impact de l'environnement. Selon Huber (1987), l'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes » (Fernandez, 2012, p.2).

Ainsi en psychologie clinique « la recherche vise à fournir des informations et des connaissances fines, et approfondies des problèmes de santé psychologique d'une population, dont le but d'observer, d'écrire, et expliquer ces conduites en élaborant un savoir théorique sur un phénomène observé » (Chahraoui, Benony ,2003, p. 73)

Dans ce sens, Chartier (2009) précise : « *Le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes, n'est pas de rap porter des faits exacts, mais de chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique [et je rajouterai, méthodologique] préalablement élaborée1.* » (Shauder, 2012, p. 2).

L'étude de cas déborde pourtant fréquemment l'observation, même prise dans une acception large et diversifiée, et intègre des données provenant de sources très diverses : éléments de dossiers médical, administratif ou social, témoignages, résultats de tests ou d'examen, données

de l'anamnèse émanant d'entretiens, de prises en charge ou de suivi psychothérapeutique, facteurs historiques, culturels, institutionnels (Douville, 2014, pp. 101. 102).

L'étude de cas renvoie à une méthode d'investigation à visée d'analyse et de compréhension qui consiste à étudier en détail l'ensemble des caractéristiques d'un problème ou d'un phénomène restreint et précis (Barfety -Servignat, 2021, p. 96).

L'étude de cas peut faire l'objet d'une synthèse des éléments recueillis grâce aux outils traditionnels qu'utilise le psychologue dans sa pratique dite « armée », comme les tests, les échelles d'évaluation ou l'observation directe (Marty, 2013, p.54).

Étudier un cas, « c'est bien le découper parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, lui faire subir une analyse (et non pas le laisser se présenter tel qu'il est : étudier n'est ni photographier ni raconter). On mesure alors les points de convergences avec l'idéal de la méthode clinique (singularité, totalité, concret, humain) et les divergences (analyser, transformer, faire apparaître...) » (Pedinielli & Fernandez, 2015, p.51).

Nous avons retenu l'étude de cas dans cette recherche, car c'est une bonne technique pour la cueillette des données sur un phénomène complexe comme celui dont fait objet notre étude, à savoir l'exploration du vécu des femmes atteintes d'IRC ; cette méthode nous permet également d'étudier ce vécu dans une situation réelle et prise dans son contexte et ensuite analyser les informations. En gros, cela nous permet une meilleure compréhension de l'objet de notre étude. Dès lors, ce choix permet d'interpréter les données recueillies, illustrer notre problématique, vérifie nos hypothèses.

Dès lors, la méthode clinique « est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée (sillamy, 1999, p 58).

La raison du choix de cette démarche dans notre recherche, c'est de tenter de préciser et bien illustrer un phénomène ou une situation particulière, il s'agit ici de la résilience des femmes hémodialysées, cette méthode nous a aidés dans notre étude, vu les informations fournies qui nous ont servi comme un outil convenable pour la description du vécu et c'est la plus pertinente.

L'étude de cas « non seulement à donner une de description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement,

l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes » (Revault d'Allones, 1989, p. 20).

En somme, dans notre travail de recherche nous avons retenu la méthode clinique et l'étude de cas dans le cadre d'une démarche qualitative, qui nous permet de vérifier nos hypothèses et d'atteindre notre objectif de recherche en explorant la résilience psychologique et les facteurs de la résilience chez les sujets de notre étude.

3. Le lieu de recherche :

Notre recherche s'est déroulée dans une clinique privée d'hémodialyse à Akbou-Bejaia « BENMOUFOK », fondée le 27 Mai 2013 et inaugurée par Ahmed El Touhami le wali de Bejaia, possède 2 médecins 6 infirmiers. Ils accueillent 3 vagues de patients par jour avec un intervalle (samedi lundi, mercredi) et (dimanche mardi et jeudi). Docteur S. Chihani comporte un néphrologue et le service des infirmiers qui travaillent alternativement, de 5h à 18h.

Sa structure est composée de deux étages :

Un rez-de-chaussée : un service d'accueil et une réception et un bureau d'un néphrologue pour les consultations et une salle de soin.

Au niveau du premier étage : il y a une grande salle de 6 lits et deux autres salles de 4 lits dans la grande salle, on trouve 2 infirmiers quant à la petite salle 1 infirmier, une salle de soin et une salle d'urgence.

Et pour le deuxième étage : on a deux salles de 6 lits avec 2 infirmiers pour chaque salle et chaque étage dispose d'un médecin.

4. Le groupe de recherche :

Notre travail de recherche aborde l'étude de la résilience chez les femmes hémodialysées au sein de la clinique BENMOUFOK.

Notre groupe de recherche est composé de (11) femmes âgées entre 27ans à 65ans. Nous avons obtenu le consentement oral, les sujets étaient prêtes et d'accord à prendre part à notre recherche.

4.1 Les critères de sélection :

Les critères de sélection sont les suivants :

4.1.1 Les critères d'inclusion :

Les critères sur lesquels nous nous sommes basés pour la sélection des sujets constituant notre groupe de recherche sont les suivants :

- Tous les cas atteints d'insuffisance rénale chronique, stade terminal qui sont en hémodialyse.
- Les femmes âgées entre 18 ans à 65ans.
- Elles sont du genre féminin.
- Elles ne sont pas des ex-greffés.
- Le diagnostic est posé depuis au moins de 6 mois. Car nous avons voulu nous écarter de la phase de l'annonce du diagnostic et de ses retombées sur la psychologie (choc).
- Ayant donné son consentement à participer à l'étude après avoir reçu une information claire et appropriée.

4.1.2 Les critères d'exclusion :

- Des sujets mineurs (moins de 18 ans) et des sujets âgés de plus de 65ans.

Les cas qui ne souffrent pas d'insuffisance rénale stade terminale et qui ne sont pas chronique à l'hémodialyse.

- Le genre masculin.
- Les ex-greffés.
- Le diagnostic est posé depuis moins de 6 mois.
- N'ayant pas donné son consentement de participer à l'étude.
- Dans ce qui suit, nous allons illustrer dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche.

Ce tableau comporte les prénoms des cas, que nous avons évidemment changés pour préserver l'anonymat des participantes dans le respect des règles de l'éthique et de la déontologie de la recherche en psychologie clinique, donc les prénoms que nous avons utilisés ne sont pas les véritables. Ce tableau comporte aussi l'âge, la situation matrimoniale, niveau d'instruction, la date du diagnostic, et depuis quand sont hémodialysées ses sujets.

Tableau n°06 : Les caractéristiques générales des sujets :

<u>Prénoms</u>	<u>Âge</u>	<u>Niveau</u>	<u>Situation</u>	<u>Durée du</u>	<u>Durée</u>
		<u>D'instruction</u>	<u>Matrimonial</u>	<u>diagnostic</u>	<u>D'hémodialys</u>
					<u>e</u>
<u>Lila</u>	<u>27 ans</u>	<u>Universitaire</u>	<u>Célibataire</u>	<u>9 mois</u>	<u>9 mois</u>
<u>Dina</u>	<u>25 ans</u>	<u>Secondaire</u>	<u>Célibataire</u>	<u>6 ans</u>	<u>1 an</u>
<u>Katia</u>	<u>30 ans</u>	<u>Primaire</u>	<u>Fiancée</u>	<u>12 ans</u>	<u>12 ans</u>
<u>Nariman</u>	<u>38 ans</u>	<u>Moyenne</u>	<u>Célibataire</u>	<u>10 ans</u>	<u>7 ans</u>
<u>Nadia</u>	<u>64 ans</u>	<u>Primaire</u>	<u>Célibataire</u>	<u>7 ans</u>	<u>1 an</u>
<u>Nassima</u>	<u>30 ans</u>	<u>secondaire</u>	<u>Célibataire</u>	<u>9 ans</u>	<u>9 ans</u>
<u>Kafia</u>	<u>33 ans</u>	<u>Universitaire</u>	<u>Mariée</u>	<u>13 ans</u>	<u>6 ans</u>
<u>Kahina</u>	<u>38 ans</u>	<u>Secondaire</u>	<u>Mariée</u>	<u>5 ans</u>	<u>5 ans</u>
<u>Najat</u>	<u>27 ans</u>	<u>Moyenne</u>	<u>célibataire</u>	<u>4 ans</u>	<u>4 ans</u>
<u>Khadîdja</u>	<u>37 ans</u>	<u>universitaire</u>	<u>Mariée</u>	<u>2 ans</u>	<u>2 ans</u>
<u>Lynda</u>	<u>50 ans</u>	<u>Primaire</u>	<u>Mariée</u>	<u>8 ans</u>	<u>7 ans</u>

(Source : nous-mêmes).

À partir du tableau ci-dessus, on constate que notre groupe de recherche se compose de sept femmes, leurs âges à partir de 27 ans à 65 ans...

Nous allons à présent, aborder nos outils de recherche.

5. Les outils de recherche :

Afin de réaliser notre recherche, nous avons utilisé deux techniques ou deux outils pour recueillir les informations dont nous avons besoin. Pour envisager de recueillir des données par entretien. Il s'agit à présent de choisir le type d'entretien le plus approprié au regard de ses avantages et de ses écueils.

Le choix de ces outils est dicté par les objectifs de notre étude.

5.1 L'entretien de recherche :

Le Petit Robert définit ainsi le terme entretien : « *Action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes* » (Chiland, 2013, p.1).

Par la suite, l'entretien clinique se définit comme « *une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le « je » du consultant entre en relation immédiate avec le « je » du récepteur-clinicien* » (Chouvier & Attigui, 2016, p.24).

L'entretien trouve son utilité à tous les niveaux d'une recherche. Le chercheur peut avoir recours à cet outil lorsqu'il possède peu d'informations sur sa thématique. Dans ce cas l'entretien répond à un usage exploratoire permettant d'étayer sa connaissance et formuler sa problématique ou ses hypothèses (Barbillon, Le Roy, 2012, p. 9).

Comme il l'affirme Hamel (2011), s'entretenir avec quelqu'un c'est discuter avec lui, échanger des propos sur un ou plusieurs thèmes, il peut être réalisé entre amis, avec la famille ou bien au travail. Au sens scientifique, l'entretien est une méthode d'investigation préparée et planifiée. Par cette technique l'enquêteur cherche des informations sur les opinions, les attitudes, les comportements d'un ou plusieurs individus (Hamel, 2011, p .33).

Ainsi, l'entretien favorise l'expression du sujet et l'extériorisation de la manière dont il se perçoit lui-même ou dont il perçoit le monde environnant en présence d'une personne inconnue ou peu connue de lui, qui est là pour lui poser des questions, ou l'écouter sans mot dire, ou l'inciter par moments à poursuivre son discours (Benetodo, 2007, p. 23).

Dès lors, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Il apparaît donc comme un outil unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés (Bénony, Chahraoui, 1999, p.11, 12).

Aussi, l'entretien est une méthode d'investigation préparée et planifiée. Par cette technique, l'enquêteur cherche des informations sur les opinions, les attitudes, les comportements d'un ou plusieurs individus. Ce prélèvement qualitatif comme le souligne Angers se réalise par l'interrogation directe, « le chercheur interroge telle personne parce que cette personne possède telle caractéristique, parce qu'elle appartient à telle couche sociale, parce qu'elle a connu tel

type d'expérience », et les réponses obtenues constituent le fondement de l'entretien (Hamel, 2011, p.33).

Nous avons retenu cet outil, car il permet de produire des données concernant notre thème de recherche, c'est un outil indispensable à nos yeux puisqu'il permet l'accès aux informations subjectives des sujets de recherche, à savoir, leur biographie, le vécu de leur maladie, leurs représentations et émotions, en gros le partage de l'expérience vécue. C'est l'outil qui nous permet un contact direct avec le sujet et pour nous seul le sujet est vraiment expert de sa maladie et afin d'appréhender cette expérience subjective, le mieux est l'entretien de recherche.

Dès lors, l'entretien permet une évaluation globale de la résilience avec une méthodologie qualitative.

L'interviewer aborde l'entretien semi-directif avec un guide qui dresse la liste des sujets que l'interviewé doit aborder. Lorsque ce dernier n'évoque pas spontanément un thème figurant dans le guide d'entretien, l'interviewer l'invite à en parler. À l'intérieur de chaque thème, l'interviewé s'exprime librement (Fenneteau, 2015, p. 14).

En revanche nous avons adopté l'entretien de recherche qui n'a ni une visée diagnostique ni une visée thérapeutique. Mais il n'est pas pour autant dénué de but. Il correspond en fait à un plan de travail du chercheur (Castarède, 2013, p. 139).

D'ailleurs, les entretiens cliniques de recherche s'inscrivent, de ce fait dans le cadre des entretiens cliniques d'investigation. En effet, leur but étant de produire de la connaissance (Proia-Lelouey, 2012, p. 59).

Cependant, il existe trois types d'entretien de recherche, dont l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif. Notre choix s'est porté sur ce dernier qui nous a permis de poser des questions semi-directives bien précises et profondes sur chaque axe de notre guide d'entretien et laisser le sujet s'exprimer librement, car nous avons besoin de réponses approfondies et riches, ce qui nous a permis d'avoir un premier aperçu sur la résilience des femmes hémodialysées et ses facteurs à partir de leurs vécus psychologiques et de leurs épreuves.

Les entretiens semi-directifs, quant à eux, cadrent davantage le discours du sujet. Ici, le chercheur conduit la réflexion de ce dernier afin qu'il s'exprime librement sur des thématiques préalablement définies. Le discours ainsi obtenu permet d'affiner le niveau de connaissance

initial de la thématique qui, après traitement qualitatif ou quantitatif, permettra de répondre à la problématique et de tester les hypothèses (Barbillon, Le Roy, 2012, p. 15).

L'interviewer aborde l'entretien semi-directif avec un guide qui dresse la liste des sujets que l'interviewé doit aborder. Lorsque ce dernier n'évoque pas spontanément un thème figurant dans le guide d'entretien, l'interviewer l'invite à en parler. À l'intérieur de chaque thème, l'interviewé s'exprime librement (Hervé, 2015, p. 14).

L'entretien semi-directif : également, appelé (entretien guidé) est largement utilisé dans les sciences humaines et sociales. L'entretien semi-directif combine attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance (Berthier, 2010, p78).

L'entretien semi-directif a plus de souplesse que l'entretien directif puisque, ce dernier dispose d'un guide d'entretien tout aussi structuré, l'enquêteur pausera les questions dans l'ordre le plus adapté au discours de l'enquêté. L'enquêteur peut également opter pour un guide d'entretien thématique comptant une liste de thèmes à aborder sans questions préédigées. Ce type d'entretien est approprié lorsque l'on souhaite approfondir un domaine spécifique et circonscrit, explorer des hypothèses sans qu'elles soient toutes définitives, et inviter l'enquêté à s'exprimer librement dans un cadre défini par l'enquêteur. La part de directivité de l'enquêteur est moins forte que l'entretien directif, mais elle est plus présente que dans l'entretien libre (Sauvayre, 2013, p. 9).

Ensuite, comme nous l'avons cité auparavant, nous avons donc adopté l'entretien de recherche semi-directif muni d'un guide d'entretien. En ce sens, le guide d'entretien peut être défini comme : « un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en question d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire » (Blanchet & Gotman, 2014, p.58).

La consigne de l'entretien était la suivante : « nous allons vous poser quelques questions sur le vécu de votre maladie et de l'hémodialyse pour savoir ce que vous ressentez face à cette situation ».

Dans ce cadre, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif de 20 questions, réparties en deux axes :

En premier lieu, les 4 premières questions de notre guide d'entretien portent sur (les informations générales sur le sujet).

Ensuite deux axes, le premier se compose de 8 questions « l'information sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse » dans l'optique de récolter des informations sur le parcours de la maladie, dans l'objectif d'apporter des informations sur l'état de santé du malade.

Le deuxième axe se compose de 8 questions : « information sur la manifestation de la résilience ». L'objectif est d'appréhender le vécu des patientes hémodialysées.

L'objectif général du guide qui est de décrire et d'explorer la présence éventuelle du processus de résilience et des facteurs de résilience chez les femmes après avoir présenté l'entretien de recherche, nous allons dans ce qui suit présenter l'autre échelle que nous avons aussi employée pour mesurer la résilience.

Nous avons pratiqué les entretiens « au lit du malade ». On sait la particularité des échanges et des entretiens avec les sujets dans une institution médicale à visée de recherche nécessitant toutefois un cadre d'entretien.

Par ailleurs, on reconnaît un certain « poids » de la visée institutionnelle de l'hôpital. Dans ce cadre, Jacobi (2007) écrit « *le chercheur choisira de venir au pied du lit pour réaliser un entretien. Intimité aléatoire lorsque dans la même chambre pourra être alité un autre patient et que le clinicien tentera de réaliser malgré tout un entretien à voix basse.*

5.2 La description l'échelle de résilience « Le CD-RISC »

Comme nous l'avons déjà vu, la résilience représente la capacité d'un individu ou d'un groupe à préserver sa qualité de vie ainsi qu'à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles ou de traumatismes importants (Herrman et al, 2011, rutter, 2013).

L'évaluation de la résilience a fait l'objet de la conception et de l'adaptation de plusieurs outils psychométriques (Guihard, 2018, p.69).

Parmi ceux-ci, l'échelle d'évaluation de Connor et Davidson (CD-RISC) de ce fait nous avons opté à cette échelle qui représente un outil valide et performant et qui peut être administrée auprès de diverses populations de cultures différentes et qu'elle est suffisamment adaptée pour être utilisée dans des études scientifiques, car il s'agit d'un outil dont la passation est moins complexe ce qui permet à la fois une analyse quantitative et qualitative et une

évaluation des facteurs de protection concourant à la résilience par conséquent le CD-RSC nous a permis de répondre à la question du vécu psychologique des femmes atteintes une insuffisance rénale chronique terminale.

Le questionnaire utilisé pour mesurer la résilience est la version francophone de la Connor-Davidson Resilience Scale. La version originale en anglais de cette échelle a été développée aux États-Unis par Kathryn Connor et Jonathan Davidson en 2003. L'échelle a été normalisée auprès de 806 participants (65% de femmes et 35% d'hommes) ayant un âge moyen de 43,8 ans et distribuée en 5 groupes :

- 1) un groupe issu de la population générale,
- 2) un groupe de patients en unité de soins de première ligne,
- 3) un groupe de patients externes d'un service de psychiatrie,
- 4) un groupe de personnes ayant un trouble de l'anxiété généralisée,
- 5) deux sous-groupes de personnes souffrant de stress post-traumatique.

La CD-RISC a été élaborée à partir d'une recension d'écrits concernant les caractéristiques des personnes résilientes telles que décrites par diverses études s'étant intéressées à ce sujet, entre autres les travaux de Kobasa (1979) et de Rutter (1985).

La consigne :

À l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible.

L'échelle comporte 25 énoncés répartis en 5 catégories de facteurs :

- 1- la compétence personnelle, des standards élevés et la ténacité ; les items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25).
- 2- la confiance en ses propres intuitions, la tolérance aux affects négatifs et les effets fortifiants du stress ; qui comprend 7 items, sont :(6, 7, 14, 15, 18, 19,20).
- 3- l'acceptation positive du changement et les relations interpersonnelles positives ; qui comprend 5 items sont : (1, 2, 4, 5, 8).

4- le sentiment de contrôle, elle comprend 3 items qui sont (13, 21, 22).

5- la spiritualité, elle comprend 2 items sont : (3 et 9).

La cotation :

Cette échelle est autoadministrée par le participant et chaque item est évalué sur une échelle de Likert en 5 points (0 : Pas du tout ; 1 : Rarement ; 2 : Parfois ; 3 : Souvent ; 4 : Pratiquement tout le temps) pour un total sur 100 points. Plus le score obtenu est élevé, plus le niveau de résilience est élevé (Duchesne et All, 2017,164).

Connor et Davidson (2003) ont également rapporté que les scores du CD-RISC étaient corrélés avec des mesures de robustesse ou de capacités de résistance et à de faibles niveaux de vulnérabilité au stress perçu suggérant une validité concurrente adéquate.

Selon la première étude sur l'élaboration et la validation de la CD-RISC, celle-ci présente une bonne fiabilité. Globalement, elle a produit une cohérence interne élevée ($\alpha=0,89$) et la fiabilité test-re test a révélé un CIC de 0,87 (Patry, 2016, p.29).

Interprétation :

Le score total calculé par addiction, les scores plus élevés indiquent une plus forte résilience (Mboua, 2021, p. 813).

6. Le déroulement de la recherche :

Pour garantir un bon déroulement de notre recherche, nous avons effectué une préenquête qui est indispensable pour toute notre recherche, elle nous permet de collecter les informations nécessaires sur les caractéristiques de notre population d'étude, d'apporter les correctifs et les enrichissements nécessaires pour notre guide d'entretien et d'avoir une meilleure maîtrise dans l'application de nos outils, et par la suite élaborer nos hypothèses.

Cela pour entamer notre enquête de recherche dans de bonnes conditions.

6.1 La préenquête :

Pour mener à bien le déroulement de notre recherche sur le terrain, nous avons d'abord effectué une préenquête qui est une étape préparatoire et nécessaire nous permettant d'entamer notre enquête dans de bonnes conditions. Nous allons, dans ce qui suit, présenter ces deux phases indispensables dans une recherche.

La préenquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle ou telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs (Grawitz, 2001, p.550).

Elle permet de collecter des données sur le thème de recherche, d'établir le premier contact avec la population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases du thème de recherche (Angers, 2005).

La préenquête permet de tester des pistes, de se familiariser avec le terrain, de s'entraîner à questionner et à écouter, de construire progressivement le guide d'entretien et de le tester. Cette étape est à la fois essentielle pour construire la problématique de la recherche, élaborer les hypothèses, et choisir les méthodes les plus appropriées à l'objet de recherche (Sauvayre, 2013, p.48).

Cette phase essentielle de la recherche « *consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes 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 ses objectifs* » (Grawitz, 2001, p. 550).

C'est une phase de terrain précoce dont les buts essentiels sont d'aider à construire des hypothèses valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. C'est une étape très importante qui nous permet de nous familiariser avec le sujet d'étude dans toute son intégralité, ce qui permet de mieux cibler le projet.

Dans cette optique, nous avons tout d'abord fait des recherches documentaires concernant notre thème qui est la résilience chez les patientes hémodialysées, avant de tâter le terrain de la recherche avec un petit groupe d'étude qui correspond à nos critères.

Nous avons effectué notre préenquête dans la clinique privée des hémodialysés « BENMOUFFOK » Akbou – Bejaia, nous avons pris le temps de discuter avec le personnel et les cas afin de prendre leur accord concernant la passation de l'entretien, et l'échelle de résilience CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale).

Dans le but d'explorer la résilience de nos sujets d'étude, nous nous sommes d'abord présentées au niveau de « l'établissement hospitalier privé clinique Benmouffok », nous nous

sommes présentées fin décembre 2022, en tant qu'étudiantes en Psychologie clinique avec une vague idée du thème que nous souhaitons aborder lors de notre travail de fin d'études. D'abord, nous avons rencontré Docteur « Benmouffok » qu'est lui-même un néphrologue et directeur de l'établissement, on a été orienté chez le docteur « Chihani », mais aussi un néphrologue au sein de la clinique, il a paru intéressé par le thème de ce fait il nous a directement accorder l'approbation pour entamer la préenquête.

Il nous aura fallu une semaine pour obtenir les papiers nécessaires, nous débutâmes enfin notre stage en mis janvier 2023. En profitant de la période des vacances du printemps. Nous nous sommes présentées sur les lieux les mardis, cela a duré 2 semaines. À ce moment-là nous voulons juste s'assurer de la disponibilité des cas et évidemment avoir le consentement des sujets intéressés, ainsi décider du maintien ou non de notre thème de recherche et par la même occasion les informer de notre objectif et du fait que notre stage pratique, en raison de notre thème de recherche, devra se faire dans ce même service d'hémodialyse.

Nous avons ensuite décidé d'entamer la préenquête avec nos sujets, en faisant des entretiens exploratoires, très peu directifs, cela va permettre au sujet de s'exprimer librement, et donc cela va nous permettre de notre côté d'apprendre l'objet de recherche vécu de nos sujets de manière large pour ensuite le préciser et ainsi affiner nos hypothèses et modifier si besoin des choses.

Le premier cas « ZA » est une femme âgée de 60 ans, est une mère de 5 enfants 3 filles et 2 deux garçons, le petit garçon est mort à cause d'un accident de route, la patiente est une femme au foyer qui présente une maladie rénale depuis 8 ans et 5ans de dialyse et a une hypertension artérielle.

D'après l'entretien préliminaire que nous avons eu avec la mère, elle a annoncé d'une manière triste : *« je me suis toujours dit que c'est « El mektoub », au début ça m'est très difficile à y croire, mais grâce à Dieu j'ai appris à accepter ma maladie avec le temps, Elhamdoullilah, mais ça reste pesant pour moi, je n'arrivais pas à accomplir les simples tâches ménagères en tant que maman, j'ai toujours senti un manque , mais heureusement j'ai mes filles qui m'ont toujours soutenues et me faire oublier l'insuffisance qui est en moi ».*

« Après la mort de mon fils, je suis devenue susceptible et très fragile voir mélancolique

J'ai toujours cru en lui et sa réussite après avoir obtenu son baccalauréat. Mais hélas...

Et depuis je pleurais sans cesse. J'aurais aimé être à sa place. En plus ma fille jeune divorcée, tout ça me fait de la peine, je suis submergée et très anxieuse rien que d'y penser.

En ce qui concerne le côté relationnel de cette femme, a un sentiment de familiarité créé un attachement familial et les liens sont tissés « je suis bien entourée de la famille de mon mari et ma famille surtout mon mari est trop gentil avec moi depuis le premier jour de mon mariage ».

On constate qu'en fonction de certains paramètres que la maman «ZA » caractérise par un vécu douloureux, elle présente des moments de stress, de souffrance.

Le deuxième cas « KH » : est une femme âgée de 63 ans est une maman de 9 garçons, elle présente des maladies chroniques : diabète et le cholestérol et la thyroïde et elle est dialysée depuis 1 an.

D'après l'entretien préliminaire, nous avons posé quelques questions à la patiente, elle nous a répondu tendrement : *« je commence déjà : j'ai vécu pas mal de choses dans ma vie, j'ai 9 garçons ils sont tous mariés et moi j'ai bien vécu ma vie et maintenant Dieu a décidé autrement, et ma maladie je la vie normalement, au contraire quand je vois l'état critique de mon mari qui est atteint le cancer, il est anxieux, mais moi je lui donne du courage et je le consoler ».*

On constate qu'en fonction de certains paramètres que la maman «KH » se caractérise par des capacités d'adaptation face à sa situation, notamment grâce à sa croyance spirituelle (centré sur la religion).

Au début, nous sommes mis à effectuer des recherches bibliographiques. Que ce soit au sein de la bibliothèque de notre université, sur le site SNDL ou d'autres sites internet et même en sollicitant notre encadreur. D'ailleurs grâce à ses recherches théoriques que nous avons prises du recul sur le choix des indicateurs de vécu. En premier lieu, nous avons retenu deux indicateurs cliniques dont la résilience afin de mieux cibler, décrire et d'explorer la résilience des femmes atteinte d'une insuffisance rénale chronique terminale et puis nous avons rajouté les facteurs de résilience.

Après avoir accompli notre préenquête, nous avons pu préciser les informations nécessaires sur nos sujets de recherche et nous nous sommes assurées que ce service est valable, pour effectuer au mieux notre enquête dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses qui sont déjà lancées au préalable.

6.2 L'enquête :

L'enquête, c'est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (Blanchet, Gotman, 2014, p.35).

Notre enquête s'est bien déroulée au sein de l'établissement clinique Benmouffok, nous avons commencé à rencontrer les femmes atteintes d'une insuffisance rénale chronique terminale hémodialysées. Lorsque nous nous sommes retrouvées en présence des patients, certains se montraient coopératifs dès le début, d'autres restaient méfiants jusqu'au bout, mais nous avons quand même constitué un groupe de recherche. Nous respectons la volonté des concernés à prendre part ou pas à la recherche, garantissant par là le consentement éclairé des participants. Nous expliquions notre travail et notre objectif avec le plus de clarté possible à ceux qui avaient accepté d'y participer ; tous étaient informés. Nous ne leur soumettions cependant pas nos hypothèses afin d'éviter tout biais dans leurs réponses. Nous avons également insisté sur le fait que les informations qu'ils nous fourniraient resteraient confidentielles et demeureraient anonymes ; qu'elles ne serviraient que dans le but d'une recherche scientifique. Finalement, nous avons réussi à illustrer notre recherche avec (11) cas qui répondait clairement à nos critères d'inclusion.

Pour recueillir les informations nécessaires à notre travail, nous avons commencé par la passation de l'entretien semi-directif que nous avons préparé au préalable sous forme d'un guide d'entretien aux sujets de recherche.

Cependant, nous avons formulé la consigne comme suit « *nous allons vous poser des questions sur votre maladie, on aimerait bien que vous répondiez en toute spontanéité, et si une question vous déplaît ou que vous la trouvez indiscrette, vous avez toute la liberté de refuser d'y répondre* ». Les sujets de recherche étaient très coopératifs, ils faisaient de leur mieux pour nous apporter les informations souhaitées.

Concernant la récolte de toutes les informations transmises par nos sujets, nous avons eu recours à la prise de notes sur un bloc-notes.

En ce qui concerne la langue, nos entretiens se sont déroulés en langue kabyle, sauf une seule patiente qui maîtrisait la langue française.

Concernant l'autre outil de recherche l'échelle de la résilience « CD-RISC » nous avons opté pour une 2^e après.

7. La déontologie de la recherche et les attitudes du chercheur :

Nous avons mené une étude avec des personnes en souffrance. Nous avons donc adopté une position éthique sur les effets de cette recherche auprès des sujets, dits « vulnérables » dans ce cadre, toute recherche doit intégrer une information préalable sur l'étude, le consentement des sujets pour y participer ainsi que le respect de l'anonymat des données.

La posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche (Giami, 2009, p. 33).

Une recherche en psychologie comme dans tout autre domaine a pour finalité de mieux connaître l'objet d'étude soutenue par le souci de la preuve et l'effort de généralisation, elle a pour particularité et spécificité d'étudier l'être humain. Plus précisément, elle a pour cible l'étude du fonctionnement psychique, cognitif et comportemental du sujet (Varescon, 2013, p. 65).

De ce fait, les principes généraux concernant le respect des droits de la personne, la compétence, la responsabilité, la probité, le respect du but assigné et l'indépendance professionnelle s'appliquent de toute évidence au psychologue-chercheur. Il en est de même pour le principe réservé à la qualité scientifique. Il faut aussi préciser la nécessité d'obtenir le consentement des personnes qui y participent et de leur droit à s'en retirer à tout moment. Dans le cadre de la recherche, le chercheur assume les conclusions de ses travaux après avoir détaillé la façon dont il a obtenu les résultats et doit être prêt à fournir un rapport aux personnes sollicitées pour participer à la recherche et les modalités techniques de l'exercice professionnel stipulent clairement que les données utilisées à des fins de recherche, de publication ou de communication sont impérativement traitées dans le respect absolu de l'anonymat, par la suppression de tout élément permettant l'identification directe ou indirecte des personnes concernées, ceci toujours en conformité avec les dispositions légales concernant les informations nominatives (Varescon, 2013).

La formulation des hypothèses nécessite une vigilance accrue. Elles ne doivent pas être accusatrices, dévalorisantes, mais bien respectueuses des personnes qui seront sollicitées. L'étape suivante consistant à choisir des outils méthodologiques (tests, échelles, entretiens de recherche...) constitue en elle-même une démarche éthique en ce sens qu'elle implique un souci d'objectivité. Avant de solliciter les personnes susceptibles de participer à la recherche, le chercheur établit des critères de sélection dans le but d'homogénéiser la population de recherche. Les critères reposeront sur des aspects éthiques évitant par exemple de proposer la recherche à des personnes dont le chercheur sait qu'elles n'auront pas, de par leur situation, la liberté nécessaire de refuser leur participation (relations hiérarchiques, patient en thérapie avec le chercheur, etc...) Ou d'engager des personnes dans une démarche de recherche à leur insu. Une fois les critères d'inclusion bien établis, le chercheur se doit de réfléchir à la façon dont il va présenter la recherche aux personnes retenues, en toute clarté. Outre les aspects éthiques directement liés aux personnes sollicitées, le contexte de la recherche doit conduire le chercheur à prendre en considération les particularités de l'environnement. Les conditions de recueil des données comportent également une dimension éthique. Le chercheur doit être attentif au bien-être de la personne sollicitée en se préoccupant que son état physique et mental au moment de la rencontre soit compatible avec le degré de sollicitation. Les considérations éthiques concernent également l'exploitation des données recueillies qui doit se faire avec la rigueur nécessaire, en choisissant le moyen le plus adapté (analyse de contenu, outils statistiques...) et en toute objectivité. En fait, tout le travail d'élaboration et de préparation d'une recherche s'accompagne d'une réflexion éthique dont le souci majeur est de penser les conséquences du thème et de la méthode retenue sur la personne sollicitée pour la recherche. Le risque est, notamment pour les jeunes chercheurs, de se laisser envahir par l'objectif final qu'ils souhaitent atteindre au point de ne plus se soucier des effets. C'est au chercheur qu'incombe la responsabilité de faire une évaluation éthique de son projet de recherche (Varescon, 2013).

De ce fait, pour un clinicien qui possède une activité de chercheur dans le domaine clinique, la question de l'éthique dans la recherche fait partie de l'ensemble plus vaste de l'éthique professionnelle du clinicien.

Dans l'activité de la recherche, l'éthique se trouve bien en amont de la déontologie. L'éthique est présente dès le moment où le chercheur commence à réfléchir à son thème de recherche et à l'élaboration de son protocole. Les objectifs de la recherche qu'il propose, la méthodologie qu'il retient, sa participation à la recherche, l'exploitation et la diffusion des résultats obtenus mobilisent sa façon d'être et de faire qui reflètent ses qualités éthiques. La déontologie quant à

elle permet de délimiter ce que le chercheur peut faire et surtout ne pas faire. C'est un ensemble de règles (Varescon, 2013).

Ainsi, nous étions très attentifs aux réactions des sujets de recherche, nous étions prêtes à arrêter, suspendre ou annuler l'entretien dans le cas où il s'avérait pénible pour lui.

Nous avons été respectueuses, bienveillantes et empathiques sans pour autant nuire à l'éthique et à la déontologie de la recherche.

Synthèse :

L'étape de la méthodologie est très pertinente dans toute recherche scientifique.

Il est important de se baser sur une méthodologie qui nous a servi à organiser notre recherche et cela à travers le respect de certaines règles et étapes dans le déroulement de notre travail.

À fin d'étudier la résilience psychologique et des facteurs de résilience des femmes présente une insuffisance rénale chronique terminale, on s'est appuyé sur deux outils de recherche qui sont l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de résilience CD-RISC ainsi on s'est basé sur la méthode clinique qu'est l'étude de cas afin de récolter des données pour avoir des résultats fiables. Par le biais des méthodes effectuées ; la passation des entretiens et l'application des échelles nous avons contribué à ramasser les informations nécessaires pour notre recherche.

Dans ce qui suit, nous allons présenter et interpréter nos données sans le but de discuter nos hypothèses.

Chapitre IV

Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Préambule :

Dans ce dernier chapitre, nous allons procéder à la présentation et l'analyse de données obtenues de nos sujets et discuter les résultats. Celles-ci ont été réalisées en utilisant une approche intégrative, fondée sur la méthode clinique et l'étude de cas comme élément d'une démarche qualitative, ainsi les deux outils que n'avons utilisés : l'entretien semi-directif et l'échelle Connor Davidson CD-RISC, ces deux outils nous permettent d'infirmier ou de confirmer nos hypothèses, que nous avons formulées dans la problématique.

En premier lieu, nous allons présenter une analyse détaillée de quatre cas, que nous avons collectés au cours de l'entretien semi-directif, choisi en raison de la richesse des informations qui nous ont apporté puis nous passerons aux six autres cas d'une manière plus au moins résumé. Pour ce faire, nous présenterons et analyserons les résultats de guide d'entretien, tout en gardons les intitulés des axes et en mettant à l'intérieur le récit du sujet. Tous les cas se sont exprimés avec leur langue maternelle (le kabyle), donc nous allons présenter leurs discours dans leur langue maternelle après que nous allons apporter une traduction à la langue française. Après nous allons passer à la présentation des résultats de l'échelle de CD-RISC. Enfin nous allons présenter la synthèse de chaque cas.

En deuxième lieu, nous allons discuter les résultats que nous avons obtenus, par rapport à nos hypothèses, soit en les confirmant ou les infirmant, et on finira avec une synthèse.

1. Présentation et analyse des résultats :

Dans cette première partie, consacrée à la présentation et l'analyse des résultats, nous allons d'abord commencer par les 4 cas Lila, puis, Katia et Nariman, Nadia, Nassima, de manière détaillée. Puis nous allons continuer avec, Dina, Kafïa, Kahina, Najat, Khadîdja, Lynda.

1. Cas N° 01 : Lila**1.1 Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif**

Après nous être présentée à Lila, qui s'est présentée avec un sourire et qui a montré un intérêt considérable pour notre thématique, elle nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien, notre sujet s'exprime calmement : *« je répondrais à toutes vos questions, n'hésitez pas de me demander ce que vous voulez savoir »*. Nous l'avons rencontré l'après-midi vers 13h dans son lit. Son entretien a duré 25 minutes, Lila est âgée de 27 ans, célibataire, elle a un master en droit public. Lila, a eu son bac en 2015, et elle eut son master en droit public en 2020, elle

nous a dit que « *c'était toujours mon rêve depuis mon enfance, de devenir une avocate et j'ai choisi cette spécialité par amour* » et elle n'exerce aucun travail pour l'instant.

Axe 1 : informations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Lila, atteinte de l'insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 9 mois, à part sa maladie elle ne présente aucune autre maladie, et aucun membre de sa famille ne présente cette maladie, d'après l'entretien avec notre sujet, la maladie a débuté depuis 9 mois avec un traitement direct en dialyse.

Après avoir présenté des signes graves, des douleurs, une perte d'appétit et un mauvais goût, une fatigue pendant longtemps, une enflure des pieds et une douleur au milieu... en disant « *ivdayid d la fatigue qarhaniyi idarniw vaqough adaragh...* » (ça m'a commencé avec une fatigue, des douleurs dans mes pieds et des nausées) et je suis partie chez un généraliste qui m'a envoyé directement chez un néphrologue et après une semaine à l'hôpital et suite aux analyses sanguines et urinaires qu'il a faites, le néphrologue a relevé une atteinte de l'insuffisance rénale chronique, et elle annonce que sur le coup et dès le premier jour de son annonce de diagnostic elle arrive à gérer « *hamdoullah j'arrive à m'adapter dès le premier jour et je n'ai aucune complication* », « je ne sais pas pourquoi, mais j'arrive à gérer dès le premier jour de l'annonce que Dieu m'a donné le courage ».

On voit ici une stratégie défensive centrée sur le spirituel et le religieux.

Axe n° 2 : informations sur les manifestations de la résilience et les facteurs de la résilience :

Dès le début, elle a accepté sa maladie, son traitement par la dialyse qui présente pour elle une solution pour sa maladie, elle déclare qu'elle fait 3 fois des séances de dialyse par semaine de 4 heures, et elle nous annonce que l'environnement à la clinique est très bien et les relations avec l'équipe soignante bienveillante, et elle a réussi à accepter sa maladie.

Elle a de bonnes relations avec sa famille, ses parents qui l'ont aidé à surmonter et à accepter sa maladie. Pour la réaction de sa famille et son entourage, ils étaient choqués au début, mais ce sujet a été très soutenue par sa famille et ses amis, elles développent de bonnes relations, notre sujet nous informe qu'elles se préparent pour la greffe et que son père qui va donner son rein pour elle.

Lila semble une jeune fille intelligente, courageuse et optimiste qui n'a jamais perdu espoir, elle voit toujours les obstacles de la vie d'une manière positive. D'après les paroles de Lila nous remarquons la présence du sens de l'humour qu'est fréquemment répertorié comme une des caractéristiques des individus résilients.

En répondant à la question qui renvoie à sa perception de l'avenir, Lila dit qu'elle est toujours optimiste, elle souhaite que sa greffe réussisse, et elle va atteindre tous ses objectifs et qu'elle continue dans son domaine d'étude.

Lila se projette dans l'avenir et c'est sans doute un signe de résilience.

Nous concluons cet entretien en lui donnant la parole, s'il y'a quelque chose à rajouter qui lui semble important et que nous n'avons pas abordé avec elle, elle nous a répondu « *je n'ai rien à rajouter aktidinig bon courage dans votre mémoire et d3oumtagh anahlou* » (je n'ai rien à rajouter je vous dis bon courage pour votre mémoire et de nous souhaiter un bon rétablissement). De suite, nous l'avons remercié à notre tour d'avoir accepté de participer à cette recherche et d'avoir été coopérative tout le long de l'entretien.

Synthèse de l'entretien de Lila :

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Lila présente des indicateurs significatifs d'une présence d'une résilience, elle a réussi à contrôler et à gérer d'une manière assez bonne l'annonce de sa maladie ainsi, elle semble posséder une capacité de dépasser la souffrance. Ainsi nous pouvons dire que l'ensemble de ces critères font de Lila une personne résiliente. Quant aux facteurs de résilience, il nous semble que le soutien familial et les croyances religieuses sont présents dans ce cas.

Dans ce qui suit, nous allons présenter les résultats de l'échelle de « CD-RISC » obtenus par Lila

I.2 Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC cas de Lila :

Tableau n° 7 : tableau des résultats de l'échelle de l'échelle CD-RISC de Lila.

<u>Sous échelles</u>	<u>Score moyen sur le total d'items (%)</u>	<u>Étendue</u>
<u>Sentiment de compétence(32)</u>	<u>100%</u>	<u>32/32</u>
<u>Effets positifs du stress(28)</u>	<u>75%</u>	<u>21/28</u>
<u>Acceptation positive des changements(20)</u>	<u>60%</u>	<u>12/20</u>
<u>Contrôle (12)</u>	<u>91%</u>	<u>11/12</u>
<u>Spiritualité (8)</u>	<u>100%</u>	<u>8/8</u>
<u>Total</u>	<u>84%</u>	<u>84/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Lila a obtenu un score total trop élevé avec 84%, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Lila a marqué un sous-score de 32/32 avec un pourcentage de 100%. En répondant sur la dimension presque tous les temps aux items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25). D'après ses réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, une confiance en soi suffisante, avec une croyance en efficacité et compétences personnelles et la disposition d'un répertoire de solutions en répondant aux circonstances environnementales stressantes.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Lila a enregistré un sous-score de 21/28 avec un pourcentage de 75% en répondant à la dimension presque tous les temps justes pour l'item (15). Cependant la dimension souvent pour l'item (6) « j'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes » après l'item (7) « devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e) » et les items (14, 18, 19). En revanche pour l'item (20) Lila a répondu par la dimension parfois ces réponses expliquent qu'elle une capacité à gérer les situations du stress, ainsi Lila fait épreuve d'une caractéristique de résilience qui renvoie aux ressources affectives de la résilience le sens de l'humeur ainsi, elle possède à gérer

les émotions négatives pénibles, autant elle dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive dans la régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 12/20 dont le pourcentage 60%, en convenant sur la dimension presque tous les temps pour l'item (1) « je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent » et l'item (2) « j'ai au moins une relation proche et sure qui m'aide lorsque je suis stressée » et l'item (5) les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés » et pour les items (4, 8) notre sujet a répondu par la dimension souvent. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi, elle possède une capacité de rebondir importante.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Lila a obtenu un sous score de 11/12 dont le pourcentage de 91% en accordant aux items (21, 22) la dimension presque tout le temps ces dernières concerne « *Je sais où je veux aller dans la vie* » « *Je sens que je maîtrise ma vie* », cependant a l'item (13) « *En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide* » notre sujet à accorder la dimension souvent. À ce titre nous pouvons dire que Lila est apte à contrôler sa vie, et elle sait où trouver une source d'aide dans les moments difficiles.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Lila a obtenu un sous score de 8/8 pour un pourcentage de 100%, encordant à l'ensemble des items (3, 9) « Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider » et « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension presque tout le temps. Nous déduisons que le côté spirituel prend une grande importance chez notre sujet de recherche d'ailleurs d'après nos connaissances, la spiritualité est considérée comme un critère conatif dans le processus de résilience.

1.3 Synthèse CD-RISC de Lila :

En s'étayant sur le score de l'échelle CD-RISC nous constatons que Lila a tendance de voir les aspects positifs des épreuves qu'elle rencontre dans sa vie, ainsi elle a tendance à avoir confiance en ses capacités à résoudre la majorité des obstacles affrontés en donnant une grande importance a l'aspect spirituel pour cela nous pouvons dire que Lila possède un profil d'une personne résiliente.

Quant aux facteurs de résilience, il semble d'après le sentiment de compétence qui est les plus dominants, suivis des autres facteurs.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Lila a obtenu un score total de 84% ce qui signifie un niveau de résilience important avec un niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 32/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où il a enregistré un sous-score de 21/28. En plus, Lila a obtenu un sous score de 12/20 qui signifie un degré important d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Lila a obtenu un sous score élevé de 11/12.

En parlant de la spiritualité Lila a marqué une totalité en obtenant un sous score de 8/8 on déduit donc, que Lila a un niveau de résilience élevé ce qui lui permet de faire face aux différentes épreuves de la vie, ce qui est bénéfique pour sa maladie. En apercevant ses réponses lors de l'entretien, nous pouvons dire que cette résilience a fait d'elle une personne compréhensive et capable de contrôler ses propres émotions et d'accepter sa maladie.

Les résultats de l'entretien et ceux de l'échelle sont concordants pour ce cas.

2. Cas n° 2 : Katia**1.1 Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif :**

Après nous être présenté à Katia, qui a montré un intérêt considérable pour notre thématique, elle nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le matin vers 9h dans son lit. Son entretien a duré 30 minutes, Katia est âgée de 30 ans, fiancée, elle vit avec ses parents et son petit frère qui souffrent aussi de la maladie rénale, et elle n'exerce aucun travail pour l'instant.

Axe 1 : informations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Katia, atteinte l'insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 12 ans, elle ne présente aucune autre maladie, d'après l'entretien de notre sujet de la maladie a débuté depuis 12 ans, elle a été mise directement sous dialyse.

Elle a découvert sa maladie à travers les symptômes qui tels que la fatigue, les vertiges et des gonflements dans ces pieds qui l'ont conduit à consulter un généraliste qui lui a demandé de faire un bilan général ou il lui a demandé qu'elle consulte un néphrologue qui lui a demandé de faire une analyse sanguine et urinaire qui a détecté une insuffisance rénale chronique, et elle

présente que la taille de ses reins sont petits, elle a suivi un traitement pour 4 mois après atteinte au stade terminal, elle commence directement la dialyse.

L'insuffisance rénale pour Katia est d'origine héréditaire, vu que son frère aussi présente la même maladie, son médecin a établi que cette maladie est engendrée par le facteur héréditaire.

Axe 2 : informations sur les manifestations de la résilience et les facteurs de résilience :

Suite à l'annonce du néphrologue, Katia raconte sa réaction à sa maladie, elle a vécu un choc et un désespoir, une tristesse qu'elle pense à tout moment à sa maladie comme, il développe des idées négatives de type « *iwach nki iwach g la3mar agi vghigh adiligh ouhlikagh ara* » (pourquoi moi, à mon âge je veux être en bonne santé).

Elle raconte qu'elle a mal vécu sa maladie comme elle dit « *je refuse de croire que je suis malade et je pense que ma vie n'a aucun sens et je m'énerve contre tout le monde* » et « *je n'oublierais jamais ce moment-là, j'étais complètement traumatisé* ».

Pour Katia elle a essayé aussi plutôt à commencer de faire une procédure pour la greffe, mais son père avait des problèmes donc elle a abandonné.

Elle a commencé à avoir des troubles de sommeil, elle nous a avoué d'une voix basse et les larmes aux yeux, « *j'ai le sentiment que ma vie est ratée et n'a pas de sens* », tout ça elle parle sur le passé, mais pour l'instant elle arrive à dépasser toutes les choses, en disant : « *ehh 12 ans g dialyse dayan nas3ichi s la machine...* » (12 ans en dialyse c'est devenu un quotidien, on vit avec une machine).

La patiente nous a souligné qu'elle a bénéficié d'un grand soutien familial, surtout sa maman en disant : « *merci mon dieu, pour cette famille* ».

Et en ce qui concerne ses relations avec l'équipe soignante, Katia ne déplore aucun problème, « *tout le monde est gentil avec moi* ».

Pour l'avenir Katia, elle souhaite d'être en bonne santé et elle va voir de bonnes relations avec son mari.

Nous concluons cet entretien en lui donnant la parole, s'il y'a quelque chose à rajouter qui elle semble importante et que nous n'avons pas abordé avec elle ? Elle nous a répondu « *bon courage et bonne chance pour vous nchallah asnajhamt* » (bon courage et bonne chance pour

vous et je vous souhaite la réussite). De suite, nous l'avons remercié de notre tour d'avoir accepté de participer à cette recherche et d'avoir été spontanée tout le long de l'entretien.

Synthèse de l'entretien de recherche de Katia :

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Katia semble présenter une tendance d'un caractère résilient, et aussi elle présente des compétences personnelles, elle n'a jamais perdu espoir la patiente présente des influences spirituelles.

1.2 Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Katia :

Tableau n° 9 : tableau des résultats de l'échelle CD-RISC de Katia.

<u>Sous échelles</u>	<u>Score moyen sur le total d'items (%)</u>	<u>Étendue</u>
<u>Sentiment de compétence(32)</u>	<u>78%</u>	<u>25/32</u>
<u>Effets positifs du stress(28)</u>	<u>71%</u>	<u>20/28</u>
<u>Acceptation positive des changements(20)</u>	<u>55%</u>	<u>11/20</u>
<u>Contrôle (12)</u>	<u>66%</u>	<u>8/12</u>
<u>Spiritualité (8)</u>	<u>75%</u>	<u>6/8</u>
<u>Total</u>	<u>70%</u>	<u>70/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Katia a obtenu un score de 70/100, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Katia a marqué un sous-score de 25/32 avec un pourcentage de 78%. En répondant sur la dimension *Presque tout le temps* pour les items (11, 12, 16, 24, 25), et la dimension *souvent* pour les items (17) « je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie » à l'exception de l'item (23) « *J'aime les défis* » Katia a répondu sur la dimension parfois et aussi l'item 10. Au-delà nous pouvons dire que Katia possède une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité de compétences personnelles, elle dispose d'un répertoire de solutions qu'elle permet de faire face aux événements stressants.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Katia a enregistré un sous-score de 20/28 avec un pourcentage de 71%, en répondant à la dimension presque tout le temps les items (14) « *sous pression, je reste concentré et je réfléchis clairement* » et l'item (19) « *Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère* ». Cependant, la dimension *souvent* renvoie aux items (6, 18). En revanche pour les items (7, 15, 20) Katia à concorder la dimension parfois. Ses réponses expliquent qu'elle possède un sens de l'humour très élevé ainsi une bonne capacité de gestion des sentiments négatifs, autant elle dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive qu'elle lui permet de prendre des décisions tragiques dans mes situations délicates, ce qu'elle lui offre une bonne capacité de régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 11/20 dont le pourcentage estimé et 55%, en convenant sur la dimension souvent pour l'item (1, 8). Cependant pour les items (2, 4,) Katia à accorder la dimension parfois. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi, elle possède une capacité de rebondir importante après des avoirs vécus des situations délicates.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Katia a obtenu un sous score de 8/12 pour un pourcentage estimé 66%, en accordant aux items (13) « *En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide* » et l'item (22) « *Je sens que je maîtrise ma vie* » Katia a accorder la dimension parfois, en particulier (21) « *Je sais où je veux aller dans la vie* » la dimension presque tout le temps. D'après ses réponses nous pouvons dire que Katia sait où elle va dans la vie donc elle possède une capacité de contrôler sa vie, ainsi elle maîtrise souvent ses crises en trouvant les meilleures solutions.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Katia a obtenu un sous score de 6/8 points pour un pourcentage de 75%, en accordant à des items (3) « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider* » la dimension souvent et à l'item (9) « *Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison* » la dimension souvent. Nous déduisons que le côté spirituel est parmi les aspects qui ont contribué à développer le processus de résilience de Katia.

1.3 Synthèse CD-RISC de Katia :

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisant que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qu'elle lui permet de se construire et se développer de manière harmonieuse après avoir vécu des épreuves pénibles. Ainsi elle possède une capacité d'adaptation réussie en dépit de circonstances difficiles, et bonne capacité d'anticiper et de planifier, et ayant un sens de l'humour et une croyance en Dieu, ces critères font de lui une personne résiliente.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Katia a obtenu un score total de 70% ce qui signifie un niveau de résilience important avec niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 25/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où elle a enregistré un sous-score de 20/28. Cependant Katia a obtenu un sous-score de 11/20 qui signifie un degré important d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Katia a obtenu un sous-score élevé de 8/12. En parlant de la spiritualité, Katia a marqué une totalité de sous scores de 6/8.

Donc, concernant les facteurs de résilience, c'est le facteur familial.

On déduit donc que Katia a un niveau de résilience élevé, ce qu'elle lui a permis de faire face aux différentes épreuves de la vie, ce qui est bénéfique pour sa maladie. En apercevant ses réponses lors de l'entretien, nous pouvons dire que cette résilience a fait d'elle une personne compréhensive et capable de contrôler ses propres émotions et d'accepter sa maladie.

2. Cas n° 3 : Nariman

2.1 Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif

Après nous être présentée à Nariman, elle nous a donné son consentement, durant l'entretien notre sujet a bien participé à cette rencontre elle nous est apparue décontractée et relaxée, elle a pris du plaisir à parler avec nous et à répondre à nos questions, nous l'avons rencontrée l'après-midi vers 13h dans son lit. Son entretien a duré 30 minutes, Nariman est âgée de 38 ans, célibataire, elle a un niveau d'instruction moyen, elle a déjà occupé un poste de secrétaire, mais maintenant elle n'exerce aucun travail.

Axe 1 : informations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Nariman, atteinte l'insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 10 ans, d'après l'entretien de notre sujet, la maladie a débuté depuis 10 ans avec traitement et 7 ans en dialyse, elle est diabétique insulinodépendant et aveugle.

Nariman était en très bonne santé physique, sauf son problème de vue, elle ne présentait aucun problème organique elle a jamais subi une intervention chirurgicale aucune hospitalisation, mais à l'âge de 28 ans, elle a commencé à sentir des malaises organiques au niveau de ses reins, elle nous raconte qu'elle avait des gonflements de son corps sur tout au niveau de ses pieds, et après les analyses et les échographies, le médecin à découvert au début des calculs rénaux qui ont provoqué un dysfonctionnement des reins après une insuffisance rénale chronique. En 2022, elle a découvert son insuffisance rénale chronique à un stade très avancé, vu qu'elle était directement mise sous dialyse 3 séances pour 4 heures, ce qui indique que sa maladie est très silencieuse.

Axe 2 : informations sur les manifestations de la résilience

Nariman raconte sa réaction face à sa maladie, elle nous a disais qu'elle était choquée et perturbée psychologiquement, car elle s'inquiète vu qu'elle est aveugle en disant « *zrid l3avd ouksakdanara you3ar lhal adiqaval skhamimagh amak adkhedmag amek adqavlagh lahlakhiw mais rebi isakad thalwith* » (une personne aveugle c'est dur pour qu'elle devoir gérer sa maladie, mais dieu est la», et aussi j'ai l'assistant médical qui me prend en charge, il me ramène à l'hôpital et me donne un coup de main.

De ce qui est relationnel, Nariman a de très bonnes relations avec sa famille, elle s'est renforcée plus depuis qu'elle est atteinte d'insuffisance rénale chronique, toute sa famille s'est mobilisée pour elle afin de l'aider pour qu'elle ne ressente aucun manque.

D'après notre entretien avec la patiente, Nariman présente des bonnes relations que ça soit avec les médecins et les infirmiers même les autres patients concernant le service médical tout le monde s'occupe d'elle en disant « *aqlagh daghi d yiwen w akham nas3aday lwaqth jmi3* » (on est dans une même maison, on partage des moments ensemble).

Nariman ne projet pas beaucoup de projets dans l'avenir, sauf un seul souhait « *saramagh yiweth lhaja adoughal thafath ar waliw adsakdagh* » (que la lumière revient à mes yeux) et qu'elle puisse voyager et voir tous les beaux paysages et toutes les villes.

Synthèse de l'entretien de recherche de Nariman :

D'après les données recueillies à travers de cet entretien Nariman semble présente une tendance d'un caractère résilient, et aussi elle présente des compétences personnelles, elle jamais perdu espoir ainsi toujours la patiente présente des influences spirituelles.

2.2 Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Nariman :

Tableau n° 10 : tableau des résultats de l'échelle CD- RISC de Nariman.

<u>Sous échelles</u>	<u>Score moyen sur le total d'items (%)</u>	<u>Étendue</u>
<u>Sentiment de compétence(32)</u>	<u>71%</u>	<u>23/32</u>
<u>Effets positifs du stress(28)</u>	<u>60%</u>	<u>17/28</u>
<u>Acceptation positive des changements(20)</u>	<u>70%</u>	<u>14/20</u>
<u>Contrôle (12)</u>	<u>75%</u>	<u>9/12</u>
<u>Spiritualité (8)</u>	<u>87%</u>	<u>7/8</u>
<u>Total</u>	<u>70%</u>	<u>70/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Nariman a obtenu un score de 70/100, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Nariman a marqué un sous-score de 23/32 avec un pourcentage de 71%. En répondant sur la dimension souvent pour les items (10, 11, 12, 17, 24), et la dimension parfois pour les items (16, 23) à l'exception de l'item (25) « mes réussites me procurent de la fierté » Nariman a répondu sur la dimension presque tout le temps. Au-delà nous pouvons dire que Nariman possède une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité de compétences personnelles, elle dispose d'un répertoire de solutions qu'elle permet de faire face aux événements stressants.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Nariman a enregistré un sous-score de 17/28 avec un pourcentage de 60%, en répondant à la dimension souvent les items (6, 7, 14). Cependant la dimension parfois renvoie aux items (15, 18, 19, 20). Ses réponses

expliquent qu'elle possède un sens de l'humour très élevé ainsi une bonne capacité de gestion des sentiments négatifs, autant elle dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive qu'elle lui permet de prendre des décisions tragiques dans mes situations délicates, ce qu'elle lui offre une bonne capacité de régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 14/20 dont le pourcentage estimé est 70%, en convenant sur la dimension presque tout le temps pour l'item (2). Cependant pour les items (4, 5) Nariman a accordé la dimension souvent. À l'exception l'item (1) a répondu par la dimension parfois. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi, elle possède une capacité de rebondir importante après des avoirs vécus des situations délicates.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Nariman a obtenu un sous score de 9/12 pour un pourcentage estimé 75%, en accordant aux items (13) « En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide » et l'item (22) « Je sens que je maîtrise ma vie » et (21) « Je sais où je veux aller dans la vie » elle a accordé la dimension souvent. D'après ses réponses nous pouvons dire que Nariman sait où elle va dans la vie donc elle possède une capacité de contrôler sa vie, ainsi elle maîtrise souvent ses crises en trouvant les meilleures solutions.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Nariman a obtenu un sous score de 7/8 points pour un pourcentage de 87%, en accordant à des items (3) « Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider » la dimension presque tout le temps et à l'item (9) « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension souvent. Nous déduisons que le côté spirituel est parmi les aspects qui ont contribué à développer le processus de résilience de Nariman.

2.3 Synthèse CD-RISC de Nariman :

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisant que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qu'elle lui permet de se construire et se développer de manière harmonieuse après avoir vécu des épreuves pénibles. Ainsi elle possède une capacité d'adaptation réussie en dépit de circonstances difficiles, et une bonne capacité d'anticiper et de planifier, et ayant un sens de l'humour et une croyance en Dieu, ces critères font d'elle une personne résiliente.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Nariman a obtenu un score total de 70% ce qui signifie un niveau de résilience important avec niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 23/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où il a enregistré un sous-score de 17/28. Cependant Nariman a obtenu un sous score de 14/20 qui signifie un degré important d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Nariman a obtenu un sous score élevé de 9/12. En parlant de la spiritualité, Nariman a marqué une totalité et en a obtenu un sous-score de 7/8.

On déduit donc que Nariman a un niveau de résilience élevé, ce qui lui permet de faire face aux différentes épreuves de la vie, ce qui est bénéfique pour sa maladie. En apercevant ses réponses lors de l'entretien, nous pouvons dire que cette résilience a fait d'elle une personne compréhensive et capable de contrôler ses propres émotions et d'accepter sa maladie et le facteur spirituel est très important chez elle.

3. Cas n° 4 : Nadia**3.1 Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :**

Madame Nadia est une femme de 64 ans, elle a un niveau d'instruction primaire, mariée, maman de deux garçons et trois filles, son mari est décédé et elle vit avec ses deux enfants, car ses filles sont toutes mariées, c'est une femme au foyer.

Durant l'entretien, notre sujet a bien participé et avec aisance elle nous est parue décontractée et relaxée, elle a pris du plaisir à parler avec nous et à répondre à nos questions, nous l'avons rencontré le matin vers 9 dans son lit et aussi la patiente n'exerce aucun travail.

Axe 1 : informations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Nadia, atteinte l'insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 7 ans, d'après l'entretien de notre sujet de la maladie a débuté depuis 6 ans avec traitement et 1 an en dialyse, elle fait 3 séances par semaine pour 4 heures. Elle présente un antécédent médical c'est le diabète insulino-dépendant et aussi l'hypertension artérielle.

Elle a découvert sa maladie avec les contrôles et l'échographie demandés par son médecin de diabète, et son médecin qu'il découvrent et lui a demandé de voir un néphrologue directement en disant « *saba lahalakh aghi d diabète ithidigin iwthiyi ar thghazal* » (la cause de ma maladie

est le diabète qui m'a affecté mes reins) elle est une complication fréquente du diabète qui affectent les reins c'est la néphropathie diabétique. Elle nous annonce aussi qu'elle a vécu avec cette maladie rénale chronique 6 ans avec le traitement après elle l'ont mise directement sous la dialyse.

Elle dénonce aussi qu'elle a fait trois interventions chirurgicales, à cause d'une fracture à la cuisse, elle a fait une prothèse fémorale et l'intervention chirurgicale n'as pas fonctionné jusqu'à la troisième fois et chaque fois elles restent dans l'hôpital pour un mois.

Axe 2 : informations sur les manifestations de la résilience

Nadia raconte sa réaction face à sa maladie, elle était trop calme, elle n'éprouve aucune difficulté à gérer sa maladie sans aucune complication en disant « *ayan idifka rebi mrahva* »

(Dans toutes les circonstances Dieux merci) en voit que cette patiente est optimiste et elle croie en elle. Elle dit qu'elle est bien stable dans sa vie, elle est responsable dans sa famille en disant « *khdmagh lachghaliw sla39al asma a3yough stha3fayagh akhatar s3igh la prothèse* » (je fais toutes mes tâches ménagères tout doucement, car j'ai une prothèse).

Nadia est bien entourée par sa famille, surtout ses filles comme elle a dit « *hamdoullah* ».

Pour l'avenir, elle souhaite la réussite pour ses enfants et d'être en meilleure santé.

Synthèse de l'entretien de recherche Nadia

D'après les données recueillies à travers de cet entretien Nadia semble présente une tendance d'un caractère résilient, et aussi elle présente des compétences personnelles elle jamais perdu espoir ainsi toujours la patiente présente des influences spirituelles.

3.2 Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Nadia :

Tableau n° 11 : tableau des résultats de l'échelle CD- RISC de Nadia.

<u>Sous échelles</u>	<u>Score moyen sur le total d'items (%)</u>	<u>Étendue</u>
<u>Sentiment de compétence(32)</u>	<u>59%</u>	<u>19/32</u>
<u>Effets positifs du stress(28)</u>	<u>57%</u>	<u>16/28</u>
<u>Acceptation positive des changements(20)</u>	<u>65%</u>	<u>13/20</u>
<u>Contrôle (12)</u>	<u>58%</u>	<u>7/12</u>
<u>Spiritualité (8)</u>	<u>75%</u>	<u>6/8</u>
<u>Total</u>	<u>70%</u>	<u>70/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Nadia a obtenu un score de 70/100, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Nadia a marqué un sous-score de 19/32 avec un pourcentage de 59%. En répondant sur la dimension presque tout le temps *pour* les items (10), et la dimension souvent pour les items (11, 12, 25) et la dimension parfois sur les items (16, 17, 24) à l'exception de l'item (23) « j'aime les défis » Nadia a répondu sur la dimension pas du tout. Au-delà nous pouvons dire que Nadia possède une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité de compétences personnelles, elle dispose d'un répertoire de solutions qu'elle permet de faire face aux événements stressants.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Nadia a enregistré un sous-score de 16/28 avec un pourcentage de 57%, en répondant à la dimension souvent les items (18, 19). Cependant la dimension parfois renvoie aux items (6, 7, 14, 15, 20). Ses réponses expliquent qu'elle possède un sens de l'humour très élevé ainsi une bonne capacité de gestion des sentiments négatifs, autant elle dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive qu'elle lui permet de prendre des décisions tragiques dans mes situations délicates, ce qu'elle lui offre une bonne capacité de régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 13/20 dont le pourcentage estimé est 65%, en convenant sur la dimension souvent pour l'item (2, 5, 8). Cependant pour l'item (4) Nadia a accordé la dimension parfois. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi, elle possède une capacité de rebondir importante après des avoirs vécus des situations délicates.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Nadia a obtenu un sous score de 7/12 pour un pourcentage estimé à 58%, pour l'item (21) « Je sais où je veux aller dans la vie » elle a accordé la dimension souvent et pour les items (13, 22) a répondu par la dimension parfois. D'après ses réponses nous pouvons dire que Nadia sait où elle va dans la vie donc elle possède une capacité de contrôler sa vie, ainsi elle maîtrise souvent ses crises en trouvant les meilleures solutions.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Nadia a obtenu un sous score de 6/8 points pour un pourcentage de 75%, encordant à des items (3) « Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider » la dimension parfois et à l'item (9) « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension souvent. Nous déduisons que le côté spirituel est parmi les aspects qui ont contribué à développer le processus de résilience de Nadia.

3.3 Synthèse CD-RISC de Nadia :

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisant que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qu'elle lui permet de se construire et se développer de manière harmonieuse après avoir vécu des épreuves pénibles. Ainsi elle possède d'une capacité d'adaptation de réussite en dépit de circonstances difficiles, et bonne capacité d'anticiper et de planifier, et ayant un sens de l'humour et une croyance en Dieu, ces critères font de lui une personne résiliente.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Nadia a obtenu un score total de 70% ce qui signifie un niveau de résilience important avec niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 19/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où elle a enregistré un sous-score de 16/28. Cependant Nadia a obtenu un sous score de 13/20

qui signifie un degré important d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Nadia a obtenu un sous score élevé de 7/12. En parlant de la spiritualité, Nadia a marqué une totalité en a obtenu un sous score de 6/8. Les facteurs sont donc ici pour Nadia le facteur spirituel et le facteur familial sont présents dans ce cas.

On déduit donc que Nadia a un niveau de résilience élevé, ce qui lui permet de faire face aux différentes épreuves de la vie, ce qui est bénéfique pour sa maladie. En apercevant ses réponses lors de l'entretien, nous pouvons dire que cette résilience a fait d'elle une personne compréhensive et capable de contrôler ses propres émotions et d'accepter sa maladie et le facteur spirituel est très important chez elle.

4. Cas n° 5 : Nassima

4.1 Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :

Madame Nassima est une femme de 30 ans, elle a un niveau d'instruction 2 années lycée, célibataire, et elle vit avec sa famille.

Après nous être présentées à Nassima, qui a été très souriante et coopérative, elle semble calme, elle avait l'air dynamique, le contact avec elle est très facile. Et a répondu favorablement à notre question, elle nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le matin vers 9h dans son lit, son entretien a duré environ 30 minutes.

Axe 1 : informations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Nassima, atteinte d'insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 9 ans et demi, d'après l'entretien de notre sujet ; la maladie à débiter depuis 9 ans avec 2 mois de traitement et 9 ans en dialyse, elle fait 3 séances par semaine pour 4 heures. Elle ne présente aucun antécédent médical.

D'après ses dires « *je n'ai jamais eu de maladie grave ou chronique ni été opéré pour quoi ce soit, et je n'ai jamais cru que j'allais tomber malade de mes reins* ».

La découverte de sa maladie est liée à la manifestation de certains symptômes (fatigue, faiblesse plus marquée, des nausées et vomissements, perte d'appétit, et mauvais goût en bouche perte de poids) selon ses dires « *ivdayid mai ligh qaragh chikh ihadar nki ghnagh zighen ivdayid lahlakh* » (ça commence déjà à l'école, le prof explique et moi je dors pendant le cours enfaite la maladie commence).

Elle a découvert son insuffisance rénale chronique à un stade très avancé, vu qu'elle était directement mise sous dialyse 3 fois pour 4 heures ce qui indique que sa maladie est très silencieuse en disant « *cette maladie est gênante comme le cancer, 4 heures pour la séance c'est gênant* ».

Et Nassima dénonce que cette maladie est génétique d'ailleurs « *athan miss 3ami daghi enfaciw nas3a yiwen lahalkh* » (voilà c'est mon cousin en face de moi qu'on présente la même maladie).

Axe 2 : informations sur les manifestations de la résilience et les facteurs de résilience :

Nassima raconte sa réaction face à sa maladie, c'était mal, mais il faut être réaliste « *vghid tidet avant la dialyse saramagh adkmlagh laqrayaw adtfagh un poste am l3ibad daya* » (tu veux la vérité avant la dialyse mon rêve je vais continuer mes études après j'occupe un poste de travail comme toutes les autres personnes) eu aussi elle dénonce que cette maladie est fatigante et a beaucoup de frais.

Au début elle avait du mal à gérer surtout la dialyse, mais rapidement elle est arrivée à s'adapter selon ses dires « *ilaq anaman déjà heureusement thella la science thamnzouth zikh l3ibad adikar svah ivzag imouth ou3liman ara saba mais thoura yalla lhal* » (il faut croire déjà heureusement y'a t'il la science, à l'époque les gens meurent son s'avoir la raison, mais maintenant il y'a la solution ».

Elle a de bonnes relations avec sa famille et même ses amis, elle a de bonnes relations avec tout le monde c'est une personne généreuse. On a remarqué aussi que ce sujet a été très soutenu par sa famille et ses amis et elle développe de bonnes relations sociales comme elle a dit « *ous3igh problème d had* » (je n'ai aucun problème avec personne).

Concernant l'avenir elle souhaite la guérison et la greffe et d'avoir un poste de travail.

Synthèse de l'entretien de recherche Nassima

4.2 Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Nassima :

Tableau 12 : tableau des résultats de l'échelle CD- RISC de Nassima.

<u>Sous échelles</u>	<u>Score moyen sur le total d'items (%)</u>	<u>Étendue</u>
<u>Sentiment de compétence(32)</u>	<u>84%</u>	<u>27/32</u>
<u>Effets positifs du stress(28)</u>	<u>85%</u>	<u>24/28</u>
<u>Acceptation positive des changements(20)</u>	<u>60%</u>	<u>12/20</u>
<u>Contrôle (12)</u>	<u>91%</u>	<u>11/12</u>
<u>Spiritualité (8)</u>	<u>75%</u>	<u>6/8</u>
<u>Total</u>	<u>80%</u>	<u>80/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Nassima a obtenu un score total trop élevé à 80%, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Nassima a marqué un sous-score de 27/32 avec un pourcentage de 100%. En répondant sur la dimension presque tous les temps (10, 11, 12, 17, 24) 25) a répondu par la dimension parfois. À l'exception l'item (23) « j'aime les défis » a répondu par la dimension rarement, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, une confiance en soi suffisante, avec une croyance en efficacité des compétences personnelles et la disposition d'un répertoire de solutions en répondant aux circonstances environnementales stressantes.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression Nassima a enregistré un sous score de

24/28 avec un pourcentage de 85% en répondant à la dimension presque tous les temps justes pour l'item (7, 14, 15, 19). Cependant la dimension souvent pour l'item (6, 18) en revanche pour l'item (20) Nassima a répondu par la dimension parfois ces réponses expliquent qu'elle une capacité à gérer les situations du stress, ainsi Nassima fait épreuve d'une caractéristique de résilience qui renvoie aux ressources affectives de la résilience le sens de l'humeur ainsi, elle possède a gérer les émotions négatives pénibles, autant elle dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive dans la régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 12/20 dont le pourcentage de 60%, en convenant sur la dimension souvent pour l'item (1) « je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent » et l'item (2) « j'ai au moins une relation proche et sure qui m'aide lorsque je suis stressée » et les items (4, 5, 8) notre sujet a répondu par la dimension parfois. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi elle possède une capacité de rebondir importante.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Nassima a obtenu un sous score de 11/12 dont le pourcentage de 91% en accordant aux items (21, 22) la dimension presque tout le temps et pour l'item 13 « *En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide* » notre sujet à accorder la dimension souvent. À ce titre, nous pouvons dire que Nassima apte de contrôler sa vie, et elle sait ou trouve sa source d'aide dans les moments difficiles.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Nassima a obtenu un sous score de 6/8 pour un pourcentage de 75%, encordant à l'ensemble des items (3) « *Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider* » par la dimension parfois et l'item (9) « *Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison* » la dimension presque tout le temps. Nous déduisons que le côté spirituel prend une grande importance chez notre sujet de recherche d'ailleurs d'après nos connaissances la spiritualité est considérée comme un critère conatif dans le processus de résilience.

4.3 Synthèse CD-RISC de Nassima :

En s'étayant sur le score de l'échelle CD-RISC nous constatons que Nassima a tendance de voir les aspects positifs des épreuves qu'elle rencontre dans sa vie, ainsi elle a tendance à avoir confiance de ses capacités à résoudre la majorité des obstacles affrontés en donnant une grande

importance à l'aspect spirituel pour cela nous pouvons dire que Nassima possède un profil d'une personne très résiliente.

Synthèse générale du cas :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Nassima a obtenu un score total de 80% ce qui signifie un niveau de résilience important avec niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 27/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où elle a enregistré un sous-score de 24/28. Cependant Nassima a obtenu un sous score de 12/20 qui signifie un degré important d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Nassima a obtenu un sous score élevé de 11/12. En parlant de la spiritualité, Nassima a marqué une totalité en a obtenu un sous score de 6/8.

On déduit donc que Nassima a un niveau de résilience élevé, ce qui lui permet de faire face aux différentes épreuves de la vie, ce qui est bénéfique pour sa maladie. En apercevant ses réponses lors de l'entretien nous pouvons dire que cette résilience à fait d'elle une personne compréhensive et capable de contrôler ses propres émotions et d'accepter sa maladie.

5. Cas n° 6 : Dina

5.1 Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :

Après nous être présenté à Dina, qui a montré un intérêt considérable pour notre thématique, elle nous a permis de lui poser les questions de notre guide d'entretien. Nous l'avons rencontré le matin vers 10 dans son lit. Son entretien à durée 30 minutes, Dina est âgée de 25 ans, célibataire elle vit avec sa mère et sa grande sœur et son petit frère, son père est décédé depuis un 1 an, elle a arrêté ses études en deuxième année lycée à cause de la maladie rénale et elle n'exerce aucun travail pour l'instant.

Axe 1 : informations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Dina, atteinte l'insuffisance rénale chronique (IRC) depuis 6 ans, elle ne présente aucune autre maladie, d'après l'entretien avec notre sujet la maladie a débuté depuis 6ans avec traitement et depuis un 1 an sous dialyse, après avoir fait un bilan sanguin demandé par un médecin de son lycée à cause de l'anémie « *rouhagh za3mma adkhedmagh les analyses l'anémie oufigh belli halakgh thigazaliw* » (je suis partie faire un bilan médical... après j'étais surpris de découvrir ma maladie).

Elle continue « *après 3 mois d'hospitalisation, aussi j'ai fait une intervention chirurgicale de vessie sur Alger à l'hôpital de Moustapha Bacha, sur Alger le médecin m'a annoncé que la cause de ma maladie rénale c'est la vessie, mais ici sur Akbou, docteur Benmouffok m'a prévenue que j'ai eu la maladie rénale depuis ma naissance, elle ne s'est manifestée que maintenant* ».

Ainsi après l'intervention Dina, a manifesté des émotions négatives, car d'après elle n'était pas à l'aise, elle ne voulait personne rien ne lui donne force à supporter sa nouvelle situation « *3arqantiyi akk l'opération, dialyse... you3riyi lhal ousan imanza srawagh kan ouhamalagh ara adhadragh* » (je me suis détruite l'opération, la dialyse s'était dur pour moi les premiers jours je pleure et je n'aime parler a personne) et cette dernière déjà qui l'a contrainte à arrêter ses études. Après cette intervention elle a commencé directement la dialyse, elle fait 3 fois par semaine pour 4 heures, et elle nous annonce que l'environnement à la clinique est très bien et les relations avec l'équipe soignante sont bienveillantes.

Axe 2 : informations sur les manifestations de la résilience et les facteurs de la résilience :

Suite à l'annonce du néphrologue, elle ne croyait pas et n'arrive pas à accepter sa maladie, « *j'ai été choqué, et j'ai eu peur* », elle ajoute « *je refuse de croire que je suis malade* ».

Au début elle avait des difficultés d'adaptation à sa maladie surtout au traitement par dialyse qui présente pour elle une vraie dépendance, elle déclare qu'elle fait 3 fois des séances de dialyse pour 4 heures, « *lwaqthiw irouh dagi ar thmachint* » (mon temps est consacré pour la machine).

Concernant son traitement, notre sujet néglige souvent son régime alimentaire, elle oublie ses médicaments et elle ne prend pas soin de sa santé. Pour le traitement par machine (dialyse) qui constitue pour elle un vrai choc comme elle l'explique « *le premier jour je n'ai pas accepté d'être dialysée c'est douloureux surtout après avoir une intervention chirurgicale pour la fistule* », des moments de silence.... Des pleurs, elle dit c'est très difficile de vivre avec cette maladie et son traitement est lourd. Elle ajoute « *J'ai pleuré en voyant la machine les tuyaux* », elle s'arrête un moment puis reprend « *surtout quand on a informé que je vais vivre toute ma vie comme ça* », mais petit à petit, elle a réussi à accepter sa maladie et de s'avoir comment l'équilibrer « *ousan imanza tqalqag srough, mais thoura mi italayagh l3ibad ntaran khthariw qaraghd hamdoullah thela la solution thala la machine* » (au départ j'étais inquiète et je pleurais son cesse, mais aujourd'hui quand je vois des gens atteints des maladies plus sévères,

je me dis dieux merci et heureusement il y'a cette machine. Je t'explique pourquoi : « *cette maladie a une solution c'est la machine, mais comparons au décès de mon père c'est la même douleur pour moi, mais je ne peux rien y'faire. C'est pour ça que je me disais que cette maladie a une solution* ».

D'après l'entretien avec cette patiente, elle n'est pas soutenue par sa famille sur tout après la mort de son père, elle ne supporte personne elle s'isole tout le temps donc elle préfère être silencieuse dans la vie et croie en dieux « *achakhthid i l3avd agdyini li fiya yakfina donc adachkhthigh i rebi daya c non l3ibad hacha wina amdirnoun* » (quand tu racontes tes problèmes à une personne et ne te donne pas de l'aide donc je préfère les garder), et elle déclare que ces derniers temps elle présente des problèmes du colon nerveux à cause du stress.

Pour l'avenir, elle souhaite d'avoir une greffe, et nous a dit qu'elle va commencer un stage de couturière, elle nous annonce qu'elle souhaite vivre longtemps.

Nous concluons cet entretien en lui donnant la parole à dire, s'il y'a quelque chose à rajouter qui lui sembleront important et que nous n'avons pas abordé avec lui ? Elle nous a répondu « *je n'ai rien à rajouter sahit i khounamti mi iydaslimt* » (je n'ai rien à rajouter merci pour vous de m'avoir écouté). De suite nous l'avons remerciée à notre tour d'avoir accepté de participer à cette recherche et d'avoir été spontanée tout le long de l'entretien.

Synthèse de l'entretien de recherche de Dina :

D'après les données recueillies à travers de cet entretien, Dina semble présenter des sentiments de stress et on remarque une incapacité pour face aux moments difficiles, car l'absence de soutien familial et aussi la mort du père c'est difficile, mais toujours la patiente présente des ressources spirituelles.

5.2 Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Dina :

Tableau n° 8 : tableau des résultats de l'échelle CD- RISC de Dina.

<u>Sous échelles</u>	<u>Score moyen sur le total d'items (%)</u>	<u>Étendue</u>
<u>Sentiment de compétence(32)</u>	<u>50%</u>	<u>16/32</u>
<u>Effets positifs du stress(28)</u>	<u>78%</u>	<u>22/28</u>
<u>Acceptation positive des changements(20)</u>	<u>35%</u>	<u>7/20</u>
<u>Contrôle (12)</u>	<u>16%</u>	<u>2/12</u>
<u>Spiritualité (8)</u>	<u>50%</u>	<u>4/8</u>
<u>Total</u>	<u>51%</u>	<u>51/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Dina a obtenu un score de 51/100, ce qui signifie un caractère résilient faible.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Dina a marqué un sous-score de 16/32 avec un pourcentage de 50%. En répondant sur la dimension presque tous les temps (12), et par la dimension parfois (10, 16, 17, 23, 24, 25) et par la dimension rarement l'item (11). D'après ses réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui ne possède pas une bonne estime de soi, une confiance en soi non suffisante et elle ne croit pas à ses compétences personnelles, cette patiente éprouve une incapacité de pouvoir gérer.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Dina a enregistré un sous-score de 22/28 avec un pourcentage de 78% en répondant à la dimension presque tous les temps justes pour l'item (14, 15, 19). Cependant la dimension souvent pour l'item (18) «si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres» après les items (6, 7) Dina a répondu par la dimension parfois ces réponses expliquent qu'elle a une capacité à gérer les situations du stress, ainsi Dina fait éprouve d'une caractéristique de résilience qui renvoie aux ressources affectives de la résilience le sens de l'humeur ainsi, elle

possède à gérer les émotions négatives pénibles, autant elle dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive dans la régulation des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 7/20 dont le pourcentage 35%, en convenant sur la dimension presque tous les temps pour l'item (5) « les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés » et l'item (1) par la dimension parfois et les items (2, 4, 8) notre sujet a répondu par la dimension pas du tout. Nous constatons que notre sujet de recherche n'arrive pas à s'adapter aux changements, et elle ne présente pas une capacité de résistance faces aux épreuves de la vie ainsi elle ne présente pas un soutien familial.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Dina a obtenu un sous score de 2/12 dont le pourcentage de 16% en accordant aux items (22) la dimension parfois cependant à l'item (13) « *En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide* » notre sujet à accorder la dimension pas du tout et aussi l'item 21 a répondu par la dimension pas du tout. À ce titre nous pouvons dire que Dina ne présente presque aucun contrôle dans sa vie, et elle ne sait pas où trouver sa source d'aide dans les moments difficiles.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Dina a obtenu un sous score de 4/8 pour un pourcentage de 50%, en accordant à l'ensemble des items (3, 9) « Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider » et « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension parfois. Nous déduisons que le côté spirituel prend une moitié et que le côté spirituel n'est pas toujours parmi les aspects des choses.

5.3 Synthèse CD-RISC de Dina :

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche et l'échelle de résilience CD-RISC, Dina a obtenu un score total de 51% ce qui signifie un niveau bas de résiliences avec niveau de sentiment de compétence bas qui atteint 16/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où elle a enregistré un sous-score de 22/28. Cependant Dina a obtenu un sous score de 7/20 qui signifie un degré très bas d'acceptations positives des changements, en ce qui concerne le contrôle, Dina a obtenu un sous score très bas 2 /12. En parlant, de la spiritualité Dina a obtenu un sous-score de 4/8.

Synthèse générale du cas :

En s'étayant sur le score de l'échelle CD-RISC nous constatons que Dina n'a pas tendance de voir les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie, et aussi elle n'arrive pas à accepter les changements qui la surviennent et ainsi un manque de contrôle dans sa vie.

On déduit donc que Dina a un niveau de résilience bas ce qui ne lui permet pas d'arriver à accepter sa maladie. En apercevant ses réponses lors de l'entretien nous pouvons dire que ce niveau bas de résiliences que cette personne ne présente pas le contrôle et a du mal à s'intégrer à de nouveaux changements et notre sujet n'a pas trouvé de l'aide et d'accompagnement. Les données de l'entretien et l'échelle sont concordantes.

7. Cas n° 7 : Kafia**7.1 Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :**

Nous sommes présentés à Kafia, elle a accepté de faire avec nous l'entretien et de répondre à nos questions et elle a montré une grande importance pour notre thématique, elle nous a donné toutes les réponses pour notre entretien, nous l'avons rencontré l'après-midi vers 14 h dans son lit, son entretien a duré environ 30 minutes

Kafia, âgée de 33 ans, elle a eu son bac en 2002, mais elle a arrêté ses études, elle est mariée, elle a trois enfants, une femme au foyer elle a dit : *« que j'avais un jardin des roses quand je sens que je suis stressée je travaille dans mon jardin pour oublier les choses négatives »*.

Axe n°1 les formations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Nous avons rencontré Kafia à la clinique, bien sûr nous sommes présentés comme des étudiantes en deuxième année de master en psychologie clinique, nous avons expliqué notre thématique de recherche, puis elle a accepté de faire partie de notre groupe de recherche, Kafia atteinte l'insuffisance rénale chronique depuis 13 ans et 6 ans sous dialyse, elle présente aussi d'autres maladies : l'anémie et aussi l'hypertension artérielle.

D'après notre entretien et notre discussion elle déclare le début de sa souffrance, elle est atteinte de cette maladie depuis 2010 : *« j'ai suivi un régime alimentaire spéciale de médecin néphrologue pour mes reins, et en 2017 j'ai commencé la dialyse jusqu'à ce jour la »* elle nous a dit *« je sais que je vais tomber malade avec cette maladie puisque ma grande mère elle souffre aussi de cette maladie même si j'ai suivi toutes les consignes du médecin, mais cette maladie elle est difficile à éviter, alors j'ai commencé mes séances de dialyse 3 fois par semaine et je suis un traitement et plusieurs médicaments comme Zanitra-plus, Un-Alpha, Furozal de*

500g, ma maladie elle est difficile à équilibrer même si elle a influencé sur mon corps et toujours je suis faible mon premier jour de faiblesse c'est le jour où le médecin a annoncé ma maladie un terrible jour le plus grand cauchemar de ma vie ».

Kafia elle parle bien français tous ses réponses avec la langue française, elle trouve comme une simple façon pour bien exprimer.

Axe n°2 informations sur les manifestations de la résilience et les facteurs de résilience

Kafia, déclaré pour nous que le moment d'annonce de sa maladie elle a pleuré « *j'ai pleuré j'avais peur de mourir* » elle a une angoisse de la mort, elle a été aussi dégoûtée et découragée, mais avec le soutien de sa famille tout est bien passé, elle nous a dit son mari il était proche plus qu'avant et aussi ses frères et sa mère, une importance positive des sentiments et d'énergie positive et même l'équipe soignante elle était magnifique avec elle et son médecin il a été sympa avec elle, on a posé une question est-ce qu'elle a commencé l'adaptation de ce changement elle nous a dit dans « *ce moment mes pensées et mon corps ont commencé l'adaptation de ce mode de vie je me sens aujourd'hui je suis bien et calme, je suis prête pour les prochains jours, avoir mes enfants en bonne santé et aussi ma famille* » nous avons demandé que il y a des choses importantes à ajouter elle nous a dit j'ai rien à ajouter sauf je vous souhaite une grande réussite.

Synthèse de l'entretien de kafia :

D'après les données recueillies à travers cet entretien, kafia présente des indicateurs significatifs d'une présence d'une résilience, elle a réussi à contrôler l'annonce de sa maladie, elle possède une capacité de dépasser la souffrance, nous pouvons dire que l'ensemble de ces critères font de kafia une personne résiliente. Quant aux facteurs de résilience, il nous semble que le soutien familial et les croyances religieuses sont présents dans ce cas.

7.2 Présentation des résultats de l'échelle CD-RISC cas de Kafia :

Tableau n° 13 : tableau des résultats de l'échelle de résilience CD-RISC cas de Kafia :

<u>Sous échelles</u>	<u>Score moyen sur le</u>	<u>Étendue</u>
	<u>total d'items (%)</u>	
<u>Sentiment de</u> <u>compétence (32)</u>	<u>93%</u>	<u>30/32</u>
<u>Effets positifs du</u> <u>stress (28)</u>	<u>82%</u>	<u>23/28</u>
<u>Acceptation</u> <u>positive des</u> <u>changements (20)</u>	<u>95%</u>	<u>19/20</u>
<u>Contrôle (12)</u>	<u>83</u>	<u>10/12</u>
<u>Spiritualité (8)</u>	<u>100</u>	<u>8/8</u>
<u>Total</u>	<u>90%</u>	<u>90/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, concernant les facteurs de la résilience, par ces résultats nous remarquons que Kafia a obtenu un score total trop élevé à 90%, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Kafia a marqué un sous-score de 30/32 avec un pourcentage de 93%. En répondant sur la dimension presque tous les temps pour les items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25). D'après ses réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, une confiance en soi suffisante, avec une croyance en efficacité de compétences personnelles et la disposition d'un répertoire de solutions en répondant aux circonstances environnementales.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Kafia a enregistré un sous score 23/28 avec un pourcentage de 82 %, en répondant à la dimension souvent pour les items (6,7, 14, 18,20) et répondant à la démentions presque tout le temps pour les items (19,15) « Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère ». « Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions ». Kafia présente une bonne capacité de gestion des

sentiments négatifs, et qu'elle lui permet de prendre des décisions dans mes situations difficiles pour régler des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 19 /20 dont le pourcentage estimé et 95% en convenant sur la dimension presque tout le temps pour les items (2, 4, 5, 8). Cependant pour l'item (1) à accorder la dimension souvent. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter presque à tous les changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi qu'elle possède une capacité de rebondir importante et après des avoires vécus des situations délicates.

Pour le quatrième sous échelle nommée contrôle, Kafia a obtenu un sous score de 10/12 pour un pourcentage estimé 83%, en accordant l'item (13) « En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide », la dimension presque tout le temps pour les items (21,22) « Je sais où je veux aller dans la vie », « Je sens que je maîtrise ma vie » Kafia a accorder la dimension souvent. D'après ses réponses nous pouvons dire que souvent Kafia sait où elle va aller dans la vie donc elle possède une difficulté de contrôler sa vie.

En parlant de dernier sous échelle qui présente la spiritualité, Kafia a obtenu un sous score de 8/8 points pour un pourcentage de 100%, encordant l'item (3) « Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider » la dimension presque tout le temps et à l'item (9) « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension presque tout le temps. Nous déduisons que le côté spirituel est parmi les aspects qui ont contribué à développer le processus de résilience de Kafia.

7.3 Synthèse CD-RISC de Kafia :

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisant que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qui elle permette de se construire et se développer de manière harmonieuse après avoir vécu des épreuves pénibles. Ainsi elle possède une capacité d'adaptation de tous les changements de vie, et la réussite de résoudre tous les problèmes, une bonne capacité d'anticiper et de planifier, et ayant un sens de l'humour et une croyance en dieu et le destin, enfin avec tous ces critères font d'elle une personne résiliente.

Synthèse générale du cas

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique, Kafia présente un vécu plus au moins bon d'après ses déclarations lors de l'entretien, dû à l'éventuelle souffrance

psychologique engendrée par la difficulté de vivre avec la dialyse. Cependant d'après ses réponses nous avons remarqué qu'elle est triste de sa situation, il y'a un sentiment de confiance en soi puisqu'il y'a une satisfaction émotionnelle de son entourage et de sa famille ainsi, son mari, d'ailleurs nous pouvons dire que Kafia possède d'une puissance et d'une souplesse pour accepter sa maladie.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Kafia a obtenu un score total de 90 % ce qui signifie un niveau de résilience important avec niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 30/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où il a enregistré un sous-score de 23/28. Cependant Kafia a obtenu un sous score de 19/20 qui signifie un degré élevé d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Kafia a obtenu un sous score moyen de 10/12. En parlant de la spiritualité, Kafia a marqué un sous-score élevé de 8/8 points,

8. Cas n° 08 : Kahina :**8.1 Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :**

Nous avons passé notre entretien avec Kahina elle était contente puisqu'on a choisi cette thématique puisqu'elle voulait nous raconter l'histoire de sa maladie, car notre thématique elle se base sur cette maladie, elle nous a permis de poser toutes les questions de notre guide d'entretien, nous l'avons rencontrée le matin quand les infirmières ont terminé le branchement à 9h dans son lit, la durée de l'entretien est de 40 minutes.

Kahina âgée de 38 ans, mariée, elle n'a pas d'enfant, elle travaille déjà comme une comptable, mais elle a arrêté le travail à cause de son mari, elle nous a dit que son mari n'aime pas quand je sors de la maison même si j'ai un master deux.

Axe N° 1 : Information sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Nous nous sommes rencontrés Kahina à la clinique, nous nous sommes présentés comme des étudiantes en master deux en psychologie clinique, bien sûr on a pu passer tous les guides, Kahina est atteinte de l'insuffisance rénale chronique depuis 5 ans. Elle présente une autre maladie, l'hypertension artérielle.

D'après nos questions sur la maladie elle nous a dit j'ai senti des douleurs insupportables après elle a consulté un néphrologue il l'a donné un régime à suivre et des médicaments, en 2018 j'ai fait la fistule au niveau d'Alger et elle a commencé mes 3 séances par semaine, ce moment j'ai arrêté les médicaments après elle a fait juste la dialyse et elle prend les vitamines puisque « je sens mon corps s'al faiblir grave c'est pas comme avant » elle nous a dit je veux avoir des enfants « *mais toujours j'ai peur de la mort j'ai peur de laisser mon enfant seul* » aussi elle a dit « *je ne sais pas pourquoi le dieu il m'a donné cette maladie malgré il n'y a personne de ma famille qui souffre de cette maladie, mais toujours il faut dire merci au dieu même si je suis triste tout le temps* ».

Axe n°2 informations sur les manifestations de la résilience et les facteurs de résilience :

Kahina, a déclaré pour nous que le moment de l'annonce de sa maladie elle l'a faite avec son mari, elle a dit « *j'ai vu les étoiles la vie elle tourne, j'ai senti la mort devant moi, quand je suis entré à la maison j'ai annoncé cette maladie à ma famille ma mère et mes frères* » la réaction un choc un stress, sa famille et son mari l'ont donné de l'aide financière et sentimentale, pour le comportement positif de l'équipe soignante et le médecin tout va bien.

On a remarqué qu'elle n'aime pas son corps comme avant elle nous a dit « *j'ai perdu ma taille, ma beauté, mais toujours je garde l'espoir de vivre bien avec ma famille* », après nous avons demandé de rajouter quelque chose et elle nous a dit « *je n'ai rien à ajouter pour vous sauf si je veux vous dire bonne chance pour votre mémoire* ».

Synthèse de l'entretien :

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Kahina présente des indicateurs significatifs d'une présence d'une résilience, elle a réussi à contrôler l'annonce de sa maladie, elle possède une capacité de dépasser la souffrance, nous pouvons dire que l'ensemble de ces critères font de Kahina une personne résiliente. Quant aux facteurs de résilience, il nous semble que le soutien familial et son niveau d'acceptation positive des changements et les croyances religieuses sont présents dans ce cas.

8.2 Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Kahina

Tableau n°14 : Tableau des résultats de l'échelle de résilience CD-RISC cas de Kahina

<u>Sous échelles</u>	<u>Score moyen sur le total</u>	<u>Étendue</u>
	<u>d'items (%)</u>	
<u>Sentiment de compétence(32)</u>	<u>78%</u>	<u>25/32</u>
<u>Effets positifs du stress(28)</u>	<u>78%</u>	<u>22/28</u>
<u>Acceptation positive des changements(20)</u>	<u>90%</u>	<u>18/20</u>
<u>Contrôle (12)</u>	<u>100%</u>	<u>8/12</u>
<u>Spiritualité (8)</u>	<u>66%</u>	<u>8/8</u>
<u>Totale</u>	<u>81%</u>	<u>81/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Kahina a obtenu un score total élevé de 81%, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Kahina a marqué un sous-score de 25/32 avec un pourcentage de 78%. En répondant sur la dimension

souvent pour les items (, 16, 10, 11, 12, 24), et la dimension presque tout le temps pour les items (17, 25), à l'exception de l'item (23) « sous pression, je reste concentré et je réfléchis clairement » Kahina a répondu sur la dimension parfois. Au-delà nous pouvons dire que Kahina possède une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité de compétences personnelles, elle dispose d'un répertoire de solutions qui lui permet parfois de faire face à un événement ou un problème.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression Kahina a enregistré un sous score de 22/28 avec un pourcentage de 78%, en répondant à la dimension presque tout le temps pour l'item (19, 6,7) cependant la dimension souvent renvoie aux items (15, 20). En revanche pour les items (14, 18,) Kahina a concordé la dimension parfois. Ses réponses expliquent qu'elle possède un sens de l'humour moyen ainsi qu'une capacité normale de gestion des sentiments négatifs, autant elle dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive qu'elle lui permet de prendre des décisions tragiques dans quelques situations délicates, ce qui offre une capacité de débrouiller des problèmes.

Concernant la troisième sous échelle nommée Acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 18/20 dont le pourcentage estimé et 90%, en convenant sur la dimension souvent pour l'item (2, 4). La dimension presque tout le temps pour l'item (1, 5,4.) Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie ainsi que nous constatons une capacité a réglé les situations délicates.

Pour le la quatrième sous échelle nommée contrôle, Kahina a obtenu un sous score de 8/12 pour un pourcentage estimé à 66%, la démontions souvent pour les items (13, 22) « En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide », « je sens que je maîtrise ma vie ». En particulier a l'item (22) « Je sens que je maîtrise ma vie » Kahina a accorder la dimension parfois pour l'item (21), « je sais où je veux aller dans la vie » d'après ses réponses nous pouvons dire que Kahina par accès elle sait où elle va aller dans la vie donc elle possède une capacité moyen de contrôler sa vie, ainsi elle maîtrise souvent ses crises en moment de stresse.

En parlant le dernier sous échelle qui présente la spiritualité, Kahina a obtenu un sous score de 8/8 points pour un pourcentage de 100%, encordant à des items (3) « Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider » la dimension presque tout le temps et a l'item (9) « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se

produisent pas sans raison » la dimension presque tout le temps. Nous déduisons que le côté spirituel est parmi les facteurs qui ont développé le processus de résilience de Kahina.

8.3 Synthèse CD-RISC de Kahina

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisant que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qui lui permet de se construire et de se développer positivement dans les situations difficiles. Ainsi elle possède une capacité d'adaptation de réussite en tous les changements surviennent, et ayant un sens de l'humour et une force de croyance en Dieu, ces critères font d'elle une personne résiliente.

Synthèse générale du cas

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique, Kahina présente un vécu psychologique d'après ses déclarations de lors l'entretien, dû à l'éventuelle souffrance psychologique engendrée par la difficulté d'avoir une vie comme tout le monde avec un vrai rein. Cependant d'après ses réponses nous avons remarqué qu'elle a ressenti une émotion positive forte de son entourage et sa famille d'ailleurs nous pouvons dire que Kahina possède d'une puissance forte pour réduire toute seule et soulager tous les sentiments de conflit.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Kahina a obtenu un score total de 81% ce qui signifie un niveau de résilience important avec niveau de sentiment de compétence qui atteint 25/32 points. Et un niveau des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où elle a enregistré un sous-score de 22/28. Cependant Kahina a obtenu un sous score de 18/20 qui signifie un degré élevé d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Kahina a obtenu un sous score moyen de 8/12. En parlant de la spiritualité Kahina a marqué un sous-score élevé de 8/8 points.

9. Cas N° 9 : Najat

9.1 La présentation d'entretien de recherche semi-directif de cas Najat

Nous sommes présenté à Najat, elle a accepté de faire avec nous l'entretien et de répondre sur toutes les questions avec une grande gentillesse, nous l'avons rencontré l'après-midi vers 13 h dans son lit, son entretien à durée 35 minutes, Najat est âgé de 27ans, célibataire elle a arrêté ses études en niveau quatrième année moyen elle ne travaille pas.

Axe n°1 : les formations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Najat est atteint l'insuffisance rénale chronique depuis 4 ans. Elle ne présente aucune autre maladie sauf l'anémie. D'après notre entretien notre patient nous a raconté le début de sa

souffrance, elle nous a dit « *le début de ces des douleurs et aussi des gonflements dans l'abdomen et le dos, ma maladie a été diagnostiquée depuis 2017 chez le médecin néphrologue elle m'a dit tes reins ne fonctionnent pas normal il y'a certains symptômes de la maladie rénale, après il m'a donné un régime, le médecin il m'a donné un régime de 12 mois c'est interdit de manger le potassium et de protéines un régime très difficile à appliquer, mais toujours je souffre d'une faiblesse et de fatigue et toujours j'ai un problème de la tension* » .

Sa dernière consultation avec le médecin « *il m'a dit que tu as besoin de dialyse et il faut placer la fistule et, je vais commencer les séances de dialyse, 3 fois par semaine et un suivi de traitement : le fer, toujours je sens que je suis fatiguée mon corps n'est pas comme avant, je n'ai pas des informations sur cette maladie puisque je suis la seule qui est atteinte de cette maladie* ».

Axe n°2 informations sur la manifestation de la résilience et les facteurs de résilience :

Cette annonce de sa maladie « *elle m'a rendu comme une folle un grand choc, je suis jeune ma triste jeunesse, ma famille exactement ma mère elle été vraiment choquée ils ont essayé de me donner un soutien avec les mots positive, et le groupe de médecin ils ont essayé aussi de me soulager, mais toujours mon corps ce n'est pas comme avant, mais toujours il y a l'espoir de faire une greffe rénale* ». À la fin elle nous a dit « *je n'ai rien à ajouter pour vous sauf si je veux vous dire bonne chance pour votre mémoire* ».

Synthèse de l'entretien de Najat :

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Najat présente des indicateurs significatifs d'une présence d'une résilience, elle a réussi à contrôler l'annonce de sa maladie, elle possède une capacité de dépasser la souffrance et d'accepter les changements et nous pouvons dire que l'ensemble de ces critères font de Najat est une personne résiliente. Quant aux facteurs de résilience, il nous semble que le soutien familial et les croyances religieuses sont présents dans ce cas.

9.2 Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Najat :

Tableau n° 15 : Tableau des résultats de l'échelle de résilience CD-RISC cas de Najat :

<u>Sous échelles</u>	<u>Score moyen sur le total d'items (%)</u>	<u>Étendue</u>
<u>Sentiment de compétence</u>	<u>93%</u>	<u>30/32</u>
<u>Effets positifs de stress</u>	<u>71%</u>	<u>20/28</u>
<u>Acceptation positive de changement</u>	<u>95%</u>	<u>19/20</u>
<u>Contrôle</u>	<u>83%</u>	<u>10/12</u>
<u>Spiritualité</u>	<u>100%</u>	<u>8/8</u>
<u>Totale</u>	<u>87 %</u>	<u>87/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Najat a obtenu un score total élevé de 87%, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Najat a marqué un sous-score de «30/32 avec un pourcentage de 93%. En répondant sur la dimension presque tout le temps pour les items (24, 10, 17, 11, 25), et la dimension souvent pour les items (12, 23). Au-delà nous pouvons dire que Najat possède une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité de compétences personnelles, elle dispose d'un répertoire de solutions qui la permet de faire face aux événements stressants et les problèmes de vie.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Najat a enregistré un sous-score de 20/28 avec un pourcentage de 71%, en répondant à la dimension presque tout le temps pour l'item(15) « je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions » et les items (19, 20, 7, 6) cependant la dimension souvent renvoie aux items (14, 18) items (14) «sous pression, je reste concentré et je réfléchis clairement) » et l'item (18) «Si cela est nécessaire, je peux prendre de décisions difficiles et impolies qui affecte les autres» ce pendant la dimension par fois ses réponses expliquent qu'elle possède un sens de l'humour très élevé ainsi qu'une bonne capacité de gestion des sentiments négatifs, autant elle dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive.

Concernant la troisième sous échelle nommée acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 19/20 dont le pourcentage estimé est 95%, en convenant sur la dimension souvent pour l'item (8) « j'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves » cependant pour les items (1,2,4,5) Najat a accordé la dimension presque tout le temps. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance à s'adapter à tous les changements, et une capacité de résistance face aux épreuves.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Najat a obtenu un sous score de 10/12 pour un pourcentage estimé 83%, en accordant aux items (13) « En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide », et (21) « Je sais où je veux aller dans la vie » la dimension souvent. En particulier à l'item (22) « Je sens que je maîtrise ma vie » Najat a accordé la dimension presque tout le temps. D'après ses réponses nous pouvons dire que Najat sait où elle va dans la vie donc elle possède une capacité de contrôler sa vie, ainsi elle maîtrise souvent ses crises en trouvant la meilleure façon pour le réduire.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Najat a obtenu un sous score de 8/8 points pour un pourcentage de 100%, en accordant à des items (3,9) « Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider » et l'item (9) « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension presque tout le temps. Nous déduisons que le côté spirituel est parmi les aspects qui ont contribué à développer le processus de résilience de Najat.

9.3 Synthèse CD-RISC de Najat

D'après l'ensemble des scores obtenus dans l'échelle CD-RISC nous déduisons que notre cas dispose d'un potentiel pour gérer les adversités, ce qu'elle lui a permis de se construire et se développer de manière harmonieuse après avoir vécu des épreuves pénibles. Ainsi elle possède d'une capacité d'adaptation de réussite en dépit de circonstances difficiles, et bonne capacité d'anticiper et de planifier les choses, et ayant une croyance en Dieu ces critères font d'elle une personne résiliente. Puisqu'elle a trouvé plusieurs facteurs comme la famille et l'entourage et sa spiritualité.

Synthèse générale du cas

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique, Najat présente un vécu psychologique plus au moins bon d'après ses déclarations lors de l'entretien, dû à l'éventuelle souffrance psychologique engendrée par une souffrance de sa maladie rénale à son âge.

Cependant d'après ses réponses nous avons remarqué qu'elle réagit avec un sentiment de courage malgré toute sa souffrance, mais avec l'émotion positive qu'elle ressent avec son entourage elle a cette capacité d'être forte.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Najat a obtenu un score total de 87% ce qui signifie un niveau élevé de résilience important avec niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 30/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression ou elle a enregistré un sous-score de 20/28. Cependant Najat a obtenu un sous score de 19/20 qui signifie un degré élevé d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Najat a obtenu un sous score moyen de 8/12. En parlant de la spiritualité, Najat a marqué un sous-score élevé de 8/8 point.

On déduit donc, que Najat a un niveau de résilience bénéfique et élevé et aussi a une façon d'acceptation agréable de toutes les situations malgré elle est jeune.

10. Cas n° 10 : Khadîdja

10.1 La présentation d'entretien de recherche semi-directif de cas Khadîdja

Nous avons passé notre entretien sur Khadîdja d'après son consentement, elle était intéressée par ce que nous avions, elle était contente puisqu'elle voulait parler et s'exprimer librement de sa maladie, elle nous a permis de poser toutes les questions de notre guide d'entretien, nous l'avons rencontrée le matin quand les infirmières ont terminé le branchement presque à 9 h dans son lit, la durée de l'entretien est de 30 minutes.

Khadîdja elle a 37 ans mariée, elle a deux enfants, elle était une enseignante de français, mais elle a arrêté de travailler à cause de sa maladie, elle nous a dit qu'elle ne peut pas prendre la responsabilité des élèves puisqu'elle se sent faible dans la classe même si elle aimait son métier.

Axe N°1 les formations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

Nous avons rencontré Khadîdja à la clinique, nous sommes présentés comme des étudiantes en deuxième année master en psychologie clinique nous avons expliqués notre thématique de recherche et elle a accepté de faire partie de notre groupe de recherche, Khadîdja atteinte l'insuffisance rénale chronique depuis 2 ans. Elle ne présente aucune autre maladie sauf l'hypertension artérielle.

D'après notre entretien notre patiente nous racontés le début de sa souffrance avec un visage triste « *di tazwara newighas daqrah n l3ada yenu mi tekemil weqrah, aken ruhegh ar tivvth n tlawin thanayid yezmer ttegazalim, fekayid thavratte ar teviv n tegazal yenayid vedel sifa n*

ttegazalim » (elle nous a dit au début j'ai cru que ses des douleurs de mon cycle menstruel, mais toujours je souffre après j'ai consulté une gynécologue elle m'a dit je pense tes reins son malade, elle m'a donné une lettre d'orientation directe j'ai consulté un néphrologue il m'a dit il y'a un changement de la couleur de tes reins), « *teviv fekayid adachagh lmakla ous3inara potassium akk d le protéine, yu3ar iwaken tav3agh kolas tehusugh imaniw fabligh* » (le médecin il m'a donné un régime de 10 mois il m'a interdit de manger le potassium et de protéines il m'a donnée un régime très difficile a appliqué, mais toujours je souffre d'une faiblesse et une fatigue) et toujours j'ai un problème de l'hypertension artérielle.

« *Mi ughalegh teviv yenayid thehwajed dialyse ilaq ttekhemed fistule ni afusiw adevdugh 3 wusan g Semana vedaniyi s 3 seway3 mi 3eda wagur vedaniyi 4 seway3* » (après une consultation le médecin il m'a dit tu as besoin de dialyse et il faut placer la fistule pour tu pourras commencer tes sciences de dialyse pour trois fois par semaine, j'ai démarré par 3 heures après le premier mois j'ai démarré quatre heures de dialyse), elle nous a dit qu'elle n'a pas imaginé toute cette souffrance et elle se sent perdue dans sa vie mes rêves ma santé le bonheur de ma famille.

Elle nous dénonce qu'aucune personne dans ma famille ne souffre de cette maladie, mais je n'ai rien à dire le Dieu me teste alors on peut dire c'est le destin.

Elle nous a raconté l'histoire de sa maladie avec la langue maternelle même si elle a maitrisé la langue française, mais toujours elle trouve sa liberté d'expression pour ajouter d'autres chose comme sa religion et le destin de dieu, elle trouve la langue maternelle comme une technique pour raconter ses sentiments fragiles.

Axe n°2 l'information sur manifestation de la résilience et les factures de résilience :

Khadîdja, déclaré pour nous que le moment d'annonce de sa maladie « *Lighd wargaziw mi dina tevive dacu lhlakiw mi newighara yu3er anctha dewaynes* » (elle a été avec son mari. Mais je n'ai pas pensé la difficulté de traitement, mon mari il m'a dit chaque maladie a un médicament, au début j'ai cru que c'était comme toutes les maladies).

On trouve que Khadîdja se sent stressé en disant « *lehlak agi yerayi ouzemirghra aqavlegh havlagh yerwiyi dunithiw* » (cette maladie m'a rendue folle ou je ne peux pas me battre et elle m'a détruit).

Khadîdja a de bonnes relations avec sa mère et son mari, elle a trouvé toute l'aide financière et même la prise en charge, la patiente nous a souligné qu'elle a bénéficié d'un grand soutien

familial, puisque son entourage et sa proche famille n'ont jamais cru qu'elle va être atteinte de cette maladie, après avoir su cette maladie la relation familiale est devenue plus solide et surtout avec sa mère. Khadîdja a eu de la chance d'avoir les meilleurs voisins qui ont donné l'aide pour lui garder ses enfants le moment de dialyse.

Et ce qui concerne ses relations avec l'équipe soignante, Khadîdja ne déplore aucun problème, tout le monde est gentil avec elle.

Pour l'avenir Khadîdja, elle souhaite d'être en bonne santé et elle va voir de bonnes relations avec son mari en disant « *je veux vivre heureuse avec mes enfants et mon mari, et je souhaite la réussite pour mes enfants et aussi vivre avec un espoir de se greffer* ».

Synthèse de l'entretien de Khadîdja :

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Khadîdja présente des indicateurs significatifs d'une présence d'une résilience, elle a réussi à contrôler l'annonce de sa maladie, elle possède une capacité de dépasser à tous les changements, nous pouvons dire que l'ensemble de ces critères font de Khadîdja une personne résiliente. Quant aux facteurs de résilience, il nous semble que le soutien familial et les croyances religieuses sont présents dans ce cas.

10.2 Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Khadija

Tableau n° 16 : Tableau des résultats de l'échelle de résilience CD-RISC de Khadija

<u>Sentiment de compétence</u>	<u>78%</u>	<u>25/32</u>
<u>Effets positifs de stress</u>	<u>75%</u>	<u>21/28</u>
<u>Acceptation positive de changement</u>	<u>85%</u>	<u>17/20</u>
<u>Contrôle</u>	<u>75%</u>	<u>9/12</u>
<u>Spiritualité</u>	<u>100%</u>	<u>8/8</u>
<u>Totale</u>	<u>80%</u>	<u>80/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Khadîdja a obtenu un score total élevé de 80%, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Khadija a marqué un sous-score de 25/32 avec un pourcentage de 78%. En répondant sur la dimension presque tout le temps pour les items (10, 11,25), et la dimension souvent pour les items (12, 16, 17, 24) à l'exception de l'item (23) « J'aime les défis » Khadîdja a répondu sur la dimension rarement. Au-delà nous pouvons dire que Khadîdja possède une confiance en soi, elle a des compétences personnelles élevées.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Khadîdja a enregistré un sous-score de 21/28 avec un pourcentage de 75%, en répondant à la dimension presque tout le temps pour les items (15, 14, 18,19) et l'item (20) « lorsque fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi ». Cependant la dimension souvent renvoie aux items (7, 6) « devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e) » et l'item (6) « j'essaie d'avoir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes » Khadîdja a concordé la dimension parfois. Ses réponses expliquent qu'elle possède un sens de l'humour très élevé ainsi qu'une bonne capacité de gestion des sentiments négatifs, autant elle dispose d'une capacité émotionnelle et cognitive lui permettant de prendre des décisions tragiques dans mes situations délicates.

Concernant la troisième sous échelle nommée acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 17/20 dont le pourcentage estimé et 85%, en convenant sur la dimension souvent pour l'item (1). « Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent » cependant pour l'item (8) « j'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves » Khadija a accordé la dimension parfois. Nous constatons que notre sujet de recherche dispose d'une tendance a s'adapter aux changements, et une capacité de résistance face aux épreuves de la vie.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Khadîdja a obtenu un sous score de 9/12 pour un pourcentage estimé 75%, en accordant aux items (13) « En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide », et la dimension presque tout le temps et (21) « Je sais où je veux aller dans la vie » la dimension parfois. En particulier à l'item (22) « Je sens que je maîtrise ma vie » Khadîdja a accordé la dimension souvent. D'après ses réponses nous pouvons dire que Khadîdja elle possède une capacité de contrôler sa vie, ainsi elle maîtrise souvent ses crises en trouvant les meilleures solutions.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Khadîdja a obtenu un sous score de 8/8 points pour un pourcentage de 100%, encordant à des items (3) « Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent m'aider » la dimension presque tout le temps et à l'item (9) « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension parfois. Nous déduisons que Khadija un niveau très élevé de spiritualité tellement elle a une croyance en dieu.

Synthèse générale du cas

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique, Khadîdja présente un vécu psychologique plus au moins bon d'après ses déclarations lors de l'entretien, la difficulté d'avoir une vie comme avant avec sa famille surtout ses petites enfants. Cependant d'après ses réponses nous avons remarqué qu'elle est attachée à son entourage surtout ses enfants, d'ailleurs nous pouvons dire que Khadîdja possède d'une puissance dont elle fait recourue afin d'affronter toutes les épreuves délicates de la vie.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Khadîdja a obtenu un score total de 80% ce qui signifie un niveau de résilience important avec niveau de sentiment de compétence remarquable qui atteint 25/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où elle a enregistré un sous-score de 21/28. Cependant Khadîdja obtenu un sous score de 17/20 qui signifie un degré modéré d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Khadîdja a obtenu un sous score moyen de 9/12. En parlant de la spiritualité Khadîdja a marqué un sous score élevé de 8/8 points on déduit donc, que Khadîdja a un niveau de résilience bénéfique de résilience qui permet pour elle de contenir sa vie personnelle et réduire toutes les confrontations de la vie.

11. Cas n° 11 : Lynda

11.1 La présentation d'entretien de recherche semi-directif de cas Lynda

Nous avons passé notre entretien sur Lynda et nous avons été accueillis avec gentilles elle nous a permis de poser toutes les questions de notre guide d'entretien, nous l'avons rencontrée le matin quand les infirmières terminées, le branchement presque à 9 h dans son lit la durée de l'entretien est de 25 minutes.

Lynda a 50 ans mariée, elle n'a pas d'enfant, elle ne travaille pas et elle n'est jamais rentrée à l'école.

Axe N°1 les informations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse

Lynda est malade depuis 8 ans et elle a commencé la dialyse depuis 7ans elle nous a dit « *j'ai consulté un néphrologue il m'a dit et elle a un changement de la couleur des reins après il m'a donné un régime à suivre pendant 12 mois, mais il n'a pas de réponse alors il m'a dit c'est le moment de la fistule préparé vous pour les sciences de dialyse après une souffrance avec la fistule les douleurs insupportables j'ai commencé mes science trois fois par semaine alors c'est le début de combat avec les traitements comme Un-Alfa ,et quelques vitamines, mais maintenant ce n'est pas comme avant je suis un peu stable* ».

Axe n° 2 l'information sur manifestation de la résilience :

L'annonce de diagnostic « *lhlak agi yerwiyi dunithiw ula ttawacultiw* » (cette maladie ma détruite ma vie complètement j'étais violemment choqué et ma famille) aussi, elle sent un soutien énorme de son entourage et le groupe de médecin, « *thura yellha ame ligh thura qa3dagh* » aujourd'hui ma situation elle est stable, on a donné la question est ce que tu as quelque chose à rajouter et elle a répondu : « *elle nous a dit bonne chance pour votre mémoire* ».

Synthèse de l'entretien de Lynda :

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Lynda présente des indicateurs significatifs d'une présence d'une résilience, elle a réussi à contrôler l'annonce de sa maladie, elle possède une capacité de dépasser les obstacles, nous pouvons dire que l'ensemble de ces critères font de Lynda une personne résiliente. Quant aux facteurs de résilience, il nous semble que le soutien familial et le sentiment de compétence forte et l'acceptation positive de changements et les croyances religieuses sont présents dans ce cas.

11.2 Présentation de l'échelle CD-RISC cas de Lynda

Tableau n° 17 : Tableau des résultats de l'échelle de résilience CD-RIS de Lynda

<u>Sentiment de compétence</u>	<u>93%</u>	<u>30/32</u>
<u>Effets positifs de stress</u>	<u>85%</u>	<u>24/28</u>
<u>Acceptation positive de changement</u>	<u>100%</u>	<u>20/20</u>
<u>Contrôle</u>	<u>100%</u>	<u>12/12</u>
<u>Spiritualité</u>	<u>100%</u>	<u>8/8</u>
<u>Totale</u>	<u>94%</u>	<u>94/100</u>

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'échelle CD-RISC, par ces résultats nous remarquons que Lynda a obtenu un score total élevé de 94%, ce qui signifie un caractère résilient.

À propos de la première sous échelle qui présente le sentiment de compétence, Lynda a marqué un sous-score de 30/32 avec un pourcentage de 93%. En répondant sur la dimension presque tout le temps pour les items (17, 16, 11, 25, 24), et la dimension souvent pour les items (12, 10, 2, 3) au-delà nous pouvons dire que Lynda possède une confiance en soi elle a des compétences personnelles élevées.

Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante aux effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression, Lynda a enregistré un sous-score de 24/28 avec un pourcentage de 85%, en répondant à la dimension presque tout le temps pour les items (7, 14, ,19) et l'item (18) « quand fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi ». Cependant la dimension parfois renvoie aux items (3, 15, 6) Lynda à concorder la dimension souvent. Ses réponses expliquent qu'elle possède un sens de l'humour très élevé ainsi qu'une bonne capacité de gestion des sentiments, autant elle dispose d'une capacité cognitive qui la permet de prendre des décisions tragiques dans toute situation délicate.

Concernant la troisième sous échelle nommée acceptation positive des changements, notre sujet a obtenu un sous score de 20/20 dont le pourcentage estimé et 100%, en convenant sur la dimension presque tout le temps pour les items (1,2, 4, 5, 8). Nous constatons que notre sujet

de recherche dispose d'une tendance à s'adapter aux changements, et d'une capacité de résistance élevée face aux épreuves de la vie.

Pour la quatrième sous échelle nommée contrôle, Lynda a obtenu un sous score de 12/12 pour un pourcentage estimé 100%, en accordant aux items (13, 21, 22) d'après ses réponses nous pouvons dire que Lynda elle possède une capacité de contrôler sa vie, ainsi elle maîtrise souvent ses crises avec le silence et elle trouve les meilleures solutions.

En parlant de la dernière sous échelle qui présente la spiritualité, Lynda a obtenu un sous score de 8/8 points pour un pourcentage de 100%, en accordant à l'item (3) « Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider » la dimension presque tout le temps et à l'item (9) « Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison » la dimension parfois. Nous déduisons que Lynda un niveau très élevé de spiritualité tellement elle a une croyance forte en dieu.

Synthèse générale du cas

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique Lynda, présente un état psychologique plus au moins bon d'après ses déclarations lors de l'entretien, la difficulté d'avoir une vie comme avant avec son mari. Cependant d'après ses réponses nous avons remarqué qu'elle est attachée à son entourage surtout la mort de sa mère, d'ailleurs nous pouvons dire que Lynda possède d'une puissance fort pour traiter les problèmes de sa vie.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Lynda a obtenu un score total de 94%, ce qui signifie un niveau de résilience important et très élevé avec niveau de sentiment de compétence remarquable qui atteint 30/32 points. Et un niveau modéré des effets positifs de stress nommé aussi contrôle émotionnel et cognitif sous la pression où elle a enregistré un sous-score de 24/28. Cependant Lynda obtenu un sous score de 20/20 qui signifie un degré modéré d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Lynda a obtenu un sous score élevé de 12/12. En parlant de la spiritualité Lynda a marqué un sous-score élevé de 8/8 point. On déduit donc, que Lynda un niveau de résilience bénéfique et un degré de la résilience remarquable qui permet pour elle de contenir sa vie réduire toutes les confrontations de la vie.

2. Discussion des hypothèses

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos 11 cas, nous arrivons à la dernière partie de ce chapitre, où nous allons discuter notre hypothèse pour pouvoir répondre à la question de notre problématique, et ce dans le but d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse. En guise de

rappel, notre objectif est d'étudier la présence de la résilience des patientes hémodialysées. Pour ce faire, nous nous sommes appuyés sur les données obtenues des deux outils de recherche que nous avons utilisés, à savoir l'entretien de recherche semi-directif, l'échelle de résilience Connor-Davidson Resilience Scale, Le CD-RISC. Nous présentons ici la discussion de tous les résultats obtenus à partir des cas que nous avons étudiés. On commence par représenter l'hypothèse en guise de rappel pour le lecteur :

Hypothèse : Oui, il existerait une résilience psychologique chez les femmes atteintes une insuffisance rénale chronique hémodialysées. Les facteurs de résilience psychologique en question diffèrent d'un sujet à un autre.

La discussion commencera par la présentation du tableau qui récapitule les résultats de la recherche.

Tableau n° 18 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'échelle CD-RISC :

<u>Sujet de recherche</u>	<u>Sentiment de compétence</u>	<u>Effets positifs du stress</u>	<u>Acceptation positive des changements</u>	<u>Contrôle</u>	<u>Spiritualité</u>	<u>Score Total</u>	<u>Le niveau</u>
	(32)	(28)	(20)	(12)	(8)	(100)	
<u>Lila</u>	<u>32/32</u>	<u>21/28</u>	<u>12/20</u>	<u>11/12</u>	<u>8/8</u>	<u>84/100</u>	<u>Important</u>
<u>Dina</u>	<u>16/32</u>	<u>22/28</u>	<u>7/20</u>	<u>2/12</u>	<u>4/8</u>	<u>51/100</u>	<u>Faible</u>
<u>Katia</u>	<u>25/32</u>	<u>20/28</u>	<u>11/20</u>	<u>8/12</u>	<u>6/8</u>	<u>70/100</u>	<u>Important</u>
<u>Nariman</u>	<u>23/32</u>	<u>17/28</u>	<u>14/20</u>	<u>9/12</u>	<u>7/8</u>	<u>70/100</u>	<u>Important</u>
<u>Nadia</u>	<u>19/32</u>	<u>16/28</u>	<u>13/20</u>	<u>7/12</u>	<u>6/8</u>	<u>70/100</u>	<u>Important</u>
<u>Nassima</u>	<u>27/32</u>	<u>24/28</u>	<u>12/20</u>	<u>11/12</u>	<u>6/8</u>	<u>80/100</u>	<u>Important</u>
<u>Kafia</u>	<u>30/32</u>	<u>23/28</u>	<u>19/20</u>	<u>10/12</u>	<u>8/8</u>	<u>90/100</u>	<u>Important</u>
<u>Kahina</u>	<u>25/32</u>	<u>22/28</u>	<u>18/20</u>	<u>8/12</u>	<u>8/8</u>	<u>81/100</u>	<u>Important</u>
<u>Najat</u>	<u>30/32</u>	<u>20/28</u>	<u>19/20</u>	<u>10/12</u>	<u>8/8</u>	<u>87/100</u>	<u>Important</u>
<u>Khadija</u>	<u>25/32</u>	<u>21/28</u>	<u>17/20</u>	<u>9/12</u>	<u>8/8</u>	<u>80/100</u>	<u>Important</u>
<u>Lynda</u>	<u>30/32</u>	<u>24/28</u>	<u>20/20</u>	<u>12/12</u>	<u>8/8</u>	<u>94/100</u>	<u>Important</u>

Le tableau ci-dessus représente le tableau récapitulatif des résultats obtenus par nos sujets de recherche, nous constatons d'après ces résultats que ces femmes sujets de notre recherche possèdent un niveau de résilience important sauf une femme.

Nous allons maintenant procéder à la discussion cas par cas :

Cas n°1 : Lila.

D'après les informations que nous avons assemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Lila trouve des ressources et une capacité qui lui permet de s'adapter aux différents changements qui se passent dans sa vie. En analysant ses dires, nous distinguons une présence de l'aspect spirituel, une capacité de contrôle ainsi qu'une bonne maîtrise de ses émotions, tout en restant optimisés dans les moments de détresse *« j'attends juste que ses moments passent et prie Dieu que ma greffe réussira, je vais atteindre tous mes objectifs »*.

Par ailleurs, à l'application de l'échelle de résilience CD-RISC Lila a obtenu un score total élevé de 84%, ce qui signifie un caractère résilient, nous déduisant que Lila a recours à des ressources internes ou elle obtenu des scores élevés dont ; le sentiment de compétence ou elle a enregistré des sous scores de 100%, et la spiritualité ou elle a eu un sous score de 100%. Les facteurs de résilience dans ce cas sont donc ceux cités ci-dessus.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer notre hypothèse.

Cas n° 2 : Katia.

D'après les informations que nous avons obtenues de l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Katia manifeste des signes de résilience face aux différentes situations où elle déclare : *« au début je refuse de croire que je suis malade et je pense que ma vie n'a aucun sens et je m'énerve contre tout le monde »* et *« je n'oublierais jamais ce moment-là, j'étais complètement traumatisé, pourquoi moi, à mon âge je veux être en bonne santé, avec le temps elle arrive à dépasser toutes les choses, en disant : 12 ans en dialyse c'est devenu un quotidien, on vit avec une machine et heureusement j'ai ma famille à mes côtés »*. Nous pouvons déduire d'après ses dires que malgré que la situation est sensible, elle reste optimiste et elle essaye de surmonter sa souffrance en cherchant de nouvelles sources d'épanouissement.

Par ailleurs, à l'application du l'échelle de résilience CD-RISC, Katia a obtenu un score total élevé de 70%, ce qui signifie un caractère résilient, nous déduisant que Katia a recours à des

ressources internes ou elle obtenu des scores élevés dont : le sentiment de compétence ou elle a enregistré des sous scores de 78%, et la spiritualité ou elle a eu un sous score de 75%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons confirmer l'hypothèse.

Cas n° 3 : Nariman

D'après les informations que nous avons obtenus de l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Nariman trouve des ressources et une capacité qui lui ont permis de s'adapter aux différents changements qui parviennent dans sa vie en analysant ses dires que nous distinguons une présence de l'aspect spirituel et le sentiment de compétence ainsi qu'une bonne maîtrise de ses émotions tout en restant optimiste dans les moments de détresse « *une personne aveugle c'est dur pour qu'elle puisse gérer sa maladie, mais Dieu est là, et je n'ai jamais perdu espoir, j'ai ma famille à mes côtés et des amies aussi* ».

Par ailleurs, à l'application de l'échelle de résilience CD-RISC Nariman a obtenu un score total de 70%, ce qui signifie un caractère résilient, nous indiquons que Nariman fait recours à des ressources internes ou elle obtenu des scores élevés dont ; le sentiment de compétence ou elle a enregistré des sous scores de 71%, et la spiritualité ou elle a eu un sous score de 87%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer notre hypothèse.

Cas n°4 : Nadia

D'après les informations que nous avons obtenues de l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Nadia manifeste des signes de résilience face aux différentes situations où elle déclare : « *Dans toutes les circonstances, Dieu merci, elle dit qu'elle est bien stable dans sa vie, elle est responsable de sa famille en disant : je fais toutes mes tâches ménagères tout doucement, car j'ai une prothèse* ». Nous pouvons déduire d'après ses dires que malgré que la situation soit sensible, elle reste optimiste et elle essaye de surmonter sa souffrance en cherchant de nouvelles sources d'épanouissement.

Par ailleurs, à l'application de l'échelle de résilience CD-RISC Nadia a obtenu un score total élevé de 70%, ce qui signifie un caractère résilient, nous déduisant que Nadia recours à des ressources internes ou elle obtenu des scores élevés dont ; l'acceptation positive au changement ou elle a enregistré des sous scores de 65%, et la spiritualité ou elle a eu un sous score de 75%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer notre hypothèse.

Cas n°5 : Nassima

D'après les informations que nous avons obtenues de l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Nassima trouve des ressources et une capacité qui lui permet de s'adapter aux différents changements qui se produisent dans sa vie. En analysant ses dires, nous distinguons une présence d'une capacité de contrôle ainsi une bonne maîtrise de ses émotions tout en restant optimiste dans les moments de détresse *«il faut croire déjà heureusement qu'il y a la science, à l'époque les gens meurent sans s'avoir la raison, mais maintenant il y'a la solution, ça fait mal, mais il faut être réaliste »*.

Par ailleurs, à l'application de l'échelle de résilience CD-RISC Nariman a obtenu un score total élevé de 80%, ce qui signifie un caractère très résilient, nous déduisant que Nassima a recours à des ressources internes ou elle obtenu des scores élevés dont ; le contrôle ou elle a enregistré des sous scores de 91%, et le sentiment de compétence ou elle a eu un sous score de 84%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer notre hypothèse.

Cas n°6 : Dina.

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, nous pouvons dire que Dina ne trouve pas vraiment des ressources et une capacité pour s'adapter aux différents changements qui se produisent dans sa vie. En analysant ses dires, nous distinguons un manque de capacité de contrôle ainsi qu'une mauvaise maîtrise de ses émotions, l'adaptation aux changements dans les moments de détresse en disant *« J'ai pleuré en voyant la machine et les tuyaux, quand tu racontes tes problèmes à une personne et ne te donnes pas de l'aide donc je préfère les garder »*.

Par ailleurs, à l'application de l'échelle de résilience CD-RISC Dina a obtenu un score total élevé de 51%, ce qui signifie un caractère résilient faible, nous déduisant que Dina présente un manque de contrôle ou elle a enregistré un score de 16 % et elle n'accepte pas les changements qui surviennent ou elle a enregistré un sous score de 35 %, et la spiritualité ou elle a eu un sous score de 50%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle CD-RISC, nous pouvons à présent affirmer que Dina présente un niveau faible de résilience et que les facteurs de résilience ne sont pas vraiment présents chez elle. Nous affirmons donc l'hypothèse pour ce cas, mais nous insistons sur le fait que la résilience est là, mais à un niveau faible.

Cas n°7 : Kafia

D'après les informations que nous avons regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif, Kafia présente des critères de la résilience, à travers son discours nous avons constaté qu'elle est toujours positive le maximum de temps et on a observé quelques facteurs de protection (de résilience), grâce au soutien de sa famille.

Un sentiment de confiance en soi et un sentiment d'attachement important accordé à son entourage, elle a exprimé par une émotion positive et pleine d'énergie une confiance en soi, elle exprime également une satisfaction envers son environnement et sa famille.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Kafia a obtenu un score total de 90 % ce qui signifie un niveau de résilience important avec niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint 30/32 points. Elle semble maîtriser tous ses sentiments, et à l'acceptation positive des changements elle a eu un score de 95% ce qui explique l'adaptation correcte pour tous les changements. Et la spiritualité, elle a obtenu un score de 100%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de résilience CD-RISC, on confirme notre hypothèse pour ce cas.

Cas n° 8 : Kahina

D'après les informations que nous avons récoltées dans l'entretien de recherche semi-directif, Kahina présente une résilience modérée, à travers son discours nous avons observé qu'elle maîtrise bien ses sentiments grâce à quelques facteurs de protection de résilience, grâce au soutien de sa famille et l'équipe soignante.

Un sentiment de confiance en soi et toujours elle a le sentiment de l'attachement qui importe accordera son entourage, elle exprime une émotion de joie et de la confiance dans son entourage pendant le moment de la passation de l'entretien. Elle exprime un niveau de satisfaction envers son environnement et sa famille.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Kahina a obtenu un score total de 81%, ce qui signifie un niveau de résilience importante, ce pendant Kahina a obtenu un sous score de 18/20 qui signifie un degré élevé d'acceptation positive des changements dans sa vie. En parlant de la spiritualité Kahina a marqué un sous score élevé de 8/8 points tellement elle croit au destin de dieu.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de résilience CD-RISC, on confirme notre hypothèse pour ce cas.

Cas N°9 : Najat

D'après les informations que nous avons regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif, Najat présente des critères de la résilience, à travers son discours nous avons constaté quelques facteurs de protection de la résilience, grâce au soutien de sa famille, exactement sa mère et la capacité d'acceptation au changement.

Un sentiment de l'attachement important accordé à son entourage et sa mère, elle a exprimé ses sentiments, pendant le moment de la passation de l'entretien. Elle exprime aussi une satisfaction envers son environnement et sa famille.

Par ailleurs, à l'échelle de résilience CD-RISC, Najat a obtenu un score total de 87% ce qui signifie un niveau élevé de résilience important avec niveau de sentiment de compétence élevé qui atteint un score de 93% et un niveau modéré d'acceptation positive de changement 95% aussi la spiritualité elle a au 100%.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de résilience CD-RISC, Najat a un niveau de résilience bénéfique et élevé pour ce cas on confirme notre hypothèse.

Cas n°10 : Khadîdja

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien de recherche semi-directif, Khadîdja présente des critères de la résilience, à travers son discours, nous avons constaté quelques facteurs de protection, sa famille et ses enfants.

Un sentiment d'attachement important accordé à ses enfants, elle a exprimé ses sentiments, pendant le moment de la passation de l'entretien. Elle a exprimé aussi une satisfaction envers son environnement familial.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Khadîdja a obtenu un score total de 80% ce qui signifie un niveau de résilience important et élevé, Khadîdja a obtenu un score élevé dans l'acceptation positive de changement, elle a enregistré un score de 85%, qui signifie une adaptation pour toutes les situations. Et aussi elle a eu un score de 100%, ce qui signifie l'acceptation pour le destin de dieu, ce qui donne l'aide pour être résiliente.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de résilience CD-RISC, Khadîdja a un niveau de résilience élevé, pour ce cas on peut confirmer notre hypothèse.

Cas N°11 : Lynda

D'après les informations que nous avons regroupées dans l'entretien de recherche semi-directif, Lynda présente un niveau élevé de la résilience, à travers son discours nous avons observé quelques facteurs de résilience, grâce au soutien de sa famille.

Un sentiment de confiance et sentiment d'attachement important qui accordera son entourage, et du courage qu'on a observé pendant le moment de l'entretien, elle exprime une satisfaction envers son environnement et sa famille.

Par ailleurs à l'échelle de résilience CD-RISC, Lynda a obtenu un score total de 94% ce qui signifie un niveau de résilience important et très élevé avec niveau de sentiment de compétence remarquable qui atteint un score de 93% elle maîtrise ses sentiments intérieurs Lynda a obtenu un sous score 100 % qui signifie un degré élevé d'acceptation positive des changements, en ce qui concerne le contrôle, Lynda a obtenu un sous score élevé de 100%. En parlant de la spiritualité, Lynda a marqué un sous-score élevé de 8/8 point. On déduit donc, que Lynda a un niveau de résilience bénéfique et un degré de la résilience remarquable.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de résilience CD-RISC, on confirme notre hypothèse pour ce cas.

Après avoir achevé cette discussion, on passe à une synthèse des éléments importants :

Synthèse :

La résilience est la capacité de l'individu à répondre au stress d'une manière adaptative. En s'appuyant sur l'analyse de l'entretien clinique semi-directive et l'échelle de résilience CD-RISC. Nous déduisons que malgré la maladie rénale chronique soit un problème persistant et une pathologie lourde, mais tous les sujets présentent un caractère résilient d'un niveau différent d'un cas à un autre, et elles sont arrivées à le surmonter ainsi elles possèdent un potentiel qui leur permet de s'adapter à cette situation délicate, donc la résilience diffère d'un cas à un autre et d'un contexte à un autre (liens familiaux, soutien social, les manifestations de soi...).

En effet, elles ont pu gérer leurs émotions négatives tout en restant optimistes et gardant une bonne perception de l'avenir. Ce qui signifie que nos patients dialysés ont un comportement adaptatif psychologique positif.

Par ailleurs, la résilience psychologique de nos patients dialysés est assurée surtout grâce aux facteurs de protection personnelle et familiale et au soutien permanent des parents et de la famille (mère, père, frère et sœur). En effet, les résultats obtenus soutiennent une structure en trois dimensions (facteurs de protection personnels, familiaux et extrafamiliaux). Ainsi, les facteurs de protection jouent un rôle important dans le processus de résilience chez les individus ayant été confrontés à un traumatisme tels que l'insuffisance rénale chronique terminale et l'hémodialyse. Ils constituent, selon plusieurs chercheurs, des variables protectrices qui se déclinent selon trois grandes dimensions (personnelles, familiales et sociales) et qui permettent de moduler l'effet du traumatisme.

Dans l'ensemble, ces résultats semblent aller dans le sens de la littérature et des études antérieures effectuées à ce sujet.

Pour conclure, nous pouvons à présent confirmer notre hypothèse stipulant qu'il existerait une résilience psychologique chez les femmes atteintes d'une insuffisance rénale chronique hémodialysées. Les facteurs de résilience psychologique en question diffèrent d'un sujet à un autre.

Dans ce qui suit, nous allons présenter une conclusion puis une liste des références selon les normes APA (7^{éd}) et une liste des annexes.

Conclusion

Dans notre travail de recherche, on a tenté d'étudier le processus de la résilience, des patientes hémodialysés, nous avons essayé de décrire les différents facteurs de la résilience qui permettent aux patientes d'être résilientes et de rebondir après avoir eu un évènement de vie traumatique et stressant, à savoir, la maladie rénale.

Le chapitre précédent nous a permis d'estimer les réactions psychologiques des patients, en analysant les données recueillies par notre entretien et l'échelle retenue. On est arrivé à identifier les différents facteurs qui ont participé à l'émergence de processus de la résilience. On a constaté que ces patientes ont traversé, une épreuve pénible à l'annonce du diagnostic, elles ont reçu la nouvelle par un choc initial, mais presque toutes les patientes ont eu une adaptation progressive, en développant des ressources de la résilience après ce choc.

Les couts émotionnels de la résilience peuvent également être importants, les patientes hémodialysées sont constamment confrontées à des situations difficiles qui peuvent éprouver un stress chronique qui peut nuire à leur santé mentale et physique à long terme, la résilience peut également exiger beaucoup d'énergie et des ressources mentales pour surmonter les défis, ce qui peut entraîner une fatigue émotionnelle et physique.

Donc grâce à la méthode clinique, qu'on a utilisée dans notre recherche, qui est basée sur l'étude de cas, on a pu atteindre notre objectif, dont les résultats obtenus des entretiens montrent la présence de résilience et les facteurs de la résilience chez les patientes hémodialysées.

En termes de conclusion d'après les résultats obtenus des ressources de la résilience, on a constaté que ces patientes nous semblent davantage en mesure de développer des facteurs personnels et sociaux et familiaux affectives qui ont renforcé le processus de résilience, cet indicateur social et familial, parmi les facteurs de développement de la résilience chez ces patientes ayant subi un traumatisme. De même les ressources qui ont déterminé, l'émergence du sentiment de confiance en soi, d'où ces patientes ont pu retrouver un sens à leur propre vie. D'une façon générale, ces résultats nous ont permis de confirmer nos hypothèses oui, il existerait une résilience psychologique chez les femmes atteintes d'une insuffisance rénale chroniques hémodialysés. Les facteurs de résilience psychologique ont des questions différentes d'un sujet à un autre.

Après la présentation de notre travail de recherche, on souhaite que cette étude mène à ouvrir des pistes aux études ultérieures. Du fait que « l'insuffisance rénale chronique » est une maladie très fréquente ces dernières années, où les chiffres ne cessent d'augmenter. Notre objectif en

premier lieu est de donner une vision de cette maladie pour avoir un niveau de sensibilisation importante. D'autre part pour stimuler la réflexion chez les patientes ayant été exposé à un événement traumatisant, et expliqué comment la famille et l'entourage sont importants psychologiquement pour avoir une personne forte et résiliente, il devrait être le bras droit de cette catégorie des malades chroniques, puisque c'est une souffrance qui ne termine pas jusqu'à la mort sauf s'ils sont trouvés la solution d'une greffe rénale.

Nous souhaitons un investissement des pouvoirs publics dans la recherche clinique, notamment dans le domaine hautement spécifique de la maladie rénale chronique. Nous espérons également un intérêt pour l'étude de la santé mentale des patientes, sujet de notre recherche.

Par ailleurs, l'ensemble de notre enquête tend à montrer le rôle crucial de la famille dans l'ajustement psychologique à L'IRCT. Ainsi, nous estimions que l'exploitation de cette ressource va permettre l'amélioration de la santé mentale des patientes et prévenir l'apparition de symptômes réactionnels tels que l'anxiété et la dépression.

Il nous semble également pertinent au vu de nos résultats de recommander la formation des psychologues cliniciens exerçant dans ce service et même le personnel soignant en néphrologie au dispositif d'annonce et au suivi individuel de chaque patiente sur le plan psychologique, car le besoin de soins psychologiques dans cette population est important. Autrement dit, une prise en charge plus personnalisée et pertinente de ces patientes.

Notre travail insiste sur l'importance de proposer un accompagnement psychologique intégrant la prise en charge des facteurs de stress, de qualité de vie et de côté émotionnel, mais également de renforcer les facteurs de protection et de résilience chez nos sujets. À la fin, nous recommandons une prise en charge globale de ces patients.

Nous recommandons également d'étudier davantage les facteurs individuels et familiaux en jeu dans l'ajustement psychologique des patientes et de renforcer le rôle de la famille comme facteurs de protection. Dès lors, nous formulons les suggestions suivantes :

- Récits de vie de patientes hémodialysées ;
- Patientes et maladie rénale : entre trauma et résilience.

Listes des références

- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2013). *Les méthodes qualitatives*. PUF.
- Anaut, M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. *Connexions*, 77, 101-118. <https://doi.org/10.3917/cnx.077.0101>.
- Anaut, M. (2003). *La résilience. Surmonter les traumatismes*. Armand Colin
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 4-11. [https://doi- org.snd11.arn.dz/10.3917/rsi.082.0004](https://doi-org.snd11.arn.dz/10.3917/rsi.082.0004)
- Anaut, M. (2008). *La résilience. Surmonter les traumatismes* (2 éd). Armand colin.
- Anaut, M. (2015). La résilience, évolution des concepts théorique et des applications clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 121, 28-39. <https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028>
- Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience* (3éd). Armand colin.
- Anaut, M. (2020). L'approche de la résilience : un carrefour épistémologique ? Dans J. Jung et F.D. Camps (dir.), *Psychopathologie et psychologie clinique : Perspectives contemporaines* (pp.335- 345). Dunod.
- Angers, M. (2005). *Initiation pratique à la méthodologie*. Dunod.
- Association de Psychiatrie Américaine. (2015). *Manuel diagnostique statistique des troubles mentaux* (DSM5). Masson.
- Association Française des Infirmier(e)s de Dialyse Transplantation et Néphrologie. (2016). *L'infirmière en néphrologie : clinique pratique et évaluation de la qualité des soins* (4éd). Masson.
- Barbillon, E., & Le Roy, J. (2012). *Petite manuel méthodologique de l'entretien de recherche : de la problématique à l'analyse*. Enrick.
- Barfety -Servignat, V. (2021). L'étude de cas. Dans : Antoine Bioy (dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (pp.95-113). Dunod.
- Bayat, A, Kazemi, R. & All. (2012). Psychology evaluation in hemodialysis patients. *J Pak Med Assoc.* 62(3): S1-5. PMID : 22768447.
- Benetedo, P. (2007). *Méthodologie pour psychologues*. De Boeck.
- Bénony, H., Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod.
- Bernard-Tanguy, L. (2021). *Mini manuel de psychologie de clinique : cours et exercices corrigés*. Dunod.
- Berthier, N. (2010). *Les techniques d'enquête en science sociales : méthodes et exercices corrigés* (4éd.). Armand Colin.
- Bioy, A. (2012). *L'aide-mémoire de psychologie médicale et psychologie du soin*. Dunod.

- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2^{éd}). Armand Colin.
- Bonnefoy, C. (2020). *Néphrologie de l'enfant*. Masson SAS.
- Bossobla, M., Ciciarelli, C. (2012). Symptoms of depression and anxiety overtime chronic hemodialysis patient. *Nephrol*, 25(5):689-98. doi: 10.5301/jn.5000042. PMID: 22009936.
- Boteyre, E. (2004). *Résilience et réussite scolaire chez l'enfant de migrant*. Dunod.
- Boubchir, M. (2004). *Monographie sur l'insuffisance rénale chronique*. Office des publications universitaire.
- Bouvard, M., Cottraux, J. (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (4^{éd}). Masson SAS.
- Briançon, S., Kessler, M. (2007). *Qualité de vie et maladies rénales chroniques*. Editions John Libbey, Eurotext.
- Bustany, P (2012). *Neurobiologie de la résilience*. Dans B. Cyrulnik (éd.), *Résilience : Connaissances de base* (pp. 45-64). Odile Jacob.
- Castarède, M-F. (2013). L'entretien clinique visé de recherche. Dans C. Chiland (dir.), *l'entretien clinique* (pp.139-171). PUF.
- Chahraoui, K. & Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie Clinique*. Dunod.
- Chiland, C. (2013). *L'entretien clinique*. PUF.
- Chouvier, B., & Attigui, P. (2016). *L'entretien clinique* (2^{éd}). Armand colin.
- Crochon, E. (2005). Dialogue, des capacités de résilience pour cette parentalité spécifique. Être le parent de son propre parent atteint d'un syndrome démentiel de types Alzheimer. *Dialogue*, 169, 111-123. <https://doi.org/10.3917/dia.169.0111>.
- Cupa, D. (2002). *Psychologie en néphrologie*. EDP Science.
- Cylurnik, B., Belegno, L & All. (2005). *La résilience : Le réalisme de l'espérance*. Éditions Eres.
- Cyrulnik, B. (2006). Introduction. Dans B. Cyrulnik (Ed.), *Psychanalyse et Résilience* (pp.7-25). Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2014). Pourquoi la résilience ? Dans : M. Anaut (éd.), *Résilience. De la recherche à la pratique : 1^{er} congrès mondial sur la résilience*. Odile Jacob.
- Delage, M., & Cyrulnk, B. (2010). *Famille et résilience*. Odile Jacob.
- Demont, E. (2009). *La psychologie*. Editions Science Humaines.

DOI:10.7813/2075-4124.2013/5-4/A.32

Douville, O. (2014). *Les méthodes cliniques en psychologie*. Dunod.

Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire* (3^{éd}). Dunod.

Fernandez, L. (2012). La méthode clinique. (Pp.1-9).
Deug.<https://fr.slideshare.net/MOMOME/La-methode-clinique>.

Fischer, G., Tarquinio, C., & Dodeler, V. (2020). *Les bases de la psychologie de la santé : concepts, applications et perspectives*. Dunod.

Franchetto, C., Kahen, J-P. (2010). La prise en charge psychologique en cas d'insuffisance rénale. *Soin*, 55 (745), 29-30.

Giami, A. (2009). La posture clinique dans la recherche en psychologie et en sciences humaines. *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp.33-52). Dans A. Blanchet et S. Ionescu (dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. PUF

Graba, A. (2010). *La greffe d'organes, de tissus et cellules : Etats des lieux et perspectives*. Palais Zirout Youcef.

Grawitz, M. (2001). *Méthode des sciences sociales* (11^{éd}). Dalloz.

Guihard, G. et All. (2018). Evaluer la résilience des étudiants en santé en France : adaptation et mesure de l'invariance de l'échelle CD-RISC 10. *Mesure et évaluation en éducation*, 41(2), 67-96.

Hamel, N. (2011). *Procédure et normes scientifiques de l'élaboration de questionnaire d'enquête : cas des mémoires de magister de FLE* [Thèse de magister, université Mohamed Kheider, Biskra]. <http://thesis.univ-biskra.dz/755/1/m%20A9moire%20de%20magister%20PDF.pdf>.

Hervé, F. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire* (3^{éd}). Dunod.

Housset, P., Levy, A, & Estournet, C. (2010). *Néphrologie*. Masson. <https://www.larousse.fr> consulter le 17mai à 17 :00h.

<http://aps.dz> consulté le 25/03/2023.

<http://icnoch.fr> Consulté le 23/03/2023.

<http://maghrebinfo.dz> consulté le 25 /03/2023.

<http://santelog.com> consulté le 24/03/2023.

<https://www.cadremploi.com> consulté le 22/04/2023 à 19 :15h

<https://www.cadremploi.com> consulté le 22/04/2023) à 19 :15h

<https://www.e-cancer.fr> consulté le 2 juin 2023 à 10h.

<https://www.infirmiers.com> consulté le 22/04/2023 à 19 :15h

<https://www.infirmiers.com> consulté le 22/04/2023) à 19 :15h

<https://www.larousse.fr> consulter le 17mai à 17 : 00h

<https://www.linternaute.fr>) consulté Le 22/04/2023 à 19 :25h

<https://www.linternaute.fr>) consulté Le «22/04/2023) à 19 :25h

<https://www.nlm.nih.gov> consulté le 10/5/2023 à 11 :15.

<https://www.sante-sur-le-net.com> consulté le 2 juin 2023 à 10 :30h.

Ionescu, S. (2006). Pour une approche intégrative de la résilience. Dans B. Cyrulnik éd., *Psychanalyse et Résilience* (pp. 27-44). Odile Jacob.

Ionescu, S. (2012). Origine et évolution du concept de résilience. Dans B. Cyrulnik (dir.), *Résilience : Connaissances de base*. Odile Jacob

Jacobs, C. (1999). *Guide de la dialyse*. Springer.

Jean-Dit-Pannel, R. (2021). Psychologue clinicien en hémodialyse. Propositions de dispositif clinique et enjeux psychiques. Dans P. Brun (éd.), *Du nouveau dans la psycho* (pp. 150-164). Champ social.

Josse, É. (2019). *Le traumatisme Psychique chez adulte*. De Boeck Supérieur.

Karamia, R, Tavallai, &All. (2007). Anxiety and depression, Acomprison, betwen renal tranplan recipients and hemodailysis patients, transplattion preceding. *Transplant Proc*, 39(4):1082-4. doi: 10.1016/j.transproceed.2007.03.088. PMID: 17524897.

Koninchx, G., Teneau. E. (2010). *La résilience organisationnelle : Rebondir face aux turbulences*. De Boeck.

Larousse (2008). *Le petit Larousse de la médecine*. Edition Larousse.

Le congrès Société Algérienne de Néphrologie Dialyse & Transplantation, 2017.

Leys, S., Fossion, P. (2023). *Science de la résilience*. Odile Jacob.

Mallahadi, M., Tayyebi, & All. (2010). Comarison of anxiety, depression and stress among hemodialisis and kidney transplantation patients. *Iranian journal of critical car nursing*, 2 (4), 153-156.

Manciaux, M. (2001). La résilience : Un regard qui fait vivre. *Études*, 395, 321-330. <https://doi.org/10.3917/etu.954.0321>.

Marty, F. (2013). La méthode du cas. Dans S. Ionescu & A. Blanchet (dir.), *méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp. 53-75). PUF.

- Mboua, E. (2021). *Ethique du développement pour le progrès en Afrique*. L'harmattan.
- Michel, M., & Limal, N. (2008). *Le livre de l'externe. Néphrologie*. Masson.
- Moulin, B., & Noëlle, M. (2007). *Néphrologie : Collège Universitaire Des Enseignants de Néphrologie* (3 éd). Ellipses.
- Moulin, B., & Noëlle, M. (2014). *Néphrologie : Collège Universitaire Des Enseignants de Néphrologie* (6 éd). Ellipses.
- Moulin, B., Rieu, P. (2020). *Néphrologie : Collège Universitaire Des Enseignants de Néphrologie* (9éd.). Ellipses.
- Nordey, M., & Lévy, M. (2006). Maladie rénale génétique et accompagnement psychologique. Vécu et attente des patients. *Néphrologie & thérapeutique*, 2 (6), 406-417. Doi : 10.1016/j.nephro.2006.06.002.
- Okbani, R., Batouche, DD., Lahmer, M., Sadaoui, L. (2016). Evaluation de la résilience psychologique chez les adolescents hémodialysés au CHU d'Oran. *Néphrologie & thérapeutique*, 12 (5), 306. Doi : 10.1016/j.nephro.2016.07.046.
- Pannel, R. (2016). Narcisse à l'épreuve de l'hémodialyse. *Cliniques Méditerranéennes*, 2 (94), 257-270.
- Paul, N. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel et son article*. L'Harmattan.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2015). *L'observation et l'étude de cas* (3éd.). Armand Colin.
- Philio, M. 5 (2022). *Livre blanc. Ma maladie rénale chronique : 10 proposition pour développer la dialyse à domicile*. (SFNDT) Société Frocophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation.
- Proia-Lelouey, N. (2012). *L'entretien en psychologie clinique*. Editions In Press.
- Quevauvilliers, J. (2009). *Dictionnaire médical* (6ed). Masson.
- Ranivoharisoa, E.M et al. (2022). Prévalence de la maladie rénale chronique. *Néphrologie & thérapeutique*, 18 (1), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nephro.2021.08.009>.
- Registre français des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique, 2019.
- Revault d'Allonnes, C. (1989). L'étude de cas : de l'illustration à la conviction. In C, Revault d'Allonnes. *La démarche clinique en sciences humaines*. Dunod.
- Roberton, G. (2005). XIX èmes journées d'études La Résilience. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 3-3. <https://doi-org.snd11.arn.dz/10.3917/rsi.082.000>.
- Romano, H. (2010). L'annonce d'un diagnostic grave. *Revue de Médecine interne*, 31(9), 626-630.

- Roques, M. (2011). Le retentissement des effractions corporelles sur l'unité psychosomatique de l'adulte insuffisant rénal hémodialysé. Thèse de doctorat en psychologie. Université Paris 10.
- Ruszniewski, M., Bouleuc, C. (2012). L'annonce d'une mauvaise nouvelle médicale : épreuve pour le malade, défi pour le médecin. *Laennec*, 60, 24-37.
- Rutter, M. (1993). Résilience : some conceptual considerations. *Journal of adolescent Health*, 14, 626- 631. [http://dx.doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](http://dx.doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V).
- Rutter, M., (1990). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. Cambridge University Press.
- Sadek, S., & All. (2013). Anxiety and aggression disorder of children with chronic kidney disease on regular hemodialysis. *International Journal of Academic Research* 5(4) :231-236
- Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes d'entretien en science social*. Dunod.
- Shauder, S. (2012). Introduction. Dans S. Schauder (dir.), *l'étude de cas en psychologie clinique: 4 approches théoriques* (pp.1-10). Dunod.
- Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire en psychologie*. Larousse.
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
- Tennir, S., Butt, G. & All. (2013). Prevalence of depression and anxiety in chronic kidney disease patients on hemodialysis. *Ann. Pak. Inst. Med*, 9(2), 64-67
- Thervet, E. (2017). *Traité de néphrologie*. Lavoisier.
- Tisseron, S. (2021). *La résilience*. Presses universitaires de France.
- Tisseron, S. (2017). *La résilience* (6 éd). PUF.
- Tychev, C., Lighezzolo-Alnot, J. (2012). La résilience psychologique. Dans B, Cyrulnik éd., *Résilience : Connaissances de base* (pp. 85-96). Odile Jacob.
- Varescon, I. (2013). Différence entre éthique et déontologie. Le cas de la recherche. In O. Bourguignon (dir), *éthique et pratique psychologique*. Primento.
- Vermeiren, É. (2012). Analyse critique du concept de résilience. Dans Coutanceau, R (dir.), *Trauma et résilience : Victimes et auteurs*. Dunod.
- Wontcheu, C. (2020). *Déterminants de la résilience chez les personnes souffrantes de maladie chronique*. Epreuve d'examen. Grin Verlag.
- Zanoun, N et al, (2018). L'insuffisance rénale au CHU de Bab El Oued- Alger (2011-2016). In *néphrologie et thérapeutique*, 14(5), p. 329.

Zenad, D. (2004). Le traumatisme et les stratégies du coping chez les insuffisants rénaux chroniques. *Science de l'homme*, 1 (1), s219-226.

Annexe n° 01 : guide d'entretien

Guide d'entretien :

Informations générales sur le sujet :

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

Axe n° 1 : informations sur l'insuffisance rénale chronique et l'hémodialyse :

- 5) Depuis quand votre maladie a été diagnostiquée ?
- 6) Qui a posé le diagnostic ? comment ?
- 7) Avez-vous des complications en lien avec votre maladie ?
- 8) Depuis quand êtes-vous sous l'hémodialyse ? combien de séances par semaine faites-vous ?
- 9) Suivez-vous un traitement ? Si oui, lequel ?
- 10) Comment évolue votre maladie ? comment vous sentez-vous physiquement ?
- 11) Avez-vous d'autres pathologies ?
- 12) Avez-vous dans votre famille des personnes atteintes de la même maladie ?

Axe n° 2 : informations sur les manifestations de la résilience

- 13) Quelles étaient votre réaction face à l'annonce de la maladie ?
- 14) Quelles étaient la réaction de votre famille et de votre entourage en général ?
- 15) Recevez-vous un soutien de votre famille et de votre entourage ?
- 16) Quelle est votre relation avec votre médecin et l'équipe soignante ?
- 17) Quelle image avez-vous de votre corps aujourd'hui ?
- 18) Pouvez-vous nous décrire votre ressenti aujourd'hui vis-à-vis de votre situation ?
- 19) Que désirez-vous pour l'avenir ? comment imaginer-vous votre vie future ?
- 20) Avez-vous des choses qui vous semblent importantes à rajouter et qu'on n'a pas abordé avec vous ?

Annexe n° 2 : échelle de résilience de Connor et Davidson CD-RISC

A l'aide de l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	
6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	
23) J'aime les défis.	
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 03 cas Lila

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	4
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	4
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	3
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	4
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	3
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	3
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	3
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	4
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	4
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	3
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	3
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	4

17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	4
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	3
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	3
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	4
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	4
23) J'aime les défis.	4
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 4 : cas Katia

Annexe N°4: échelle de résilience de Connor et Davidson "CD-RISC"

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	3
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	2
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	3
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	2
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	1
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	3
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	2
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	3
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	3
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	1
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	4
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	2
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	4
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	2

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	4
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	3
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	3
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	4
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	2
23) J'aime les défis.	1
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 5 : cas Nariman

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	2
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	4
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	3
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	3
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	3
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	3
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	2
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	3
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	3
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	3
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	3
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	3
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	2

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	2
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	3
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	2
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	2
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	3
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	3
23) J'aime les défis.	2
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	3
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audery, 2015, p.84)

Annexe n° 6 : cas Nadia

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	2
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	3
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	2
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	2
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	3
6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	2
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	2
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	3
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	3
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	3
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	2
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	2
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	2

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	2
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	2
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	3
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	3
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	3
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	2
23) J'aime les défis.	0
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	2
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	3

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 7 : cas Nassima

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	3
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	3
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	2
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	2
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	2
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	3
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	4
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	2
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	4
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	3
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	4
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	4

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	3
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	4
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	3
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	4
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	4
23) J'aime les défis.	1
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	3

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 8 : cas Dina

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	2
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	0
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	2
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	0
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	4
6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	2
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	2
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	0
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	2
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	2
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	1
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	4
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	0
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	4
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	4

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	2
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	2
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	3
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	3
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	0
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	2
23) J'aime les défis.	2
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	2
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	2

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 9 : cas Kafia

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	3
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	4
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	4
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	4
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	3
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	3
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	4
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	4
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	4
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	4
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	3
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	4

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	4
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	4
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	3
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	3
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	3
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	3
23) J'aime les défis.	2
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 10 : cas Kahina

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	4
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	3
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	3
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	4
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	4
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	4
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	4
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	4
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	3
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	3
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	3
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	2
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	3

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	3
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	4
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	2
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	3
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	2
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	3
23) J'aime les défis.	2
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	3
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 11 : Najat

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	4
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	4
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	4
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	4
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	3
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	3
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	3
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	4
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	3
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	2
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	4

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	4
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	4
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	2
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	3
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	3
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	3
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	4
23) J'aime les défis.	3
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 12 : cas Khadîdja

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	3
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	4
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	4
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	4
6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	2
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	2
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	2
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	3
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	4
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	4
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	4

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	3
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	3
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	4
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	3
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	2
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	3
23) J'aime les défis.	4
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	3
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audery , 2015, p.84)

Annexe n° 13 : cas Lynda

A l'aide l'échelle ci-dessous, indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse, soyez le plus spontané possible

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	4
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressée).	4
3) Lorsqu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou Dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.	4
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	4
6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confrontée à des problèmes.	3
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	4
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	4
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	4
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	3
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	4
14) Sous pression, je reste concentré (e) et je réfléchis clairement.	4
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	3

16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	4
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté (e) aux défis et aux difficultés de la vie.	4
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	2
19) Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie, il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	3
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	4
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	4
23) J'aime les défis.	3
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soient les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audery , 2015, p.84)

Étude de la résilience psychologique et des facteurs de résilience chez les femmes hémodialysées

Résumé :

Cette étude a porté sur « l'étude de la résilience psychologique et des facteurs de la résilience chez les femmes hémodialysées. Elle avait pour objectif d'étudier la présence de la résilience des patientes hémodialysées. Pour vérifier nos hypothèses, nous sommes présentés au sein de l'établissement : clinique privée d'hémodialyse Benmouffok. Nous avons illustré notre recherche avec 11 cas. Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique et l'étude de cas ainsi que l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de résilience « Connor-Davidson Resilience Scale, Le CD-RISC ». Les résultats obtenus indiquent pour un bon niveau de résilience et les deux facteurs individuel et familial ont un rôle dans l'ajustement psychologique des patients.

Mot clé : résilience psychologique, facteurs de résilience, femmes, hémodialysées.

Abstract

This study focused on "the study of psychological resilience and resilience factors in hemodialysis patients. Its objective was to study the process of resilience, of hemodialysis patients; we tried to describe the different factors of resilience. To verify our hypotheses, we went to the establishment: Benmouffok private hemodialysis clinic. We illustrated our research with 11 clinical cases, and to carry out this work we opted for the clinical method clinical method by the case study as well as the semi-directive clinical interview and the scale of resilience "Connor- Davidson Resilience Scale, The CD-RISC". The results obtained are consistent with a good level of resilience and the individual and family role have a role in the psychological adjustment of patients.

Keywords: resilience psychological, factors of resilience, women, hemodialysis patients.