

Université Abderrahmane mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique

Thème

*La résilience chez les personnes atteintes
d'insuffisance rénale chronique*

Préparé par :

HAMIMI Linda

ILLILTEN Baya

Encadré par :

Dr TOUATI Saida

Année universitaire 2019-2020

Remerciements

On remercie dieu tout puissant qui nous a aidés à accomplir ce modeste travail.

Nos familles respectives pour leur soutien et confiance en nous

Notre promotrice Docteur TOUATI Saida pour ses conseils, sa patience, sa disponibilité, qui ont contribués à alimenter notre réflexion.

On tient à remercier vivement les membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont apporté à ce modeste travail, en acceptant de l'examiner et de l'enrichir par leurs propositions, ainsi que tous ceux et celles qui nous ont aidés.

On tient à remercier ceux qui nous ont encadrés sur le terrain Docteur BACHA ainsi que docteur BENMOUFFOK qui nous ont accueillis dans leurs centres respectifs d'hémodialyse, les aides-soignants pour leurs conseils et leur bienveillance envers nous, et spécialement les patients qui ont accepté de participer à notre recherche, ainsi que tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

Je dédie ce travail à ma maman qui m'a élevée et soutenue tout au long de mon parcours, par tous les moyens qui lui sont possibles, que ce travail traduit ma gratitude et mon affection.

A la mémoire de mon défunt père, mon grand-père et mes Oncles (Saïd et Azzedine).

A mes oncles maternels et paternels et surtout Ahmed qui m'ont très bien éduquée et qui m'ont inculquée les sens des valeurs et des principes. Ma tante maternelle Hayat qui est comme une deuxième maman pour moi. Mes tantes paternelles (Hayat, Ourida, Nadia et ses filles, Ghania et ses enfants, Nora et sa fille et Taous et ses fils). Ainsi que mes grands-mères

Rekia et Fatma.

A mes cousins Redha, Nadjib, Djamel.

A ma chère amie et binôme Baya, et ma copine d'enfance Zahia, A Massilia et Sarah qui sont mes cousines et copines.

Que dieu vous garde et vous préserve.

LINDA

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à ma chère mère, quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point te remercier comme il se doit, ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles.

A la mémoire de mon père.

A mes chers frères (Amirouche et sa femme Salma, Fares et sa femme Bahdja et Fahime) et à ma chère sœur Kahina ainsi que ses enfants (Seda, Aymen et Aya) sans oublier mon beau-frère(Rahim). A mon petit neveu Abderrahmane.

A ma chère copine et binôme Linda.

Puisse dieu vous donner santé, bonheur, courage et surtout réussite.

BAYA

Table des matières

Introduction Générale.....	1
Chapitre I : L'aspect médical et psychologique de l'insuffisance rénale chronique	
Partie 1 : Aspect médical de l'insuffisance rénale chronique	
Préambule.....	5
1- Rappels : anatomie et fonction rénale.....	5
1-1-Anatomie rénale.....	5
1-2- La fonction rénale.....	6
1-2-1- La fonction excrétrice.....	6
1-2-2- La fonction endocrine.....	7
2-Définition de l'insuffisance rénale chronique.....	8
3-Les manifestations de l'insuffisance rénale chronique.....	9
3-1-Atteintes cardio-vasculaires.....	9
3-2- Les manifestations hématologiques.....	9
3-3-Les manifestations digestives.....	10
3-4-Les manifestations osseuses.....	10
3-5-Les manifestations immunitaires.....	10
3-6-Les manifestations dermatologiques.....	11
3-7-Les manifestations métaboliques.....	11
3-8-Les manifestations neuromusculaires.....	11
4-Les stades de l'insuffisance rénale chronique.....	12
5-Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique.....	14
6-L'étiologie de l'insuffisance rénale chronique.....	16
7-Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.....	17
7-1- La transplantation rénale.....	17
7-2-L'hémodialyse.....	17
A. Généralités.....	17
B. Principes.....	18
C.Réalisation pratique.....	18
7-3-La dialyse péritonéale.....	19
A. Généralités.....	19

B. Principes.....	20
C. Réalisation pratique.....	20
Résumé.....	21
Partie 2 : Aspect psychologique de l'insuffisance rénale chronique	
Préambule.....	23
1-Répercussions psychologiques.....	23
1-1-L'annonce de la maladie.....	23
1-2-L'impact émotionnel.....	23
1-3-Les effets de la prise en charge.....	24
A. L'hémodialyse.....	25
B. La dialyse péritonéale.....	27
C. Une transplantation rénale.....	28
2-Les mécanismes de défense.....	29
2-1-La régression.....	29
2-2-La dénégation.....	30
2-3-La maîtrise.....	31
3-La qualité de vie.....	32
4-Le travail de prise en charge psychologique.....	33
Résumé.....	34
Chapitre II: La résilience	
Préambule.....	36
1-Histoire et origines de la résilience.....	36
2- Définitions de la résilience.....	38
3-De la vulnérabilité à la résilience.....	39
3-1-Définitions et théories de la vulnérabilité.....	40
3-1-1-Définition et déterminants de la vulnérabilité.....	40
3-1-2- les modèles théoriques de la vulnérabilité.....	41
A. Le modèle psychiatrique.....	41
B. Approche clinico-pathologique.....	42
3-2-Principaux facteurs de risque.....	42
4- facteurs et critères de résilience.....	44
4-1-Facteurs de résilience et profil de l'individu résilient.....	44
4-1-1-Facteurs de résilience.....	44

4-1-2-Profil de l'individu résilient.....	44
4-2-Critères du processus résilient.....	45
5-Articulations théoriques de la résilience.....	47
5-1-Théories de l'attachement et résilience.....	47
A. Pluralité des modèles d'attachement et résilience.....	48
B. Plasticité des styles d'attachement et résilience.....	49
5-2-Approche transversale de la résilience.....	50
5-2-1-Les bases de construction du processus résilient.....	50
A. Le sentiment d'une base de sécurité (interne).....	50
B. L'estime de Soi.....	51
C. Le sentiment de sa propre efficacité.....	52
5-2-2-Modèle écologique ou écosystémique et résilience.....	52
5-3-Approche psycho- dynamique et processus intrapsychiques.....	53
5-3-1-Approches multidimensionnelles du traumatisme et résilience.....	54
5-3-2-Les phases du processus psychique de la résilience.....	56
A. La première phase de la résilience.....	56
B. La deuxième phase de résilience.....	56
6-Résilience et mécanismes de défense.....	57
6-1-Mécanismes de défense et mesures défensives.....	57
6-2-Défenses adaptatives (Vaillant).....	58
6-3-Spécificité des défenses résilientes.....	59
6-4-Processus salvateurs (M. Lemay).....	60
A. Hyperactivité comme mode de protection.....	60
B. Manifestations psychosomatiques comme protection.....	61
7- Les limites de la résilience.....	61
Résumé.....	62
Problématique et Hypothèses	
1-Problématique.....	64
2- Formulation des hypothèses.....	66
Partie Pratique	
Chapitre III: Méthodologie de la recherche	
Préambule.....	69
1-la pré-enquête.....	69

2-Le lieu de la recherche.....	72
3- La méthode d'étude.....	73
4-Le groupe de recherche.....	74
4-1-Les critères de sélection.....	74
5- Les techniques d'investigation.....	74
5-1-Entrevue.....	74
5-2-Echelle de résilience de WAGNILD et YOUNG.....	76
5-2-1-Présentation de l'échelle.....	76
5-2-2- Passation de l'échelle.....	76
5-2-3- Méthode de correction.....	77
Résumé	77
Conclusion générale	78
Liste bibliographique	80
Annexes	

Introduction générale

La santé et la maladie comme la résultante de multiples lignes de force, biologique, psychologique et sociale. Toutes les maladies peuvent être considérées comme des maladies psychosomatiques sous l'influence de force somatiques, psychologiques, écologiques, sociales, culturelles, etc. En pratique, bien entendu, dans certains états morbides, le facteur psychologique sera prépondérant, tandis que dans d'autres cas ce sont les déterminants organiques qui devront être pris d'abord en considération.

L'insuffisance rénale chronique qui est la cessation du fonctionnement du rein, ce dernier ne filtre plus le sang de la quantité de créatinine. L'incapacité du rein à accomplir ses tâches correctement oblige la personne à endurer un traitement à vie qui fera désormais partie intégrante de sa vie car il devra programmer son agenda en fonction de ses séances de filtration du sang qui durent trois à cinq heures, deux ou trois fois par semaine.

L'hémodialyse est pourtant l'un des traitements de l'insuffisance rénale terminale (IRT) qui permet aux malades de survivre à cette pathologie mortelle. Ce traitement est une véritable substitution à la fonction rénale. Le patient est piqué, « rattaché » à une machine qui a pour but de pomper le sang, le filtrer afin de le restituer, débarrasser des substances toxiques et du liquide excédentaire qui encombrant l'organisme. La lourdeur de ce traitement et ses effets secondaires, exposent le patient à sa vulnérabilité et à sa mortalité.

A l'instar des maladies chroniques, l'insuffisance rénale n'échappe pas à la règle ; elle engendre de nombreuses conséquences à tous les niveaux, spécialement d'ordre psychologique. Le mental de ce dernier est soumis à rude épreuve, devoir subir un traitement à vie, dépendre d'autrui, son image du corps n'est plus la même. L'impact de la dialyse se ressentait sur la vie de famille pouvant à la fois renforcer des liens mais aussi en rompre, sur la vie professionnelle avec une perte d'emploi très fréquente engendrant des difficultés financières. La dialyse était souvent vécue comme contraignante marquant une dépendance aux machines et stigmatisant socialement les patients. Le manque de soutien social, ainsi que la menace de mort qui prône sur leurs têtes.

En voyant le nombre incalculable de collisions que cette anomalie a sur le malade, être face à une telle vulnérabilité, il n'a que deux choix succomber à la dépression ou essayer de remonter la pente et se battre d'une certaine manière afin de reprendre le contrôle sur sa vie, et vivre avec sa maladie ; avoir ce qu'on appelle une personnalité résiliente.

Introduction générale

La résilience, est un concept apparu récemment dans la psychologie, amené par plusieurs chercheurs dont Boris CYRULNIK. Il est défini comme étant la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de traumatismes parfois sévères.

L'étude de la résilience s'appuie sur une hypothèse déductive qui peut concerner des enfants, des adolescents, des adultes ou des familles qui, placés dans des conditions pathogènes ou soumis à des événements destructurants, résistent, les surmontent et parviennent à conserver leur stabilité psychique et une qualité de vie, malgré les épreuves traversées.

Dans notre recherche portant sur « La résilience chez les insuffisants rénaux chroniques », nous avons choisi comme terrain d'étude les deux cliniques d'hémodialyse, celle de « BENMOUFFOK » à Akbou, et celle de « L'ORCHIDEE-NACER » à Aokas, les deux dans la Willaya de Bejaia. Pour réaliser cette dernière nous avons adopté l'approche descriptive. Nous avons utilisé deux techniques : l'entrevue clinique et l'échelle de résilience de Wagnild et Young.

Ce modeste travail comporte deux parties : une partie théorique qui englobe deux chapitres : le premier, c'est l'aspect médical et psychologique de l'insuffisance rénale chronique ; le second concerne, la résilience, et une autre partie consiste en la méthodologie suivie dans la recherche.

Chapitre I

L'aspect médical et psychologique de l'insuffisance rénale chronique

Partie 1

Aspect médical de l'insuffisance rénale chronique

Préambule

Dans ce chapitre, on va aborder une maladie chronique qui est l'insuffisance rénale, dans cette alternative, on va évoquer l'anatomie rénale et ses fonctions, ensuite on va définir cette maladie tout en soulignant ses manifestations, ses stades, son diagnostic, son étiologie, et on a finira par citer les différentes techniques de sa prise en charge.

1- Rappels : anatomie et fonctions rénales

1-1-Anatomie rénale

Les reins sont deux organes aplatis, en arrière du péritoine, de chaque côté de la colonne vertébrale et contre la paroi abdominale postérieure, dans la loge rétro-péritonéale entre la dixième et la onzième côte. Chaque rein a la forme d'un grain de haricot, de couleur rouge sombre de consistance ferme et de poids représentant environ 4,5% celui du corps. Ces organes sont coiffés par les glandes surrénales.

Au niveau macroscopique, le rein est entouré d'une capsule de collagène et encastré dans du tissu adipeux. C'est un organe multilobé dont la base de chaque lobe forme la surface du rein et le sommet de chaque lobe constitue la papille qui est percée d'orifices assurant l'ouverture des canaux collecteurs. Le hile est une fente longitudinale localisée au niveau du bord interne et qui s'ouvre dans le sinus rénal, par lequel entrent artères et nerfs et sortent veines, lymphatiques et uretères. D'un point de vue macroscopique, la vascularisation se fait à partir d'une artère rénale qui naît de l'aorte en dessous de l'artère mésentérique supérieure et des artères surrénales moyennes.

La topographie du drainage correspond à celle de la vascularisation artérielle et les veines rénales rejoignent la veine cave inférieure. Au niveau microscopique, chaque rein est composé d'environ un million de néphrons qui constituent les unités fonctionnelles du rein. Chaque néphron, est composé d'une part d'un glomérule qui est formé d'un bouquet d'anse capillaire alimenté par une artériole afférente et drainé par une artériole efférente et entouré par la capsule de Bowman; et d'autre part de tubules composés successivement du tubule proximal, de l'anse de Henné, du tubule distal et du tube collecteur, les différents tubes sont entourés de vaisseaux péri tubulaires jouant un rôle primordial dans les mécanismes de sécrétion et de réabsorption des substances dissoutes. Le contrôle de ces échanges est assuré par des hormones et des médiateurs, d'origine systémique ou locale. (Al Nowaiser, Roberts, Trompeter, Wilson & Lucas, 2003, pp. 39-45).

1-2- Les fonction rénales

Le rein a deux fonctions :

- une fonction excrétrice qui permet l'élimination de la plupart des toxines de l'organisme et qui se fait par le biais de la production d'urine,
- une fonction endocrine car le rein produit et libère dans la circulation sanguine de nombreuses hormones et qui ont un rôle notamment dans la régulation de la pression artérielle.

1-2-1- La fonction excrétrice

Cette fonction permet de maintenir l'équilibre du milieu intérieur de l'organisme en équilibrant les entrées et sorties de l'eau, des électrolytes (potassium, sodium, chlore, bicarbonate), de l'azote, apportés par l'alimentation sous forme de protides et éliminés sous forme d'urée, de créatinine et d'acide urique.

La première étape de l'élaboration de l'urine est la formation de l'ultra filtrat glomérulaire (ou urine primitive) par la diffusion de l'eau et des constituants du plasma à travers la barrière de filtration glomérulaire, séparant le plasma dans le capillaire glomérulaire de la chambre urinaire. La barrière de filtration glomérulaire est constituée de trois couches :

- La cellule endothéliale (côté « sang ») fenêtrée ;
- La membrane basale glomérulaire constituée de substances amorphes collagène de type 4, de protéoglycane, de laminine, de podocalixine, et de petites quantités de collagène de type 3 et de type 5, de fibronectine et d'entactine ;
- Des prolongements cytoplasmiques (pédicelles) des podocytes, cellules d'origine épithéliale qui reposent sur la membrane basale glomérulaire. (Kaw & Malhotra, 2006, p. 22)

Les deux déterminants de la filtration glomérulaire sont la perméabilité de la barrière glomérulaire et la force motrice de la pression de part et d'autre de la barrière. La paroi du capillaire glomérulaire possède en effet une imperméabilité relative aux protéines plasmatiques mais elle a une grande perméabilité à l'eau et aux substances dissoutes. La filtration des substances dissoutes dépend de leur taille et de leur charge (une molécule diffusant d'autant

mieux qu'elle soit chargée positivement et qu'elle est de petite taille), et des gradients de pression en présence. Le passage des protéines dans l'urine est ainsi négligeable en dessous d'un poids de 68 000 Dalton (= PM de l'albumine).

Les substances toxiques qui ne peuvent pas être filtrées se retrouvent au niveau des vaisseaux peritubulaires (autour des muscles) et peuvent passer dans la lumière tubulaire par un phénomène de sécrétion. Les substances filtrées sont réabsorbées en grande partie (l'eau à 90%) et chaque segment du tubule a une fonction particulière dans cette réabsorption. Ce sont ces phénomènes de réabsorption et de sécrétion qui sont à l'origine de la régulation et de l'excrétion des produits.

Il existe une réabsorption facultative régulée par deux hormones : l'hormone antidiurétique (HAD) et l'aldostérone. L'HAD synthétisée par les noyaux supra optique et paraventriculaires de l'hypothalamus, est une hormone antidiurétique qui augmente la perméabilité du tube rénal collecteur et favorise la réabsorption de l'eau. Elle influence donc la concentration d'urine sécrétée, le volume sanguin et la pression artérielle.

Elle permet d'augmenter la réabsorption de l'eau dans le sang pour pallier une déshydratation ou une hypotension. L'aldostérone quant à elle, est sécrétée par les corticosurrénales. Elle favorise la réabsorption active du sodium dans le tube contourné distal et favorise ainsi une réabsorption passive de l'eau. (Kaw., Malhotra, 2006, p. 22).

1-2-2- La fonction endocrine

Le rein produit et libère des hormones dans la circulation sanguine :

La rénine : La rénine est sécrétée au niveau de l'appareil juxta-glomérulaire, en réponse aux variations de la volémie, c'est-à-dire lorsque la pression de perfusion diminue. Sous l'effet de l'angiotensinogène, produit par le foie, la rénine permet la production d'angiotensine I. Enfin, l'enzyme de conversion transforme l'angiotensine I en l'angiotensine II. Cette dernière exerce des effets vasoconstricteurs sur les artérioles entraînant ainsi une augmentation de la pression artérielle et stimule la sécrétion surrénale d'aldostérone qui favorise alors la rétention de sodium.

L'érythropoïétine(EPO) : De plus, le rein sécrète de l'érythropoïétine dans les cellules interstitielles peritubulaires fibroblastiques en réponse aux variations de la pression partielle

tissulaire en O₂. Ainsi, à la suite d'une hypoxie cellulaire, de l'EPO est libérée et permet la production de globules rouges par la moelle osseuse.

La vitamine D : La vitamine D₃ (forme active de la vitamine D) est produite dans les cellules tubulaires proximales. Elle permet l'absorption du calcium alimentaire par l'intestin et sa fixation sur l'os mais également l'absorption intestinale de phosphate. Les reins interviennent donc dans le maintien d'une structure osseuse normale. (Pirson & de Strihou, 1986, p. 44).

2-Définition de l'insuffisance rénale chronique

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

Conformément à un consensus international, les maladies rénales chroniques sont définies par l'existence :

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

Elles peuvent aboutir à l'insuffisance rénale terminale (IRT) qui nécessite le recours à l'épuration extrarénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale) et/ou à la transplantation rénale (Hulot, 2007, p.200).

L'altération progressive et irréversible des fonctions excrétrices et endocrines du rein, dont le rôle est majeur dans le maintien de l'homéostasie (Mignon, Michel & Viron, 1993, p. 141).

L'insuffisance rénale chronique est caractérisée par une diminution chronique (> 3 mois) et irréversible du nombre de néphrons fonctionnels ; quelle qu'en soit la cause. Il en résulte ainsi une diminution progressive de la fonction rénale mise en évidence par la baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) (< 60 ml/min). Le (DFG) n'est altéré que lorsque près de 75% des néphrons sont atteints. Cela aboutit à un défaut de maintien de l'homéostasie hydro-

électrolytique. Elle représente la complication commune à toutes les néphropathies, qu'elle qu'en soit l'origine.

3-Les manifestations de l'insuffisance rénale chronique

3-1-Atteintes cardio-vasculaires

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité chez le patient en IRC terminale. Cette dernière est de 10 à 30 fois plus élevée que dans la population générale après ajustement pour l'âge, le sexe, l'origine ethnique et le diabète.

- **Hypertension artérielle**

Le taux de mortalité est définit à 40%, elle est associée à l'IRC dans 80 à 90% des cas. Facteur de risque de complication cardiaque doté d'un rôle important dans le pronostic de la maladie. Cette corrélation entre HTA et IRC s'explique par le rôle essentiel du rein dans le contrôle de la pression artérielle grâce au système renine-angiotensine.

- **Atteinte cardiaque**

L'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG), l'insuffisance cardiaque sont les principaux responsables de la morbi-mortalité cardiovasculaire.

75% des patients débutant la dialyse (HD ou DP) ont une HVG.

La prévalence de l'insuffisance cardiaque est de 40% chez les hémodialysés et de 31% chez les patients en dialyse péritonéale alors qu'elle est de 5% dans la population générale (Trabelsi, 2018, p. 11)

3-2- Les manifestations hématologiques

Le rein est la principale source d'érythropoïétine (EPO), principal facteur de croissance hématopoïétique qui stimule la formation des globules rouges. Cette production est inadéquate dans l'IRC d'où les conséquences hématologiques suivantes : L'anémie, troubles de l'hémostase. (Trabelsi, 2018, p. 11)

3-3-Les manifestations digestives

L'Insuffisance rénale chronique induit de nombreuses manifestations cliniques au niveau du système digestif lorsqu'elle est évoluée ou en cas de traitement de suppléance trop tard ou insuffisant :

- Nausées voire vomissements qui reflètent une intoxication urémique importante et doit faire envisager le début d'un traitement de suppléance
- Gastrite et ulcère majorent l'anémie secondaire à l'Insuffisance rénale chronique et doivent être recherchés en cas de symptomatologie fonctionnelle ou de carence martiale. (Trabelsi, 2018, p. 12)

3-4-Les manifestations osseuses

Elles sont essentiellement liées à une hyperparathyroïdie secondaire qui est caractérisée par une augmentation de la résorption osseuse ostéoclastique.

L'histomorphométrie retrouve ce type de lésion chez plus de 80% des patients urémiques.

L'Insuffisance rénale chronique entraîne des perturbations du métabolisme phosphocalcique (hypocalcémie, hyperphosphorémie) responsables de l'« ostéodystrophie rénale », actuellement appelée Désordre du métabolisme Minéral et Osseux lié à la Maladie Rénale Chronique (DMO – MRC). Les signes de cette pathologie sont essentiellement radiologiques (Trabelsi, 2018, p. 12)

3-5-Les manifestations immunitaires

L'Insuffisance rénale chronique entraîne un déficit immunitaire. En effet les infections sont une cause importante de morbidité chez les patients insuffisants rénaux. Cette susceptibilité accrue à l'infection est due à une rupture de la barrière naturelle cutanée par des techniques invasives de dialyse dans un environnement hospitalier propice aux infections nosocomiales mais est surtout lié à l'état de déficit immunitaire provoqué par l'urémie observé chez ces patients. Cette anomalie du système immunitaire se manifeste dès le stade débutant de l'insuffisance rénale. Elle s'intensifie avec la progression de l'insuffisance rénale et s'accroît encore chez le patient hémodialysé. Cette immunodéficiência porte sur l'immunité humorale et cellulaire, tous les types de cellules immunocompétentes sont atteints.

Les déficits de la phagocytose et de la fonction cytolitique jouent un rôle important dans les anomalies de l'immunité innée. Une régulation inhibitrice des cellules T et B et une présentation antigénique défectueuse semblent principalement impliquées dans les déficits de l'immunité adaptative

Enfin, au niveau de l'immunité innée humorale, un déficit du complément, qui est le principal auxiliaire de cette immunité, est également mis en cause (Trabelsi, 2018, p. 13)

3-6-Les manifestations dermatologiques

Ces patients peuvent présenter des hyperpigmentations cutanées, un prurit, des ecchymoses, des œdèmes, une pâleur cutanéomuqueuse (liés à l'anémie).

3-7-Les manifestations métaboliques

Les patients atteints d'une insuffisance rénale chronique présentent en générale une acidose et des troubles électrolytiques.

D'autre part, environ 70 % des patients urémiques ont une intolérance au glucose. En effet, la glycémie à jeun est normale mais la glycémie postprandiale est augmentée en raison d'un mécanisme de résistance périphérique à l'insuline.

Cette anomalie du métabolisme du glucose est partiellement améliorée par l'hémodialyse. De plus, une fraction importante de patients avec une insuffisance rénale a une hyperlipidémie de type IV avec augmentation de la concentration de triglycérides et une diminution du cholestérol HDL qui pourrait être la conséquence d'une anomalie du métabolisme hépatique des lipoprotéines. (Trabelsi, 2018, p. 16).

3-8-Les manifestations neuromusculaires

Les manifestations neuromusculaires observées chez les patients insuffisants rénaux à un stade avancé sont parmi les manifestations les plus précoces découvertes au cours de l'urémie.

Les symptômes initiaux sont modestes et comprennent une labilité émotionnelle, une insomnie et un manque de concentration. Si l'état urémique progresse, des anomalies plus marquées apparaissent avec une hyper réflexivité tendineuse, des clonies, un asterixis et une altération de la conscience qui évolue vers le coma, les convulsions et le décès.

La poly neuropathie périphérique urémique est une autre complication invalidante de l'Insuffisance rénale chronique. La manifestation la plus précoce est le "syndrome des jambes sans repos" (le patient a tendance à éviter l'inactivité des membres inférieurs en raison d'une sensation d'engourdissement). (Trabelsi, 2018, p. 16)

4-Les stades de l'insuffisance rénale chronique

L'évolution de cette réduction néphronique peut se classer, en fonction du débit de filtration glomérulaire(DFG). Le (DFG) dépend de plusieurs paramètres physiques. Il est modélisé par la formule :

$$\text{DFG} = \text{PUF} \times \text{Kf}$$

Où PUF: gradient de pression transcapillaire (pression d'ultrafiltration)

Et Kf: coefficient de filtration

PUF dépend:

- de la différence de pression hydrostatique entre le capillaire glomérulaire (P_{cg} , voisine de 45 mmHg) et la chambre urinaire du glomérule (P_u , voisine de 10 mmHg)
- et de la différence de pression oncotique entre le capillaire glomérulaire (PI_{cg} , environ 25 mmHg) et la chambre urinaire (PI_u , qui est nulle à l'état normal)
- d'où $P_{uf} = (P_{cg} - P_u) - (PI_{cg} - PI_u)$

Le débit sanguin rénal n'apparaît pas directement dans l'équation du DFG, mais la pression hydrostatique du capillaire glomérulaire dépend du flux sanguin et de la différence de résistances entre les artérioles afférentes (RAF) et efférentes (REF).

Ainsi la filtration glomérulaire baisse ou s'annule quand :

- le débit sanguin rénal diminue (hypo volémie, état de choc)
- les REF diminuent (vasodilatation de l'artériole efférente glomérulaire);
- les RAF augmentent (vasoconstriction pré-glomérulaire) ; - ou encore si il a pu augmenter (obstacle intra-tubulaire ou sur la voie excrétrice). Kf est un coefficient de filtration qui intègre la perméabilité du capillaire glomérulaire et la surface de filtration. On ne connaît pas de baisse primitive de la perméabilité comme cause d'IRA (insuffisance rénale aigue) (Trabelsi, 2018, p. 10).

La formule de Cockcroft permet également de faire une estimation du DFG à partir de la clairance de créatinine.

Cette formule prend en compte le poids, le sexe et l'âge du patient et permet l'adaptation des posologies.

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{Débit de filtration glomérulaire} \\ \text{ou} \\ \text{Clairance de la créatinine} \\ \hline \end{array} = \frac{K \times \text{Poids} \times (140 - \text{âge})}{\text{Créatininémie}}$$

Où $K=1,23$ chez l'homme et $1,04$ chez la femme

Cependant, l'équation CKD-EPI est l'équation la plus fiable pour estimer le DFG. Pour estimer le DFG à partir de la créatininémie par l'équation CKD-EPI,

Le résultat, étant déjà indexé à la surface corporelle, ne doit pas être réadapté à la surface corporelle du patient.

Attention ! L'équation CKD-EPI (comme les autres modes d'estimation du DFG) n'est pas encore complètement validée dans certaines populations de patients :

- patients de type non caucasien (le facteur de correction ethnique fourni pour l'équation n'est validé que pour la population afro-américaine) ;
- patients âgés de plus de 75 ans ;
- patients de poids extrême ou dont la masse musculaire est élevée ou faible ;
- patients dénutris ou ayant une alimentation pauvre en protéines animales. À partir de cette définition, cinq stades d'insuffisance rénale sont établis par la HAS en 2012 :

Stade	DFG(ml/min/1.73m ²)	Définition
1	≥ 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 89 Stade 3B : entre 30 et 44	Insuffisance rénale chronique modérée
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	<15	Insuffisance rénale chronique terminale

Tableau 1: stade de l'IRC en fonction du Débit de filtration glomérulaire DFG

- avec marqueurs d'atteinte rénale : albuminurie, hématurie, leucocyturie ou anomalies morphologiques ou histologiques ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de 3 mois (deux ou trois examens consécutifs). (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2002, p. 7).

5-Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique

Le diagnostic de l'Insuffisance rénale chronique repose sur des données biologiques, cliniques et radiologiques. Sa découverte peut se faire de deux façons, soit la néphropathie initiale est connue et la surveillance permet de détecter l'augmentation du taux de créatinine plasmatique, soit la néphropathie n'est pas connue et la maladie peut être découverte à un stade précoce où les manifestations cliniques sont négligeables, ou à un stade avancé.

L'insuffisance rénale diagnostiquée par calcul du DFG, et Recherche de signes de néphropathie associée (protéinurie, hématurie...), d'anomalies sur les voies excrétrices (échographie). Caractère chronique ; Insuffisance rénale depuis > 3 mois, et Taille des reins diminuée, et Critères biologiques : anémie normochrome, normocytaire, régénérative, hypocalcémie (Bruno, Noelle & Aldi, 2016, p. 218).

Pour établir le diagnostic positif de l'insuffisance rénale chronique, il faut tout d'abord réaliser l'anamnèse médicale :

-Connaître les antécédents médicaux personnels et familiaux du patient en termes de néphropathie - Connaître l'état de santé actuel du patient

-Connaître les antécédents personnels de :

- diabète, hypertension artérielle, de maladie athéromateuse.
- d'infections urinaires hautes récidivantes, d'uropathie, de lithiase.
- de maladie systémique ou de maladie auto-immune.
- de goutte.
- de protéinurie, d'hématurie.

-Rechercher une prise chronique ou intermittente de médicaments potentiellement néphrotoxiques : AINS, antalgiques, anti-calcineurines...

-Rechercher une exposition éventuelle à des toxiques professionnels tels que le plomb et le cadmium.

-Dans un second temps, on recherche à l'examen clinique :

- Une hypertension artérielle, un souffle vasculaire sur les axes artériels, la disparition de pouls périphérique
- Des œdèmes, des reins palpables, un obstacle urologique (lobe vésical, touchers pelviens)
- Des signes extrarénaux de maladie systémique
- Halitose (concentration d'urée dans la salive), démangeaisons de la peau
- Retard de croissance et rachitisme chez les enfants (déficience en vitamine D)

-Ensuite des examens paracliniques sont réalisés :

-Des examens biologiques et sanguins : une électrophorèse des protéines sériques, une glycémie à jeun

-Des examens biologiques et urinaires : protéinurie des 24h, cytologie urinaire quantitative sur urines fraîches pour rechercher et quantifier une hématurie, une leucocytaire et rechercher des cylindres.

- une imagerie qui peut comprendre notamment échographie rénale, urographie intra veineuse, scanner, biopsie qui permettront d'apprécier la morphologie rénal et de rechercher un éventuel obstacle dans les vies excrétrices.

Le diagnostic de l'Insuffisance rénale chronique sera confirmé par analyse biologique: la fonction rénale est appréciée par la mesure du DFG qui correspond à la capacité d'élimination dans le temps du glomérule. On observera une diminution permanente du DFG mesuré par les différentes techniques vues précédemment. (Guide du parcours de soin. (Haute autorité de santé (HAS), 2012, p. 7).

6-L'étiologie de l'insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale terminale chronique présente de nombreuses étiologies possibles:

- Les différentes néphropathies (glomérulonéphrites chroniques, néphropathies interstitielles chroniques/héréditaires/vasculaires...)
- les maladies systémiques avec principalement le diabète de type II
- l'insuffisance rénale aigue non traitée
- hypertension artérielle (HTA) systémique
- les étiologies idiopathiques

La recherche étiologique est primordiale dans l'établissement du diagnostic positif.

Causes de l'IRT	Incidence
Diabète (surtout type2)	22,3%
Hypertension/Néphropathie vasculaire	26%
Glomérulonéphrite	12%
Polykystose	5,4%
Pyélonéphrite	4,3%
Autres	14,5%
Inconnues	15,6%

Tableau 2 : Principales causes d'insuffisance rénale terminale

La proportion importante d'IRT sans diagnostic de maladie rénale causale tient en partie au diagnostic tardif des malades (1/3 sont dialysés en urgence) et à la difficulté d'un diagnostic étiologique au stade L'insuffisance rénale chronique est due à une réduction du nombre de néphrons fonctionnels dont le mécanisme est double :

- destruction initiale liée à la maladie causale quelle qu'elle soit
- hyperfonctionnement des néphrons restants aboutissant à la glomérulosclérose (Trabelsi, 2018, pp. 8-13.)

7-Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

Trois types de traitement permettent d'assurer la suppléance de la fonction rénale :

7-1- La transplantation rénale

Lorsqu'elle est possible, il s'agit de la meilleure méthode de suppléance de la fonction rénale par rapport à l'hémodialyse et à la dialyse péritonéale du fait :

- d'une meilleure qualité de vie ;
- d'une morbidité cardio-vasculaire moindre ;
- d'une espérance de vie supérieure ;
- d'un cout de traitement très inférieur après la première année.

Dans la plupart des cas où elle est possible, elle peut être envisagée au stade d'insuffisance rénale sévère, avant qu'un traitement dialytique ne soit institué. La transplantation rénale fait l'objet d'un chapitre (Hulot, 2007, p.213).

7-2-L'hémodialyse

A. Généralités

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 20 ans et plus) ;
- la plus couteuse.
- Elle peut être réalisée dans différentes structures :
- centre d'hémodialyse lourd avec présence médicale permanente ;

- unité de dialyse médicalisée avec présence médicale intermittente ;
- unité d'auto dialyse assistée ou non sans présence médicale ;
- au domicile par des patients autonomes.

Son coût varie suivant les structures de 25 000 à 50 000 euros/an environ

B. Principes

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

- Des transferts diffusifs selon les gradients de concentration permettent 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 réalisés par ultrafiltration résultant de l'application d'une pression hydrostatique positive au travers de la même membrane semi-perméable .Ceci permet d'obtenir une soustraction nette de liquide, nécessaire chez les patients urique et l'élimination concomitante par convection des substances dissoutes. (Hulot, 2007, p. 214).

C. Réalisation pratique

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

- une circulation extracorporelle ;
- un système (dialyseur et générateur d'hémodialyse) permettant la réalisation des échanges selon les principes définis ci-dessus ;
- une installation de traitement de l'eau.
- La circulation extracorporelle nécessite :
 - un abord vasculaire :
 - fistule artériole-veineuse de préférence ;
 - anse prothétique artériole-veineuse,
 - cathéter tunnel lise ou non (pose en urgence) ;
 - une anti coagulation efficace du circuit extracorporel par héparine non fractionnée ou de bas poids moléculaire ;
 - un circuit extracorporel (à usage unique).
- Les échanges sont réalisés dans un dialyseur (jetable) en fibres capillaires le plus souvent, dont le principe est d'offrir une surface d'échange importante pour un volume de sang faible.

Le générateur d'hémodialyse, matériel lourd, permet :

- la réalisation et le contrôle de la circulation extracorporelle ;
- la fabrication du bain de dialyse à partir de l'eau osmose (voir plus bas) ;
- le contrôle du débit et volume d'ultra filtrat 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 toxiques (aluminium, plomb, etc.) ;
 - calcium et autres ions. (Hulot, 2007, p. 214).

❖ Clinique

- L'hémodialyse chronique permet, grâce aux trois séances hebdomadaires :
 - de contrôler les volumes liquidiens en ramenant le patient à un poids idéal théorique – dit poids sec – correspondant à un état d'hydratation et une pression artérielle normale ;
 - de soustraire les différentes molécules à élimination urinaire comme l'urée, la créatinine ou d'autres toxiques ;
 - de corriger les différentes anomalies électrolytiques induites par l'IRC terminale (hyperkaliémie, acidose métabolique, hypocalcémie, dysnatrémies).
- Le régime alimentaire des patients hémodialysés comprend :
 - une restriction hydrique de 500 ml + la diurèse résiduelle ;
 - une alimentation peu salée ;
 - des apports protéiques de 1,2 g /kg /jour ;
 - des apports caloriques de 35kcal/kg/jour. (Hulot, 2007, p. 215).

7-3-La dialyse péritonéale

A. Généralités

- C'est une technique de dialyse :
 - moins utilisée que l'hémodialyse en France (10% des patients) ;
 - qui permet le traitement à domicile et qui est mieux tolérée au plan hémodynamique que l'hémodialyse ;
 - qui a des performances d'épuration moindre que l'hémodialyse (difficultés techniques chez les patients de fort gabarit) et dont la durée d'utilisation chez un patient est limitée à quelques années (5ans) du fait de l'altération progressive des propriétés du péritoine
 - moins coûteuse que l'hémodialyse (Hulot, 2007, p. 215).

B. Principes

- La membrane péritonéale permet les échanges en dialyse péritonéale :
 - les transferts diffusifs selon les gradients de concentration transmembranaire permettent la diffusion des molécules dissoutes ;
 - l'ultrafiltration est réalisée avec des solutions de dialyse péritonéale de forte osmolarité (glucose hypertonique) ou à pression colloïdale élevée (polymère de glucose). ceci permet d'obtenir une soustraction nette de liquide, nécessaire chez les patients aériques. (Hulot, 2007, p. 215).

C. Réalisation pratique

- La dialyse péritonéale nécessite :
 - un cathéter de dialyse péritonéale inséré chirurgicalement, l'extrémité étant dans le cul-de-sac de Douglas, l'autre étant tunnelier dans un trajet sous-cutané latéro-ombilical ;
 - un système de connexion qui permet d'assurer les échanges de façon aseptique ;
 - des poches de dialyse stérile d'un volume d'environ 1,5 à 2,5 litres.
- Les échanges peuvent être réalisés de deux façons :
 - par une technique manuelle permettant 3 à 5 échanges par jour. Une stase de quelques heures (4 en moyenne) permet les échanges diffusifs. Le liquide est ensuite drainé par simple gravité. Le plus souvent 8 à 10 litres d'échanges quotidiens sont nécessaires ;
 - par une technique automatisée, une machine assurant les échanges la nuit.
- Le choix entre les deux techniques dépend :
 - de la nécessité d'assurer un volume d'échange plus important (patients de fort gabarit) ;
 - de la nécessité de libérer le patient pendant la journée (ex. Enfants scolarisés).
- Comme l'hémodialyse, la dialyse péritonéale chronique permet, grâce aux échanges réalisés quotidiennement :
 - de contrôler les volumes liquidiens ;
 - de soustraire les différentes molécules à élimination urinaire ;
 - de corriger les différentes anomalies électrolytiques induites par l'insuffisance rénale chronique terminale.
- Le régime alimentaire des patients traités par dialyse péritonéale comprend :
 - une restriction hydrique souvent moins sévère qu'en hémodialyse, la diurèse résiduelle étant conservée plus longtemps ;
 - une alimentation peu salée ;

- des apports protéiques importants comme en hémodialyse, soit 1,2g de protéines /kg/jour, avec le problème supplémentaire d'une déperdition protéique liée à la technique ;
- des apports caloriques de 35kcal/kg/jour. (Hulot, 2007, p. 216).

Résumé

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.

Partie 2

Aspect psychologique de l'insuffisance rénale chronique

Préambule

Dans ce chapitre, nous allons présenter l'aspect psychologique et mental de l'insuffisance rénale chronique, les répercussions psychologiques de cette dernière sur le patient et la manière dont il la gère, les mécanismes de défense qu'il utilise, ainsi que sa qualité de vie, les problématiques qu'il peut rencontrer.

1-Répercussions psychologiques

1-1-L'annonce de la maladie

L'annonce de la maladie est souvent un véritable choc pour le malade et sa famille. C'est tout un univers qui bascule. Selon sa personnalité, se sachant malade, le patient va mettre en œuvre différents mécanismes de défense progressivement, il va déployer des stratégies d'adaptation qui peuvent avoir des conséquences sur sa vie quotidienne.

Dans le cas de l'insuffisance rénale chronique qui est une maladie particulièrement lourde, le patient s'enfonce dans un mode de vie nouveau qui est malheureusement durable, pénible, frustrant, chaque technique de dialyse (hémodialyse, dialyse péritonéale, la dialyse péritonéale continue ambulatoire« DPCA »), va induire une gestion de temps différent. Cette dernière est caractérisée par une succession de stress physique et psychique, néanmoins, cela exige de lui une participation active.

1-2-L'impact émotionnel

L'émotion courante et normale chez une personne atteinte d'un problème de santé chronique comme l'insuffisance rénale chronique est généralement :

- Le choc : recevoir une telle nouvelle auprès de son médecin, c'est à dire qu'on a diagnostiqué chez le sujet une insuffisance rénale chronique est clairement succédée par un choc ;
- Le déni : existence simultanée d'une perception de la réalité en même temps qu'une dénégation totale de certains éléments péjoratifs ou insupportables de cette réalité. Le sujet fonctionne avec un psychisme scindé en deux : l'un laisse filtrer certaines informations pendant que l'autre les nie. Habituellement à l'œuvre dans les psychoses,

le déni est le plus puissant des mécanismes de défense rencontré en clinique humaine. (Ionescu, Jacquet & Lhote, 1997, p. 320).

Après avoir été diagnostiqué, le patient rentre dans une phase de déni là où il démentit et refuse d'admettre qu'il en est atteint ;

La dépression : ici le patient prend réellement conscience de son état, il sombre dans une phase dépressive et refuse de suivre correctement les consignes du médecin, et se recroqueville sur lui-même avec des idées sombres ou bien il exprime clairement le fond de ses pensées ;

- La culpabilité : le patient se met alors à se culpabiliser et à se responsabiliser ;
- Tristesse : le patient se sent mal accablé par son état de santé détérioré.
- La Peine et la colère : le patient est tourmenté et chagriné à chaque fois qu'il se met à penser à sa maladie. Ceci le met en colère vis-à-vis de son état actuel, cette dernière est dirigée soit vers lui soit vers son entourage.
- La peur : face à la menace de la maladie, le patient ressent souvent de la peur et de la panique à cause du danger permanent qui pèse sur sa vie.
- L'acceptation : l'hémodialysé se met enfin à accepter que sa maladie fait maintenant partie de sa vie et que la meilleure alternative pour lui c'est d'essayer de s'adapter et s'accommoder.

1-3-Les effets de la prise en charge

La strangurie, miction douloureuse, goutte, avec ténésme vésical ; la pollakiurie nerveuse, liée à des impulsions agressives ; les douleurs pelviennes de l'homme, en relation avec une culpabilité à contenu sexuel (onanisme) ; les infections chroniques de la vessie, tous ces problèmes ont des dimensions psychologiques. Cependant, c'est la dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale) qui nous semble le plus important sur le plan de la psychologie médicale.

Chaque traitement contre l'Insuffisance rénale chronique possède ses propres répercussions sur le plan psychique du patient.

Avant le début de l'hémodialyse et dans un laps de temps parfois très court, nous attendons des insuffisants rénaux qu'ils assument plusieurs épreuves successives :

- La révélation d'une atteinte grave et définitive à leur intégrité ; une partie très investie d'eux même, les reins, est détériorée, ne fonctionnera jamais plus ;
- La prise de conscience du danger de mort qui pèse sur eux ; il ne s'agit plus d'espérer un retour en arrière par des moyens conservateurs, mais de s'engager dans la seule voie possible, le rein artificiel, dans un nombre croissant et actuellement majoritaire des cas, d'une transplantation ;
- enfin les diverses investigations et interventions plus ou moins pénibles, telles que les séances de dialyse péritonéale lorsqu'elles sont indispensables dans une situation d'urgence, la constitution de la fistule artérioveineuse, ou même la bi-néphrectomie quand elle est indiquée d'emblée. (Haynal, Pasini & Archinard, 1997, p.119).

A. L'hémodialyse

L'hémodialyse entraîne une souffrance psychique itérative puisque le sujet doit s'y rendre trois fois par semaine. (Lefebvre, 2005, p. 3).

Les malades sont dialysés trois fois par semaine, chaque séance dure de trois à cinq heures. Dans l'unité d'hémodialyse, ils sont généralement répartis dans des salles de plusieurs lits.

Le patient est dans une situation de dépendance absolue par rapport :

- à un lieu
- à une machine
- à une équipe

Cette dépendance est également inconditionnelle. La contester en ne se pliant pas à une discipline stricte suffit pour s'attirer des complications organiques plus ou moins anxieuses ; la refuser représente un arrêt de mort ; Cette situation de dépendance totale pendant la dialyse alterne périodiquement avec une indépendance que l'on souhaite aussi complète que possible pour le malade.

- Les aspects pénibles de ce traitement sont multiples : outre les ponctions de la fistule artérioveineuse confectionnée pour la dialyse, il faut relever que les malades souffrent souvent de crampes musculaires, de céphalées, de vomissements, d'hypotension, variables en intensité et en fréquence, et qu'ils doivent absorber journallement des

médicaments particulièrement désagréables destinés à corriger l'épuration insuffisante en potassium et en phosphore ; un état d'asthénie fluctuant est de règle, le simple bien-être n'existe plus. A cela s'ajoutent d'importantes frustrations d'ordre oral (régime sans sel, restriction hydrique), sexuel (une baisse plus ou moins prononcée de la libido), professionnel (échec des ambitions personnelles, relégation à un poste subalterne ou démission) et social. (Haynal & coll., 1997, p.121).

L'aspect répétitif et durable est une caractéristique considérable de l'hémodialyse. Supporter une souffrance physique, une épreuve morale, une séparation momentanée, ne pose pas de problème insurmontable à la majeure partie des individus. Mais la répétition et la durée ont une dimension inhabituelle, l'hémodialyse n'ayant que deux limites : la greffe et la mort.

Abram et d'autres auteurs ont distingué une suite d'étapes différentes dans le processus d'adaptation de ces patients.

- Rarement hospitalisés en urgence et en syndrome urémique, les insuffisants rénaux terminaux sont alors apathiques, fatigués, dysphoriques ; parfois ils prennent conscience qu'ils sont perdus.
- Dans la plupart des cas, ces malades arrivent à la dialyse sans hospitalisation, leur condition physique étant encore satisfaisante, et après y avoir été préparés par leur médecin traitant. Les dialysés n'ont pas une confiance complète en la machine, ils émettent toujours des formes d'inquiétudes la concernant « d'éventuelles pannes » surtout les premières séances. La fistule artérioveineuse est également un objet de souci car il est qualifié d'un « Talon d'Achille »
- La réaction de deuil constitue un état dépressif d'intensité et de durée variables, qui sont observés parfois après les premières séances de rein artificiel, au cours du « Retour chez les vivants », il correspond à une prise de conscience plus élaborée de la réalité, les malades font le deuil de la santé et de l'indépendance qu'ils n'ont plus.
- Pendant la quatrième phase, soit entre le troisième et le douzième mois, qu'Abram désigne comme la « lutte pour l'état normal, ou le problème de vivre plutôt que de mourir », la plupart des malades se sont faits à la routine du traitement ; ils ont repris leur occupation professionnelle antérieure ou ont changé d'emploi. La majorité d'entre eux se maintiennent à un niveau d'adaptation suffisant, mais c'est un équilibre instable, Au cours de cette période de l'hémodialyse, la perspective d'une transplantation

constitue l'espoir auquel s'accrocher pour tout malade qui peut y prétendre. C'est un stimulant puissant qui aide à tenir bon, qui permet à la volonté de survivre de l'emporter sur l'envie de mourir. (Haynal & coll., 1997, p. 122).

La relation médecin-malade et infirmière-malade est une prise en charge globale, non seulement du malade, mais souvent de son conjoint, voire de sa cellule familiale ; l'ambiance y est celle d'un constant qui-vive, la succession des accidents de parcours, des dangers : menaçant la vie du malade impliquant des décisions lourdes de conséquences et des gestes thérapeutiques déterminants.

Pour terminer, il faut mentionner les problèmes qui surgissent entre le patient et son conjoint : le climat d'insécurité dans lequel le dialysé survit et fait vivre ses proches, les troubles sexuels, etc., ne vont pas sans créer des tensions au sein du couple. Une attitude de soutien ou de rejet de la part du conjoint pèse d'un poids décisif sur l'adaptation du dialysé, dans le sens de la poursuite ou de l'abandon de la lutte.

S. Freud s'est intéressé dans son ouvrage *Deuil et Mélancolie* (1915) à cette "maladie naturelle" que traverse l'endeuillé. Il a tenté d'y dégager les lignes directrices du travail psychique que doit accomplir le survivant placé devant le fait que l'objet est irrémédiablement absent. Cette "maladie naturelle" constitue une épreuve de réalité bien spécifique. Il ne s'agit pas du premier travail psychanalytique sur ce sujet : Karl Abraham, élève de Freud, avait auparavant publié une recherche sur le deuil en rapprochant le tableau nosographique de la mélancolie –qui appartient au domaine de la pathologie mentale- de celui du deuil (Cités par Stekel & coll., 1912, p. 70).

Dans le cas de l'insuffisance rénale chronique, les malades se retrouvent dans la position du deuil par rapport à la perte du rein, ils entrent dans un processus de deuil afin d'accepter l'absence de leur organe. Malheureusement le rein artificiel est un rappel constant qu'ils ont perdu un organe et qu'ils sont incomplets, ce qui ne facilite pas vraiment le travail du deuil.

B. La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale continue ambulatoire (c'est un concept) (DPCA) comporte certains avantages par rapport à l'hémodialyse, sur le plan biologique comme sur le plan psychologique: ce traitement, moins coûteux que l'hémodialyse, mais obtenant une épuration

égale ou supérieure, se pratique à domicile, ou même au travail, sans machine, sans circuit sanguin, sans douleur, ni désagrément ; abaissant la pression sanguine, et abaissant mieux les taux sanguins de phosphore correspondants, elle permet un régime plus libre en liquide et en sel ; enfin, elle garantit une indépendance beaucoup plus grande, les patients pouvant voyager, par exemple.

Parmi les désavantages de la méthode, il faut citer :

- L'obligation d'observer un régime alimentaire riche en protéines, ce qui peut être difficile pour les malades inapparents ; d'autre part, l'apport par le liquide de dialyse lui-même d'un « supplément » d'hydrate de carbone implique un risque à long terme de complications cardio-vasculaires ;
- La fréquence des péritonites, même lorsque les manipulations sont exécutées soigneusement ;
- Des problèmes psychologiques : problèmes posés par la présence d'un cathéter à demeure et d'un sac de plastique rappelant l'aspect d'une poche pour colostomie ; problèmes posés à toute personnalité incapable de se plier aux règles d'asepsie, de respecter la régularité du traitement, de s'alimenter suffisamment, par exemple lors d'une décompensation dépressive. Ainsi la dialyse péritonéale continue ambulatoire ne peut être envisagée que pour des patients suffisamment motivés, collaborants, et entourés affectivement. (Haynal & coll., 1997, p.123).

C. Une transplantation rénale

La greffe est la seule issue possible pour échapper à la dialyse, et la seule promesse d'une vie meilleure. Aussi, l'espoir de subir un jour une transplantation représente un soutien moral incomparable pour les patients retenus par les néphrologues dans cette perspective.

Le receveur aboutit à la greffe, au terme d'une période de dialyse plus ou moins longue et éprouvante et avec des sentiments partagés : espoir d'une renaissance, d'une complétude, mais angoisse tout autant devant une opération majeure et l'incertitude de son succès. Son état d'esprit ne manque pas d'ailleurs d'être influencé par l'évolution des greffés précédents. Une fois la transplantation effectuée, divers problèmes psychologiques peuvent être observés chez les receveurs, comme dans la plupart des situations liées à la transplantation d'organes.

Dans ce cas précis, notons que dans les premiers jours postopératoires, l'émission d'urines a une signification très particulière : certains malades les attendent, en appréciant l'abondance comme si leur vie en dépendait ; les diurèses suffisantes leur donnent un sentiment de détente, voire d'euphorie, alors que l'absence ou la baisse de la diurèse déclenche de l'anxiété.

L'échec de la greffe et l'ablation du transplant ont plusieurs significations pour le malade :

- Sa complétude, enfin rétablie, lui est à nouveau enlevée ;
- Son indépendance, enfin reconquise, est reperdue ;
- Il doit « tout recommencer » c'est-à-dire la dépendance inconditionnelle à la machine, les privations, l'absence de bien-être, etc.
- Enfin surtout, la menace de mort, que la greffe avait provisoirement éloignée, se rapproche.
- Car, si la transplantation réussie réalise une sorte de résurrection, elle n'éloigne pas immédiatement le sentiment de danger, d'insécurité. Pendant les premiers mois après la greffe, la menace de l'échec pèse plus ou moins lourdement sur le receveur. (Haynal & coll., 1997, pp.123-124).

2-Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense sont tout ce qui peut être utilisé de façon inconsciente pour protéger l'intégrité psychologique. Pour lutter contre une grande exigence pulsionnelle, il s'agit d'un véritable instinct de survie. L'inconscient élabore un ensemble d'opérations et de stratégies qui permettent de réduire, ou de supprimer tout changement susceptible de mettre en danger l'intégrité et bien-être psychologique.

2-1-La régression

Désinvestissement pulsionnel du moi vis-à-vis du monde extérieur, s'accompagnant d'un rétrécissement égocentrique du champ relationnel amenant le patient à renoncer au monde, pour ne se préoccuper que du fonctionnement de son corps. Le patient se sent plus dépendant matériellement et psychologiquement de son entourage immédiat. (Ionescu & coll, 1997, p. 320).

Étymologiquement, elle signifie « marche en arrière ». En psychologie expérimentale, le terme de régression désigne le processus par lequel, dans certaines circonstances (situations conflictuelles ou anxiogènes, hypnose), le comportement qui est caractéristique d'un stade de développement antérieur ou correspondant à un répertoire d'activités acquises dans le passé de l'individu, mais remplacées progressivement par des activités plus adaptées.

Le terme de régression a été utilisé par Freud, notamment à propos du rêve, pour expliquer trois processus différents : retour des désirs infantiles (régression temporelle) ; mode de pensée rompant avec les cadres logiques de la pensée de veille (régression formelle) ; passage de la pensée à l'évocation imaginaire, quasi hallucinatoire (régression topique).

Dans la pratique, on se réfère surtout aux deux premières acceptions du terme. La régression temporelle définit toutes les formes que peut revêtir le retour, chez l'adulte, de sentiments et d'attitudes infantiles. Il existe une régression temporelle normale (jeux, laisser-aller, soumission ou chagrin à la maladie) et une régression temporelle pathologique (retour au stade anal dans la névrose obsessionnelle, régression narcissique dans l'auto-érotisme).

La régression temporelle est un des éléments déterminants du processus analytique. La régression formelle définit un mode de pensée qui ne s'embarrasse pas des cadres logiques, mais laisse les idées, les images se succéder au gré des associations (ressemblances, coïncidences dans le temps, rapport affectif). Le monde de rêverie, voir du rive, prend le pas sur les cadres sociaux ; les effets des désirs et des craintes sur ceux de la réalité. Il existe une régression formelle normale (rêverie, pensée non dirigée, création artistique). Et pathologique (psychoses, états toxiques). « La régression formelle rapproche la pensée consciente des représentations issues de l'inconscient.

Elle est une condition indispensable pour que s'établisse un processus analytique au cours de la cure, Le transfert qui s'établit au cours d'une psychanalyse est en grande partie la conséquence d'une double régression, temporelle et formelle ». (<https://www.universalis.fr/encyclopedie/regression-psychologie-et-psychanalyse/>).

2-2-La dénégation

Le sujet dément, nie et désavoue un sentiment ou se défend d'un désir, tout en le verbalisant. Se comporte comme si certaines de ses pensées ne lui appartenaient pas.

S. Freud (1925) décrit cette 'négation' en insistant sur le conflit inconscient (désir et interdit par exemple). Et la levée du refoulement, en faisant un mécanisme essentiellement névrotique. Le sujet énonce un élément refoulé, en prend alors conscience et le refuse aussitôt pour s'en déculpabiliser, voire l'attribuer à autrui (associant alors dénégation et projection).

Pour Laplanche et Pontalis (1967), la formulation de la négation, au sens logique et linguistique est un indicateur essentiel de la négation. Dans le suivi psychothérapeutique, la dénégation se manifeste aussi par le refus du patient d'une interprétation exacte le concernant formulée par le clinicien ; il s'agit alors d'une résistance du patient.

Le refoulé ne peut être accepté que sous forme négative : il est en fait question d'une acceptation partielle, intellectuelle mais non active. C'est une 'annulation du refoulement' (Freud, 1925) plutôt qu'une acceptation du refoulé.

En voyant sa condition physique encore satisfaisante, certains dialysés se défendent contre l'angoisse par des dénégations plus ou moins massives et résistantes. Ils essaient au maximum de scotomiser la réalité et l'existence de leur maladie, ce qui rend la tâche du traitement très difficile. La régression, c'est retourner à un état antérieur et moins élaboré, c'est à dire souvent retourner à un état infantile. L'hémodialysé a une dette envers cette équipe puisque c'est elle qui le maintient en vie. Il va se montrer passif, soumis, laissant au soignant de tous décider, le patient perd toute autonomie et devient dépendant (Ruszniewski, 1995, p.5).

2-3-La maîtrise

Il est parmi les principaux mécanismes de défense contre les angoisses. Le patient va tenter de contenir son angoisse en ayant une attitude de contrôle et de vérification de tout ce que fait l'équipe soignante. Il semble mettre en doute le traitement, les posologies, se montre critique, voire tyrannique.

Il a besoin de contrôler pour apaiser les angoisses liées à sa maladie ou aux traitements. Il va rationaliser l'origine de sa maladie par des raisons irrationnelles parfois (punition etc.), Il faut savoir repérer ce mécanisme pour comprendre que les "attaques" permettent au patient de tenter de reprendre le contrôle de sa vie (Ruszniewski, 1995, p.9).

3-La qualité de vie

La notion de « la qualité de vie » est un terme très ambiguë, en raison de son caractère multidisciplinaire, mais encore des différents domaines qui rentrent au sein de sa constitution. La qualité de vie est nommée en anglais « *quality of life* » qui est une traduction latérale du mot. Cette notion est un concept qui a plusieurs fonctions dit : plurifactoriel, elle prend en compte l'indice du développement humain, les pouvoirs d'achat, la liberté, les droits de l'homme et la santé.

Dans un sens plus large, l'Organisation Mondiale de la Santé la définit la comme étant la « *perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ».

Cette citation met en évidence les différents aspects de la « qualité de vie » à la fois physique et émotionnelle qui rentrent dans l'émergence de celle-ci, à savoir l'autonomie physique, l'état psychologique, le fonctionnement psychologique, le bien-être, les interactions sociales, les activités professionnelles et les ressources économiques, de ce fait cette notion intègre différents paramètres socio-économiques, ainsi que d'autres paramètres plus larges et plus intimes tels que le bonheur et la liberté.

En somme, tous ces différents domaines et caractères, constituent le concept de « la qualité de vie », elle englobe le sentiment de sécurité matérielle, sociale et mentale qui nous pousse à avancer et à nous épanouir dans la vie, et cela influence l'humeur et le bonheur de chaque individu.

Le concept de la qualité de vie dans sa version moderne a émergé vers 1975 avec le développement de la maladie chronique telle que l'insuffisance rénale chronique, Selon l'approche psychologique, les chercheurs considèrent cette notion comme étant un terme subjectif ; il faut l'utiliser avec précaution, c'est-à-dire, un mode de vie considéré comme médiocre par une personne peut être perçu comme étant une vie enrichissante par une autre. La notion de qualité de vie et les notions proches vont s'individualiser peu à peu dans les années 1990-1995 grâce à l'apport des psychologues. Ceux-ci approfondiront les domaines qui recourent au concept très large de qualité de vie et tenteront de définir et mesurer satisfaction, bonheur, bien-être, ainsi que les diverses facettes de la santé : physique, mentale et sociale. (Bouchon-Schweitzer& Boujut., 2014, p.12).

Aujourd'hui, la qualité de vie est au cœur des préoccupations de tous les professionnels de santé (médecins, infirmiers, rééducateurs, psychologues...) qu'ils exercent en milieu hospitalier ou extra hospitalier, il ne suffit plus de traiter médicalement le patient, il faut lui permettre de vivre le mieux possible, compte tenu de son état. (ForMarier, 2007, p.3).

4-Le travail de prise en charge psychologique

La prise en charge psychologique de l'insuffisance rénale chronique doit débiter précocement tout comme la prise en charge néphrologique ; L'hémodialysé présente des complications somatiques et morbides ainsi que par une ambiance de menace permanente pour son existence.

La dichotomie entre la psyché et le soma, mais une impossibilité d'aborder la totalité qu'est le malade par le même discours, par la même science. Et c'est pour cette raison que le psychosomaticien est un leurre (Martis & coll., 1988, p.1635).

Dans les débuts de l'hémodialyse, lorsque l'indication du programme a été posé, cette sélection se faisait à partir d'une évaluation psychologique qui cherche notamment à préciser les points suivants (Sand, Livingston et Wright) ;

- les réactions du malade aux divers stress subis antérieurement, dont ses éventuels problèmes de santé ;
- ses réaction face à la maladie ou à l'invalidité des personnes de son entourage ;
- son vécu, son attitude face à la maladie actuelle, et le vécu, l'attitude de son conjoint(ou d'une personne investie affectivement par lui).

Une adaptation ultérieure satisfaisante des patients au rein artificiel parait directement liée à certains faits :

- un niveau intellectuel suffisant, permettant au malade de participer à son traitement et de comprendre ses aspects techniques ;
- l'existence d'un entourage affectif (un conjoint, des enfants par exemple) donnant au dialysé la volonté de combattre et lui assurant un soutien moral efficace, en d'autres mots, quelqu'un pour qui survivre et quelqu'un vivant pour lui ;
- une activité professionnelle investie par le patient en raison de l'intérêt qu'elle représente pour lui et du revenu qu'elle lui assure ; effectuer un travail que l'on aime et

se savoir nécessaire à autrui de par l'argent que l'on gagne, aident les malades à tolérer l'hémodialyse ;

- la capacité d'admettre et de verbaliser son anxiété, ses difficultés émotionnelles face à la dialyse, à ses contraintes, à la mort ;
- l'absence de recours à des mécanismes de défense tels que la somatisation et la toxicophilie (alcoolisme, abus de médicaments) dans les antécédents personnels du patient. (Haynal & coll., 1997, p. 120)

Résumé

L'annonce d'une maladie chronique est bouleversante. Après le choc qui suit l'annonce de la maladie chronique, il est nécessaire d'acquérir des compétences afin de réorganiser sa vie avec la pathologie, c'est pourquoi l'annonce du diagnostic est si importante, chaque geste, chaque mot se grave définitivement dans la mémoire et influence sur son observance thérapeutique. Certaines affections nécessitent la consultation d'un psychologue puisqu'il est essentiel que le patient accepte sa maladie car vivre au quotidien avec une maladie chronique est loin d'être évident. Les malades affirment souvent qu'ils apprennent à « vivre avec » leur pathologie et non, à « bien la vivre ».

Chapitre II

La résilience

Préambule

Le concept de résilience est arrivé récemment dans la psychologie, il a tracé son chemin en commençant par la métallurgie en passant par l'écologie, l'économie. Dans ce chapitre, on va vous faire découvrir son histoire, les théories qui ont en parlés, ses mécanismes de défenses...etc.

1-Histoire et origines de la résilience

La résilience est un concept d'origine physique, transféré en sciences sociales, notamment en psychologie et en économie, après un détour par l'écologie. Lors de ces transferts entre les sciences, le concept se diversifie et devient polysémique, c'est-à-dire qu'elle possède plusieurs sens, et plusieurs contenus et significations.

Le terme résilience fut employé la première fois en 1626 en anglais par le philosophe Francis Bacon. Le sens de ce mot en anglais est «rebondir», «se ressaisir» ou «se redresser». En anglais cela désigne des situations qui font l'objet des préoccupations actuelles dans le champ de la psychologie.

La résilience est un terme français issu du latin *resilientia*, Ce terme était utilisé en physique pour caractériser la résistance au choc d'un métal. Il s'agit donc d'une caractéristique « innée » et largement immuable d'un objet donné. (Vermeiren, 2012, p.16). Amené en psychologie pour désigner une personne qui a une capacité ou une aptitude à surmonter les défis et les aléas de la vie à y résister comme dans le cas du métal.

S. Freud a utilisé cette métaphore pour illustrer qu'un être humain peut résister à un trauma, tenir le coup et redémarrer.

Le concept a été découvert en 1982 par Emmy Werner. Cette psychologue américaine a suivi à Hawaï 700 enfants sans famille, sans école, vivant dans la rue et victimes d'agressions physiques ou sexuelles. Trente ans plus tard, la plupart d'entre eux étaient devenus des adultes détruits psychologiquement. Cependant, 28% avaient réussi à apprendre un métier, fonder une famille, et ne souffraient pas de troubles psychiques majeurs. Elle en conclut que certains enfants avaient une capacité particulière à surmonter les traumatismes de la vie pour s'en sortir, et appela ces enfants des « résilients ». (Werner, 1989, p.76)

En France, c'est Boris Cyrulnik, psychiatre, neurologue et éthologue français ; né à Bordeaux en 1937, qui va développer le concept et surtout le faire connaître du grand public.

Pour lui, la résilience est un véritable « antidestin ». Boris Cyrulnik pense que les pires épreuves sont surmontables, que la guérison est toujours possible, et que nul n'est condamné au malheur. La résilience est pour lui « *ce processus complexe par lequel les blessés de la vie peuvent déjouer tous les pronostics* ».

La plupart des pionniers des études sur la résilience étaient des cliniciens-chercheurs anglo-saxons, psychologues ou psychiatres, qui tentaient de comprendre et de prévenir les problèmes de santé mentale, comme : Emmy Werner, Norman Garmezy et Michael Rutter.

A partir des années 1970, Norman Garmezy a conduit des recherches longitudinales sur les compétences des enfants à risque, en collaboration avec une équipe qui sera rejointe notamment par Ann Masten. Les études ont porté sur le devenir d'enfants américains, vivant dans des conditions familiales et environnementales très précaires, considérées comme défavorables et facteurs de risque pour leur développement psychique et social. Les observations ont mis en évidence l'existence de compétences sociales spécifiques chez des enfants qui seront qualifiés de résilients. Les travaux de l'équipe dirigée par Norman Garmezy ont conduit à la description de trois modèles théoriques des bases de la résilience : le modèle compensatoire, le modèle des facteurs de protection et le modèle *challenge*. (Cités par Anaut, 2015, p.31).

Norman Garmezy est considéré comme ayant été le premier chercheur à publier des résultats d'une étude portant indirectement sur la résilience, en 1973. Cette recherche concernait les compétences et l'adaptation d'enfants à risque, dans des familles de patients schizophrènes.

Michael Rutter, professeur de psychiatrie de *l'Institute of Psychiatry in London*, a largement contribué au développement théorique du paradigme de la résilience, également en appui sur des recherches longitudinales. Il a travaillé en particulier à partir d'observations qui ont duré plusieurs années, auprès de populations d'enfants et adolescents vivant en milieu défavorisé au Royaume-Uni, sur l'île de Wight mais aussi dans la banlieue de Londres. Il a conclu que l'apparition de troubles psychiatriques varie en fonction non seulement de l'accumulation des facteurs de risque mais surtout de leur interaction qui amplifie les conséquences négatives de manière exponentielle. Toutefois, leur nocivité peut être tempérée par l'impact des facteurs de protection. (Cité par Anaut, 2015, p. 32)

Actuellement, il soulève un regain d'intérêt dans les pays de langue française. Celui-ci se mesure au nombre et à la densité des publications récentes qui lui sont consacrées tant en Suisse (Michaud 1999, Vanistendael et Lecomte 2000), en Belgique (Born-Bœt 2000), qu'en France (Manciaux-Tomkiewicz-Gabel 2000, Cyrulnick 1998, 1999, Poilpot 1999).

Ces dernières ont été élaborées autant par des médecins de santé publique que par des pédiatres, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues et sociologues. (De Tychey, 2001, p. 49)

2- Définitions de la résilience

La résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses, En développant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (inter psychiques) et externes (lien avec l'environnement social et affectif)

C'est tolérer et dépasser les effets délétères ou pathogènes des traumatismes et vivre malgré l'adversité, en gardant une qualité de vie avec le moins de dommage possible.

« 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'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (Manciaux & coll., 2001, p.17).

Le terme de résilience est un concept polysémique qui fait référence aux compétences trouvées-crées par des individus pour faire face à des situations délétères : événements de vie traumatiques, accidents, maladies, handicaps, carences affectives graves, grande précarité, etc. (Anaut, 2015, p. 28).

C'est-à-dire qu'il possède plusieurs sens et qu'il peut être défini et vu de plusieurs manières ; comme des compétences qu'un individu acquiert afin de faire face à de multiples événements qui lui sont traumatisants.

La définition de la résilience a donc tout d'abord reposé sur une approche en termes de résultats comportementaux supposés « positifs ou adaptés » en face d'un contexte socio-affectif qualifié d'inadéquat, défaillant, carencé ou hostile (pathologie mentale, violences, maltraitances), donc potentiellement à risque. Dès lors, une insertion sociale et affective est souvent présentée comme témoignant de la résilience chez un individu. De plus, comme les risques envisagés sont également de développer une psychopathologie, la résilience est parfois présentée comme pouvant se déduire d'une absence de pathologie mentale chez les sujets exposés aux risques de désorganisation psychique.

La résilience est donc à comprendre comme un construit multidimensionnel, résultant d'un état d'équilibre entre les facteurs de risque et les facteurs de protection face aux événements stressants et/ou traumatiques. Dès lors, chez l'enfant comme chez l'adulte, la résilience peut être conçue comme un équilibre atteint à un moment donné. Équilibre qui met

en jeu l'interaction dynamique entre les divers facteurs de protection présents chez le sujet lui-même, mais également dans son environnement familial et social (système de relations affectives familiales et extra-familiales ou sociales). (Anaut, 2015, pp. 28-29)

La résilience est un processus en partie conscient qui représente l'issue d'une souffrance éprouvée par une personne agressée de l'extérieur et nullement en conflit avec elle-même.

La résilience peut être définie comme le processus qui contribue – grâce à l'action des facteurs de protection – à une issue favorable au plan de la santé mentale, malgré la présence du stress qui augmente, de manière significative, le risque de développer une psychopathologie (Hjemdal, Friborg& coll., 2006). Le principe fondamental est que plus le niveau de résilience est élevé, plus réduit est le risque de développer des symptômes psychiatriques ou un trouble mental.

La résilience est un « phénomène » plus complexe. B. Cyrulnik (un des premiers à travailler sur le sujet en France) définit la résilience comme « la capacité à réussir à vivre et à se développer de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative ».

Par la suite, une définition transversale sera adoptée (Vanistaendel, Lecomte et Cyrulnik entre autres) : « La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères. » C'est cette définition que nous prendrons comme référence, car elle passe de l'individu isolé à la notion de groupe et de collectivité. On peut dès à présent souligner l'importance de cette interaction de l'individu et de l'environnement qui l'entoure.

3-De la vulnérabilité à la résilience

La vulnérabilité est le concept antonyme de la résilience, Le concept de la «résilience» est né au début des années quatre-vingt, complètement dominées par le concept inverse, celui de la vulnérabilité.

3-1-Définitions et théories de la vulnérabilité

3-1-1-Définition et déterminants de la vulnérabilité

La vulnérabilité se définit comme l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions et rend compte de la vulnérabilité interindividuelle. La vulnérabilité évoque les sensibilités et les faiblesses patentées ou latentes, immédiates ou différées, et peut être comprise comme une impossibilité (ou incapacité) de résistance aux contraintes de l'environnement.

Anthony (1982) a initié depuis les années 1970 des recherches sur les enfants à risque et observé que les enfants étaient inégaux devant le risque et présentaient un état de vulnérabilité variable.

L'évaluation de la vulnérabilité appelle la complémentarité de l'appréciation des facteurs de risque, mais également celle des facteurs de protection, ce qui renvoie à un modèle à trois dimensions : « risque-résistance-adaptation ».

L'approche de la vulnérabilité peut se concevoir selon deux axes principaux. D'une part, l'étude de la vulnérabilité du sujet, notamment de l'enfant réputé vulnérable : selon une prise en compte de la vulnérabilité personnelle, autrement dit inhérente au sujet lui-même, du fait de sa personnalité et de son développement et incluant des éventuelles prédispositions génétiques. D'autre part, la prise en compte de la vulnérabilité liée à l'environnement : c'est-à-dire dépendant des faiblesses du milieu et des interactions relationnelles inadéquates. Cet aspect de la vulnérabilité concerne les facteurs de risque liés à l'environnement défaillant, qu'il s'agisse de la configuration relationnelle familiale ou du contexte socio-économique plus large.

L'évaluation des facteurs de risque liés à l'environnement suppose la prise en compte de critères comme la catégorie socio-professionnelles et les conditions socio-économiques familiales, ainsi que l'étude de la qualité des liens sociaux et des relations familiales, y compris de la configuration structurelle familiale (monoparentalité, divorce, conflits familiaux...)

Une première approche de la vulnérabilité peut donc s'appréhender selon deux dimensions :

- La vulnérabilité centré sur le sujet : terrains ou prédispositions génétiques, ressources de la personnalité, ressources cognitives, etc.
- La vulnérabilité liée aux défaillances de l'environnement : structure familiale inadéquate, pauvreté, isolement social, etc. (Anaut, 2007-2008, pp.14-15).

3-1-2- Les modèles théoriques de la vulnérabilité

A. Le modèle psychiatrique

La conception génétique de la maladie mentale représente encore actuellement un courant explicatif important en psychiatrie. En revanche, le modèle de la psychopathologie liée à la vulnérabilité psychique, influencé par le courant psychanalytique, est resté longtemps considéré comme la seule théorie opposable au modèle biologique ou génétique de l'étiologie des maladies mentales et des troubles psychiques. Cela explique grandement son psychiatrie comme en psychologie clinique. Dans cette approche trouve ses racines dans l'influence du modèle de la psychiatrie traditionnelle qui consiste à comprendre le sujet sain à partir de l'étude de la psychopathologie des sujets malades.

Selon Pedinielli(2002), « la psychopathologie est la psychologie du pathologique » c'est-à-dire « l'étude, la théorie, psychologique, des formes de souffrance quelle que soit leur cause ». L'approche psychopathologique comprend la description des troubles associés à une maladie ainsi que les théories explicatives psychologiques visant à rendre compte des mécanismes intrapsychique à l'œuvre, autant que des éventuelles causes de la maladie. (Cité par Anaut, 2007-2008, pp.11-12).

D'un point de vue clinique, on peut considérer que la notion de vulnérabilité s'inscrit initialement dans une perspective freudienne, elle souligne la fragilité de l'enfant et notamment du nouveau-né.

Cependant, selon Freud, c'est moins l'enfant qui serait vulnérable que le processus de développement lui-même. Autrement dit, la vulnérabilité peut dépendre de l'épigenèse, c'est-à-dire de l'ensemble des processus et des événements de développement d'un individu qui interviennent et laissent des traces aux cours de son autogenèse. Selon cette approche, la vulnérabilité aurait à la fois une origine constitutionnelle génétique et une dimension épi génétique, c'est-à-dire construite progressivement aux cours du développement.

D'après Werner et Smith (1992), la vulnérabilité référerait à une prédisposition de l'enfant à développer des psychopathologies ou des troubles comportementaux susceptibles de nuire à son adaptation. Cette vulnérabilité personnelle sera fonction des attributs dont dispose l'enfant : c'est-à-dire de sa sensibilité, de ses faiblesses, de ses capacités à faire face aux facteurs de risques et aux événements stressants, de ses capacités cognitives, etc.

Selon Werner (1993), la vulnérabilité personnelle, autrement dit inhérente à un enfant, pourra nuire à son adaptation en augmentant les effets des facteurs de risques.

Dans cette perspective la vulnérabilité intrinsèque d'un sujet va contribuer sa capacité à répondre aux événements provoqués par les facteurs de risques environnementaux. Ainsi, selon leurs caractéristiques personnelle, les enfants réagissent différemment aux facteurs de risques ce qui expliquera que, face à des facteurs de risques identiques, certains sujets développent des troubles ou des psychopathologies et d'autres non. (Anaut, 2007-2008, pp. 16-17).

B. Approche clinico-pathologique

Selon la définition proposée par Marcelli (1996), concerne : « l'étude des diverses situations qui apparaissent, par leur existence et leur nature, à l'origine de perturbations spécifiques ou non chez l'enfant ».

Un autre psychanalyste, Lemay (1999) souligne que la plupart des conceptions théoriques insistent essentiellement sur la fragilité du petit être humain et non sur ses ressources et ses compétences.

L'approche clinico-pathologique consiste donc à analyser les déterminants de la vulnérabilité des sujets. Elle suppose de s'intéresser aux processus intrapsychiques, mais aussi aux événements ou contextes pathogènes, à tenter de les comprendre, à repérer des éléments de fragilité (internes et externes), et à proposer des modalités d'intervention visant à aider les sujets vulnérables et éventuellement à trouver des pistes pour prévenir les risques. Cela conduit Manciaux (1999) à considérer que l'étude de la vulnérabilité mène progressivement au concept de résilience. (Cité par Anaut, 2007-2008, pp. 12-13).

3-2-Principaux facteurs de risque

La notion de risque implique la probabilité de subir un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure. En psychologie, les facteurs de risque sont des variables liées à l'apparition ultérieure de pathologie ou d'inadaptations.

Les principaux facteurs de risque répertoriés (sur les bases des travaux d'Anthony et Chiland, 1980 ; de Garmezy et al. 1996) sont :

Chapitre II : La résilience

Facteurs centrés sur l'enfant : la prématurité, la souffrance néonatale, la gémellarité, la pathologie somatique précoce (faible poids de naissance, atteintes cérébrales, handicaps....), les déficits cognitifs, les séparations maternelles précoces ;

Facteurs liés à la configuration familiale : la séparation parentale, la mésentente chronique, la violence, l'alcoolisme, la maladie chronique d'un parent (somatique et psychique), le couple incomplet (mère célibataire), la mère adolescente et ou immature, le décès d'un proche ;

Facteurs sociaux-environnementaux : la pauvreté et la faiblesse socio-économique, l'absence d'emploi, le logement surpeuplé, la situation de migrant, l'isolement relationnel, le placement de l'enfant....

A noter que c'est le plus souvent une constellation de facteurs de risque qui peut devenir source de risque et non un des risques pris isolément. Garmezy(1991) a démontré que le risque de vulnérabilisations s'accroît exponentiellement avec l'accumulation des facteurs de risque. Par ailleurs, la valeur de nocivité attribuée aux indices de risque peut dépendre de la proximité ou non du facteur de risque et des intermédiaires qui interviennent soit pour les minimiser, soit au contraire pour amplifier leur nocivité. Ainsi, certains risques sont de nature dite distale (n'agissant pas directement sur l'enfant ou ne le concernant qu'indirectement) mais peuvent interagir à travers des médiateurs. Alors que d'autres risques agissent de manière proximale(en prise directe sur l'enfant). (Cité par Anaut, 2007-2008, pp. 25-26).

4- Facteurs et critères de résilience

4-1-Facteurs de résilience et profil de l'individu résilient

4-1-1-Facteurs de résilience

Les critères permettant d'explorer la résilience sont multiples et variés. On repère cependant un certain nombre de critères communs parmi les recherches actuelles. Chez l'enfant, les principaux facteurs de protection propres à la résilience, répertoriés par Masten, Best et Garmezy (1990), dépendent du développement des (6) caractéristiques suivantes :

- Stabilité de l'attention
- Capacité à résoudre les problèmes
- Séduction (attrait) envers les pairs et les adultes
- Compétence manifeste et perception de l'efficacité (auto-efficacité)
- Identifications à des modèles et rôles compétents
- Projets et aspirations

Il s'agit ici essentiellement de caractéristiques d'ordre cognitif (stabilité de l'attention, résolution des problèmes...), comportementales et psychosociales (identification, séduction, projets...). Cependant, d'autres chercheurs se sont davantage employés à explorer les éléments de la personnalité constitutifs de la résilience et à étudier les processus intrapsychiques. (Cités par Anaut, 2007-2008, p.48).

4-1-2-Profil de l'individu résilient

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

- Un Q.I. élevé
- Capable d'être autonome et efficace dans ses rapports à l'environnement
- Ayant le sentiment de sa propre valeur
- De bonnes capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie
- Capable d'anticiper et de planifier
- Ayant les sens de l'humour

La totalité de ces caractéristiques n'est pas la garantie d'un fonctionnement résilient, mais ces différents éléments se retrouvent chez pas mal de cas réputés résilients et sont considérés comme contribuant au fonctionnement de la résilience. (Cité par Anaut, 2007-2008, p. 49).

4-2-Critères du processus résilient

Rutter (1985 ; 1996) a distingué trois caractéristiques principales chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables. Ces personnes, face à des situations de grande adversité, mettent en place des comportements qui font appel à des modes de fonctionnement spécifiques en appuis sur des mécanismes d'élaboration de la pensée.

Selon lui, la personne résiliente concilie trois caractéristiques.

a. 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. Rutter considère comme nécessaire l'existence d'un bon développement de l'estime de soi chez les individus résilients.

L'estime de soi peut se définir comme l'image que l'individu se forge de lui-même, le sentiment de sa propre valeur se traduisant à travers un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur.

L'estime de soi recouvre une disposition mentale qui prépare l'individu à réagir selon ses attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelle. Elle indique dans quelle mesure l'individu se croit capable, valable, important.

Selon André et Lelord (1999), l'estime de soi comporte trois dimensions : l'amour de soi, la vision de soi et confiance en soi. Cette appréciation de l'estime de soi pourra être affectée par les événements de la vie et les expériences individuelles. Elle est donc sujette à variations chez un sujet au cours de son développement. Mais l'amour de soi aidera l'individu à se reconstruire après un échec. (Cité par Anaut, 2007-2008, p. 49).

b. La conscience de son efficacité ou son sentiment d'auto-efficacité

Cette caractéristique correspond chez un sujet à la croyance et à la confiance dans sa capacité à faire la différence entre une action réussie et les étapes nécessaires pour y parvenir. L'individu résilient aurait donc 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 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.

c. Un répertoire d'approches 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 personnelles, familiales ou extra-familiales (dans l'entourage proche de l'individu) suffisamment positives, ou reconnues comme telles socialement.

Ces trois caractéristiques, qui font référence à la description d'un processus psychique et comportemental, apparaissent intimement liées dans le fonctionnement du sujet résilient. Rutter souligne le rôle fondamental des ressources internes de l'individu 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'apparence d'une personne à un contexte social et relationnel qui le soutien. 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. (Cité par Anaut, 2007-2008, p. 50).

5-Articulations théoriques de la résilience

5-1-Théories de l'attachement et résilience

Les déterminants précoces 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.

Bénony(1998) présente une définition synthétique et précise des principes de base de la théorie de l'attachement primaire. « La théorie de l'attachement rend compte de la manière dont les premiers liens s'établissent : une bonne base de sécurité permet de développer les fonctions cognitives. De fait, la sécurité autorise la déstabilisation, qui peut être comprise et intégrée ; celle-ci devient même partie intégrante des apprentissages cognitifs et mène les sujets au développement et à l'autonomie. »

Les observations à partir des théories de l'attachement ont permis de repérer différentes formes de liens d'attachement, constituées à partir des premières relations affectives expérimentées par l'enfant avec le principal donneur de soin (généralement la mère, mais pas exclusivement).

A partir des observations naturelles de la dyade mère-bébé, Ainsworth eu l'idée de mettre au point un dispositif expérimental d'observation des modes d'attachement des bébés à leur mère, inspirée d'une situation de jeu libre mettant en scène la présence et l'absence de la mère : ce dispositif est maintenant connu comme la Situation étrange (Strange-Situation).

La situation étrange est un protocole expérimental qui permet de mettre en évidence les différents modes d'attachement chez l'enfant. Il s'agit de soumettre de jeunes enfants âgés de quelques mois (12 à 18 mois), à des expériences provoquées de séparations (très courtes) et de retrouvailles avec leurs parents, afin d'évaluer les capacités des nourrissons à chercher le réconfort auprès du parent et leur propension à explorer l'environnement alentour. (Anaut, 2007-2008, pp. 65-66).

D'après ces travaux, les modes d'attachements observés chez le jeune enfant peuvent être classés selon différentes catégories, suivant qu'il s'agit d'un attachement sécurisant ou insécurisant expérimenté par l'enfant. Main(1981) a contribué à compléter les travaux d'Ainsworth, ce qui a permis de répertorier quatre types différents d'attachements :

- L'attachement « Secure » ;
- L'attachement « Insecure-évitant » ;
- L'attachement « Insecure-ambivalent » ;
- L'attachement « Insecure-désorganisé ».

Lorsque l'attachement est secure, la base sécurisante que représente le parent permettra à l'enfant de repartir explorer son environnement, et de gérer le stress plus facilement. Les trois autres styles d'attachement sont de type insecure, et sont caractéristique de modes d'attachement défailants et peuvent présenter, avec des degrés divers, des perturbations relationnelles. A noter que l'étude des styles d'attachement chez l'enfant fait parfois apparaître des différences de style d'attachement envers la mère et envers le père (Cité par Anaut, 2005, p. 4).

A. Pluralité des modèles d'attachement et résilience

Certaines recherches ont démontré que les styles d'attachements d'établissent durant la petite enfance et demeurent stables chez les sujets, d'autres investigations tendent à témoigner de la possibilité pour un individu de changer de mode d'attachement au cours du cycle de vie. Des événements ou des changements fondamentaux du contexte psychoaffectif peuvent modifier les styles d'attachement.

L'hypothèse d'une évolution des styles d'attachement au cours de l'existence s'appuie sur le fait que les liens affectifs et d'attachement sont en interactions constantes avec l'environnement qui est dynamique, changeant, ouvert. Il convient d'ailleurs de préciser que, dans la perspective moderne des travaux sur l'attachement, la figure maternelle n'est pas considérée comme exclusive. Ainsi, à l'heure actuelle, les travaux sur les liens d'attachement concernent, certes en premier lieu la mère(ou son substitut) et les pères(ou son substitut). Mais des chercheurs (Cupa et al. 2000) ont également montré que l'attachement peut se tisser avec plusieurs figures stables de l'environnement de l'enfant qui peuvent comprendre : la mère, le

père, la fratrie, des collatéraux du groupe familial et éventuellement des personnes extérieures à la famille comme la nourrice, par exemple. (Citée par Anaut, 2007-2008, p. 69).

B. Plasticité des styles d'attachement et résilience

Si l'on se réfère aux travaux de Rutter et al. Les liens ultérieurs noués par l'individu pourraient compenser ou suppléer les premières relations éventuellement défailtantes, ou en l'occurrence insecure. Pour Gilligan (1997), les liens d'attachement ne seraient pas toujours fixés une fois pour toutes dans les premiers mois de la vie, mais pourraient connaître des influences plus tardives. Non seulement les relations affectives familiales évoluent, mais les styles d'attachement vont être également influencés par les liens extra-familiaux, notamment en appui sur le réseau social.

Un certain nombre de chercheurs s'accordent pour explorer l'hypothèse de la souplesse des styles d'attachement au cours de cycle de vie et les liens avec le fonctionnement résilient. De nombreuses investigations récentes sur l'attachement témoignent de la plasticité chez certains individus réputés résilients des styles d'attachement au cours de leur vie.

Les chercheurs s'intéressent à l'influence sur le sujet de la possibilité d'expérimenter deux styles d'attachement différent : l'un envers la figure maternelle, l'autre envers la figure paternelle. Fonagy (2001) conclut : « que l'attachement soit stable ou pas de la première année jusqu'à l'adolescence, en passant par l'enfance, importe peu puisque la prédictibilité vient des MII et non pas de la sécurité de l'attachement en soi ».

Les travaux actuels sur l'attachement ont élargi leur champ d'investigation au-delà de la dyade mère-enfant, pour prendre en compte non seulement le père, mais également d'autres investissements relationnels et tentent d'explorer les liens avec le développement génétique. La richesse de ces nouvelles investigations ouvre des perspectives intéressantes susceptibles de compléter et d'enrichir les assises théoriques du modèle de la résilience. (Cités par Anaut, 2007-2008, p. 70).

5-2-Approche transversale 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 tente 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 3 domaines de construction de la résilience (« 3buildings blocks of résilience ») qui sont les suivants :

A. Le sentiment d'une base de sécurité (interne)

La construction du sentiment de sécurité interne serait liée d'une part aux premières expériences d'attachement (Bowlby, 1969), mais également au sentiment d'appartenance à un réseau social et relationnel. En effet, le sentiment d'appartenir à une famille, d'être inscrit dans une lignée, une filiation, apporte une sécurité intérieure qui favorise la résilience. Mais, il s'agit également d'être reconnu par un parent. Le fait d'être important pour « lui » (pour un parent ou pour un substitut familial ou parental) favoriserait la construction d'un sentiment de sécurité interne. Mais le fait d'avoir quelqu'un qui soutienne l'individu, qu'il soit un membre de la famille ou non (domaine social), apparait également comme très important pour le développement du sentiment de sécurité interne.

Certains chercheurs considèrent que l'importance de la qualité d'un bon étayage social équivaut à celle d'une bonne expérience d'attachement familial dans l'enfance (Rutter, 1996). Ainsi, dans le cas d'absence de soutien et de relation de sécurité intrafamiliale (dans la famille d'origine ou de suppléance), c'est dans le cadre d'un réseau social tissé dans le domaine professionnel que l'individu pourrait trouver une alternative qui lui permettra de pallier la carence familiale et de trouver une sécurité interne. Il s'agit donc d'une approche de l'attachement pouvant se modifier au cours du développement. Selon cette hypothèse l'étayage par les pairs peut s'avérer un facteur de protection très important ; alors qu'il est bien trop

souvent négligé par les psychologues. Cette perspective théorique semble très prometteuse dans les applications cliniques qu'elle admet, notamment dans l'accompagnement psychologique et socio-éducatif des enfants issus de familles dissociées et carencées (Cités par Anaut, 2007-2008, pp. 72-73).

B. L 'estime de Soi

En psychodynamique, le concept d'estime de soi est lié à la construction du narcissisme ; l'estime de soi correspond à l'amour que le sujet porte à lui-même et au sentiment qu'il a de sa valeur à ses propres yeux et à ceux des autres. Le sentiment d'estime de soi trouverait son origine dans les premières relations expérimentées par l'enfant, fondées sur l'investissement parental (ou narcissique) qui constitue le narcissisme des sujets.

En psychologie du développement, on parlera volontiers d'estime de soi selon la définition préposée par le dictionnaire de psychologie de Bloch et coll., c'est-à-dire : « la valeur personnelle, la compétence qu'un individu associe à son image de soi ». L'estime de soi, selon la définition de Reuchlin, peut-être « fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet ; le Moi actuel d'une part et le Moi idéal, le Moi-qui-devrait-être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qui le connaissent ».

La construction d'une estime de Soi, en tant que sentiment positif d'auto-estime, est donc fondée sur la conscience par l'individu de son propre mérite et de sa compétence. Cela suppose en général une comparaison entre ce que l'individu voudrait être et ce qu'il est actuellement (cf. échelles d'estime de soi). Or, d'après Rutter (1985), les deux principales expériences qui s'avèrent les plus importantes pour influencer le développement de l'estime de soi dans le sens positif sont :

1. Des relations amicales et amoureuses sécurisantes et harmonieuses.
2. Le fait d'avoir du succès dans la réalisation de tâches qui sont considérées comme importantes par l'individu et donc au centre de ses intérêts.

A noter que, dans cette perspective, la notion de succès n'est pas nécessairement la conséquence d'une réelle réussite, ni liée à une véritable compétition, mais concerne plutôt le

sentiment d'adéquation entre les ambitions personnelles, les normes sociales et les réalisations. (Cités par Anaut, 2007-2008, p. 74).

C. Le sentiment de sa propre efficacité

Le style de parentalité (ou parenting) peut influencer sur le développement, chez un enfant, de la conscience de son contrôle interne ou de sa compétence à atteindre les objectifs désirés. La parentalité s'entend comme les modes relationnels et d'éducation des parents qui vont modeler le développement de l'enfant, dès le plus jeune âge. Les développementalistes et les psychanalystes qui s'intéressent au développement du jeune enfant (Fonagy, Lebovici, Golse et al.) ont démontré que suivant la qualité du parenting l'enfant va, soit prendre conscience de ses capacités à agir sur son environnement et donc expérimenter son autonomie ; soit au contraire développer graduellement la croyance qu'il se trouve dans une situation de dépendance face à son environnement, et qu'il subit les aléas de la vie.

Au fur et à mesure de son développement, les influences parentales auront moins d'importance dans la construction du sentiment d'efficacité. L'impact des relations familiales sera modulé et complété par les expériences sociales et affectives extérieures à la famille. Selon Rutter et al. Les expériences sociales (éducatives, scolaires et professionnelles) peuvent influencer, renforcer ou modérer ce sentiment. (Cités par Anaut, 2007-2008, p. 75).

5-2-2-Modèle écologique ou écosystémique et résilience

D'autres modèles de recherche peuvent être convoqués pour apporter des éclairages à la dysparentalité et à la répétition générationnelle des dysfonctionnements familiaux et plus généralement aux perturbations présentées par les enfants et adolescents de milieux carencés. Dans une approche développementale, l'un d'entre eux concerne le modèle écologique, qui se situe dans la lignée des théories de Bronfenbrenner (1996) aux Etats-Unis et au Canada de Tessier et al. (1996). Ces travaux portent sur la mise en évidence de multi déterminismes pour expliquer les comportements déviants dans les familles, notamment dans la maltraitance infantile.

Le courant écologique, d'émergence récente est venu bousculer certaines hypothèses de recherche en psychologie du développement et en santé mentale et physique. Dans ce modèle, il s'agit de comprendre la nature des interrelations complexes qui relient l'individu et son environnement, selon l'hypothèse que les notions de risque et de protection couvrent une réalité

qui peut prendre racine tantôt dans la personne, tantôt dans les milieux qu'elle fréquente ou encore dans les contextes qui les déterminent. Ce modèle s'appuie sur une approche centrée sur les aspects socio-environnementaux du développement humain et les mésadaptations qui peuvent en résulter. Mais les facteurs de protection des sujets sont également pris en compte largement dans ce modèle.

Dans cette lignée, Tousignant (1998) propose un modèle écologique de la résilience. L'objet d'étude du courant écologique est l'interaction individu/environnement et comprend « une analyse qualitative et quantitative des aspects individuels et contextuels qui façonnent les processus ontogénétiques » (Tessier et al. 1996). Cette approche propose une alternative intéressante en constituant un modèle qui intègre différentes dimensions composant un circuit de causalités reliées synergiquement entre elles. (Cités par Anaut, 2007-2008, pp. 75-76).

5 -3-Approche psycho- dynamique et processus intrapsychiques

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 processus 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.

Le fonctionnement psychique de la résilience est complexe à appréhender car il se situe à la croisée de plusieurs dimensions. Ainsi, la résilience peut être considérée à la fois comme le processus même le remaniement psychique et la résultante de ce travail en terme de processus défensifs, mais aussi d'adaptabilité avec l'environnement social et psychoaffectif. Cependant, on peut 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 l'individu résilient. (Anaut, 2007-2008, pp. 76-77).

En psychologie clinique, l'approche de la résilience est volontairement restrictive. La résilience est considérée comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement de

soi après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques de désorganisation psychique. La résilience peut donc se définir comme incluant :

- a. Le ressaisissement de soi après un traumatisme ;
- b. La (re) construction ou le développement normal en dépit des risques ;
- c. Un rebond psychologique avec une force mobilisable dans d'autres circonstances.

(Braconnier(1998) (Cité par Anaut, 2005, p. 8).

5-3-1-Approches multidimensionnelles du traumatisme et résilience

Dans une perspective psychodynamique, le modèle de fonctionnement de la résilience est intimement lié à l'expérience traumatique. On s'accorde actuellement pour considérer que l'on ne peut parler de résilience que lorsque l'individu a été confronté à un risque vital et éprouvé une expérience extrême de danger physique ou psychique (Anaut, in Cyrulnik, Duval et al. 2006). Ainsi, c'est le traumatisme psychologique et la menace de désorganisation psychique qui se trouvent à l'origine de l'entrée en résilience. Le processus de résilience envoie donc à l'aptitude du sujet à surmonter le traumatisme et à la reprise d'un autre type de développement malgré l'effraction psychique.

En psychanalyse, le traumatisme est décrit ainsi : « événement qui par sa violence et soudaineté, entraîne un afflux d'excitation suffisant à mettre en échec les mécanismes de défense habituellement efficaces, le traumatisme produit le plus souvent un état de sidération et entraîne à plus ou moins long terme une désorganisation dans la vie psychique » (dictionnaire international de psychanalyse, dir. De Mijolla 2002). Les psychanalystes français distinguent le trauma, qui correspond à la violence externe et à son effraction physique, du traumatisme qui renvoie aux effets psychiques du trauma sur le sujet.

Initialement, le traumatisme désigne une atteinte physique d'origine exogène, correspondant à un événement externe brutal. Il suppose un choc violent, inattendu, portant atteinte à l'intégrité corporelle et qui met la personne en état de choc. (Cités par Anaut., 2007-2008, pp. 77-78).

Dans l'épistémologie freudienne, on considère que, sur le plan psychique, le traumatisme peut également avoir une origine interne (p. ex., un conflit interne, une forte émotion liée à la perte brutale d'un être cher). Ce trauma d'origine endogène provoque une

désorganisation psychique chez le sujet et aboutit à un état de choc émotionnel ou traumatisme psychique.

Pour certains, la confrontation au danger de mort spécifie le traumatisme (Barrois, cité par Bourguignon, 2000). Mais nous pouvons considérer que le traumatisme confronte avant tout le sujet à l'idée de mort, ce qui ne signifie pas une confrontation objective au danger de mort. Le traumatisme ne se réduit pas à l'événementiel. Le risque rencontré peut renvoyer à une intensité émotionnelle très forte dépassant les possibilités d'intégration psychique de sujet.

Cette intensité émotionnelle peut correspondre à un événement brutal. Ou bien à une accumulation d'événements qui, par leur intensité et ou leur répétition, provoquent de fortes tensions et dépassent les possibilités d'élaboration du sujet. Ainsi, l'aspect pathogène peut provenir d'un événement brutal ou d'une série d'incidents dont l'effet s'additionne. On peut comprendre ainsi ce qu'il est convenu d'appeler la maltraitance psychologique qui est souvent constituée d'un ensemble d'événements défavorables cumulés et de carences relationnelles et environnementales qui s'inscrivent dans la durée.

Les conséquences d'un danger physique ou psychique sont différentes suivant les sujets et les circonstances externes et internes. La valeur traumatique d'un événement, ou d'un contexte traumatogène, est éminemment variable d'un individu à l'autre (Roussillon, 1991). (Cités par Anaut., 2007-2008, p. 80).

Certains auteurs évoquent l'idée d'une sorte de marquage du psychisme du fait de la rencontre avec des événements pathogènes ou traumatiques. En effet, comme le souligne Bourguignon (2000), « l'événement destructeur affect le fonctionnement psychique, la structuration de la personnalité et laisse des traces durables au sens où elles modifient le rapport à la réalité, à soi-même et à autrui ». Cependant, il ne s'agit pas pour autant de conclure à l'inéluctabilité du développement d'une pathologie ultérieure. Le marquage psychique peut aller dans le sens de la vulnérabilité comme de la résilience. (Cités par Anaut., 2007-2008, p. 81).

5-3-2-Les phases du processus psychique de la résilience

Les observations cliniques montrent que les personnes résilientes développent des processus qui leur permettent de remanier favorablement l'expérience traumatique, d'échapper à la répétition mortifère et à la pathologie psychotraumatique. L'étude du fonctionnement psychique des sujets résilients permet de relever des étapes dans l'émergence de ce processus. Ainsi, le fonctionnement psychique de la résilience chez un sujet peut être décomposé en deux étapes principales. Une première phase essentiellement centrée sur la réduction des effets du trauma et une deuxième qui installe véritablement le processus de résilience.

La dynamique du processus psychique qui conduit à la résilience peut être analysée selon les deux phases suivantes :

A. La première phase de la résilience

Concerne la confrontation au trauma ou au contact aversif, et la mise en place de processus de résistance à la désorganisation psychique. Pour se protéger et tenter de déconstruire la réalité intolérable, diverses modalités défensives pourront être utilisées par le sujet face à la réalité aversive. Cette étape est caractérisée par la prépondérance du recours à des mécanismes défensifs d'urgence pour parer à l'effraction psychique : ex, déni, répression des affects, déplacement, projection, passage à l'acte, comportements passifs-agressifs, imaginaire.

B. La deuxième phase de résilience

Implique l'intégration du traumatisme et la réparation (ou autoréparation). Il s'agit alors de rétablir les liens rompus par le trauma et de se reconstruire. Cela peut passer par l'abandon de certains mécanismes de défense utilisés précédemment pour privilégier des formes de protection plus matures, plus souples et plus adaptées à long terme. Notamment : créativité, humour, intellectualisation, altruisme, sublimation. Afin de se reconstruire, cette étape peut s'appuyer sur la nécessité de conférer un sens à la blessure. Le passage de la première phase à la seconde phase du processus de résilience s'étaye sur les possibilités d'élaboration mentale du sujet. Les qualités nécessaires au fonctionnement de la résilience supposent de la flexibilité dans les modalités d'ajustement et dans le maniement des mécanismes de défense. (Anaut., 2007-2008, p. 83).

Le parcours de vie des personnes résilientes nous montre que la première étape du processus de résilience peut passer par les comportements inadéquats, voire à connotation délinquante ou asociale ou le recours à des modalités défensives à allure pathologique. On peut considérer qu'il s'agit de mécanismes défensifs de survie qui contribuent à l'adaptation lors de la phase 1 (Anaut, 2008).

Selon Lemay (2006), quand un être humain se trouve confronté à de terribles adversités, « il ne peut guère échapper à la mise en jeu transitoire ou durable de mécanismes qui l'autorisent à survivre au-dessus des flots tumultueux ». Donc soit il réussit à passer à la deuxième phase qui est la résilience ou il reste dans la première phase fixé sans pouvoir avancer. (Cité par Anaut. 2007-2008, p. 8).

Le travail de la pensée permet de traduire les excitations liées au traumatisme en représentations communicables, mais en premier lieu de s'en saisir en leur attribuant une signification, pour soi et pour les autres, et éventuellement de les verbaliser ou de les transcrire en récits de vie (Anaut, 2002). Le processus de mentalisation et la richesse de l'espace imaginaire contribuent pour une large part à la mise en place d'un fonctionnement résilient.

6-Résilience et mécanismes 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 aux bouleversements 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.

6-1-Mécanismes 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 « mesures défensives » comme des synonymes (1936) ; puis dans le cadre des entretiens avec Sandler seront distinguées 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 ». (Cités par Anaut, 2007-2008, pp. 85-86).

6-2-Défenses adaptatives

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 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. (Cités par Anaut., 2007-2008, pp. 86-87).

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. (Cités par Anaut., 2007-2008, p. 88).

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 ; le 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.

A. 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.

B. 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 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 charges 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. (Cité par Anaut., 2007-2008, pp. 89-90).

7-Les limites de la résilience

Michael Rutter(1990), de considérer les « processus » ou « mécanismes » de risque ou de vulnérabilité. Il faudrait donc analyser les processus de protection plutôt que de prendre en compte isolément des « facteurs de risque » et des « facteurs de protection».

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). (Cité par Anaut, 2005, p. 11).

Résumé

La résilience est l'aptitude d'un individu à rebondir au-delà des fracasses et qui s'appréhende de multiples façons, recourt à l'usage de diverses ressources.

Un individu dit résilient n'est pas pour autant un individu invincible ou invulnérable ; il n'est pas intouchable ou inaccessible aux émotions, aux sentiments, à la souffrance. Le sujet résilient n'est pas un surhomme, il peut rencontrer des limites à sa résilience. Ainsi, rien n'indique que le sujet qui se montre résilient à un moment donné de son parcours de vie le sera tout le temps et face à tout.

Malgré sa récente apparition dans le domaine psychologique le concept de 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 telle que transversale, d'attachement, psycho-dynamique. Néanmoins la résilience peut 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 (environnementaux).

Problématique et formulation des hypothèses

1-Problématique

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 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 est 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 & Peraldi., 2018, p. 237)

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est un problème majeur de santé publique. Selon The Pan African Medical Journal, 5 % de la population mondiale souffrent d'une insuffisance rénale chronique, la prévalence varie d'un pays à l'autre. C'est un événement relativement rare, mais la mortalité est très élevée, la baisse de la qualité de vie des patients et le coût des traitements font qu'elle constitue une charge lourde à l'échelon individuel et de la société.

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique est en constante augmentation. Plus de 3500 nouveaux cas sont enregistrés chaque année, en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies métaboliques qui endommagent les reins, particulièrement le diabète et l'hypertension artérielle. En France, seule une étude prospective menée dans la région de Nancy a permis d'obtenir des chiffres d'incidence de l'IRC en population. L'incidence de l'IRC serait au Royaume-Uni de 1700 par million d'habitants (Béchade, 2017, p.11).

Les statistiques présentées à l'occasion de la tenue du 24^{ème} 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).

L'Insuffisance rénale chronique est une maladie très lourde à vivre avec car dans le cas de la personne atteinte il ne s'agit plus de vivre mais de survivre, il est forcé à adopter un mode de vie nouveau avec pas mal de règles à suivre afin de mener à bien son traitement et avoir un minimum de confort. Confronté à de nombreuses problématiques, néanmoins l'être humain en général est apte au changement et à l'adaptation à remonter la pente.

En dépit de son état de santé, il peut quand même réussir à ne pas baisser les bras et à profiter de la vie et de l'instant présent, à rêver et à faire des projets, être tout simplement brave et courageux ; être résilient et surmonter sa maladie et la vaincre d'une certaine manière. Cette énigme s'appelle la « la résilience » qui est une capacité de surmonter une situation traumatisante ou de survivre dans un milieu dit défavorable qui suscite lui-même un nombre d'obstacles qui freine ou arrête le bon épanouissement de l'individu, c'est une récente découverte dans le milieu psychologique.

Selon Boris Cyrulnik, la résilience 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 (Cité par Samson, p. 1). En psychologie, la résilience est la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité. C'est-à-dire à réussir à garder le cap dans les situations les plus impossibles et les plus complexes, faire de sa situation critique l'outil de sa réussite et non de sa déchéance et en ressortir meilleur et plus fort surtout émotionnellement et mentalement.

Malgré sa récente apparition, il y'a plusieurs études et recherches sur ce concept particulièrement en psychologie.

Emmy Werner a posé les bases du concept de la résilience. Elle le définit comme : « un équilibre évolutif dans la confrontation, d'une part d'éléments délétères ou stressants du milieu et, d'autre part, de facteurs de protection internes et externes. »(Anaut, 2015, p. 28). Il s'agit d'un processus dynamique, qui évolue au cours du développement de l'individu et qui est fonction du sujet (sexe...).

Norman Garnezy met en avant trois axes fondamentaux de la résilience : les facteurs individuels (tempérament, réflexion, aptitudes cognitives) ; les facteurs familiaux (chaleur humaine, cohésion et intérêt de la part des parents ou du principal dispensateur de soin) ; les facteurs de soutien hors de la famille (le professeur bienveillant, l'organisme social...).

Pour Michael Rotter, le résilient se distingue par trois caractéristiques : la conscience de son « auto-estime » (sentiment de soi) ; la conscience de son efficacité ; le répertoire d'approches de résolution de problèmes.

Stefan Vanistendael considère avant tout la résilience comme une capacité, par conséquent mesurable et pouvant être activée, qui se construit par son interaction avec l'environnement. Le concept de résilience est basé sur deux dimensions : la première c'est la résistance à la destruction, la capacité de protéger son intégrité sous de fortes pressions ; la deuxième c'est la capacité de se reconstruire, de créer une vie digne d'être vécue en dépit des circonstances adverses. Pour lui, les facteurs de résilience sont nombreux et reposent sur des éléments tels que : des réseaux d'aide sociale ; des aptitudes à trouver un sens à sa vie et le sentiment de l'avoir trouvé ; l'amour-propre.

Dans ce travail sur l'insuffisance rénale chronique, nous avons opté pour l'approche descriptive. Cette approche qualitative privilégie l'étude du terrain, le regard porté par le sujet dans le contexte, sur son vécu comme sur ses interactions. Selon la psychologie de la santé, cette option théorico-méthodologique a pris le nom de : « Qualitative Health Psychology ». Actuellement apparaît également le terme « Critical Health Psychology » qui se démarque du courant dominant quantitative et objectiviste (Crossley, 2001; Owens, 2001).

En nous servant de la définition de N'da Paul, «*nous pouvons indiquer que la méthode descriptive consiste à décrire, nommer ou caractériser un phénomène, une situation ou un événement de sorte qu'il apparaisse familier*», (N'da, 2002, p.19). Cette méthode nous a aidées dans la description du champ de travail et de notre unité d'enquête pour mieux appréhender les différentes réalités qui s'y trouvent.

En nous basant sur l'ensemble des travaux précédents, nous tenterons de répondre dans cette recherche à la question suivante :

- Quel est le degré de résilience chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique?

2- Formulation des hypothèses

Les jeunes atteints d'insuffisance rénale chronique vont de peu résilients à résilients selon leurs capacités à faire face au traumatisme, ainsi que d'autres facteurs internes ou externes qui les aident à s'en sortir ou au contraire les empêchent.

Partie Pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule

Le but de toute recherche scientifique réside dans la vérification des réalités et la découverte de nouvelles connaissances, en s'appuyant sur une méthodologie bien déterminée.

Nous allons présenter dans ce chapitre les différentes étapes suivies dans le cadre de notre recherche en explicitant les points suivants : la méthode utilisée, le terrain de la recherche, ainsi que les techniques employées et le groupe d'étude.

1-La pré-enquête

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 insuffisantes rénales chroniques, avant de tâter le terrain de la recherche avec un petit groupe d'étude qui correspond à nos critères. Nous avons effectué notre pré-enquête dans la clinique privée des hémodialysés « BENMOUFFOK » Akbou – Bejaia ainsi que celle de « Orchidée Nacer » à Aokas, nous avons pris le temps de discuter avec le personnel et les cas afin de prendre leur accord concernant la passation de l'entretien, le schéma d'entrevue élaboré par P.TOURIGNY & C. JOURDAN-IONESCU, 2014) et l'échelle de résilience (G. WAGNILD & R C. YOUNG, 1993).

Etant donné que la tranche d'âge que nous avons choisi ne dépassait pas 30 ans, du genre masculin, les deux cliniques n'avaient pas beaucoup de cas à nous présenter (2 cas dans la clinique de l'Orchidée Nacer, et 3 autres dans celle de BENMOUFFOK).

En dépit de la collaboration du personnel, nous avons toutefois rencontré des difficultés, la plus conséquente était celle de la crise sanitaire du COVID-19 qui a paralysé le bon déroulement de notre investigation suite au confinement, nous étions alors obligées de reporter l'enquête finale.

Lors de notre première rencontre, dans le cadre de cette pré-enquête, les cas étaient réceptifs et très prévenants envers nous, on leur a expliqué la raison de notre présence et parlé un peu de notre thème et demandé leur consentement afin d'appliquer l'entrevue clinique ainsi que l'échelle de la résilience tout en leur expliquant les consignes. Chez certains, cas nous étions

obligées de les traduire dans leur langue maternelle (Kabyle) pour que la communication soit fluide, pour d'autres ils pouvaient comprendre le français, ils le parlaient aisément.

- **Les caractéristiques générales des sujets**

Cas	Age	Niveau d'instruction	Situation professionnelle	Situation matrimoniale	Année d'apparition de la maladie
Meziane	23 ans	3 ^{ème} année secondaire	Sans profession	Célibataire	2014
Rabah	26 ans	6 ^{ème} année primaire	Main d'œuvre	Célibataire	2013
Sirem	27 ans	3 ^{ème} année moyen	cuisinier	Célibataire	2015
Fares	28 ans	6 ^{ème} année primaire	Sans profession	Célibataire	2020
Boualem	29 ans	3 ^{ème} année moyen	Sans profession	Célibataire	2013

Tableau 1: récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude

Nous constatons à partir du tableau que l'âge des sujets se situe entre 23ans et 29ans. Leur niveau d'instruction ne dépassant pas le niveau de la 3^{ème} année de l'enseignement secondaire .Ils sont tous des célibataires et sans profession pour la plus part d'entre eux. L'apparition précoce de leur maladie les a obligés à laisser leurs vies dans un standby, ils ne pouvaient ni travailler ni avoir des diplôme faute d'énergie et de temps. Quant aux circonstances de l'apparition de leur maladie actuelle, pour plus jeune d'entre eux qui est Meziane, c'est une maladie héréditaire nommée Syndrome d'ALPORT, pour le cas de Rabah, c'est une maladie auto-immune appelée le LUPUS, et en fin pour les sujets restants, à savoir Sirem, Fares et Boualem, la cause est l'hypertension artérielle.

- **Déroulement de l'entretien et application de l'échelle de résilience**

Concernant l'entrevue clinique, nous avons laissé l'enquêté parler en essayant de ne pas l'interrompre ; « à partir du moment où l'enquêté commence à parler, l'enquêteur ne doit pas l'interrompre ou le questionner mais demeure dans une attitude de compréhension ». (Pinto & coll., 1964, p.815).

Toutefois, nous étions dans la nécessité de relativiser ses recommandations afin de recueillir un maximum d'informations sur eux quand l'occasion se présentait aux cours de

l'entrevue. Cette méthode permet de mieux comprendre les motivations, les conflits, les attitudes des sujets, qui une fois mis en confiance, relèvent petit à petit leur anxiété, leurs frustrations, leurs sentiments, leurs espoirs, leurs préjugés

La séance a eu lieu dans une salle de la clinique, la durée de l'entretien a varié entre 15 à 45minutes, et la passation de l'échelle a pris 10 à 15 minutes, il y'avait pas d'interruption quelconque, la plupart d'entre eux étaient un peu gênés, ne sachant pas comment répondre surtout le plus jeune, excepté le premier qui était à l'aise, car il avait l'habitude de consulter chez un psychologue.

La plupart des sujets n'étaient pas donc vraiment à l'aise, ils appréhendaient la situation, mais au fur et à mesure de la conversation, ils finissaient par se détendre un peu.

- **Les données de l'entrevue**

Concernant l'histoire de vie des participants, ils ont eu des vies plus ou moins différentes, une enfance normale, une adolescence mouvementée, c'est à cette période que la plupart d'entre eux a quitté l'école, en enchainant de petits boulots. Leurs relations familiales sont bonnes ou cordiales des fois, pareil pour leurs amis(es), la plupart ont eu des relations par le passé mais ce n'est plus le cas à présent, Rabah et Sirem envisagent de se marier.

Pour les événements particuliers vécus, la situation qui les a le plus marquée était leur maladie, chacun avait une cause précise, mais ils ont fini tous par contracter l'insuffisance rénale chronique. Il y'a tout de même des spécificités propre à chacun, Rabah responsabilisait son père du fait qu'il n'a pas pu découvrir sa maladie plus tôt, et la vie en général. Sirem, est marquée par le décès de son père qui lui aussi a eu une insuffisance rénale chronique, le décès de celui-ci suite à un accident cérébrale vasculaire (AVC), a provoqué chez elle des crises d'angoisses et des montés de stress. Pour Boualem, c'est le divorce de ses parents qui l'a beaucoup affecté. Meziane, en dépit de sa familiarité avec sa maladie car sa mère l'a eu aussi, c'est familial chez eux, il n'arrive toujours pas à sortir du choc, il répète toujours être beaucoup trop jeune.

Généralement, cette maladie a eu un impact fracassant sur nos sujets, ils ont dû se démener pour arriver enfin à l'accepter relativement et à vivre avec, du mieux qu'ils peuvent, ils essayent toujours de garder la tête hors de l'eau, en s'occupant, l'un d'eux envisage tout de même de se faire greffer. Les stratégies qu'ils ont utilisé sont l'ignorer au début, dédramatiser la situation,

faire comme si de rien n'était, suivre le traitement assidument (observance thérapeutique), l'adaptation à la nouvelle situation, la pratique religieuse.

- **Les résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young**

Dans le tableau ci-dessous, nous vous présenterons les résultats de l'échelle de la résilience qui a été appliquée à notre groupe d'étude :

Cas	Score de la dimension « compétences personnelles »	Score de la dimension « acceptation de soi et de la vie »	Score total
Meziane	64	37	101
Rabah	115	51	166
Sirem	107	49	156
Fares	99	49	148
Boualem	84	35	119

Tableau 2 : résultats de l'échelle de résilience Wagnild et Young.

Nous remarquons à partir de ce tableau que Meziane ainsi que Boualem sont peu résilients, alors que Rabah, Sirem et Fares sont considérés comme résilients.

En comparant les données de l'entrevue à celles de l'échelle de résilience, nous constatons que les résultats se concordent, il n'y a que Boualem et Meziane qui rencontrent des difficultés à garder le cap, Fares quand à lui, sa capacité à prendre tout au second degré l'aide à digérer sa maladie.

2- Le lieu de la recherche

Notre stage pratique s'est déroulé dans deux cliniques privées d'hémodialyse une à Akbou-Bejaia « BENMOUFOK » et l'autre à Aokas « Orchidée Nacer » :

La clinique de « BENMOUFOK », fondée le 27 Mai 2013 par Ahmed El Touhami le wali de Bejaia, possède 4 médecins et 10 infirmiers. Ils accueillent 3 vagues de patient par jour avec un intervalle (samedi- lundi- mercredi) et (dimanche-mardi-jeudi). L'Orchidée-Nacer, comporte un néphrologue et le service des infirmiers qui travaillent alternativement, de 6h à 21h.

3- La méthode d'étude

La méthode clinique est une « méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considère comme un être aux prises avec une situation déterminée » (Sillamy, 2003).

«La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires ; le premier correspond au recours à des techniques (tests, entretiens) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies, et en respectant le contexte du problème), et le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, la différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches, mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre le sujet dans sa totalité » (Pardinielli, 1999, p.9).

La méthode clinique nous permet en effet d'étudier et d'analyser le sujet en tant que cas individuel en évolution continue, dans son contexte personnel, familial et environnemental.

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique, enquête, ...etc.). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale, mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée. (Chahraoui & coll., 2003).

Chartier (2009) précise que : « Le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes, n'est pas de rapporter des faits exacts, mais de chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique.» (Schauder., 2004, pp.1-2).

En examinant les conditions même de la scientificité de l'étude de cas, Stiles (2004) précise que: « Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, (...), transmet l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer. »

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 » (Revault d'Allonnes, 1989, p. 20).

4-Le groupe de recherche

4-1-Les critères de sélection

Les critères de sélection sont les suivants :

- a. Tous les cas sont atteints d'insuffisance rénale chronique, stade terminal (hémodialyse).
- b. Ce sont de jeunes adultes âgés entre 20 et 30ans.
- c. Ils sont du genre masculin.
- d. Ils ne sont pas des ex-greffés.

5-Les techniques d'investigation

Afin de réaliser notre recherche, nous avons utilisé deux techniques d'investigation pour recueillir les informations dont nous avons besoin.

5-1-L'entrevue

L'entrevue clinique est une technique utilisée depuis très longtemps par les psychiatres qui ne disposent pas d'autre instrument que la parole du malade à côté de l'observation de son comportement pour dépister les manifestations de la maladie. Son but premier est d'établir un diagnostic du fonctionnement psychique du patient.

L'entrevue clinique met en situation deux interlocuteurs qui n'ont ni le même statut ni le même rôle. En caricaturant légèrement, on peut dire que l'un est l'expert qui mène l'entretien en posant les questions tandis que l'autre est ignorant bien que ce soit lui qui détienne les solutions. Et ce privilège le place comme véritable guide de l'entretien car toute question de l'interviewer va dépendre des actions de l'interviewé et de ses réponses à la question précédente. Cette situation particulière différencie l'entrevue clinique d'autres entrevues où les réponses de l'interviewé n'ont aucune influence sur le cours de l'entretien (Ska. 1983, p. 268).

Selon P. Paillé (1991), les appellations des types d'entrevues sont choisies selon le caractère plus ou moins directif ou structuré recherché et non selon la qualité des données recueillies. À ce sujet, il existe trois types d'entrevue en sciences sociales : l'entrevue en

profondeur, l'entrevue directive et l'entrevue semi-directive. Selon cet auteur, l'entrevue directive ressemble à un questionnaire administré personnellement. Ainsi ce type d'entrevue est souvent exclu des recherches qualitatives. L'entrevue en profondeur et l'entrevue semi-directive demeurent les plus utilisées.

Pour cet auteur, l'entrevue semi-directive est « semi-préparée, semi-structurée et semi-dirigée. Ce qui signifie que le chercheur prépare son entrevue, quoique de manière non fermée, qu'il propose un ordre des interrogations et guide la conversation, sans toutefois l'imposer. Bref, l'entrevue est préparée mais elle demeure ouverte à la spécificité des cas et à la réalité de l'acteur » (1991, p. 4). L'entrevue semi-directive permet de connaître les perceptions des personnes interrogées sur un thème bien précis sans accumuler une panoplie d'informations parfois disparates comme lors des entrevues en profondeur. L'entrevue semi-directive, la plus utilisée en recherche qualitative, et c'est bien sur celle-ci que notre choix est portée dans cette recherche.

Le guide d'entrevue favorise deux éléments : le caractère évolutif des données et le contact direct avec les participants. D'une part, le guide d'entrevue peut être construit et reconstruit au fil des entretiens. Il « témoigne d'autant mieux de la progression de l'analyse qu'il s'est modifié en cours de recherche » (Mucchielli., 1996 p. 185). D'autre part, comme l'écrit J-P. Daunais (1993), choisir le guide d'entrevue, c'est donner la priorité aux sujets plutôt qu'à leur conduite.

Ce schéma d'entrevue, choisi dans le cadre de ce travail, a été élaboré au préalable par Tourigny et Jourdan-Ionescu, afin de d'évaluer la résilience des participants, il est possible de prendre connaissance des situations d'adversité ou des traumatismes. Le sujet est également en mesure de s'exprimer sur la façon dont chacun des évènements inscrits a été vécu et intégré.

5-2-Echelle de résilience de WAGNILD et YOUNG

5-2-1-Présentation de l'échelle

Les études sur la résilience se sont multipliées depuis les dernières années, et différentes échelles de mesure ont vu le jour (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011 ; Windle, 2011).

À l'origine, l'échelle de résilience a été élaborée auprès d'une population de femmes âgées (M = 78,1 ans), mais cet instrument a été utilisé auprès d'un large éventail de populations depuis les dernières années. (Beaudoin, 2013, p.58).

La mesure intégrale a été validée auprès de populations adultes de Chine, d'Italie de

Finlande et du Japon, de populations diverses d'Espagne, et d'une population de personnes âgées (80-90 ans) des États-Unis. On l'a également validée auprès d'une population d'adolescents du Nigeria. Les résultats de la validation initiale de la mesure comportaient une structure à facteur unique et une excellente cohérence interne. Depuis l'élaboration de l'échelle, d'autres études ont démontré la validité de son concept et la fiabilité de sa reproductibilité. La version abrégée de la mesure a été validée auprès de populations adultes du Brésil, de Chine, de Finlande, d'Italie, du Japon et du Nigeria. La validité de l'échelle de résilience de Wagnild et Young est solide, sa validation dans bon nombre de contextes internationaux en fait un instrument d'usage pertinent dans le contexte multiculturel du Canada et pour de multiples groupes d'âge. (Liebenberg & coll, 2017).

C'est l'échelle de résilience dans sa version traduite en français (2010) par S. IONESCU et ses collaborateurs, qui a été sélectionnée pour cette étude, en raison de sa popularité, de son utilisation dans divers contextes et sa bonne validité, de sa définition conceptuelle de la résilience, qui est un trait de caractère favorisant l'adaptation et parce qu'elle permet de mesurer les traits de la résilience chez des sujets, ainsi que de déterminer un score théorique individuel de ce processus.

5-2-2- Passation de l'échelle

La consigne de cette échelle est la suivante :

« *Veillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord)* ». (Ionescu & Jordan-Ionescu, 2011, p.61).

Le questionnaire est constitué de 25 items à compléter selon l'accord des sujets sur une échelle en sept points de type Likert (allant de très en désaccord à totalement en accord). (Beaudoin, 2013, p.58). Elle est bidimensionnelle : Compétences personnelles (17 items) et Acceptation de soi et de la vie (8 items). Elle permet d'expliquer 44 % de la variance de la résilience (Wagnild, 2009 ; Wagnild & Collins, 2009). Sa durée d'administration est de 5 à 10minutes.

5-2-3- Méthode de correction

Pour obtenir le score total, on additionne les chiffres correspondant à chaque item. Le score total varie entre 25 et 175. Un score plus bas que 121 est considéré comme un caractère peu résilient, entre 121 et 145 indique un caractère modérément résilient et un score au-dessus de 146 est jugé comme un caractère résilient ou très résilient (Beaudoin, 2013, p.58).

Résumé

Dans ce chapitre méthodologique, nous avons décrit les étapes de la démarche suivie dans la réalisation de ce travail de recherche. Notre méthode est descriptive, les techniques d'investigation choisies, à savoir l'entrevue clinique et l'échelle de résilience, sont appropriées car elles nous permettent de répondre à nos questionnements de départ. Dans cette présente recherche, nous n'avons pas pu malheureusement réaliser qu'une pré-enquête, et les quelques résultats qu'elle nous a apportés restent à être confirmés ou infirmés dans le cadre d'une enquête finale.

Conclusion générale

Conclusion générale

Les jeunes personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (IRC) sont en proie à la vulnérabilité de par la morbidité de cette maladie et le fait de voir le restant de leurs vies partir en fumée. Cependant, ils peuvent quand même bénéficier d'une attitude résiliente, c'est-à-dire prendre toute cette vulnérabilité, cette amertume et ces angoisses liées à leur état de santé et en faire des outils et stratégies afin de rebondir et de sortir de cette boucle vicieuse qui est les idées noires, renaître de nouveaux, reprendre un comportement dit sain après l'agonie psychique qu'ils ont vécus, essayer de vivre le moins mal possible.

Pour effectuer notre recherche, nous avons choisi d'utiliser un schéma d'entrevue (Tourigny., & Jourdan-Ionescu, 2014) ainsi qu'une échelle de résilience de Wagnild & Young. La première technique vise à connaître les situations difficiles ou même traumatiques traversées par le sujet et surtout la manière dont chacun des événements a été vécu et intégré. La seconde permet de mesurer le degré de résilience chez les sujets atteints d'insuffisance rénale chronique. Nous avons appris un bon nombre d'éléments sur eux de par leurs récits de vies et par leurs manières d'agir pendant l'entrevue. En prenant compte de la souffrance qu'ils sont en train de vivre, nous voulions savoir si ces patients sont capables de résilience.

Nous avons mené notre pré-enquête dans deux lieux, la clinique d'hémodialyse de « BENMOUFFOK » à Akbou et celle d' « Orchidée- Nacer » à Aokas. Les participants que nous avons choisis sont tous des jeunes atteints d'insuffisance rénale chronique (Hémodialisés). Les résultats que nous avons pu obtenir vont de peu résilients à résilients.

Même si l'enquête finale n'a pas été effectuée, nous pouvons déduire que les manifestations de la résilience sont différentes d'un cas à un autre, d'un contexte à un autre (ex : liens familiaux, réseau social, mécanismes de défense employés pour y faire face), elle peut se manifester dans la débrouillardise du cas ou dans son estime de soi.

Pour conclure notre travail, il faut se rendre à l'évidence que pour les porteurs de maladies aussi lourdes que l'insuffisance rénale chronique, une prise en charge psychologique est plus que nécessaire, une collaboration entre néphrologue et psychologue est de rigueur, afin d'aider au mieux ces patients qui ont en vraiment besoin, et ce depuis l'annonce de cette maladie et surtout lors des premières séances de dialyse.

Pour cela, on tient à inviter nos collègues étudiants en psychologie clinique à continuer dans cette perspective de recherche, surtout qu'on n'a pas pu réaliser notre enquête finale et ce, afin d'approfondir davantage dans cette thématique et de mettre l'accent sur les maladies

Conclusion générale

somatiques chroniques et leurs influences sur le psychique du malade. Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées par nos camarades étudiants, et qui concernent toujours la résilience qui est une notion large de sens et d'approches. La résilience entraîne : la défense -protection, l'équilibre face aux tensions, l'engagement-défi, la relance, l'évaluation, la positivité de soi et la création. Ceci nous incite à poser les questions ci-dessous :

- Quels sont les facteurs de résilience chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique ?
- Les hémodialysés sont-ils tous capable de faire preuve de résilience ?
- La résilience chez les dialysés est-elle inconditionnelle ?

A travers ces questions, nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures.

1. Agence nationale et d'évaluation en santé (ANAES). (2002).
Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. En ligne
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/irc_chez_ladulte_2002-_recommandations.pdf. Consulté le 11/10/2020.
2. Al Nowaiser. A, Roberts. G-J, Trompeter. R-S, Wilson M., & Lucas V.-S. (2003).
Oralhealth in children with chronic renal failure.
3. Anaut. M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques, In.
Recherche en soins infirmiers. N°82.4-11
4. Anaut.M. (2007-2008). *La résilience surmonter les traumatismes*. (2^{ème} Ed.).Paris:
Armand Colin.
5. Anaut. M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des
applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*. N°121.28-39
6. Beaudoin. A. (2013). *Transition vers la parentalité : humour et résilience*. Thèse.
Trois-Rivières. Université du Québec. En ligne : [http://depot-
e.uqtr.ca/id/eprint/6905/](http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/6905/)
7. Béchade. C. (2017). *Etude du parcours de soins du patient insuffisant rénal
chronique : voie d'optimisation des phases de transition*. Thèse pour le doctorat de
l'université de Caen Normandie. En ligne : [https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-
01593460/document](https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01593460/document).
8. Boubchir. M.-A. (2004). *Monographie sur l'insuffisance rénale chronique*. Alger :
Office des publications universitaire.
9. Bruno. M, Noelle. M., & Aldi. P. (2016). *Néphrologie*. Paris : Elsevier Masson.
10. Bruchon- Schweitzer. M., & Boujut. E. (2014). *Psychologie de la santé, modèles,
concepts, méthodes*. Paris : Dunod.
11. Chahraoui. K., & Benony. H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en
psychologie clinique*. Paris. Dunod.
12. Congrès Société Algérienne de Néphrologie Dialyse & Transplantation. (25-26
Novembre 2017). Alger.
13. De Landsheere. G. (1976).*Pour un lexique des objectifs de l'éducation*.
Braunschweig : Westermann.
14. De Tychey. C. (2001).*Surmonter l'adversité : les fondements dynamiques de
la résilience*. In *Cahiers de psychologie clinique*. N°16.49-68.

15. Formarier. M. (2007). La qualité de vie pour des personnes ayant un problème de santé. In *Recherche en soins infirmiers*. 88(1), 3. En ligne.
<http://dx.doi.org/10.3917/rsi.088.0003>
16. Haute autorité de santé (HAS). *Guide du parcours de soin : Maladie rénale chronique de l'adulte*. 2012. En ligne
https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_parcours_de_soins_mrc_web.pdf. Consulté le 26/09/2020.
17. Haynal. A., Pasini. W., & Archinard. M. (1978-1984-1997). *Médecine psychosomatique aperçus psychosociaux*. (3^{ème} éd). Paris : Masson.
18. Hulot. J-S. (2007). *Manuel de néphrologie*. (8^{ème} éd.) en ligne.
<http://cuen.fr/manuel/spip.php?article5>. Consulté le 05/10/2020.
19. Ionescu. S, Jacquet. M-M., & Lhote. C. (1997). *Les mécanismes de défense*. Vol 1. Paris : Nathan.
20. Ionescu. S., & Jourdan-Ionescu. C. (2011). *Évaluation de la résilience*. In. S. Ionescu(Éd.). *Traité de résilience assistée*. Paris. Presses universitaires de France.
21. Kaw. D., & Malhotra. D. (2006). *Platelet Dysfunction and end-stage renal disease. Seminars in dialysis*.
22. Lefebvre. G. (2005). *Aspects psychologiques et sociaux des patients insuffisants rénaux, dialysés et thérapeutes*. Paris : Masson.
23. Liebenberg L., & coll. (2017). *Comprendre les éléments et les indicateurs fondamentaux de la résilience. Revue exhaustive de la littérature*. 1-7. Canada.
24. Martis. C., & coll. (1988). Que peut espérer la néphrologie de la psychanalyse ? ou la rencontre «du discours médical »et «du discours psychanalytique». *Psychologie médicale*.
25. Manciaux. M., & coll. (2001). *La résilience : résister et se construire*. CMS.
26. Moulin. B., & Peraldi. M-N. (2018). *Insuffisance rénale chronique ET maladies rénales chroniques*. En ligne http://cuen.fr/manuel/IMG/pdf/15-nephrologie_8e-edition_chap15.pdf
27. Mucchelli. A. (dir.). (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
28. Mignon. F, Michel. C., & Viron. B. (1993). *Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique chez les vieillards*. *Presse Med*. 22. 801-804.
29. N'da. P. (2002). *Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats*. Abidjan : Universitaires de Côte d'Ivoire.

30. Paillé. P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration*. Communication présentée au Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
31. Pardinielli. S-L. (1999). Les « théories » personnelles des patients. *Pratiques psychologiques*. 4. 53-62
32. Pirson. Y., & Strihou. C-Y. (1986). *Renal side effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: clinical relevance*.
33. Pinto. R., & Grawitz. M. (1964). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Dalloz
34. 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*. Paris : Dunod.
35. Richard. J-F. *Régression, psychologie et psychanalyse, Encyclopædia Universalis*
En ligne <https://www.universalis.fr/encyclopedie/regression-psychologie-et-psychanalyse/>.consulté le 26 septembre 2020.
36. Ruzsniowski. M. (1995). *Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave*. Institut Curie. Paris.
37. Santiago-Delefosse. M. (2002). *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*. Bruxelles : Mardaga.
38. Schauder. S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique Approche Théorique*, Paris : Dunod.
39. Sillamy. N. (2003). *Dictionnaire de la psychologie*. Paris : Bordas
40. Stekel. W., & coll. (1912). *Zentralblatt für Psychoanalyse und Psychotherapie*. vol. II, n° 6.
41. Trabelsi. S. (2018). *Prise en charge des patients insuffisants rénaux en chirurgie buccale*. Thèse de doctorat, Académie d'Aix-Marseille. En ligne <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781719/document>. consulté le 11/10/2020
42. Vermeiren. E. (2012). Analyse critique du concept de résilience. In R. Coutanceau, J. Smith & S. Lemitre, *Trauma et résilience. Victimes et auteurs*. Paris : Dunod.
43. Werner. E. (April 1989). Children of the Garden Island. In. *Scientific American*.

Annexes

Annexe1

Schéma d'entrevue (P. Tourigny & Jourdan-Ionescu, 2014)

1. Histoire de vie du participant

- 1.1 Pouvez-vous me parler de votre histoire de vie, en abordant les différents Stades de votre développement (naissance, enfance, adolescence et âge adulte).
- 1.2 Pouvez-vous me parler du contexte familial dans lequel vous avez grandi?
- 1.3 Pouvez-vous me parler des conditions de vie dans lesquelles vous avez grandi?
- 1.4 Pouvez-vous me parler du type de relation que vous entretenez avec les membres de votre famille (parents, fratrie)?
- 1.5 Comment se sont déroulées vos années scolaires (primaire, secondaire, collégial et universitaire)?
- 1.6 Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos amis, de votre réseau Social (actuelle et passée)?
- 1.7 Pouvez-vous me parler de vos relations amoureuses (actuelle et passée)?

2. Situation d'adversité / traumatisme

- 2.1 Avez-vous vécu des évènements marquants au cours de votre vie?
- 2.2 De quoi s'agit-il exactement?
- 2.3 Comment avez-vous réagi face à cet évènement?
- 2.4 Quel (s) impact (s) cette situation a-t-elle eu sur votre vie?
- 2.5 Quels ont été vos moyens/stratégies pour faire face à cette situation?
- 2.6 Aujourd'hui, avec du recul, que pensez-vous de cette expérience?

Annexe2

Échelle de résilience (Wagnild & Young, 1993)

Pour chacun des questionnaires suivants, veuillez indiquer votre réponse en sachant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Répondez selon votre opinion

<i>Lisez attentivement les énoncés suivants et indiquez votre degré d'accord en cochant dans la partie droite de cette feuille, en sachant que 1 est très en désaccord et 7 totalement en accord.</i>	Veuillez inscrire une cote allant de 1 à 7						
	1(très en désaccord)	2	3	4	5	6	7(très en accord)
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme							
2. En général, je me débrouille d'une manière ou d'une autre.							
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.							
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.							
5. S'il le faut, je peux me débrouiller seul (e).							
6. Je suis fier(e) d'avoir réalisé des choses dans ma vie.							
7. Habituellement, j'arrive à m'adapter facilement.							
8. Je m'aime bien							
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.							
10. Je suis une personne déterminée.							
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.							
12. Je prends les choses comme elles viennent.							
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.							
14. Je sais m'auto-discipliner.							
15. Je m'intéresse à diverses choses.							
16. Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire.							
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.							
18. En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi.							
19. D'habitude, j'examine une situation sous tous ses angles.							

20. Parfois, je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non.							
21. Ma vie a un sens.							
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.							
23. Lorsque je suis dans une situation difficile, je peux généralement m'en sortir.							
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.							
25. Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aient pas.							
Veuillez inscrire une cote allant de 1 à 7							

Résumé

L'insuffisance rénale est comme son nom l'indique est une maladie chronique qui touche les reins et les empêchent de fonctionner correctement ou bien dans les cas de l'insuffisance rénale chronique les reins cessent de fonctionner et le malade doit recourir à un traitement de substitution qui est l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale ainsi que la greffe pour les plus chanceux d'entre eux. Cette maladie exige une observance thérapeutique, dans le cas contraire état du patient se détériorera et il mourra.

Bien que cette maladie soit silencieuse, elle est aussi douloureuse dans le sens où le patient doit renoncer à son ancienne vie, à ses habitudes et adopter un régime assez strict s'il veut survivre le plus longtemps possible, ainsi il devra faire le deuil de sa vie passée et en commencer une nouvelle, et cela à condition qu'il arrive à surmonter ses difficultés. Néanmoins, le combat ne cesse jamais car c'est une maladie chronique qui est là pour rester.

Notre étude porte sur la résilience chez de jeunes adultes atteints d'insuffisance rénale chronique », âgés entre 20 et 30 ans, pour voir la manière dont ils affrontent et gèrent cette maladie handicapante à cet âge de la vie où s'élabore un projet de vie.

Pour cela, nous avons adopté la méthode descriptive dont les techniques d'investigation étaient : le schéma d'entrevue, qui a été élaboré au préalable par Tourigny et Jourdan-Ionescu, afin d'évaluer la résilience des participants ainsi qu'une échelle destinée à mesurer le degré de résilience qui est « l'Echelle de résilience de WAGNILD et YOUNG » (1993). En dépit du fait que nous n'avons pas pu faire qu'une pré-enquête (cinq cas), les résultats montrent que les sujets vont de moins résilients à résilients, nous avons déduit ainsi que les capacités de résilience diffèrent selon les circonstances et le contexte dans lequel se trouve chaque cas.

Mots clés : résilience, insuffisance rénale chronique, jeunes adultes.

Abstract

Renal failure is as its name suggests is a chronic disease that affects the kidneys and prevents them from functioning properly or in cases of chronic renal failure the kidneys stop working and the patient must resort to treatment for substitution, which is hemodialysis or peritoneal dialysis, as well as transplant for the lucky ones. This disease requires therapeutic adherence, otherwise the patient's condition will deteriorate and he will die.

Although this disease is silent, it is also painful in the sense that the patient has to give up his old life, his habits and adopt a strict diet. If he wants to survive as long as possible, so he will have to mourn his past life and start a new one, on condition that he manages to overcome his difficulties. Nevertheless, the fight never stops because it is a chronic disease that is here to stay.

Our study focuses on “resilience in young adults with chronic renal failure” aged between 20 and 30, to see how they face and manage this disabling disease at this age in life when a life project is being developed.

For this, we adopted the descriptive method, the investigation techniques of which were: the interview diagram, which was previously developed by Tourigny and Jourdan-Ionescu, in order to assess the resilience of the participants as well as a scale intended to measure the degree of resilience which is the “WAGNILD and YOUNG Resilience Scale” (1993). Despite the fact that we could not do a pre-survey (five cases), the results show that the subjects go from less resilient to resilient, we thus deduced that the resilience capacities differ according to the circumstances and the context in which each case finds itself.

Key words: resilience, chronic renal failure, young adults.