

Cognitions Liées à la Maladie et Bien-être Psychologique des Hémodialysés au Centre d'Hémodialyse de Cocody/Abidjan

Adjuman N'Guessan Alain, Doctorant

Tra Bi Tra Isidore, Maître-Assistant

Psychologie génétique différentielle,

Université Félix Houphouët Boigny Abidjan, Côte d'Ivoire

N'Dri Yao Eugène

Maître de Conférences, Psychologie génétique différentielle,

Université Félix Houphouët Boigny Abidjan, Côte d'Ivoire

[Doi: 10.19044/esipreprint.10.2023.p623](https://doi.org/10.19044/esipreprint.10.2023.p623)

Approved: 23 October 2023

Posted: 25 October 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Adjuman N.A., Tra Bi T.I., N'Dri Y.E. (2023). *Cognitions Liées à la Maladie et Bien-être Psychologique des Hémodialysés au Centre d'Hémodialyse de Cocody/Abidjan*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.10.2023.p623>

Résumé

La présente étude vise à vérifier la relation entre les cognitions liées à la maladie et le bien-être psychologique chez des hémodialysés. L'échantillon est composé de 118 individus dont 82 hommes et 36 femmes. L'âge moyen est de 45 ans et 7 mois et l'âge moyen de dialyse est de 5 ans et 6 mois. Les participants ont rempli deux questionnaires d'auto-évaluation adaptés. Ainsi, l'échelle de la maladie chronique d'Evers et al. (2001) et l'échelle brève du bien-être de Cottraux (2009), qui ont aidé à mesurer le bien-être psychologique. Les découvertes les plus cohérentes sont qu'une impuissance élevée est significativement associée à un bien-être psychologique faible. L'acceptation et les avantages perçus sont liés de manière significative à un bien-être psychologique élevé. Ces résultats confirment notre hypothèse émise et soutiennent ceux des études antérieures. Ils peuvent être mis à contribution dans les interventions psychologiques personnalisées pour non seulement réduire la dépression et l'anxiété engendrées par la dialyse chez certains patients, mais aussi pour maintenir et augmenter le bien-être psychologique des hémodialysés.

Mot-cles: Insuffisance rénale terminale, cognitions liées à la maladie, hémodialyse et bien-être psychologique

Illness-Related Cognitions and Psychological Well-Being of Hemodialysis patients at the Cocody/Abidjan Hemodialysis center

Adjuman N'Guessan Alain, Doctorant

Tra Bi Tra Isidore, Maître-Assistant

Psychologie génétique différentielle,

Université Félix Houphouët Boigny Abidjan, Côte d'Ivoire

N'Dri Yao Eugène

Maître de Conférences, Psychologie génétique différentielle,

Université Félix Houphouët Boigny Abidjan, Côte d'Ivoire

Abstract

The present study aims to determine which illness-related cognitions are associated with psychological well-being in hemodialysis patients. The sample is composed of 118 individuals including 82 men (69.5%) and 36 women (30.5%). The average age is 45 years and 7 months and the average age for dialysis is 5 years and 6 months. Participants completed two adapted self-assessment questionnaires. Thus, the chronic illness scale of Evers et al. (2001) and the Cottraux Brief Well-being Scale (2009) helped measure psychological well-being. The most consistent findings are that high helplessness is significantly associated with low psychological well-being. Acceptance and perceived benefits are significantly related to high psychological well-being. These results confirm our hypothesis and support those of previous studies. These results may enable personalized psychological interventions to not only reduce depression and anxiety caused by dialysis in certain patients, but also to maintain and increase the psychological well-being of hemodialysis patients.

Keywords: End-stage renal disease, illness-related cognitions, hemodialysis and psychological well-being

Introduction

L'insuffisance rénale terminale (IRT) est définie comme le stade final de la maladie rénale chronique où le débit de filtration glomérulaire tombe au-dessous de 15 ml/min/1,73 m² (Sinclair et al., 2014). C'est à ce stade que les patients sont contraints de recourir à un traitement de suppléance :

l'hémodialyse. L'hémodialyse périodique est un traitement discontinu, dont la durée totale est en moyenne de 12 heures par semaine, ce qui explique que l'extraction de l'urée et des toxines urémiques ne puisse être aussi complète que celle réalisée par les reins normaux qui fonctionnent 24 heures par 24, soit 168 heures par semaine (Jungers et al., 2011). Ce traitement discontinu génère des effets physiques et psychologiques importants. La fatigue, la limitation des efforts physiques, les douleurs osseuses ou articulaires, les crampes nocturnes, le dysfonctionnement sexuel et la marche difficile sont à l'origine d'une gêne allant de la simple limitation des activités à un véritable handicap (Jungers et al., op. cit). Ces symptômes cliniques engendrent des frustrations qui sont pénibles à supporter par les patients. Ainsi, la dépression se situe entre 20 et 56,7% chez les patients dialysés dans le monde (Chilcot et al., 2008 ; Yamamoto et al., 2009) et le pourcentage de patients présentant un état anxieux se trouve entre 20 et 45% (Cukor et al., 2008 ; Untas et al., 2009). Par ailleurs, la littérature scientifique est de plus en plus documentée sur la détresse émotionnelle des patients souffrant d'insuffisance rénale terminale (Augusto et al., 2010).

Les progrès scientifiques et médicaux sont la condition nécessaire de l'amélioration des résultats d'hémodialyse. Cependant, malgré les améliorations apportées au traitement l'aspiration légitime de tous les patients dialysés reste de pouvoir mener une vie professionnelle et familiale aussi normale que possible en dépit du handicap de la maladie et des traitements (Jungers et al., op. cit). Par contre, cette aspiration est incomplètement satisfaite dans un grand nombre de cas. Mener une vie normale suppose, en plus des progrès techniques et médicaux, que les patients gèrent les effets psychologiques importants de la dialyse afin de posséder un meilleur bien-être psychologique. En effet, le bien-être psychologique désigne l'épanouissement humain en tant que reflet de la vertu et du développement de son plein potentiel (Heintzelman, 2018). Il incarne des compétences positives qui facilitent un fonctionnement optimal (Joshi, 2018). Appelé aussi bien-être eudémonique, Ryff (1989) postule que le modèle de bien-être psychologique se compose de six dimensions : l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, les relations positives avec les autres, le but dans la vie et l'acceptation de soi. C'est l'exploitation optimale desdites dimensions qui détermine l'épanouissement personnel. Aussi, le bien-être durable ne nécessite-il pas que les individus se sentent bien tout le temps ; l'expérience d'émotions douloureuses (par exemple, déception, échec, chagrin, perte d'un être cher, maladie grave) fait partie intégrante de la vie et il est essentiel de pouvoir gérer ces émotions négatives ou douloureuses pour assurer un bien-être à long terme (Huppert, 2009).

Il existe des différences individuelles du niveau de bien-être psychologique chez les personnes atteintes de maladies chroniques. Plusieurs facteurs pourraient y contribuer. A cet effet, Dwan et Ownsworth (2017) ont étudié, à travers une revue systématique, les relations entre les facteurs de personnalité des Big Five et le bien-être psychologique chez des patients ayant subi un accident vasculaire cardiaque. Une conclusion constante de cette étude étant qu'un névrosisme plus élevé était significativement associé à un bien-être psychologique plus faible. Mais, les preuves pour les autres facteurs des Big Five étaient mitigées. Les activités intentionnelles, en l'occurrence, les cognitions, telles que les interprétations des événements peuvent être liées au bien-être chez des personnes souffrant de maladies graves. Considérant les significations attribuées à l'événement lorsque la personne est confrontée à un stress à long terme, les processus inadaptés et adaptatifs pourraient être décrits de manière uniforme comme des réévaluations cognitives du facteur de stress (Evers et al., 2001). Ces réévaluations cognitives peuvent revêtir une valence positive ou négative. A cet égard, trois types de réévaluations sont distinguées quand l'individu est confronté à une maladie grave comme l'insuffisance rénale terminale : (a) des cognitions qui mettent l'accent sur la signification négative du facteur de stress (impuissance), (b) des cognitions qui diminuent la signification aversive de l'événement stressant (acceptation) et (c) des cognitions qui ajoutent une signification positive à l'événement éprouvant (avantages perçus).

Les significations attribuées aux situations angoissantes sont valorisées négativement ou positivement. Elles reflètent les dimensions d'une pensée négative accrue, d'une pensée négative réduite et d'une pensée positive accrue lorsque la personne est confrontée à un stress à long terme et peuvent fournir un schéma complet d'ajustement cognitif permettant de prédire l'état de santé à long terme des patients atteints de maladies chroniques. Selon cette conception, Evers et al. (op. cit.) ont évalué les trois significations attribuées à la maladie chronique (impuissance, acceptation et avantages perçus) dans le bien-être psychologique des patients atteint de polyarthrite rhumatoïde et de sclérose en plaques. Les résultats ont montré que l'impuissance a eu des corrélations modérées ($r = 0,25$) à relativement fortes ($r > 0,45$) avec une dégradation de l'état de santé psychologique, c'est-à-dire à une humeur négative accrue et une humeur positive diminuée. Un modèle presque opposé a émergé pour l'acceptation. L'acceptation a été fortement associée avec la santé psychologique : humeur positive ($r = 0,50$) et humeur négative ($r = -0,54$). Quant aux avantages perçus, ils ont eu des liens moyens avec le bien-être psychologique. Limperg et al. (2020) ont découvert au cours de leur étude qu'une plus grande acceptation de l'hémophilie chez les jeunes adultes hommes était associée à une meilleure

qualité de la vie liée à la santé. A l'opposé, une plus grande impuissance était corrélée à une pire qualité de vie liée à la santé. Les avantages perçus n'ont eu aucun lien avec la qualité de vie.

En revanche, les cognitions liées à la maladie ont peu ou pas encore été évaluées dans le bien-être psychologique chez les hémodialysés. Alors que la prévalence globale de tous les âges de l'insuffisance rénale chronique a augmenté de 29,3% depuis 1990 (GBD Chronic Kidney Disease Collaboration, 2020). En 2010, 2,6 millions de patients dans le monde étaient traités par dialyse ou transplantation. Ce nombre devrait augmenter jusqu'à 5,4 millions en 2030 (Joshi, 2017). Cette évolution se traduit en Côte d'Ivoire par la création de huit centres d'hémodialyse publics de 2011 à 2017 qui ont fait passer les postes de dialyse à 107, alors qu'il y avait 10 postes en 2011 et les séances de dialyse ont nettement augmenté en passant de 22.000 en 2015 à 56.000 en 2017 (Portail officiel du gouvernement de Côte d'Ivoire, 2018). Cependant, les centres d'hémodialyse dans notre pays ne sont pas pourvus en psychologues. En plus de ce qui précède, la complexité et la nature chronique de l'IRT affectent la qualité de vie des patients. En définitive, les hémodialysés ne bénéficient pas de prise en charge psychologique et cela pourrait impacter leur bien-être. Quelle est la contribution des cognitions liées à la maladie au bien-être psychologique des hémodialysés ? Quelle est la force de cette contribution ? Et quel est son sens ? Les questions ci-dessus mettent en lumière la nécessité de mieux étudier l'influence des cognitions liées à la maladie sur le bien-être psychologique des hémodialysés. Il s'agit de préciser cette influence et aussi de lui donner un sens. La recherche actuelle pourrait mettre en évidence la pertinence de pourvoir les centres d'hémodialyse en psychologues qui vont assurer l'accompagnement psychologique des dialysés afin que ceux-ci s'épanouissent dans l'expérience de la maladie.

Pour vérifier la relation entre les cognitions liées à la maladie et le bien-être, il est émise l'hypothèse que les cognitions liées à la maladie sont associées au bien-être psychologique des hémodialysés. Plus spécifiquement, l'acceptation et les avantages perçus sont associés positivement au bien-être, tandis que l'impuissance est corrélée de manière négative au bien-être chez les hémodialysés.

1 Méthode

La procédure, l'échantillon, la description des variables et des instruments de mesure, ainsi que la technique statistique vont meubler cette section.

1.1 Procédure et participants

L'étude se déroulant en milieu clinique il a été adressé et obtenu une autorisation de collecter les données auprès du directeur général des centres d'hémodialyse publics, lui-même administrateur du centre d'hémodialyse de Cocody. Ensuite, des lettres de consentement ont été adressées aux patients fréquentant le centre pour obtenir leur participation à l'étude. Les personnels de santé (médecins et infirmiers) ont mobilisé les usagers du centre à prendre part à l'étude. Mais, seuls les patients qui ont exprimé leur consentement, ont pu faire partie de l'échantillon après avoir rempli certains critères. Les critères d'inclusion sont les comorbidités de l'insuffisance rénale chronique telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les glomérulonéphrites primitives, les pyélonéphrites et la polykystose ; être âgé de 18 ans révolus et savoir lire, écrire ou comprendre le français. Tous les patients souffrant de troubles cognitifs, d'une douleur intense et ayant une acuité auditive défaillante ont été exclus. Finalement, l'échantillon a été constitué de 118 participants dont 82 hommes (69,5%) et 36 femmes (30,5%) dans le centre d'hémodialyse de Cocody. L'âge moyen est de 45 ans et 7 mois et l'âge moyen de dialyse est de 5 ans et 6 mois.

1.2 Description des variables

Les variables de l'étude sont les cognitions liées à la maladie et le bien-être psychologique.

1.2.1 Variable prédictive

Les cognitions liées à la maladie constituent la variable prédictive dans cet article et elles sont les différentes significations que le patient attribue à la maladie. Evers et al. (op. cit) en identifient trois : l'impuissance, l'acceptation et les avantages perçus. L'impuissance est le moyen de souligner le sens négatif, qui se traduit par une concentration sur les aspects néfastes de la maladie en tant condition incontrôlable, imprévisible et inchangeable. Ce style explicatif négatif lorsque la personne est confrontée à la maladie chronique, se compose d'attentes d'issue négatives et de caractéristiques négatives attribuées à soi-même. Ainsi, le patient impuissant court un risque potentiel de santé psychologique défavorable. L'acceptation désigne l'atténuation de la signification aversive de la maladie. Le patient reconnaît qu'il est atteint d'une maladie chronique et perçoit simultanément la capacité de vivre avec et de maîtriser les conséquences de la maladie. L'acceptation, c'est aussi ressentir le besoin de s'adapter à la maladie chronique tout en percevant la capacité de tolérer la nature imprévisible et incontrôlable de la maladie et de gérer ses conséquences néfastes. En conséquence, le patient qui accepte la maladie grave bénéficie d'une santé psychologique plus favorable. Les avantages perçus constituent le sens

positif ajouté à la maladie en percevant des conséquences positives supplémentaires de la condition stressante. Les bénéfices perçus en réaction à des événements de la vie extrêmement incontrôlables et stressants et à la perte, assurent un meilleur état de santé psychologique au patient. Ces trois styles d'ajustement à la condition chronique constituent les dimensions de la variable et sont susceptibles d'entraîner différentes variations du niveau de bien-être chez les hémodialysés.

1.2.2 Variable prédite

Le bien-être psychologique est la variable prédite dans la présente recherche. Le bien-être psychologique est un état d'épanouissement personnel atteint grâce au fonctionnement optimal de la personne, c'est-à-dire à l'exploitation de son plein potentiel (Ryff, 1989). Le modèle de bien-être de Ryff comprend six dimensions : (1) l'acceptation de soi fait référence à la prise de conscience et à l'acceptation de ses propres forces et faiblesses ; (2) les relations positives avec les autres font référence à des liens chaleureux, satisfaisants et de confiance avec les autres, c'est se préoccuper du bien-être des autres ; (3) l'autonomie c'est vivre selon ses propres convictions, être capable de résister aux pressions sociales et de réguler son comportement de l'intérieur ; (4) la maîtrise de l'environnement consiste à gérer les situations complexes de la vie et utiliser efficacement les opportunités environnantes ; (5) le but dans la vie est la mesure dans laquelle la personne sent sa vie significative et dirigée à dessein ; et (6) la croissance personnelle est atteinte lorsque l'on utilise ses talents et son potentiel personnels (Ryff, 2014). Les six dimensions de l'épanouissement personnel peuvent prendre différents niveaux chez les patients dialysés régulièrement en fonction des représentations.

1.3 Instruments de mesure

Le questionnaire de la maladie chronique et le questionnaire du bien-être psychologique ont permis de recueillir les données de l'étude.

1.3.1 Questionnaire de la maladie chronique

Les cognitions liées à la maladie ont été évaluées avec le questionnaire de la maladie chronique d'Evers et al. (op. cit). Il est composé de dix-huit items, avec une échelle utilisant des descripteurs de type Likert à 4 points (1 = pas du tout à 4 = complètement). Le score de chaque participant est la somme des réponses aux items qui varie de 18 à 72.

1.3.2 Questionnaire bref de bien-être psychologique

Le bien-être psychologique a été mesuré par le questionnaire bref à dix-huit items dont la version française a été validée par Cottraux (2009).

C'est une échelle utilisant des descripteurs de type Likert à six (6) points. (1 = Tout à fait en désaccord, tout à fait faux à 6 = tout à fait d'accord, tout à fait vrai). Le score de chaque patient est la somme des réponses aux items après pris en compte les items inversés et le score varie de 18 à 108.

Les questionnaires ont été passés au moment des séances de dialyse comme l'ont souhaité les patients et le personnel soignant. Il s'est en face à face autorisant l'enquêteur à établir un contact direct avec les personnes sollicitées pour participer à la collecte des données. Ce procédé donne des résultats meilleurs car le lien direct permet à l'enquêteur de rassurer et de motiver le participant et aussi d'éviter de devoir repasser plus tard pour récupérer les questionnaires.

1.4 Technique statistique

Les statistiques ont deux fonctions principales, à savoir, faire la différence entre deux ou des conditions ; ou établir la force des liens entre deux ou des variables (Dancey & Reidy, 2007). Ce sont les tests paramétriques et non paramétriques qui assurent ces fonctions et ils sont utilisés selon les échelles de mesure. Il est fait souvent appel aux mesures ordinales dans le domaine des sciences sociales, de la psychologie, de l'éducation et de la santé car certaines données ordinales sont considérées dans les analyses statistiques comme appartenant à l'échelle d'intervalle en raison d'un continuum sous-jacent d'intervalles, comme dans les échelles de type Likert (Fortin & Gagnon, 2016). Selon Kerlinger (1986), la plupart des échelles psychosociales et éducatives se rapportent assez bien des niveaux de mesure d'intervalle, et le résultat des analyses statistiques faites avec ces mesures fournit une information satisfaisante. La somme des indices sur une échelle de Likert produisant des scores, comme dans la présente recherche, des statistiques paramétriques peuvent être utilisées. D'où l'emploi de la corrélation de Pearson pour analyser les données collectées.

2 Résultats

L'examen des relations entre les cognitions liées à la maladie et le bien-être psychologique chez des patients d'insuffisance rénale terminale constitue l'objectif de la présente étude. L'étude étant corrélationnelle, la relation à vérifier ici est la force du lien entre les deux variables appelée taille de l'effet. Selon Gignac et Szodorai (2016), il y a une taille de l'effet "faible" ($0,10 < r < 0,19$), une taille de l'effet "moyen" ($0,20 < r < 0,29$) et une taille de l'effet "important" ($r > 0,30$). Funder et Ozer (2019) proposent les mêmes tailles de l'effet. En nous fondant sur les tailles de l'effet, nous présentons et analysons les résultats selon l'hypothèse émise.

Les dimensions des cognitions liées à la maladie et celles du bien-être psychologique sont en relation corrélative dans le tableau ci-dessous.

Tableau I. Corrélations entre les dimensions des cognitions liées à la maladie et celles du bien-être psychologique

		Bien-être psychologique						
		Autonomie	Maîtrise de l'environnement	Croissance personnelle	Relations avec les autres	But dans la vie	Acceptation de soi	
Cognitions liées à la maladie	Acceptation	r	0,35**	0,52**	0,41**	0,40**	0,17*	0,44
		Sig	0,001	0,001	0,001	0,001	0,005	0,001
		N	118	118	118	118	118	118
	Avantages perçus	r	0,44**	0,43**	0,41**	0,44**	0,18*	0,42**
		Sig	0,001	0,001	0,001	0,001	0,005	0,001
		N	118	118	118	118	118	118
	Impuissance	r	-0,31**	-0,48**	-0,41**	-0,36**	-0,37**	-0,29**
		Sig	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
		N	118	118	118	118	118	118

r = Corrélation de Pearson, Sig = Significativité (bilatéral), N = Effectif

** La corrélation significative au niveau 0,01 (bilatéral) ;

* La corrélation significative au niveau 0,05 (bilatéral).

L'effet des cognitions liées à la maladie sur le bien-être psychologique s'observe au travers des corrélations de leurs différentes dimensions.

2.1 Acceptation et dimensions du bien-être psychologique

L'autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, les relations positives et l'acceptation de soi ont des associations positives très importantes avec l'acceptation. Le but dans la vie est faiblement lié à l'acceptation. L'acceptation explique 12,25% de l'autonomie ($r = 0,35$), 27% de la maîtrise de l'environnement ($r = 0,52$), 16,81% de la croissance personnelle ($r = 0,41$), 16% des relations positives avec les autres ($r = 0,40$) et 19,36% de l'acceptation de soi ($r = 0,44$) dans les variations observées dans lesdites issues. L'acceptation a des corrélations positives fortes avec toutes les issues du bien-être psychologique. Ainsi, un niveau élevé d'acceptation engendre un niveau élevé de bien-être psychologique. L'effet de l'acceptation sur le bien-être psychologique est illustré dans la figure 1.

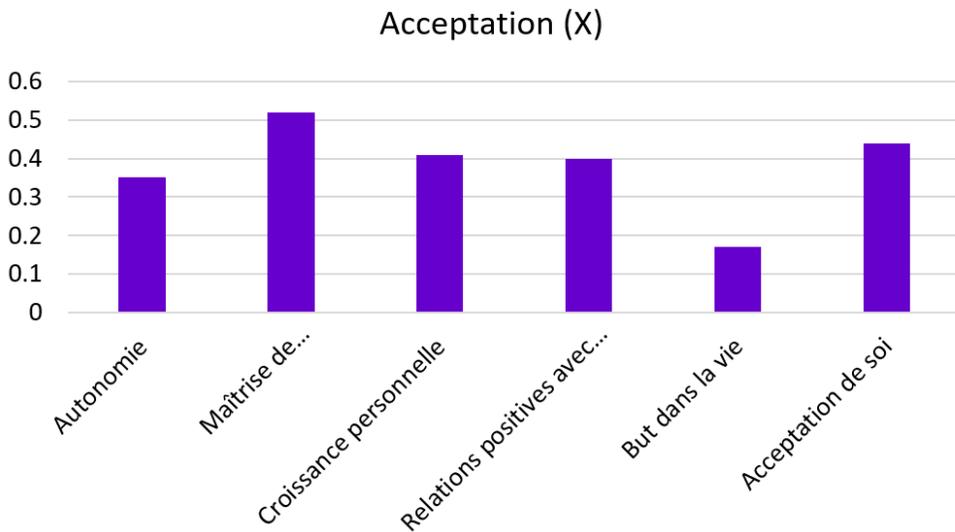


Figure 1. Effet de l'acceptation sur les dimensions du bien-être psychologique

L'acceptation a des effets positifs avec toutes les dimensions du bien-être. L'acceptation a des tailles d'effet importantes avec les cinq dimensions du bien-être qui sont l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, les relations positives avec les autres et l'acceptation de soi. Mais, la maîtrise de soi a la taille d'effet la plus saillante. Par conséquent, l'acceptation élevée est source de bien-être psychologique élevée.

2.2- Avantages perçus et dimensions du bien-être psychologique

Les avantages perçus ont des corrélations positives importantes avec l'autonomie ($r = 0,44$), la maîtrise de l'environnement ($r = 0,43$), la croissance personnelle ($r = 0,41$), les relations positives ($r = 0,44$) et l'acceptation de soi ($r = 0,42$). Le but dans la vie est faiblement lié aux avantages perçus. Les avantages perçus expliquent 19,36% ; 18,43% ; 16,81% ; 19,36% et 17,64% de la variance dans l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, les relations positives avec les autres et l'acceptation de soi. Les patients qui ont des avantages perçus élevés, possèdent également un bien-être élevé. L'effet des avantages perçus sur les dimensions du bien-être psychologique est illustré dans la figure 2.

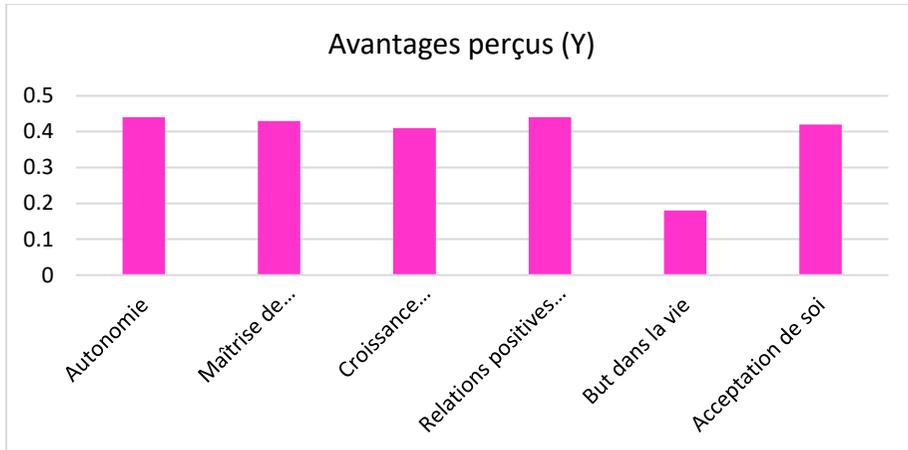


Figure 2. Effet des avantages perçus sur les dimensions du bien-être psychologique

Les avantages perçus ont des effets positifs avec toutes les dimensions du bien-être. Par ailleurs, ils ont des tailles d'effet importantes avec cinq dimensions du bien-être, à savoir l'autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, les relations positives avec les autres et l'acceptation de soi. Cependant, la taille d'effet la plus expressive est celle des relations positives avec les autres. Ainsi, le bien-être psychologique élevé est tributaire des avantages perçus élevés.

2.3 Impuissance et dimensions du bien-être psychologique

L'impuissance a des liens négatifs forts avec l'autonomie ($r = -0,31$), la maîtrise de l'environnement ($r = -0,48$), la croissance personnelle ($r = -0,41$), les relations positives ($r = -0,36$) et le but dans la vie ($r = -0,37$). L'Acceptation de soi ($r = -0,29$) est moyennement liée à l'impuissance. Les différents coefficients montrent que l'Impuissance explique 9, 61% ; 23% ; 16,81% ; 13% ; 13,7% et 8,41% de la variance de l'Autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle, les relations positives le but dans la vie et l'Acceptation de soi. L'Impuissance a des associations négatives et significatives avec toutes les dimensions du bien-être. Ceci implique que lorsque l'Impuissance est élevée, alors le mal-être psychologique est élevé. L'effet de l'Impuissance sur les dimensions du bien-être est illustré dans la figure 3.

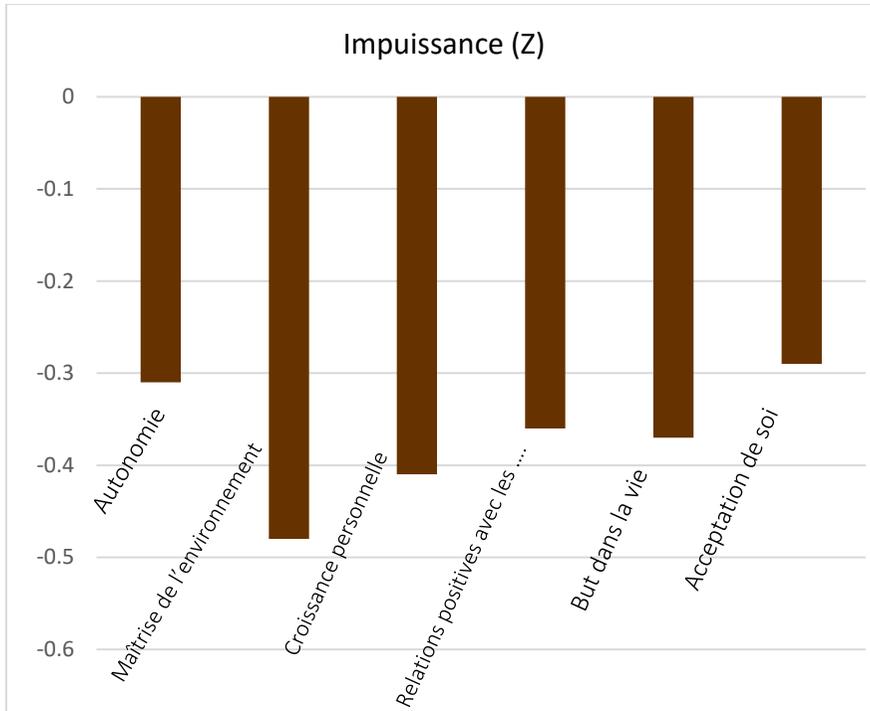


Figure 3. Effet de l'impuissance sur les dimensions du bien-être psychologique

Il est clair que l'Impuissance a des effets négatifs avec toutes les dimensions du bien-être. L'Impuissance entretient les effets négatifs importants avec l'Autonomie, la maîtrise de l'environnement, la croissance personnelle les relations positives avec les autres et le but dans la vie. Mais, la taille d'effet la plus caractéristique est détenue par la maîtrise de l'environnement. De ce constat, il peut inférer qu'une Impuissance élevée garantit assurément un moindre bien-être psychologique.

L'Acceptation et les avantages perçus sont corrélés positivement aux issues du bien-être psychologique. Par conséquent, tous les patients souffrant d'insuffisance rénale terminale qui acceptent leur maladie et y perçoivent également des avantages, ont un sentiment de bien-être psychologique élevé. Par contre, l'impuissance est associée négativement aux dimensions du bien-être. En clair, les insuffisants rénaux terminaux qui ont un niveau élevé d'impuissance face à leur maladie, sont sujets à un bas niveau de bien-être eudémonique. Ainsi, notre hypothèse est confirmée. Autrement dit, les cognitions liées à la maladie influencent le bien-être psychologique.

3. Discussion

Une caractéristique commune des maladies chroniques est leur nature intrinsèquement menaçante, dans la mesure où les patients sont confrontés à

une maladie incurable à long terme qui impose de nombreuses limitations au fonctionnement dans la vie quotidienne. Les différences individuelles d'ajustement à long terme peuvent être expliquées par différentes manières de réévaluer cognitivement la nature intrinsèque aversive de la maladie avec des concepts tels que l'impuissance, l'acceptation et les avantages perçus. L'examen des cognitions liées à la maladie dans le bien-être des hémodialysés dans la présente étude a permis de découvrir que lesdites cognitions sont liées au bien-être des patients.

Par ailleurs, ces différentes corrélations pourraient être expliquées par le modèle théorique du sens de la vie. En effet, le sens de la vie stipule que « les vies peuvent être vécues comme significatives lorsqu'elles sont ressenties comme ayant une signification au-delà du trivial ou du momentané, pour avoir un but ou pour avoir une cohérence qui transcende le chaos » (King et al., 2006, p. 180). Cette définition met en évidence trois aspects centraux de l'expérience du sens de la vie : le but, la signification et la cohérence (George & Park, 2016 ; Martela & Steger, 2016). Le but c'est s'efforcer d'atteindre des objectifs personnellement significatifs et il est lié au sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue. La signification est le sentiment d'avoir de l'importance ou d'avoir un impact sur la vie. La cohérence est la mesure dans laquelle les stimuli, les événements et la vie ont un sens et correspondent aux attentes. Ainsi, les hémodialysés qui comprennent qu'ils suivent des séances de dialyse régulières à cause de la maladie chronique, qui se disent que la vie vaut la peine d'être vécue parce qu'ils sont indispensables à la vie, possèdent un niveau de bien-être psychologique élevé. Par contre, les insuffisants rénaux terminaux qui sont en crise de sens, c'est-à-dire qui ne comprennent pas qu'ils sont atteints d'une maladie chronique et que cet état nécessite des soins à vie. En outre, ils ne feront aucun effort pour suivre les soins pour préserver leur vie. Cette non-observance thérapeutique entraîne les ré-hospitalisations d'urgence et surtout la morbi-mortalité des dialysés, signes de leur mal-être psychologique. Transcender le chaos implique de l'accepter et y trouver des avantages après l'avoir compris, être resté motivé et trouvé un intérêt au chaos. C'est l'effet inverse dans l'impuissance.

Par conséquent, les résultats indiquent que des niveaux élevés d'acceptation et des avantages perçus sont associés à un niveau de bien-être psychologique chez des hémodialysés, tandis qu'un niveau élevé d'impuissance est corrélé à un bien-être eudémonique faible chez lesdits hémodialysés. Ces résultats diffèrent de ceux d'Evers et al. (2001) et de Limperg et al. (2020) en ce sens que les deux études n'ont trouvé aucune association entre les avantages perçus et le bien-être chez les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde, de sclérose en plaques et d'hémophilie. Les maladies chroniques peuvent avoir des impacts psychologiques distincts.

Ces résultats soutiennent l'idée que les caractéristiques cliniques de l'hémodialyse semblent insuffisantes pour comprendre les effets de la maladie sur le fonctionnement psychologique des personnes atteintes d'insuffisance rénale terminale. Il s'avère important de sensibiliser les prestataires de soins à la contribution des facteurs psychologiques au bien-être des hémodialysés. Une attention particulière doit être accordée à l'acceptation et à la perception d'avantages dans l'hémodialyse. Il faut aussi réduire l'impuissance chez les hémodialysés par une prise en charge psychologique précoce.

Conclusion

Bien que la conception corrélationnelle et transversale de l'étude ne permette pas de tirer des conclusions en ce qui concerne la causalité, les résultats obtenus contribuent à la compréhension de l'influence des cognitions liées à la maladie sur le bien-être psychologique des hémodialysés. L'identification des réévaluations cognitives des patients au début du traitement ouvre des possibilités d'optimisation de leur bien-être en vue d'un ajustement à la société et à une vie épanouissante. Cet accompagnement psychologique doit être intégré dans tous les centres des centres d'hémodialyse publics. La prochaine étape de la recherche doit consister en des études longitudinales axées sur l'identification des personnes les plus susceptibles de développer des difficultés en raison de leurs cognitions liées à la maladie, afin d'obtenir des données probantes pouvant servir d'éléments de base pour élaborer des stratégies de soutien psychologique.

Conflits d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : les auteurs n'ont obtenu aucun financement.

Etudes humaines : l'étude a été approuvée par le laboratoire de psychologie différentielle et génétique. Suite à cette approbation le directeur du département de psychologie a sollicité et obtenu une autorisation du chef de service des centres d'hémodialyse publics, lui-même administrateur du centre d'hémodialyse de Cocody pour que l'enquête puisse se faire, et les principes de la déclaration d'Helsinki ont été respectés.

References:

1. Augusto, CR, Krzesinski, J.-M, Warling, X, Smelten, N, Etienne, A-M. (2011). Intérêt des interventions psychologiques en dialyse : étude exploratoire. *Néphrologie & Thérapeutique* 7(4), 211–218. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1769725510002580>
2. Chilcot, J., Wellsted, D., & Farrington, K. (2008). Screening for depression while patients dialyse: an evaluation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(8), 2653–2659. <https://doi.org/10.1093/ndt/gnf105>.
3. Cottraux, J. (2009). *Echelle de bien-être psychologique de Carol Ryff : version à trois items par dimension*. <https://www.directelearning.com/io/rw/auteur/4/lecon/6022/FC236DE4B3AA92F8E8C29723A19FC959CB1.pdf>.
4. Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Newville, H., Safier, M., Spielman, L. A., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2008). Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *American Journal of Kidney Diseases*, 52(1), 128-36. <https://www.researchgate.net/publication/5411084>.
5. Dancey, C. P., & Reidy, J. (2007). *Statistiques sans maths pour psychologues*. De Boeck.
6. Dwan, T., & Ownsworth, T. (2017). The Big Five personality factors and psychological well-being following stroke : a systematic review. *Disabil Rehabil*, 41(10) :1119-1130. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.4149382>.
7. Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., Van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G., & Bijlsma, J. W.J. (2001). Beyond unfavorable thinking : the Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 69(6), 1026-1036.
8. Fortin, M-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Éducation
9. Funder, D. C., & Ozer, D. J. (2019). Evaluating effect size in psychological research : sense and nonsense. *Advances in Methods and practices in psychological*, 2(2), 156-168. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2515245919847202>.
10. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. (2020). Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017.

- The Lancet*, 395(10225), 709-733.
<https://www.researchgate.net/publication/339269981>.
11. Gignac, G. E., & Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences*, 102, 74-78.
<https://daneshyari.com/article/preview/889657.pdf>.
 12. George, L.S., & Park, C.L. (2016). Meaning in life as comprehension, purpose, and mattering : Toward integration and new research questions. *Review of general psychology*, 20(3), 205-220.
<https://www.researchgate.net/publication/304032002>
 13. Heintzelman, S. J. (2018). Eudaimonia in the Contemporary Science of Subjective Well-Being: Psychological Well-Being, Self-Determination, and Meaning in Life. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of Well-Being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers. <https://doi.org/10.4324/9781351231879-14>
 14. Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137–164. <https://doi.org/10.1111/j.1758.2009.01008.x>
 15. Joshanloo, M. (2019). Investigating the relationships between subjective well-being and psychological well-being over two decades. *Emotion*, 19(1), 183–187.
<https://www.researchgate.net/publication/323507315>
 16. Joshi, R., John, O., & Jha, V. (2017). The potential impact of public intervention in preventing kidney disease. *Seminars in Nephrology*, 37(3), 234-244.
<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53206207/10.1016>.
 17. Jungers, P., Joly, D., Man, N.K., & Legendre, C. (2011). *L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE : Prévention et traitement*. 4^è éd. Lavoisier
 18. Kerlinger, F.N. (1986) *Foundations of Behavioral Research*. 3^è éd. Holt, Rinehart and Winston, New York
 19. King, L.A., Hicks, J.A., Krull, J., & Del Gaiso, A.K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179-196.
<https://www.researchgate.net/publication/7326319>
 20. Limperg, P. F., Maurice-Stam, H., Heesterbeek, M. R., Peters, M., Coppens, M., Krup, M. J. H. A., Eikenboom, J., Grootenhuis, M.A., & Haverman, L. (2020). Illness cognitions associated with health-related quality of life in young adult men with haemophilia.

- Haemophilia*, 26(5), 793-799.
<https://www.researchgate.net/publication/343881817>
21. Martela, F., & Steger, M.F. (2016). The three meanings of meaning in life : Distinguishing coherence, purpose, and significance. *Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531-5545.
<http://www.its.caltech.edu/~squartz/Martela-Steger-JOPP.pdf>
 22. Portail Officiel du Gouvernement de Côte d'Ivoire. (2018). *Insuffisance rénale : 97 nouveaux postes de traitement rénal créés*.
www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=9448.
 23. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it ? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
https://www.academia.edu/36709109/Happiness_Is_Everything_or_Is_It_Explorations_on_the_Meaning_of_Psychological_Well_Being.
 24. Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited : advances in the science and practice of Eudaimonia. *Psychother psychosom*, 83(1), 10-28. <https://www.karger.com/Article/Pdf/353263>.
 25. Sinclair, P., Bennett, P., & Shandahan, B. (2014). Nursing care of people with kidney disorders. In *Medical-surgical nursing: Critical thinking for person-centered care*. Frenchs Forest: Pearson Australia, pp. 887–934.
 26. Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C., & Rascle, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Néphrologie & Thérapeutique*, 5(3), 193-200.
<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2009.01.007>.
 27. Yamamoto Y, Hayashino Y, Akiba T, Akizawa T, Asano Y, Saito A, Kurokawa K, Fukuhara S. (2009). Depressive symptoms predict the subsequent risk of bodily pain in dialysis patients: Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *Pain Med*. 10(5):883-9. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00661.x. PMID: 19682272