

Université Abderrahmane Mira 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 enfants diabétiques

(Étude de quatre (04) cas à la maison de diabétique beau séjour de Bejaïa)

Réalisé par :

M^{elle} KARA Imane

Encadré par :

M^cGACIKhelifa

Présidente : Mme Makhzen

Examineur : Me Belbessai

Année Universitaire

2017-2018

Remerciements

Mes sincères remerciements d'abord à notre encadreur Monsieur Kh. Gacid' avoir consacré de son temps afin d'assurer notre encadrement.

Nous tenons à remercier l'ensemble du personnel de service de médecine générale à la maison des diabétiques de Bejaia « Beau séjour ».

Nos remerciements aussi à Monsieur M. Boudjadi, psychologue à la maison des diabétiques « Beau séjour » d'avoir accepté de nous orienter durant toute la période de stage.

Nous exprimons nos sincères remerciements à l'ensemble des membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce modeste travail.

En fin

Nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail et qui nous ont orientées, conseillée ou influencée.

Dédicaces

C'est avec pensée pleine de reconnaissance, d'amour et de gratification que je dédie ce modeste travail à :

La mémoire de mon chère père et ma grand-mère qui nous ont quitté que dieu le tout puissant leur accorde sa miséricorde et les accueille dans son vaste paradis.

A

Ma chère maman qui m'a donnée la vie, qui était toujours à mes côtés avec sa tendresse, que mille dédicaces ne puissent exprimer mes sincères sentiments, pour sa patience illimitée, son encouragement durant toutes mes années d'étude, en témoigne de mon profond amour et respect pour ses grands sacrifices. Une longue vie inchallah.

A

Ma très chère tante samia que j'aime beaucoup que dieu la protège.

A mes chères sœurs que j'aime beaucoup :

Lydia, Lamia, Chahrazed

A

Mes beaux frères : Bizek et Halim

A ma très chère nièce Nésya et mon neveu Axel.

A mes chères amis:

Amine-Kosseila- Dadou

Sommaire

Introduction.....	1
-------------------	---

Le cadre général de la problématique

Problématique et hypothèses	4
Objectif de la recherche.....	8
Opérationnalisation des concepts.....	9

Côté théorique

Chapitre I : La résilience

Préambule

1. Historique.....	12
2. Définition de la résilience.....	13
3. Origine de concept résilience.....	15
4. La résilience de la matière à la résilience humaine.....	16
5. La résilience selon l'approche cognitivo-comportementale.....	18
6. La naissance de concept résilience.....	20
6.1. Les facteurs de risques.....	20
6.1.1. Les facteurs centrés sur l'enfant.....	20
6.1.2. Les facteurs liés à la configuration familiale.....	22
6.1.3. Les facteurs sociaux environnementaux.....	22
6.2. La résilience à travers les facteurs de protection.....	24

6.2.1. Les facteurs individuels.....	24
6.2.2. Les facteurs de protections familiaux.....	24
6.2.3. Les facteurs extra-familiaux.....	24
7. La résilience en tant que processus.....	25
8. Les critères de la résilience.....	26
8.1. La conscience de son auto-estime.....	27
8.2. La conscience de son efficacité ou sentiment d’auto-efficacité.....	27
8.3. Un répertoire d’approche de résolution de problèmes sociaux.....	28
9. Méthode d’évaluation de la résilience.....	28
10. Application clinique de la résilience.....	30
11. Limites de la résilience.....	31
- Conclusion du chapitre.....	32

Chapitre II : L’enfance et le diabète chez l’enfant

Préambule

I. Aperçus historique sur l’enfance.....	34
1. Définition de l’enfance et l’enfant.....	35
2. Les stades du développement de l’enfant selon J-piaget.....	35
3. Les caractéristiques de la période d’âge de (8) à (12) ans.....	37
II. Historique sur le diabète.....	37
1. Définition de diabète	38
2. La classification de diabète.....	38
3. Les types de diabète	39
3.1. Diabète type I ou diabète « insulino-dépendant ».....	39
3.2. Diabète de type II ou diabète « non insulino-dépendant ».....	39
4. les symptômes d’un diabète.....	40
4.1. Les signes cliniques	40

4.2. Les signes biologiques.....	40
4.3. L'insuline.....	40
5. L'étiologie.....	40
6. Les complications d'un diabète.....	41
7. Diagnostique clinique.....	42
8. Epidémiologie.....	42
9. Le traitement de diabète.....	43
9.1. Le régime et l'activité physique.....	43
9.2. Le traitement par insuline.....	43
III. Les réactions psychologiques face à la maladie.....	44
1. Les réactions parentales.....	44
2. Les réactions de l'enfant.....	45
3. Les réactions de la fratrie.....	45
- Conclusion du chapitre.....	46

Chapitre III : Les procédures méthodologiques

Préambule

1. La pré-enquête.....	49
2. La méthode de la recherche.....	50
3. La présentation de groupe d'étude et ses caractéristiques.....	51
4. Lieu et durée de la recherche.....	52
5. Les outils utilisés	52
5.1. L'entretien clinique.....	52
5.1.1 L'entretien semi-directif.....	52
5.2. L'échelle de dépression Beck (BDI 2)	53

5.3. L'échelle d'anxiété d'Hamilton	54
5.4. L'inventaire d'estime de soi Cooper Smith	54
6. Le déroulement de la recherche	56
Conclusion du chapitre	56

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Préambule

1. Présentation et discussion de l'entretien clinique des cas	59
1.1. Le cas (1) Mourad	59
1.2. Le cas (2) Liza	62
1.3. Le cas (3) Karim	64
1.4. Le cas (4) Yasmine	67
 Discussion des hypothèses.....	 72
Conclusion général	75
La liste bibliographique.....	78
 Les Annexes	

La liste des tableaux

N° de tableau	Titre	Page
N°1	Les stades du développement selon J-Piaget	35
N°3	Caractéristiques du groupe d'étude	48
N°4	Les différents items de l'échelle d'estime de soi	52
N°5	Valeurs caractéristiques des échelles	52
N°6	Les niveaux d'estime de soi	52
N°7	Présentation et discussion des résultats de l'inventaire d'estime de soi du cas (1)	56
N°8	Présentation et discussion des résultats de l'échelle d'anxiété du cas (1)	57
N°9	Présentation et discussion des résultats de l'échelle de dépression du cas (1)	57
N°9	Présentation et discussion des résultats	59

	à l'inventaire d'estime de soi du cas (2)	
N°10	Présentation et discussion des résultats de l'échelle d'anxiété du cas (2)	60
N°11	Présentation et discussion des résultats de l'échelle de dépression du cas (2)	60
N°12	Présentation et discussion des résultats de l'inventaire d'estime de soi du cas (3)	62
N°13	Présentation et discussion des résultats de l'échelle d'anxiété du cas (3)	63
N°14	Présentation et discussion des résultats à l'échelle de dépression du cas (3)	63
N°15	Présentation et discussion des résultats à l'inventaire d'estime de soi du cas (4)	64
N°16	Présentation et discussion des résultats	65

	à l'échelle d'anxiété du cas (4)	
N°17	Présentation et discussion des résultats à l'échelle de dépression du cas (4)	66
N°18	Des réponses à l'inventaire d'estime de soi du cas (1)	VIII
N°19	Des réponses à l'échelle d'anxiété du cas (1)	X
N°20	Des réponses à l'échelle de dépression du cas (1)	XI
N°21	Des réponses à l'inventaire d'estime de soi du cas (2)	XII
N°22	Des réponses à l'échelle d'anxiété du cas (2)	XIV
N°23	Des réponses à l'échelle de dépression du cas (2)	XV
N°24	Des réponses à l'inventaire d'estime de soi du cas (3)	XVI
N°25	Des réponses à l'échelle d'anxiété du cas (3)	XVIII
N°26	Des réponses à l'échelle de dépression du cas (3)	XIX
N°27	Des réponses à	XX

	l'inventaire d'estime de soi du cas (4)	
N°28	Des réponses à l'échelle d'anxiété du cas (4)	XXII
N°29	Des réponses à l'échelle de dépression du cas (4)	XXIII

La liste des figures

N° de la figure	Titre	Page
N°1	Le triangle de la résilience	20

Introduction

Introduction

Les enfants qui se optent de faire face aux événements douloureux qu'elles transpercent et exercent dans leur vie font appel à une surprenante force pour s'en sortir, ont souvent impressionné les gens qui les cercles et les nommes de braves, confiants, harmonieux, fort et bien d'autre adjectifs.

L'apparition de la psychologie positive énonce de dénommer ces personnes : « résilients ». Cette appellation n'est pas appliqué dans ce cas pour expliquer un état, un trait de personnalité ou une aptitude extrême, mais plutôt pour mettre en valeur un processus complexe, où plusieurs principes psychologiques, internes et ou externes à la personne, interfèrent, pour lui attribuer les appuis rationnels, précieux pour faire face et se reconstruire, aussi bien d'une situation traumatisante, de conditions de vie durables ou d'un stress additionnel, pouvant conduire parfois jusqu'au suicide.

Devant la certitude du terrain et les multiples lectures opérées, le choix de notre groupe d'étude de recherche s'est arrêté sur les enfants atteints par le diabète de types I. Evidemment, lorsque l'enfant apprend qu'il est atteint par le diabète et sa santé n'est plus comme avant, l'enfant a souvent du mal à accepter et gérer une telle annonce. Ainsi que cette dernière peut provoquer un déséquilibre au sein de la famille, l'enfant a donc besoin, nécessite un grand investissement, une aide et un soutien de la part de ses parents à la fois du temps.

Cependant certains enfants arrivent à garder des contacts cohérents, à établir, à partager les rôles et à garder une certaine homéostasie qui maintient les liens familiaux. Ces enfants dits résilients.

A travers cette recherche, nous souhaitons découvrir sur quels supports s'appuient ces enfants pour faire émerger ce processus de résilience au-delà de l'adversité. à déterminer le concept de la résilience, ses critères et ses différents facteurs qui jouent u rôle important chez la personne diabétique, de découvrir et

Introduction

de cerner comment au-delà d'une douleur, souffrance les personnes trouvent des appuis afin de les surmonter et connaître la progression de vie sans présenter les signes permanents de détresse psychologique. Elle vise aussi à comprendre cet ensemble de caractéristiques qui font d'un être résilient.

Pour y aborder notre travail est divisé en deux parties complémentaire : une première théorique et une autre pratique :

La partie théorique est organisée en deux chapitres, le premier expose le thème de la résilience et le second aborde l'enfance et le diabète chez l'enfant.

La partie pratique divisée en deux : un chapitre qui traite les procédures méthodologiques et le second, contient la présentation et discussion des résultats.

Problématique et hypothèse de la recherche

Problématique et hypothèse de la recherche

La coïncidence, est une expression bien complexe et très difficile à cerner, mais elle est aussi imprévisible. Et quand elle m'a fait découvrir la résilience, cela m'a beaucoup plu et il m'a tout de suite fascinée et m'a séduite.

Etre un psychologue c'est de débarquer en aide auprès des personnes en souffrance, en adversité, face à ses difficultés. En carrière d'un psychologue la résilience a une corrélation profonde avec la relation d'aide, elle adopte son raisonnement pour étudier pas seulement les troubles et les symptômes mais aussi bien de prendre en comptes ses aptitudes face à l'adversité et d'encourager les ressources propres du patient, dans cette rencontre intersubjective.

Parmi les évènements de la vie perturbants les accidents, les maladies chroniques qu'on peut les classée selon la stabilité ou l'évolution de cette maladie, symptômes visibles ou inversibles, caractère fatal, on trouve : ulcère, insuffisance rénale, et le diabète qui est une maladie produite par le pancréas. Cette absence ou ce défaut exerce une augmentation de taux de sucre dans le sang (hyperglycémie), ce qui a de multiples conséquences néfastes. Le diabète entraîne entre autres, des problèmes aux reins, au système nerveux, des maladies cardiovasculaires et peut causer la cécité. Il est divisé en deux types l'un qui est diabète « non-insulinodépendant » et l'autre diabète « insulinodépendant » car son traitement doit passer obligatoirement par l'injection de l'insuline. Cette structure de la maladie touche particulièrement les jeunes. Il se manifeste lorsque le pancréas est incapable de fabriquer de l'insuline. Il est causé par la destruction de la cellule B du pancréas par le système immunitaire de l'organisme.

Survivre avec une maladie chronique, c'est affronter de manière constante et cela consiste un engagement de chaque instant, alors la blessure est devenue une composition de l'être, cette difficulté déclenche chez certains sujets une

Problématique et hypothèse de la recherche

véritable frustration, la charge émotionnelle, l'anxiété et parfois peut mener la personne jusqu'à la dépression vécue lors de cette maladie qui provient un changement totale de mode de vie et un impact majeur dans la capacité à se construire à l'issue de ce problème de santé.

Les médecins ne peuvent rien faire malgré toutes les expériences et toutes les tentatives possibles, et que au bout du compte ils restent dans la même situation, ne peuvent pas les guérissent. Dans un cas pareil pour survivre, il faut revenir aux capacités personnelles, revenir en soi. Certains personnes, malgré leur maladie, réussissent à trouver la saveur de la vie, de poursuivre un rêve et sans perdre l'espoir de la vie.

L'utilisation du concept résilience en psychologie et psychopathologie demeure encore assez récente en France, où elle est connue surtout depuis des années 1990. Les premiers travaux en appui sur ce concept viennent des pays anglo-saxons et nord-américains avec notamment de nombreux auteurs comme : (Emmy Werner, Michael Rutter, Robert Haggerty et al.....).

La résilience évoque la récupération après un traumatisme. Elle fait référence à la capacité humaine de se confronter, intégrer et être transformé par les expériences aversives. (Anaut, 2003, p, 37).

Différents secteurs relevant des prises en charges sanitaires et sociales ont contribué au développement des théories sur la résilience. Actuellement, le champ de la psychologie de santé est devenu un domaine de recherche d'application des théories de la résilience parmi les plus féconds. (Amandine, 2006, p, 10).

Les psychologues collaborent à décrire et à découvrir le phénomène de résilience. L'objectif principal de tous ces travaux est de tenter de répondre à cette question : comment un individu peut-il résister à des situations adverses, à des traumatismes et poursuivre son développement harmonieux alors qu'un

Problématique et hypothèse de la recherche

autre, confronté à des épreuves similaires sera submergé par des troubles psychopathologiques. (Amandine, 2006, p, 15).

L'étude de la résilience met aussi l'accent sur la diversité des facteurs à prendre en considération, qu'il s'agisse des 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) (Delage, 2001, p, 23).

La vulnérabilité (se définit comme l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions et rend compte de la variabilité interindividuelle) mais aussi des facteurs de protection (qui modifient la réaction à la situation présentant un risque en diminuant l'effet du risque). De plus elle amène le praticien et le chercheur à avoir une approche intégrative dans laquelle les dimensions subjectives et intersubjectives sont en constante interaction : la résilience est la combinaison de facteurs autant internes qu'externes. Michel Manciaux et al (2001) insistent particulièrement sur l'approche multifactorielle de la résilience : « A chaque instant, la résilience résulte de l'interaction entre l'individu lui-même et son entourage entre les empreintes, sociales, humaine ». (Delage, 2006, p, 14).

Michael Rutter précise deux aspects de la résilience. Tout d'abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi, peut-on être résilient dans certaines situations et très fragile dans d'autres. Ensuite la résilience n'est pas une force innée il s'agit donc d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de facteurs protecteurs permettant aux sujets de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale. (Bouteyre, 2004, p, 103).

En ce qui concerne l'évaluation de la résilience différentes échelles sont utilisées ou construites par les chercheurs afin de déterminer les critères du fonctionnement résilient et de tenter d'évaluer la résilience. Les médiations

Problématique et hypothèse de la recherche

peuvent être très variable et dépendront des choix des chercheurs et cliniciens et de leur appartenance théorique. Les méthodes d'évaluation prennent en compte un ou plusieurs critères dit de résilience qui seront l'objet de cette évaluation. Les protocoles évaluatifs se fondent soit sur l'utilisation de tests ou d'échelle existantes, soit sur des questionnaires et des échelles construites spécifiquement. Du point de vue méthodologique, plusieurs types d'instrument peuvent être utilisés, de manière complémentaire dans le cadre d'une même investigation. (Anaut, 2005, p, 55).

Les différentes recherches qu'on a abordé précédemment sur la résilience et ses différents facteurs de risque et de protection nous ont motivé de chercher de ce qui fait d'une personnalité résiliente chez les enfants diabétiques de type I et à poser les questions suivantes :

- Est-ce que les enfants atteints de diabète de type I sont des résilients ?
- Est-ce que une bonne estime de soi et le soutien familial favorisent la résilience chez l'enfant diabétique ?

Hypothèses secondaire :

- La résilience chez l'enfant diabétique de type I se manifeste par la capacité de surmonter la dépression et l'anxiété.
- L'estime de soi et le soutien familial sont des critères d'un enfant diabétique résilient.

Objectif de la recherche :

Le but de ce modeste travail est de démontrer l'intérêt du concept résilience appliqué au diabète, en dévoilant les facteurs de protection qui peuvent véhiculer l'entourage pour la personne atteinte de diabète de type I.

On souhaite comprendre quels sont les points forts de ces enfants dits résilients, afin de les potentialiser, les encourager et soutenir chez d'autres enfants qui éprouvent des difficultés à s'en sortir.

1. La résilience

La résilience est un phénomène psychologique qui consiste pour un individu affecté par un traumatisme, à apprendre à vivre après l'évènement traumatique pour ne plus, ou ne pas avoir à vivre dans la dépression et se reconstruire. Avoir une bonne image de soi, sentiment de sa propre valeur et le sentiment d'utilité.

2. Le diabète :

Le diabète est une maladie chronique qui se caractérise par un taux de sucre dans le sang et dans les urines très élevés. Une émission d'urine excessive de 4 à 10 litre par jour, une fatigabilité, L'utilisation des injections d'insuline au moins 1 fois par jours pour le diabète de type I.

Préambule

Le concept de la résilience est dérivé du courant de la psychologie positive, mais le chamboulement qu'il a provoqué à son arrivé, a fait que plusieurs courants se sont intéressés sur le thème, le courant psychodynamique, l'approche cognitivo-comportementale, le courant systémique, ou encore l'approche médicale en santé publique.

1. Historique :

Le champ de la résilience est élaboré dans la communauté scientifique depuis quelques décades. Ainsi, dans les pays-Anglo-Saxons et Nord-Américains des travaux sur la résilience sont réalisés depuis une trentaine d'années et ont donné lieu à des publications scientifiques depuis plus de 25ans. Avec différents auteurs tels que : EmmyWerner(1982,1992),Michael Rutter(1983,1992),Norman Garmezy, (1983,1996)et al.....).

Cependant l'utilisation du concept de la résilience en psychologie et psychopathologie demeure encore assez récent en France, où elle est connue surtout depuis les années (1990).

De nombreux auteurs ont contribué comme BorisCyrulnik (1999, 2001,2006), Antoine Guedeney (1998), Michel Manciaux (1999,2001) ou Michel Lemay (1999) au Québec.

Une revue de littérature permet de situer l'émergence de concept au début des années (1980). Michel Manciaux et al... (2001) font référence à l'utilisation de terme de résilience par Jhon bowbly pour désigner « le ressort morale, qualité d'une personne qui ne se décourage pas, ne se laisse pas abattre ».

La psychologue Américaine Emmy Werner (1982)est reconnue comme ayant joué un rôle majeur dans l'approche de la résilience, à travers la recherche qu'elle a mené auprès des enfants de Kauai, autour et en parallèle de ces

travaux, d'autres chercheurs se sont intéressés aux réponses adaptatives face au stress cumulé. Cependant le concept résilience a connu une évolution rapide et à l'attrait scientifique qui fait que plusieurs chercheurs ne travaillent pas sur la même définition de la résilience. Ainsi il se trouve 3 épisodes principales dans son évolution :

-Premièrement : les fondateurs de la résilience, qui ont accordé la capacité de surmonter un traumatisme et de persister à se construire dans un environnement défavorable à des qualités individuelles. Ils ont défini par attitre l'attention sir la possibilité de franchir de graves difficultés dans des conditions nuisibles.

-Deuxièmement : les chercheurs qui ont énoncé de concevoir la résilience, non pas comme un simple trait mais comme un processus, basé sur ce qu'on appelle « les facteurs de résilience » et la rencontre avec le care giving. Ce qui fait que chacun peut développer un processus de résilience, à condition qu'il y soit étayé.

-Troisièmement : d'autres chercheurs ont arrêté avec les approches précédentes, en envisageant la résilience comme une force ou une aptitude, que chacun bénéficierait à un degré ou un autre.

Cette chaleur aiderait à provoquer avec les coupures de l'environnement et les renversements internes qui en résulteraient. Elle émergerait dans les évènements exceptionnelles comme un accident, une maladie ou un deuil, mais également au cours des phases de développement comme la crise d'adolescence.(Cité par Anaut, 2003, p. 38 ,39).

2. Définition de la résilience :

On a préféré de présenter ici quelques définitions assez générales de la résilience :« La résilience est la résistance d'une personne ou d'un groupe à des conditions de vie difficiles, capacités de se vivre et de se développer en dépit des circonstances défavorables, voir désastreuses ». (Syllamy, 1999, p.226).

Pour Jacques Lecomte et Boris Cyrulnik (2001) : « La résilience est la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative » Boris Cyrulnik précise que pour qu'il y ait résilience, il faut qu'il y ait eu confrontation à un traumatisme ou à un contexte taramatogène, il considère sur le traumatisme et l'agent de la résilience donc la résilience se réfère avant tout à la capacité de sujet de surmonter le traumatisme, ce qui rejoint le point de vue des chercheurs d'orientation psychanalytiques. (Cité par Delage, 2001, p.3).

Il est primordiale pour tout chercheur, de se positionner et de proposer une définition qu'il retiendra pour son sujet de travail. Dans le cadre de cette recherche la définition que nous retiendrons est celle proposée par Michael Rutter, Il définit cliniquement la résilience : « un phénomène manifesté par des sujets jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de stress, qui, dans la population générale est connue comme comportant un risque sérieux de conséquence défavorables ». (Ruter, 2002).

« La résilience peut se définir comme la capacité de sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatique, avec une force renouvelée. La résilience impliquant l'adaptation face au danger, le développement normal en dépit des risques et le ressaisissement de soi après un traumatisme ». (Anaut, 2003, p, 7).

Beaucoup de chercheurs comme (Manciaux et al... 2001) considèrent la résilience comme un potentiel chez tout un chacun. Cependant, elle peut être différemment développée en fonction des étapes du développement psychologiques, du cycle de vie et des circonstances environnementales.

La définition de la résilience autant que processus psychique peut être exprimé ainsi « capacité à maintenir une homéostasie endopsychique et intersubjective dans des conditions traumatogènes». (Cité par Bessoles, 2001).

Le processus de résilience prend appui sur trois types de ressources :

Celles d'ordre interne au sujet (particularités singulières, capacités et aptitudes cognitives personnalité, modalités, relations familiales...), et celles relevant de la péri-famille et du contexte socio-environnementales (soutiens communautaires sociaux, religieux, idéologiques...). Chacun de ces trois pivots peut avoir un rôle plus au moins prépondérant en fonction des circonstances et de la trajectoire de vie du sujet. Du point de vue psychique, la résilience met en jeu la capacité de potentialiser les mécanismes dont dispose une personne pour élaborer les circonstances aversives qu'elle est susceptible de traverser dans la vie. Dans ce sens certains individus résilients peuvent se tenir renforcés par la confrontation à l'adversité, lorsqu'ils ont trouvé en eux, mais aussi en appui sur leur entourage, la faculté de se préserver psychiquement après l'adversité et de mettre en place un nouveau développement. (Anaut, 2003, p, 70).

Après avoir vue différentes définitions des auteurs sur la résilience on peut dire que le processus de résilience est en composition constante. Il résulte d'un échange interactif et multifactoriel, introduit au coupement entre l'individu, la famille et l'environnement diaboliques en mettant en collaboration des modalités de protection relevant des ressources internes et externes au sujet (l'environnement affectif et social), ce qui permettra de rassembler les conditions de la réédification psychique et de la reprise d'un développement malgré l'adversité.

3. Origine de concept résilience

A l'origine, en métallurgie, la résilience désigne la qualité des matériaux qui tiennent à la fois de l'élasticité et de la fragilité, et qui se manifeste per leur

capacité à retrouver leur état initial à la suite d'un choc ou d'une pression continue.

Pour l'écologiste, la résilience exprime, d'une part la capacité de récupération d'une écosystème à se remettre plus ou moins d'une perturbation- la reconstitution d'une forêt après un incendie, par exemple, pour les pisciculteurs, la résilience exprime une idée voisine, celle de la résistance naturelle d'une race de poissons en fonction de sa fécondité.

On lui donne un sens voisin, mais déjà résilient community plus riche, dans le domaine de l'économie (voir dans les domaines de la médecine, de la psychologie et de la criminologie). Il est question de résilience en rapport avec la résistance physique, les phénomènes de guérison spontanée et de récupération soudaine. Le terme s'est imposé particulièrement dans le traitement d'enfants à risque dont on cherche à solidifier l'aptitude à rétablir leur équilibre émotionnel dans les situations de stress ou d'abus importants, par une meilleure compréhension du ressort psychologique. (<http://agora.qc.ca>).

Etymologiquement, l'origine de mot résilience vient du latin « resilire » lui-même fabriqué à partir d'un verbe « salire » voulant dire « sauter » et du préfixe « re » indiquant un mouvement vers l'arrière.

En France, au 17^{ème} siècle, « resilire » évolue vers la résiliation qui signifie se retracer, se dégager d'un contrat. Parallèlement à cette évolution, la langue anglaise retient le participe présent de « resilire-resiliens » retenant du saut, l'idée de la réaction après un choc, le rebond. La traduction française a été difficile. D'abord traduit par « résistance » (la :star) signifiant d'avantage se tenir droit que rebondir, il a en quelque années, désigne successivement un rebond observé, une capacité de rebondir et en fin la capacité de mobiliser instantanément des défenses efficaces en cas de stress (**Khemesi, 2010,p.4**).

4. La résilience de la matière à la résilience humaine :

Penser à cette transmigration d'un concept de la physique des matériaux vers les sciences humaines et la psychologie permet d'apercevoir une analogie entre la matière inerte et simple et la matière vivante et complexe. L'encyclopédie universelle nous démontre que, dans le contexte de la physique des matériaux, la résilience (en tant que l'un des facteurs qui caractérisent la qualité de l'acier) varie brusquement de la part et d'autre d'une certaine température de transition. Si nous risquons cette analogie, nous pourrions considérer que chacun de nous possède une potentialité différente à résister aux pressions (sa résilience) qui varierait brusquement en intensité à l'occasion d'une circonstance donnée (analogue à la température dite transition). Dans cette perspective, un même sujet pourra être tantôt vulnérable tantôt résilient suivant les circonstances. Ainsi, la vulnérabilité d'un sujet pourrait se transformer en résilience à l'occasion d'un événement hautement significatif pour lui en appui avec une rencontre fondatrice. (Anaut, 2005, p, 35).

Si l'on continue à explorer l'analogie entre la matière inanimée et la matière vivante, l'introduction de l'idée de seuil de rupture peut apparaître relativement déterministe. Ainsi, la résilience de l'acier est dans l'acier, la résistance de l'acier étant considérée comme due à la nature elle-même de la matière. Or, dans le cas de la personne humaine, les facteurs psychoaffectifs, relationnels et sociaux vont interférer. Cependant, l'idée de seuil de rupture rejoint les nombreuses recherches qui font état de failles de résilience observées chez des individus réputés résilients qui semblent rencontrer des ruptures de résilience à un moment donné de leur cycle de vie. (Anaut, 2005, p, 36,).

De nombreuses recherches se mettent d'accord pour considérer que la résilience n'est pas constante est définitive et qu'un sujet peut être résilient dans certains domaines et non dans d'autres, la résilience résidant avant tout dans l'équilibre des forces. Ainsi, chez l'individu ou un groupe humain la résilience dépendra

des facteurs de protections qui modifient les réactions aux dangers présents dans l'environnement affectif et social.

Certaines approches considèrent la résilience comme potentiel présent chez tout un chacun, mais différemment développée en fonction des étapes du développement psychologique, du

Cycle de vie et des circonstances environnementales, soit spontanément pour l'individu, soit faire l'objet de stimulation et d'aides d'accompagnements extérieurs (évolution, enseignants, psychothérapeutes..), (Manciaux et al ... 2004, p,32).

5. La résilience selon l'approche cognitivo-comportementale :

L'apport du courant cognitivo-comportemental, au champ de la résilience, est résumé en les quelques points suivants :

1. La notion de coping et de stratégie de coping :

Il occupe une place importante dans l'élaboration de la résilience du sujet. Les processus de coping sont très diversifiés, pour David Lazarus et Joseph Folkman (1984) « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maintenir, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'une personne ».

Pour certains auteurs (Caroline Paulhan, 1992), (Tadzio Muller 2003), il n'existe pas de stratégie de coping efficace en soi, sans les caractéristiques de la personne et de la situation problème.

La résilience dans cette optique devient, selon Jack Patterson (1995), « l'aptitude à fonctionner de manière adaptative et à être compétent quand on a à faire face au stress de la vie ». Cette conception de concept de résilience est pour Manciaux (2001), acceptable, ils distinguent ainsi entre résilience conjoncturelle

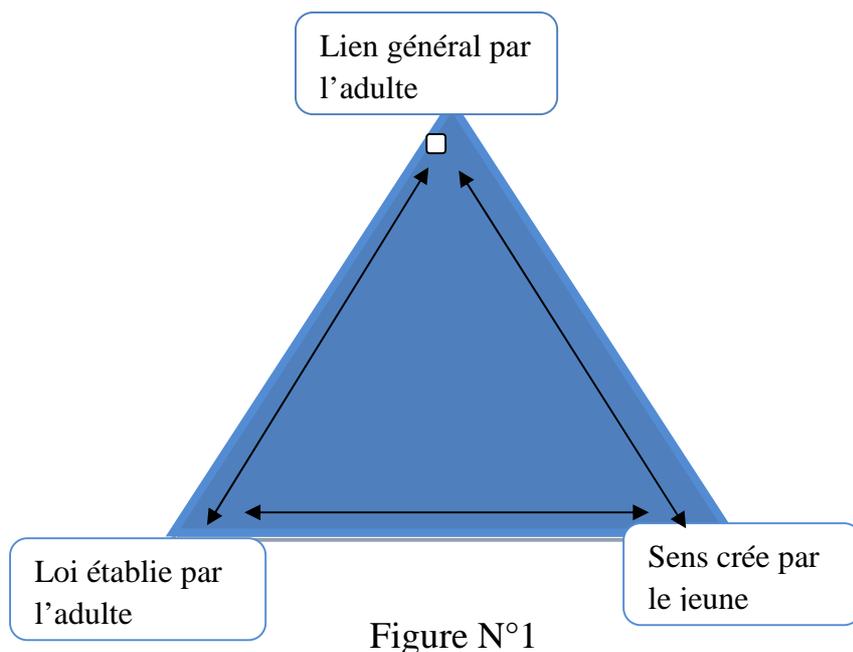
(liée à des souffrances ordinaires ou quotidiennes) et résilience structurelle (confrontant le sujet à un traumatisme extrême, massif et unique).

Pour Jack Patterson (1995), promouvoir la résilience devant ces tresseurs nécessite « de permettre à une personne ou à une famille d'augmenter sa capacité à satisfaire ses besoins et ses buts et maintenir son autonomie et son intelligence ». Tazio Muller et Mark Spitz (2003), dans une de leur récente étude on démontré que le coping actif et l'humour sont positivement corrélés à un faible de niveau de détresse psychologique.

Selon Marie Anaut(2003), « les stratégies de coping participent au phénomène de la résilience, considéré comme un processus plus vaste et pouvant mettre en œuvre des comportements variés et différents du coping ». (Cité par Lighezzolo et De Tychev, 2004, p, 35).

2. La question de la répétition (ou non) de la maltraitance :

Jacques Lecomte (2002), a étudié des près de cette question, dans sa thèse intitulée : « briser le cycle de la violence : quand d'anciens enfants maltraités deviennent des parents non- maltraitants », il avait étudié le parcours de vie de personnes maltraités dans leur enfance et qui sont devenu des parents affectueux, il avait constaté que durant les entretiens deux éléments essentiels ressortaient clairement, l'importance du sens et ka présence du lien. Un autre élément s'impose à lui lors des témoignages recueillis et qui est la loi symbolique, ceci l'a amené à dessiner un triangle constitué de ces trois éléments : le lien, la loi et le sens. (Cité par Lighezzolo et De Tychev, 2004, p 45).



Le triangle de la résilience (Lecomte, 2004, p,66)

Jacques Lecomte, propose une théorisation de la résilience assez pertinente et intégrative, il ne se focalise pas uniquement sur les déterminants cognitifs, il intègre également les facettes inconscientes du comportement. (Lecomte, 2010, p, 8-10)

6. La naissance de concept résilience :

6-1-les facteurs de risques

La notion de risque implique la probabilité de subir un dommage ou encore une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure. En psychologie, les facteurs de risques sont des variables liées à l'apparition ultérieure de pathologie ou d'organisation. Le plus souvent, les recherches en psychologie restent attachées à l'analyse des problèmes et des perturbations des enfants, voire des psychopathologies et ont pour bute principal d'essayer de les comprendre en leur attribuant un sens. Aussi c'est à partir de l'étude de la pathologie individuelle, et éventuelle de celle de groupe d'appartenance, que la

psychologie clinique va contribuer à esquisser des pistes en vue d'une prévention fondée essentiellement sur la mise en évidence d'indices ou facteurs de risques pour le devenir des enfants. (Anaut, 2005, p, 23).

La définition des facteurs de risques au sens général peut être empruntée à Daniele Marcelli (1996) qui considère comme facteur de risque : « toutes les conditions existentielles chez l'enfant ou dans son environnement qui entraînent un risque de morbidité supérieur à celui que l'on observe dans la population générale à travers les enquêtes épidémiologiques.

Dans cette perspective, il s'agit avant tout d'identifier des indices de risque permettant de comprendre les perturbations par les enfants et parfois leur entourage afin de participer au traitement des problèmes et éventuellement de les prévoir.

Ainsi selon Norman Germezy (1996) un facteur de risque pourra être « un évènement ou une condition organique ou environnementales qui augmente la probabilité pour l'enfant des problèmes émotifs ou de comportements ». (Cité par Anaut, 2005, p24).

Les enfants peuvent manifester des forces importantes dans certains domaines comme (dans les capacités à l'entrée à l'école) comme certains d'entre eux peuvent entraîner des difficultés comme dans leur interaction avec les autres, en l'exprimant à travers des comportements problématiques tels que : une faible estime de soi, de l'anxiété et de la dépression.

Une estime de soi repose sur la notion « d'auto-évaluation ». Ce terme renvoi à un processus de jugement par le quel l'individu considère ses résultats, ses capacités, ses qualités selon un système de valeur et de normes personnelles, et porte un jugement sur son mérite personnel. (Coopersmith, 1994,).

L'anxiété se définit comme « un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitives et comportementaux ». En l'absence ou présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments de peur, d'inquiétude, de difficultés et de craintes. (Ferrari, 1998, p 09).

La dépression pourrait se définir comme une situation de tristesse pathologique qui est accompagnée par une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience de ralentissement des opérations mentales psychomotrices et organiques. (Ferrari 1998, p.12).

Les facteurs de risques peuvent être regroupés selon trois catégories :

6-1-1- Les facteurs centrés sur l'enfant :

- La prématurité.
- La souffrance néo-natale.
- La pathologie somatique précoce.
- Handicaps.
- Les séparations maternelles précoces.

6-1-2- Les facteurs liés à la configuration familiale :

- La séparation parentale.
- L'alcoolisme.
- Les violences familiales (maltraitance psychique et /ou physique, inceste).
- Le décès d'un ou des deux parents.
- Une maladie parentale chronique.
- Un membre de la fratrie ayant un handicap.
- Une structure monoparentale (absence du père ou de la mère).
- Le décès d'un proche.

6-1-3- Les facteurs sociaux environnementaux :

- Le chômage vital des parents.
- La pauvreté et la faiblesse socio-économique.
- Le logement surpeuplé
- L'isolement relationnel.

Les investigations prospectives et les interventions cliniques et éducatives fondées sur la prévention peuvent s'intéresser à l'étiologie des troubles et aux risques de développer une psychopathologie, mais plus généralement la prévention des risques est prise en considération dans une acceptation globalisante sous les termes de risques d'inadaptation. Dans ce contexte sont considérés comme des enfants à risque d'une part, présentent des dispositions génétiques et de personnalité spécifiques, et d'autres part vivent dans un contexte environnementales marqué par la pauvreté, la violence, l'inadéquation des relations parentales... voire les indices de risques précédemment cités.

Cependant, il apparaît impossible d'établir un tableau exhaustif des risques d'inadaptation et il serait erroné d'anticiper les risques d'inadaptation sur les bases des seuls facteurs de risques. André Fortin et Dan Bigras (2000) soulignent combien le phénomène de l'inadaptation de l'enfant est multidimensionnel et indiquent que les facteurs de risques comme de protection se présentent rarement de manière isolée mais participent à un maillage d'interrelation complexes.

L'étude des enfants et adolescents confrontés à des difficultés relationnelles, familiales et /ou à des carences affectives telles, qu'il est permis de les considérer comme potentiellement déstructurantes montre que certains enfants résistent à la menace de désorganisation psychique. Les investigations cliniques montrent que ces enfants ont développé une défense qui leur permet de se préserver psychiquement malgré l'adversité. Parfois même non seulement ils parviennent à éviter la désorganisation psychique dans des contextes qui s'avèrent véritablement déstructurant pour d'autres, mais encore il semble

puiser, dans ces expériences, des ressources qui les renforcent et leur confèrent un ressort psychologique. (Anaut, 2005, p25, 26).

6-2- La résilience à travers les facteurs de protection :

Pour Norman Garmezy (1991), à partir d'une revue de la littérature scientifique ont identifié les principales variables qui selon les chercheurs favorisent la protection chez les sujets résilients. Elles se regroupent selon trois niveaux : individuel-familial et extra-familial.

6-2-1- Les facteurs de protection individuels :

- Compétences sociales.
- Sentiment d'auto-efficacité et d'estime de soi.
- Etre une fille avant l'adolescence ou un garçon durant l'adolescence.
- Un bon niveau d'aptitudes cognitives.
- Conscience des relations interpersonnelles.
- Sentiment d'empathie.
- Une compréhension de soi.
- Un tempérament facile.

6-2-2- Les facteurs de protection familiaux :

- Parents chaleureux et soutien parentale.
- Harmonie parentale (entente).
- Des parents compétents qui offrent un environnement éducatif, positif, ouvert et qui fixe des normes.

6-2-3- Les facteurs extra-familiaux :

- de succès scolaire.
- Réseau de soutien social.
- Des lieux de rencontre ou la participation à des activités (religieuses-culturelles-associatives).

Les facteurs de protection concernent des éléments variés : des caractéristiques, des capacités et des conduites des personnes, d'origine individuelle, familiale et extra-familiale, qui participent à la protection du sujet, dans le sens d'atténuer l'impact des expériences adverses

Selon Manciaux (2001) La valeur protectrice d'une caractéristique est relative en fonction de son degré de développement. Prenons l'exemple de soi qui est une caractéristique souvent citée comme un facteur protecteur de la résilience.

Les facteurs de protection font référence aux influences qui modifient, améliorent ou transforment la réponse d'une personne face à un événement qui prédispose à une mauvaise adaptation. (Cité par Annaut, 2005, p, 27,28).

Ce n'est pas l'effet agréable du facteur de protection qu'il faut prendre en considération, mais bien les qualités positives qu'il entraîne.

Le facteur de protection joue un rôle important, même en l'absence de situation pathogène, « leur rôle est de modifier la réponse à une futur adversité plutôt que de stimuler le développement normal ».

Le facteur de protection n'a pas qu'un effet tampon sur l'évènement adverse, il va plutôt conduire le sujet qui y est soumis à développer ses potentialités qui lui permettront alors d'y répondre de manière adéquate.(Khemessi, 2010, p, 4).

7. La résilience en tant que processus :

La conception de la résilience en tant que processus semble avoir incité des psychanalystes à contribuer à la compréhension du modèle résilient en apportant un éclairage métapsychologique sur les « processus psychiques » à l'œuvre dans la résilience et le fonctionnement des sujets résilients(Bessoles, 2001, p, 49).

Selon les spécialistes, l'attitude résiliente est dynamique et passe par plusieurs phases de défense pour contrer les trajectoires négatives. Une personne résiliente passe par une révolte est un refus de se sentir condamné par le malheur.

Viennent en suite le rêve et le défit, c'est-à-dire le souhait de sortir d'un traumatisme plus fort, en atteignant un objectif. Aussi, l'attitude de déni qui consiste à se créer une image d'une personne forte afin de se protéger de la pitié de l'entourage, même si une fragilité intérieure demeure.

En fin, l'humour, un résilient a tendance à développer une forme d'autodérision face à son traumatisme. Une manière de ne pas se complaire dans la tristesse et de cesser d'être exposé aux yeux des autres comme une victime de la vie. (Bessoles, 2001,p,50).

8. Les critères de la résilience :

Les critères permettront d'exposer la résilience sont multiples et variés. Chez l'enfant, les principaux facteurs de protection propre à la résilience, répertoriés par Masten, Best et Norman Garmezy 1990), dépendent du développement des (6) caractéristiques suivantes :

- Stabilité de l'attention.
- Capacité de résoudre des problèmes.
- Séduction envers les pairs et les adultes.
- Compétences manifestes et perception de l'efficacité.
- Identification à des modèles et rôles compétents.
- Projet et aspiration.

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

- 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'adaptations relationnelles et d'empathie.
- Capable d'anticiper et de planifier.
- Ayant le sens de l'humour.

La totalité de ces caractéristiques n'est pas la garantie d'un fonctionnement résilient, mais ces différents éléments se trouvent chez un bon nombre de sujets réputés résilients et sont considérés comme contribuant au fonctionnement de la résilience.(Cité par Anaut, 2003, p53).

Michael Rutter (1985,1996), considère que ces personnes, face à des situations d'impuissance et d'absence d'aide qui accompagnent habituellement des situations de stress et d'adversité, mettent en place d'autres formes de comportements qui font appels à des modèles de fonctionnement spécifiques qui apprennent des appuis sur des mécanismes de d'élaboration de la pensée.

Ila distingué trois caractéristiques chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables.

SelonRutter, la personne résiliente concilie trois caractéristiques :

8-1- La conscience de son auto-estime :

Michael Rutter considère comme nécessaire l'existence d'un bon développement de soi chez les individus résilients. Selon André et Lelord (1999), l'estime de soi comporte trois dimensions : l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi.

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

8-2- La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité

Cette caractéristique correspond chez un sujet, à la croyance et à la confiance dans ses capacités à faire la différence entre une action réussie et les étapes nécessaires pour y parvenir. L'individu résilient aurait donc tendance à avoir 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 des problèmes et les projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir des capacités requises pour réussir une tâche déterminée.

8-3- Un répertoire d'approche de résolution de problèmes sociaux

Se réfère à l'expérience et à la capacité pour l'individu résilient se s'appuyer sur des expériences personnelles familiales ou extra-familiales suffisamment positives, ou reconnues comme telles socialement.

Dans cette perspective certains auteurs considèrent que la résilience réside plus dans l'appartenance d'une personne à un contexte social et relationnel sur lequel elle prend appui. Les travaux de Michael Rutter et al (1985,1996), en prenant en compte les capacités pour le sujet résilient de trouver ses 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, 2003, p58).

9.Méthode d'évaluation de la résilience :

Différentes échelles sont utilisées ou construites par les chercheurs afin de déterminer les critères du fonctionnement résilient et de tenter d'évaluer la résilience. Les médiations peuvent être très variables et dépendant des choix de chercheurs et cliniciens en fonction de leur appartenance théorique. Voici donc quelques repères dans les méthodes employées pour explorer la résilience :

Parmi les critères les plus souvent retenus par les chercheurs nous pouvons citer les échelles qui permettent d'évaluer :

- Le niveau de dépression et d'anxiété.
- Le niveau de compétence sociale.
- La réussite scolaire et intellectuelle
- La symptomatologie clinique. (Anaut, 2005, p, 60).

Les méthodes d'évaluation prennent en compte un u plusieurs critères dits de résilience qui seront l'objet de cette évaluation. Les protocoles d'évaluation se fondent soit sur l'utilisation de tests ou d'échelles existant, soit sur des questionnaires et des échelles construits spécifiquement.

La méthodologie d'investigation de la résilience peut comprendre des évaluations comportementales, cognitives, ou encore se centrer sur l'évaluation de traits de personnalité ou de troubles psychologiques et ou psychiatriques

Suivant les cas et les facteurs retenus, l'évaluation pourra porter sur l'appréciation des capacités ou de compétences relevant de l'utilisation de testes psychologiques ou d'échelles de comportements.

Du point de vue méthodologique, plusieurs types de médiations ou d'instruments d'évaluation peuvent être utilisés, de manière complémentaire dans le cadre d'une même investigation. De même la passation peut concerner essentiellement les sujets examinés, éventuellement soumis à des questionnaires en auto-évaluation, ou bien prendre en compte les évaluations faites par l'entourage (famille-réseau-social- éducatif- les pairs....) et s'appuyer sur des observations croisées.

Nous trouvons également des observations directes sur des terrains cliniques ou des milieux dit naturels (ex : l'école). (Anaut, 2005, p61-62).

Nous pouvons ainsi remarquer que l'utilisation de telle ou telle méthode et critère détermine la définition de la résilience adoptée par les chercheurs et son positionnement théorique. Parmi les médiations répertoriées, l'utilisation de tests

projectifs, destinés de la structure psychique, commence à être préconisée mais reste encore plus utilisée dans l'approche de la résilience.(De Tychey,2001)préconise notamment l'emploidu test du Rorschach pour accéder aux processus intrapsychiques des sujets résilients.

10.Application clinique de la résilience :

Le modèle de la résilience suppose une perspective nouvelle de prises en charges des jeunes et de des familles dites pudiquement en difficultés. Il encourage les intervenants, psychologues, travailleurs sociaux, mais aussi soignants, éducateurs et enseignants, à apprendre en compte à mobiliser les capacités des jeunes ou des familles.

Cela donne lieu à diverses tentatives d'utilisation de techniques et de dispositifs empiriques visant à développer la résilience chez les sujets. (Anaut, 2003, p, 74).

Le rôle de la psychologie est d'explorer ces domaines et de découvrir les possibilités du patient. Selon l'approche de la cognition, créative, la créativité est un phénomène qui provint de l'application des processus cognitifs. Les chercheurs récents ont démontré que les talents exceptionnels sont plutôt l'étude des pathologies, les faiblesses, les dégâts, c'est aussi l'étude des forces et des vertus. (Mehrani, 2006, p, 211).

Les applications cliniques des théories de la résilience concernent :

- Les prises en charges individuelles ou groupales (familles-communautés) des sujets en souffrance.
- L'utilisation du modèle de la résilience dans le champ de la prévention.

Les interventions s'appuient sur des méthodes ou des techniques spécifiques destinées à aider les sujets à développer leurs capacités de résilience. Ces méthodes concernent trois domaines :

- Les comportements.

- L'environnement relationnel.
- L'individu (intrapyschique, personnalité).(Anaut, 2003, p, 75).

11.Limite de la résilience :

Le modèle de la résilience offre l'avantage de concilier différentes approches et différents domaines qui concernent à mettre en évidence les potentiels et les modes de protection, d'un individu face à l'adversité. Cyrulnik et al (1998) considèrent que le concept de résilience permettrait d'harmoniser différentes disciplines connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, pédiatrie... l'intérêt de cette approche est donc également de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers l'approche des facteurs protectifs des individus. Ces chercheurs considèrent que la qualité de la résilience s'appuie sur les expériences relationnelles et les possibilités de nouer les liens, ce qui lui confère un caractère variable selon les individus et chez un individu.

Boris Cyrulnik (1999) s'inscrit, quant à lui, dans la prise en compte de l'histoire du sujet en affirmant : « ce qui détermine la qualité de la résilience et la qualité du lien qui a pu se tisser avant le trauma et tout de suite après ». (Cité par Anaut, 2005, p,78).

Michael Rutter (1994) précise deux aspects de la résilience. Tout d'abord, il explique que si une personne est résiliente elle ne l'est pas dans tous les domaines ni face à toutes les adversités. Ainsi, peut-on être résilient dans certaines situations et très fragile dans d'autres. Ensuite la résilience n'est pas une force innée il s'agit d'un processus dynamique nettement sous-tendu par la présence de facteurs de protection permettant au sujet de réagir face à l'adversité et de conserver une bonne santé mentale.

Michael Rutter et Norman Garmezy (1996) soulignent que l'accumulation des facteurs de stress peut avoir un effet multiplicateur, et non pas seulement

additionnel et que cela peut se traduire par des états de stress important pouvant conduire à des ruptures de résilience, lorsque la résilience avait été constatée dans un premier temps.(cité par Bouteyre, 2004, p, 103).

Conclusion

Après avoir tout un chapitre sur la résilience nous pouvons dire que la résilience est la capacité à faire face aux adversités de la vie, transformer la douleur en force motrice pour se surpasser et en sortir fortifier. Une personne résiliente, comprend qu'elle est l'architecte de sa propre joie et de son propre destin.

Préambule :

Dans la constitution d'une recherche scientifique, une méthode bien déterminée est primordiale.

Donc une partie méthodologique est nécessaire. Au premier lieu nous allons exposer la démarche de la recherche et de la population d'étude, le déroulement et les techniques utilisées et leurs analyses qui seront développées.

1. La pré-enquête :

La pré-enquête représente une étape primordiale a fin de formuler nos hypothèses, élargir nos connaissances et en fin sélectionner notre groupe d'étude.

Notre recherche s'est pratiquée au sein de la maison de diabétique Beau séjour de Bejaia, durant la pré-enquête et avec l'aide du psychologue du centre on a échantillonné notre groupe de recherche, on a pris l'accord des sujets qui ont accepté de donner des informations possibles qui vont nous aider dans notre recherche à partir d'un entretien clinique, les échelles et le questionnaire.

Le nombre de cas rencontré est de (4) enfants diabétiques de type I , âgés de (8 à 12)ans, Avant de passer à l'enquête officielle , on a d'abord effectué un petit essaie sur un patient diabétique de type I, et dans le bute de voir si notre méthode va apporter ses fruits ou pas .

Donc on a pris un enfant appart et après avoir l'accord de leurs parents, on lui a posé quelques questions qui figurent sur sur notre guide d'entretien, et on lui a administré les tests et qui ont été traduits à la langue kabyle selon le patient.

On a appliqué notre recherche avec (4) instruments qui sont le guide d'entretien, l'échelle d'anxiété, l'échelle de dépression, l'inventaire d'estime de soi et pour le guide d'entretien on a formulé des questions claires, cela nous a aidé de bien réaliser notre étude.

2. La méthode de la recherche

Comme notre recherche vise à chercher comment la maladie qui est le diabète insulinodépendant est vue par l'enfant, qu'est ce qui peut avoir comme facteur de risque qui va influencer sur l'enfant et comme facteurs de protections comme l'estime de soi qui permettra à l'enfant de faire face à sa maladie et vivre comme chaque enfant normal.

A fin de confirmer nos hypothèses nous avons mené une enquête en adoptant une méthode clinique qui nous permettra à répondre à notre problématique.

Et selon les pionniers de la méthode clinique, tel que (Daniel Lagache, Hervé Bénony, KhadijaChahraoui, Jean Louis Pardinielli et al....) pour eux « la psychologie clinique désigne à la fois un domaine (celui de psychopathologie) et une méthode(clinique) qui s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique, une mesure d'ordre sociale ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. Les domaines d'intervention se composent de multiples champs qui ne se limitent ni aux sujets atteints de troubles mentaux ni à la stricte référence à la dimension individuelle. L'évolution de la discipline a entraîné l'apparition de nouvelles pratiques, de nouveaux lieux, de nouveaux objets : aide aux mourant, handicap, marginalité, souffrance sociale institutions non psychiatriques (crèche, hôpitalgénéral, prison...). Quatre types de recherche existent : la recherche en clinique, la recherche clinique, la recherche action- et la recherche évaluative. Les méthodes et les techniques sont : l'observation clinique, l'entretien clinique, les tests et les échelles et les questionnaires....)(Chahraoui, Benonny, 2003, p14).

Dans cette méthode on a utilisé la technique d'étude de cas. Elle est définie comme : « L'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un

individu ou d'un groupe d'individu. Tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet ». (Chahaoui, Benonny, 2003p.14).

3. La présentation du groupe d'étude et ses caractéristiques :

On a choisi (4) cas d'enfants diabétiques de type I d'une manière volontaire, et ce selon la disponibilité des critères suivants :

- L'enfant doit être diabétique de type I.
- L'enfant ne doit pas être atteint d'une autre maladie.
- L'enfant ne doit pas être atteint d'une maladie ou d'un trouble psychique.
- L'âge chronologique de ces enfants doit se situer entre 8 et 12ans.

Les cas	Age	Début de la maladie	Niveau scolaire
Mourad	12 ans	1 mois	1 ^{ère} année moyenne
Liza	10 ans	1 ans	5 ^{ème} année scolaire
Karim	9ans	6mois	3 ^{ème} année scolaire
Yasmine	12ans	2ans	1 ^{ère} année moyenne

Tableau N°3 : Caractéristiques du groupe d'étude

Selon les différentes caractéristiques de groupe d'étude, on a remarqué que dans les quatre (4) cas qu'on a sélectionné, on a différents sexe deux (2) garçons et deux (2filles).

Ils ont des niveaux scolaires différents sauf deux cas qui sont dans le même niveau scolaire, le cas (1) et cas (4).

4. Lieu et durée de la recherche :

Notre stage de pratique s'est déroulé dans une période s'étalant de 10/04 2018 au 9/05/2018 au niveau de la maison de diabétique beau séjour. Après avoir l'accord favorable Du psychologue de service médecine générale et le directeur de lieu.

5. Les outils utilisés :**5-1- L'entretien clinique :**

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, où l'on postule lien entre le discours et le substrat psychique. Il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. (Chahraoui et Bénony, 1997, p, 12).

5-1-1- L'entretien semi directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Dans ce type d'entretien le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (chahraoui, Benoony,2003). On a associé le guide d'entretien à l'entretien semi-directif composé de 4 axes et ses objectifs :

Axes I : L'objectif de cet axe et la récolte des informations personnelles du patient.

Axe II : Cet axe contient quelques questions sur l'histoire de la maladie.

Axe III : L'objectif de cet axe est de reconnaître le vécu psychologique de l'enfant face à la maladie.

Axe IV : Le regard sur l'avenir.

5-2- L'échelle de dépression Beck : (définition et application) :

Le BDI2 permet d'évaluer la sévérité de la dépression chez les patients. Il a été élaboré comme un indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes correspondant aux critères de DSM4 et non comme une mesure spécifique de diagnostic. Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à divers troubles diagnostiques primaires allant du trouble de panique à la schizophrénie. Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soi chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui, Encercler alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncé, vous en trouvez plusieurs qui semblent également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encercler ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18 (modification de l'appétit). (Bouvard, Cottraux, 2002, P, 186).

Une fois le test est achevé, additionnez les chiffres et faites le totales. Le chiffre le plus élevé que vous puissiez encercler était « 3 », le plus haut total que vous puissiez obtenir est de soixante-trois.

1- 10 : Haut et bas considérés comme normaux.

11-16 : Troubles bénins de l'humeur.

17-20 : Cas limites de dépression clinique.

21-30 : Dépression.

31-40 : Dépression grave.

Plus de 40 Dépressions extrême.

- **Validité** : 0,001
- **Fidélité** : 0,82

5-3- L'échelle d'anxiété d'Hamilton :

C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée, elle a été conçue pour être utilisée chez les patients ayant un diagnostic d'anxiété afin d'évaluer la sévérité de l'anxiété.

Mode de passation :

Elle comporte 14 items qui sont cotés par un évaluateur après un entretien classique.

D'après Pierre Pichot :

- La note 0 correspond à l'absence de manifestation de symptômes.
- La note 1 correspond à des manifestations d'intensité légère.
- La note 2 correspond à des manifestations d'intensité moyenne.
- La note 3 correspond à des manifestations d'intensité forte.

La note 4 correspond à des manifestations d'intensité extrême. Pour chaque item du test il est nécessaire de choisir la note qui correspond, d'après l'expérience de l'examinateur, à l'intensité du comportement de l'individu testé.

D'après (Aaron T. Beck et al, 1989) :

de 0 à 5 = Pas d'anxiété.

De 6 à 14= anxiété mineur.

De 15 et plus =anxiété majeur. (Bouvard, Cottraux, 2002, p, 88,89).

5- 4- L'inventaire d'estime de soi S.Coopersmith :

L'inventaire de coopersmith a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans le domaine sociale ; familial, personnel et professionnel (scolaire). Une échelle de mensonge a été ajoutée. Le SEI (Self estime identité) comporte 58 items, décrivant des sentiments des opinions ou en cochant une case « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». Le test se présente sous deux formes (scolaires et adultes). La composition de l'inventaire est identique dans les deux formes : échelle générale, sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. La validité du test a été réalisée sur une population de 170 sujets. (Centre de psychologie appliquée, 1984, p, 03).

Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs.

Items positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18_21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57
Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57
Echelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52
Echelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44
Echelle scolaire	2-17-23-33-37-42-46-54
Echelle de mensonge	26-32-36-41-45-50-53-58

Tableau N°3 : Les différents items de l'inventaire d'estime de soi

	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Moyenne	18,64	5,67	4,92	4,12	33,35	2,38

Tableau N°4 : Valeurs caractéristiques des échelles

NB : L'échelle de mensonge n'est pas incluse dans le score global du test. Si les résultats dépassent l'une des caractéristiques cela veut dire que le sujet présente une attitude défensive vis-à-vis le test.

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	≤ 18	Très bas
2	19 à 30	Bas
3	31 à 38	Moyen
4	39 à 45	Elevé
5	46 à 50	Très élevé

Tableau N°5 : Les niveaux d'estime de soi

6. Le déroulement de la recherche :

On a tenté un contact avec les parents des enfants diabétiques, on a essayé de gagner leur confiance et de leur expliquer notre bute de recherche.

En assurant la confidentialité t l'anonymat et les résultats de chaque échelle. Dans notre pratique nous avons changé les noms de nos patients, afin de garder l'anonymat, ensuite on a réalisé notre entretien en fonction de leur disponibilité et leur compréhension, et après on a appliqué la passation de l'échelle.

Les entretiens ont été effectués dans la salle de consultation psychologique, les questions du guide d'entretien on été posées en langues française mais nous avons traduit ses questions de la langue française à la langue kabyle.

Conclusion

Grâce à cette partie méthodologique, on a constitué une bonne composition à notre travail de recherche. Ce qui a aidé de comprendre le déroulement de la démarche descriptive clinique choisie et l'importance de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique, mais aussi apprendre l'application des

techniques à suivre c'est-à-dire l'échelle d'estime de soi, d'anxiété, dépression et le guide d'entretien qui nous ont autoriser de vérifier nos hypothèses. La traduction du discours des patients de la langue kabyle et Arabe à la langue Française.

Préambule :

Dans cette partie, nous allons représenter les 4 cas avec lesquels nous avons travaillé. Chaque cas sera exposé avec un résumé et une analyse de l'entretien selon les classifications d'analyse citées dans la partie méthodologique. Ainsi qu'il sera accompagné par scores et les résultats obtenus à chaque passation de l'échelle d'anxiété, de dépression et d'estime de soi.

Cas N°1

1. Présentation et discussion de l'entretien clinique du cas N°1 : « Mourad »

Mourad est un garçon, âgé de (12) ans. Il est le troisième d'une fratrie de cinq enfants (3 garçons et une fille). Il est né d'une grossesse désirée et attendue. A l'école, Mourad est en première année moyenne, il obtient (11 à 12/20) de moyenne.

Il est atteint par le diabète insulino-dépendant depuis 1 mois. D'après le bilan médical, son médecin traitant a établi que cette maladie est engendrée par le facteur héréditaire, car son père est diabétique.

Durant l'entretien on a remarqué que Mourad s'est montré timide, et quand on a commencé à poser des questions à l'aide d'un guide d'entretien il répondait avec des phrases courtes mais une fois que le sujet s'est senti à l'aise a commencé à s'adapter facilement à nos questions qui évoquent son attitude sur le diabète. Le sujet a exprimé son sentiment envers cette maladie en toute normalité en disant : « au départ quand mon père m'a dit que tu es atteint par le diabète j'ai pleuré et c'est vrai j'ai eu peur, mais quand il m'a expliqué que ce n'est pas quelque chose de grave et qu'il y a des médicaments et un régime à suivre pour que tout va se régler, ça m'a soulagé donc avec le temps j'ai commencé à m'habituer et à suivre les conseils des médecins et je suis bien ». Ceci montre que le sujet accepte sa maladie et la qualifie de positive.

Chapitre IV Présentation et discussion des résultats

On l'a interrogé à nous parler de ses relations avec sa famille, il nous a répondu : « ma relation avec ma mère est très bonne plein d'amour et de tendresse je l'aime beaucoup et moi aussi. Elle fait attention à moi et surveille mon régime et tout ce que je lui demande elle ne me le refuse pas et pour mon père aussi c'est la même chose, c'est vrai il n'est pas souvent à la maison comme il travaille mais il fait très attention à moi. » Après un silence il nous a parlé de sa relation avec ses frères et sœurs « ma relation avec mes frères aussi est normal ils m'aiment bien et moi aussi et on joue souvent ensemble et même à l'école j'ai beaucoup d'amis mais je suis plus roche à Anis et Ade cars déjà c'est mes voisins et on part souvent ensemble à l'école ». Ce qui signifie qu'il ressent un comble affectif du soutien de sa famille ainsi que ses amis.

Pour l'avenir il dit : « je souhaite terminer mes études pour devenir un pilote parce que j'aime les avions et je veux voyager partout. ». Ce qui signifie que mourad ne pense jamais que sa maladie est un obstacle pour son avenir.

Suite aux réponses obtenues aux questions qui visent à concevoir l'avenir envisagé par le sujet malgré son diabète, on a remarqué à ce propos chez mourad, aucun signe d'hésitation ou de peur.

Tableau N°6 : Présentation et discussion des résultats de l'inventaire d'estime de soi du cas (1) « mourad » :

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge	Niveau
19	4	4	5	32	2	Moyen

Le cas de mourad, affiche un niveau moyen d'estime de soi, à un total de 32 cela indique qu'il a une évaluation positive de soi.

L'exemple de l'item N°4 qui correspond à l'estime de soi générale : « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés », sa réponse était positive « me ressemble », ce qui explique que le sujet présente une confiance en soi.

Chapitre IV Présentation et discussion des résultats

Ses résultats sur l'échelle de soi social, exemple à l'item : « La pluparts des gens sont mieux aimés que moi », mourad a confirmé par « me ressemble pas », ce qui confirme son évaluation positive de sois.

L'échelle d'estime de soi familiale, marque un niveau moyen par rapport à la moyenne 4,92. Exemple : item N°16, où mourad n'a pas confirmer d'avoir l'envie de quitter le foyer familial, cela est confirme les bonnes relations et le soutien au sein de sa famille.

A l'échelle de mensonge mourad présente une moyenne de 2 proches par rapport à la moyenne 2,38 ce qui explique que le sujet n'a aucune attitude défensive visà-vis le test.

Tableau N°7 : Présentation et discussion des résultats de l'échelle d'anxiété du cas (1) « Mourad » :

Anxiété	Totale	Niveau
	4	Pas d'anxiété

Le cas de « mourad » affiche un niveau très bas d'anxiété ce qui confirme que le sujet ne ressent pas de l'anxiété exemple à l'item (7) répond par « aucune sensation d'être incapable de rester en place ou une fatigabilité ».

Tableau N°8 : Présentation e tdiscussion des résultats de l'échelle de dépression (BDI 2) du cas (1) « Mourad » :

Dépression	Totale	Niveau
	6	Considérés comme normaux

Sur l'échelle de dépression le sujet obtient un chiffre inférieur (6) de la moyenne considérés comme normaux ce qi explique que le sujet n'éprouve pas de dépression ainsi d'après sa réponse à l'item (10) « je ne pleure pas plus que d'habitude ».

Synthèse de cas 1 :

Chapitre IV Présentation et discussion des résultats

D'après la convenance des réponses données à l'entretien et les résultats obtenus à chaque échelle on aperçoit que le diabète n'a aucune influence négative sur la santé psychique du sujet et ce qui confirme nos hypothèses.

Cas N° 2 :

1- Présentation et discussion de l'entretien clinique du cas N°2 : « Liza » :

Liza est une fille de (10) ans. Elle est la cadette d'une fratrie de trois enfants(1fille et 1 garçon).Ellevis au foyer des grands parents paternels, avec sa maman fonctionnaire, ses frères et sœurs, ainsi que ses grands parents. Elle a été un enfant désiré. Elle est aimée par tous les membres de sa famille vue qu'elle est calme. Atteint par le diabète depuis 1ans, ladécouverte du diabète a été suite à un doute sur son état de santé, les symptômes inhabituels, soif, asthénie, faiblesse, maux de tête et polyurie. Les résultats du bilan médical excluent le facteur héréditaire. Liza est une élève brillante, elle est en 5^{ème} année primaire elle obtient la moyenne (8 à 9/ 10) elle est la première de sa classe.

Pendant l'entretien le contacte avec Liza a été facile et riche malgré sa timidité elle était coopérante.

On approchant des questions qui concernent son attitude vis-à-vis sa maladie, La patiente nous répond sans hésitation, d'une manière rapide et avec une certitude : « C'est une maladie comme les autres, on peut vivre avec toute notre vie.... Car je sais avec mon traitement, mo régime, tout va se régler ». Ce qui explique que le sujet accepte sa maladie.

Quand on a interrogé le sujet de nous parler de sa relation avec sa famille est ses frères et sœurs d'après elle : « le diabète n'a provoqué aucun changement dans sa vie quotidienne. Elle a exprimé une bonne contente avec tous les membres de sa famille ainsi, qu'a l'école. Particulièrement un grand attachement avec la maman « où est ce que ma maman part, je pars avec elle, sauf au travail ». Vu qu'elle est la cadette de la famille d'après ses propos, elle est gâtée par tous les

Chapitre IV **Présentation et discussion des résultats**

membres. A l'école sa maman lui a interdit de parler de son diabète, donc a part les membres de sa famille et ses enseignants personne n'est au courant de son atteinte.

On arrivant aux questions qui traitent le futur avec le diabète, elle convaincu que sa vie sera vécu le plus normalement que possible « rien ne vas changer à part mon régime alimentaire, je vais vivre comme tout le monde. Je veux devenir médecin comme ma cousine Célia ». Donc le diabète n'a pas influencé son évaluation de soi. C'est dans une acceptation facile que Liza se situe.

Tableau N°9 : Présentation et discussion des résultats de l'inventaire d'estime de soi du Cas (2) « Liza » :

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
19	07	05	04	35	02	Moyen

Ce deuxième cas a un niveau d'estime moyen d'estime de soi, avec un total de 35, ce qui signifie qu'elle a une évaluation positive de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale est supérieur à la moyenne 18,64. Ce qui est apparu sur l'ensemble des items de cette échelle avec des réponses positives : l'exemple de l'item N°51 a répondu « me ressemble pas ».

Ses résultats sur l'échelle sociale et familiale, marquent aussi un niveau supérieur à la moyenne : 7>5,67 sur l'échelle sociale, est 5>4, 92, ce qui démontre l'adaptation et sonentourage avec une valeur élevée du moi, ce qu'a été aussi confirmé durant l'entretien. A l'échelle sociale, on prend l'exemple de l'item N°8, elle a coché « me ressemble ». Et sur l'échelle de famille, en peut citer l'exemple de l'item N°29.

Sue l'échelle d'estime de soi scolaire, elle présente un niveau très proche de la moyenne 4<4,12 ce qui explique sa satisfaction de sa réussite égale à ses aspiration. L'exemple de l'item N°2 qui le confirme.

Chapitre IV Présentation et discussion des résultats

Le cas ne présente aucune attitude défensive vis-à-vis du test avec un score de 2 < 2,38 à l'échelle de mensonge.

Tableau N°10 : Présentation et discussion des résultats de l'échelle d'anxiété du cas (2) « Liza » :

Anxiété	Total	Niveau
	5	Pas d'anxiété

Sur l'échelle d'anxiété le sujet présente un niveau identique de la moyenne 5 ce qui confirme que le sujet ne souffre d'aucune anxiété, l'exemple de l'item 01 répond par : « Je me sens pas triste » ainsi qu'à l'item (6) « je n'ai pas de perte d'intérêt à mes passe-temps ».

Tableau N°11 : Présentation et discussion des résultats de l'échelle de dépression du cas (2) « Liza » :

Dépression	Total	Niveau
	5	Considérés comme normaux

Sur l'échelle de dépression on constate que le sujet obtient un résultat inférieur à la moyenne (1-10) considérés comme en état normal. Ce qui signifie que le sujet ne souffre pas d'une dépression sévère et on prend l'exemple de l'item N° 12 répond par : « je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres » et l'item N°13 : « je prends mes décisions exactement comme autrefois ».

Synthèse de cas 2:

D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à chaque échelle, on constate que le diabète n'a aucune influence négative sur l'état de santé psychique du sujet et ce qui confirme nos hypothèses.

Cas N°3

1- Présentation et discussion de l'entretien clinique du cas N°3 :« Karim » :

Chapitre IV **Présentation et discussion des résultats**

Karim est un garçon âgé de (09) ans. Il est l'aîné d'une fratrie de (04)enfants(1garçon et 1fille). Il est issu d'une famille moyenne, où son père est retraité et sa maman femme au foyer. Il a été un enfant désiré mais née par une césarienne. Karim est en 3^{ème} année scolaire, mène une scolarité moyenne de (7à 8/10). Atteint par le diabète depuis 6mois, l'étiologie d'apparition du diabète est marquée par la présence du facteur héréditaire comme cause principale, car la maman est atteinte.

Durant l'entretien Karim s'est montré calme et gentille. Le contacte a été marqué par un climat de rassurance et de mutualité avec une participation affective.

Au début de l'entretien, on a remarqué que Karim participe à nos questions de notre guide d'entretien, sans hésitation en utilisant un langage simple et directe. Cela lorsqu'on a abordé une attitude vis-à-vis le diabète « C'est une maladie qui touche tout le monde les grands et les petits je ne suis pas le seul, donc je suis les conseils de mon médecin et je suis régulier avec mon régime je fais attention à mon alimentation, et je me suis déjà habitué au début c'était un peut difficile je me suis sentis un peu triste, mais avec le temps je suis redevenu dans mon état normal. » Ce qui signifie que le sujet accepte son atteinte.

D'après les réponses de Karim à nos questions sur ses relations familiales, on a remarqué qu'il vie dans une situation heureuse dans une famille chaleureuse aimé par tous les membres de sa famille, « Ma mère s'occupe bien de moi et mon père aussi il fait tout pour moi.... » Même à l'école « ma relation est bonne avec mes amis c'est vrai que malheureusement j'ai changé d'école vue qu'on a déménagé mais je me suis fait de nouveaux amis et je commence à les connaitre et m'entendre avec ».

En arrivant aux questions qui traitent le futur avec le diabète, Une vision optimiste est constatée chez Karim « je vais vivre avec dans toute la normalité

Chapitre IV **Présentation et discussion des résultats**

c'a m'empêche pas de réaliser mes rêves que j'envisage pou l'avenir ce n'est pas du tout un obstacle qui va mettre fin à mes souhaits. Je vais étudier et terminer mes études comme tout le monde ».

Tableau N°12 : Présentation et discussion des résultats de l'inventaire d'estime de soi du cas (3) « Karim » :

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
17	5	5	5	32	2	Moyen

Ce cas présente un niveau moyen d'estime de soi moyenne, à un total de 32ce qui signifie qu'il a une évaluation positive de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi général sont presque à la moyenne de 18,64, ce qui était apparu dans ses réponses positives par exemple à l'item N° 4 « je suis facile à aimer ».

Sur l'échelle d'estime de soi sociale, son score est de 5 supérieurs à la moyenne 4,92. Exemple à l'item N°5 « ma famille et moi nous avons beaucoup de plaisir à partager » a répondu par « me ressemble » ce qui explique son adaptation dans son entourage sociale.

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, il présente un score de 5 c'est-à-dire supérieurs à la moyenne 4,92. Exemple de l'item N°29 « je me comprend » a répondu par « me ressemble ».

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, le niveau est supérieur par rapport à la moyenne 4,12 exemple à l'item N°2 « je suis assez sûr de moi », ce qui confirme sa satisfaction de son rendement scolaire.

Sue l'échelle de mensonge, le sujet a présenté un niveau égal à la moyenne 2 ce qui signifie qu'il a le sujet a le désir de donner une bonne estime de soi.

Chapitre IV **Présentation et discussion des résultats**

Tableau N°13 :Présentation et discussion des résultats de l'échelle d'anxiété du cas (3) «karim» :

Anxiété	Total	Niveau
	8	Anxiété mineur

Sur l'échelle d'anxiété le sujet présente un score de 8 qui est considéré comme un état d'anxiété mineur exemple à l'item N° 1 le sujet n'éprouve aucune « inquiétude » ou « une attente de la pire appréhension ». Ce qui signifie que le diabète na pas influencé d'une manière négative sur le sujet.

Tableau N°14 :Présentation et discussion des résultats de l'échelle de dépression du cas (3) « Karim » :

Dépression	Total	Niveau
	6	Considérés comme normaux

A l'échelle de dépression le sujet présente un score de 6 ce qui signifie que le sujet ne souffre pas d'une dépression exemple dans l'item N°2 a répondu « je ne me sens pas particulièrement découragé en pensant à l'avenir ».

Synthèse de cas 3 :

D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à chaque échelle, on constate que le diabète n'a aucune influence négative sur l'état de santé psychique du sujet ce qui confirme nos hypothèses.

Cas N° 4

1- Présentation et discussion de l'entretien clinique du cas N°4 :« Yasmine » :

Yasmine est une fille de (12) ainée d'une fratrie de trois enfants (une fille et un garçon), issue d'une zone urbaine. Elle a été un enfant désiré, elle est en 1 année moyenne, mène des résultats satisfaisant de (12 à13/20). Elle est atteinte par le diabète depuis 2 ans, d'après les résultats du bilan médical l'étiologie d'apparition du diabète est marquée par l'absence du facteur héréditaire. Selon

Chapitre IV **Présentation et discussion des résultats**

ses dires, il est du au décès de sa grand-mère, avec qui était très proche et attachée.

Au cour de notre entretien le sujet s'est montré préservée avec une grande timidité, stable et calme. Avec un discours restreint. Le contacte a été possible marqué par un renforcement de notre part afin d'enrichir et atteindre l'objectif de notre entretien.

En abordant les questions qui concernent son attitude envers le diabète : « c'est une maladie dangereuse mais on peut vivre avec en la considérant comme un ami... les premiers temps de la maladie c'a na été facile j'ai eu un peur y'avait beaucoup de chose qui ont changé comme par exemple le régime et tout... Mais maintenant avec les médicaments et les conseils du médecin je surmonte et je me suis habitué avec ». ». Ce qui signifie que le sujet accepte sans atteinte sans trop de difficultés.

Le rapport du sujet avec son milieu familial est marqué par un climat stable. Elle a exprimé une contente avec tous les membres de sa famille tel qu'il est souligné : « ma mère s'en occupe bien de moi et mon père aussi, j'aime jouer avec mes frères comme toujours et rien n'a changé tout est comme avant ... ». En s'approchant des questions qui traite le futur avec le diabète le sujet répons par des phrases positive et aucune inquiétude ou tristesse en pensant à son avenir : « une maladie n'est jamais un obstacle qui empêche une personne à réaliser ses rêves et d'atteindre son objectif dans la vie pour bien réussir faut battre cette maladie et penser aux choses qui nous rendentheureux ».

Tableau N°15 : Présentation et discussion des résultats de l'inventaire d'estime de soi du cas (4) « Yasmine » :

Générale	Sociale	Familial	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
17	6	5	5	33	3	Moyen

Chapitre IV Présentation et discussion des résultats

Ce cas présente un niveau moyen d'estime de soi moyenne, à un total de 33 ce qui signifie qu'il a une évaluation positive de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi général proche à la moyenne 18,64 exemple à l'item N°10 « je peux me décider sans trop de problèmes » répond par « me ressemble », Ce qui peut confirmer que le sujet a une bonne confiance en soi.

Sur l'échelle d'estime de soi sociale le sujet obtient un score de 6 supérieurs à la moyenne 5,67 exemple à l'item N°5 « ma famille et moi nous avons beaucoup de plaisir ensemble » a répondu par « me ressemble » cela confirme que le sujet a une bonne intégration dans son entourage sociale.

A l'échelle d'estime de soi familiale le sujet présente un score de 5 supérieurs à la moyenne 4,92 ce qui confirme que le sujet exprime une adaptation très élevée au sein de sa famille. Exemple dans l'item N°20 « je ne suis jamais heureux » a répondu par « ne me ressemble pas ».

A l'échelle de l'estime de soi scolaire le sujet décroche un score de 5 supérieur à la moyenne 4,12 cela signifie que le sujet exprime une bonne satisfaction de lui. Exemple dans l'item N°2 « je suis assez sûr de moi » a répondu par « me ressemble ».

Sur l'échelle de mensonge le sujet présente un score de 3 supérieur à la moyenne 2 ce qui signifie que le sujet a une attitude défensive vis-à-vis le test.

Tableau N°16 : Présentation et discussion des résultats à l'échelle d'anxiété du cas (4) « Yasmine » :

Anxiété	Total	Niveau
	5	Pas d'anxiété

Sur l'échelle d'anxiété le sujet ne présente un score de 5 considéré comme normal et qui demande aucune prise en charge ou qui fait appel à une inquiétude

Chapitre IV **Présentation et discussion des résultats**

ce qui confirme que le diabète n'a aucune marque négative sur le sujet. Exemple à l'item N°3 le sujet n'a aucune impression d'être abandonné ou de mourir brutalement ».

Tableau N°17 : Présentation et discussion des résultats à l'échelle de dépression (BDI 2) du cas (4) « Yasmine »

Dépression	Total	Niveau
	5	Considérés comme normaux

D'après les résultats du sujet obtenus à l'échelle de dépression cela explique que le sujet ne souffre pas d'une dépression et que le diabète n'a pas influencé sur le sujet. Exemple à l'item N° 5 « je ne me sens pas particulièrement coupable » le sujet a confirmé cela dans sa réponse.

Synthèse de cas 4 :

D'après la récolte d'informations durant l'entretien et les résultats obtenus dans chaque échelle on remarque que le diabète n'a aucune influence négative sur l'état de santé psychique du sujet ce qui confirme nos hypothèses

Discussion des hypothèses :

Citant la base de nos hypothèse qui stipulent : « Les enfants diabétiques de type I peuvent surmonter la dépression et l'anxiété »,« Une bonne estime de soi et le soutien familiale sont des critères d'un enfant diabétique résilient ».D'après la caractérisation des entretiens et les quotients acquis à l'échelle d'estime de soi général, sociale, familiale et scolaire adaptés sur notre sujet atteint de cette maladie, donc nos hypothèses son confirmés.

Certains enfants diabétiques ont une moyenne de 31 et plus marquent une bonne estime de soi, appartenue à divers facteurs tel que l'acquiescement de la maladie, l'envisagement pour l'avenir, de bonne relations familiales et sociales. Ce sont des sujets qui ont l'appréciation de leur spécifique force d'âme, se croient capables et appréciable.

Pour MichaelRutter l'estime de soi est particulièrement attachée dans le fonctionnement des sujets résilients. Ce qui nous a amené à dire que l'estime de soi est une capacité interne de faire face. Tel que le souligne ainsi Michel Manciaux le soi qui est une caractéristique souvent citée comme un facteur protecteur de la résilience.

Ainsi pour une estime de soi générale et le sentiment de s'aimer facilement et la résolution de problèmes, comme la certitude d'une personne dans sa capacité de prendre soin de lui-même, comme sa capacité à mener les activités liées à la conduite du diabète, arrive à se convaincre qu'il est apte de prendre en charge sa situation ,effectuer les tâches avecsuccès , comme le contrôle de la glycémie, le dosage de l'insuline. Etre responsable dans sa vie ou extra familiale, dans ses études ou bien au travail. L'aptitude à faire face aux différentes situations.

Les pensées positives s'expriment à travers les expressions « je fais le meilleure travail possible », « je me comprend » ce qui affirme la nuance à avoir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir la certitude

à résilier la majorités des problèmes de son existence. Ainsi le niveau des scores est élevé pour ces deux critères, pour ces sujets résilients.

Les sujets résilients qui ont une bonne estime de soi, et ce qui a été constaté dans la réalisation des différents entretiens, s'expriment avec un bon état d'esprit, avec spontanéisme, facilité, tranquillité ... vue qu'ils acceptent leur maladie.

Conclusion générale

Conclusion

En grossièreté des différents entretiens, l'utilisation des différentes échelles et le questionnaire employé auprès des personnes diabétiques de type I à collaborer à cette recherche, et par une argumentation à la partie théorique où sont écrits les critères de processus de la résilience selon Michael Rutter, tout en les rapportant en cohésion avec nos hypothèses.

Ce qui est frappant et important chez les sujets diabétiques résilients la présence de ces critères : une estime de soi, le sentiment d'être sûr de soi, la capacité à surmonter les difficultés et savoir les gérer. Afin de révéler l'agissement de processus de la résilience.

La plupart des patients de notre groupe ont une bonne image d'eux même, le sentiment de leur propre valeur, le sentiment d'utilité et de leur existence.

Ces témoignages, caractères positifs est le fondement assuré pour le processus de la résilience s'interfèrent esthétiquement entre eux pour administrer cette image d'un diabétique, qui malgré l'impact de cette maladie chronique réussit à mener une vie rationnelle et favorable en élocution des circonstances défavorables.

Notre hypothèse qui est : « Une bonne estime de soi et le soutien familiale sont des critères d'un enfants diabétiques résilients ».

Pour conclure, il faut connaitre que nous avons traité dans ce modeste travail un thème d'actualité très vaste et très sensible, en essayant de mettre l'accent sur le diabète, son influence sur l'état psychique d'un enfant et d'affiner le processus de résiliencechez l'enfant diabétiques de type I, et de mettre en valeur les critères de ce processus.

Conclusion générale

Elle peut être considérée comme une contribution intéressante et utile pour ouvrir d'autres pistes de recherches comme l'image du corps chez un enfant diabétique.

Listes bibliographique :

Ouvrage :

1. Anaut. M, (2003), **La résilience, surmonter les traumatismes** ,1^{ère} édition
Nathan, Paris.
2. Anaut. M (2005), **La résilience, surmonter les traumatismes**, 2^{ème} édition
Armand, Paris.
3. Baudier. A, Celeste.B, (2004), **Le développement affectif et social du
jeuneenfant**, Nathan/ S.E.J.R, Paris.
4. Bensenouci. A, Mazouzi. M, (2004), **Elément de pédiatrie**,Alger, Officedes
publications universitaires.
5. Boteyre.E, (2004), **Résilience et réussite scolaire chez l'enfant de migrant**,
Dunod,paris.
6. .Bouvard.M, Cottraux.J,(1996,1998,2002), **Protocole et échelle
d'évaluationen psychiatrie et en psychologie** , 3^{ème} édition, Masson, Paris .
7. Bessoles.P, (2001), **Processus originaires et facteurs de résilience**,
Synapse.
8. Coopersmith.S, (1994), **Inventaire d'estime de soi**, Copiright,Paris.
9. Coopersmith.S, (1984), **Inventaire d'estime de soi**, Les éditions du centre de
psychologi appliquée, Paris.
- 10.Chahraoui.Kh,Benony,H,(2003) ,**Méthoded'évaluation et en recherche en
psychologie clinique**, Dunod, Paris.
11. Chahraoui. Kh,Bénony.H, (1999), **L'entretien clinquie**,Dunod,Paris
- 12.Chicouri.M,(1983) ,**Diabète** , M.A, Paris
- 13.Delage,M,Cyrulnik,B, (2010) , **Famille et résilience** , Odile Jacob,Paris.
- 14.Ernould.C.A,(2001) ,**Guide du jeune diabétique** , Bruxelles.
15. Ferari.P,Epelbaum.J, (1993), **Psychiatriede l'enfant et de l'adolescent** ,
Paris.
- 16.Gérard.S, (2006), **Diabétologieclinique**,Copyright, Paris.

17. Grimaldi.A , Harthman.H, (2009) , **Guide pratique du diabète** , Paris.
18. Giovani.D, (1988), **Psychologie et santé**, Bruxelles, Pierre Margada.
19. Khiati.M, (1993), **Le diabète sucré chez l'enfant diabétique**, Office des publications universitaires, Ben Aknoun, Alger.
20. Khemessi.S, (2010), **La résilience, éducation thérapeutique**, CESEL, Paris.
21. Lubertzki.J, (2005), **Endocrinologie et maladies métaboliques**, Edition Flammarion, Paris.
22. Lecomte.J, (2004), **Favoriser la résilience des personnes handicapées mentales**, Dunod, Paris.
23. Lecomte.J, (2010) , **La résilience se reconstruire après un traumatisme** , Edition Rue D'ulm, Paris.
24. Manciaux .M, (2004) **Les personnes handicapées mentales**, Edition Fleurus, Paris.
25. Mehrani.F, (2006) **Traitement de trouble de la personnalité borderline, thérapie cognitive, émotionnelle**, Elsevier, Masson, Paris.

Dictionnaires :

26. Dorron.F, Parot.F, (2007), **Dictionnaire de psychologie**, Quadriage/PVF, Paris.
27. Manuella.I, (2004) **Dictionnaire médical** , Edition Masson, Paris.
28. Syllamy.N, (1999), **Dictionnaire de psychologie**, Edition Larousse, Paris.
29. Quevauvillers.J, (1997), **Dictionnaire médical**, 3^{ème} Edition Larousse, Paris.

Articles de revues :

30. De Tychev. C, (2001), **Surmonter l'adversité, les fondements dynamiques de la résilience**, Cahier de psychologie clinique N° 18-49- 68.
31. Lighezzolo. J, De Tychev.C, (2004), **La résilience chez l'enfant maltraité**, Edition inpress, France.

La liste bibliographique

32.Rutter. M, (2002), **Larésilience en face l’adversité, facteur de protection etrésistance aux désordres psychiques, étude la mort**, N° 122-123-146.

Thèses :

33.Amandine.T, (2006), **Approche psychodynamique de la résilience**, Université de Nancy.

34.Salemi.O, (2008) ; **Comportement et pratique alimentaire des diabétiques**, SFER,Paris.

Sites internet:

35.<http://agora.qc.ca/Dossier/Résilience>. Consulté le 25-03-2018.

Annexe N°1 :

Guide d'entretien : semi-directif

Nom et Prénom :

Age :

Niveau scolaire :

Le rang dans la fratrie :

I. Renseignements personnels :

1. Quel âge avez-vous ?
2. En quelle année êtes-vous ?
3. Êtes-vous atteint d'autres maladies à part le diabète ?

II. Quelques questions sur l'histoire de la maladie ?

1. Depuis quand êtes vous malade ?
2. Qui vous a annoncé votre maladie ?
3. Ya t-il quelqu'un de votre famille atteint du diabète ?
4. Est-ce que vous suivez un régime alimentaire ?

III. Le vécu psychologique de l'enfant face à la maladie :

1. Qu'elle a été votre réaction lors de l'annonce de votre maladie ?
2. Est-ce que vos parents insistent pour que vous suiviez les conseils de votre médecin ?
3. Vous sentez que vous avez moins d'appétit que d'habitude ?
4. Avez-vous des difficultés d'endormissement ? comment ?
5. Vous vous sentez triste ou démoralisé ? si c'est oui, décrivez-moi votre tristesse ?
6. Avez-vous un manque d'intérêt pour vos activités quotidiennes comme par exemple le sport les jeux par exemple après cette maladie ?
7. Avez-vous des difficultés de concentration à l'école ?
8. Est-ce que vous avez le sentiment d'insatisfaction ?
9. Comment est votre relation avec vos parents et frère et sœur à la maison ?
10. Avez- vous des amis ? avec qui vous entendez ?
11. Est-ce que vous pensez que votre maladie est un obstacle dans la vie ?

IV. Le regard sur l'avenir :

1. Que souhaitez vous devenir dans la venir ?

Annexes 2 :

Echelle d'anxiété d'Hamilton :

1. **humeur anxieuse** : Inquiétude- attente de la pire appréhension (anticipation avec peur)- irritabilité-consommation de tranquillisants.
2. **tension**: Impossibilité de se détendre- création de sursauts- pleurs faciles- tremblements- sensation d'être incapable de rester en place-fatigabilité.
3. **peurs** : De mourir brutalement-d'être abandonné (e) -du noir des gens – des animaux- de la foule-des grands espaces- des ascenseurs- des avions- des transports.
4. **Insomnie** : Difficultés d'endormissement-sommeil interrompu-sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil- rêves pénibles-cauchemars-angoisse ou malaise nocturne.
5. **Fonction intellectuelles(cognitive)** : Difficultés de concentration-mauvaise mémoire- cherche ses mots-fait des erreurs.
6. **Humeur dépressive** : Perte d'intérêt- ne prend plus plaisir à ses passes –temps- tristesse- insomnie du matin.
7. **Symptômes somatiques généraux (musculaire)** : Douleurs et courbatures-raideurs musculaires- sursauts musculaires-grincement des dents- contraction de la mâchoire- voix mal assuré.
8. **Symptômes somatiques généraux (sensoriels)** : Sifflement des oreilles- vision brouillé- bouffée de chaleur ou de froid- sensation de faiblesse- sensation de fourmis de picotement.
9. **Symptôme cardiovasculaires** : Tachycardie- palpitations- douleurs dans la poitrine- battements dans les vaisseaux-sensation syncopales extra systoles.
10. **Symptômes respiratoires** : Oppression-sensation de blocage-d'étouffement-soupirs- respirations rapide au repos.
11. **Symptômes gastro-intestinaux** : Difficultés pour avaler-douleurs avant ou après les repas- sensation de brûlure- ballonnement-reflux- nausées-vomissements- creux à l'estomac- coliques abdominales-borborygmes-diarrhée-constipations.
12. **Symptômes génito-urinaires** : Règles douloureuses ou anormales- troubles sexuels(Impuissance-frigidité)-miction fréquentes-urgents ou douloureuses.

ANNEXES

13. **Symptômes du système nerveux autonomes** : Bouche sèche- accès de rougeur- pâleur- sueur- vertiges-maux de têtes.
14. **Comportement lors de l'entretien** : Général : mal aise-agitation nerveuse-tremblement des mains- fort plissé-faciès tendu- augmentation du tonus de tête.

Annexe 3 :

Echelle de dépression Beck (BDI 2) :

1. **Sentiment de tristesse :** 0- je ne me sens pas triste, 1- je me sens triste, 2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir, 3- Je suis si triste et si découragé (e) que je ne peux plus supporter.
2. **Pessimisme :** 0- Je me sens pas particulièrement découragé (e) en pensant à l'avenir, 1- Je me sens découragé (e) en pensant à l'avenir, 2- Il me semble que je n'ai rien à attendre de l'avenir
3. **Sentiment d'échec :** 0- Je n'ai pas l'impression d'être un (e) raté (e), 1- Je crois avoir connu plus d'échec que le reste des gens, 2- Lorsque je pense à ma vie passé, je vois que des échecs, 3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.
4. **Perte de plaisir :** 0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois, 1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois, 2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie, 3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.
5. **Sentiment de culpabilité :** 0- Je ne me sens pas particulièrement coupable, 1- Je me sens coupable une grande partie de temps, 2- Je me sens coupable la plupart du temps, 3- Je me sens constamment coupable.
6. **Perte de punition :** 0- Je n'ai pas l'impression d'être punis, 1- J'ai l'impression d'être parfois punis, 2- Je m'attends à être punis, 3- Je sens parfaitement que je suis punis.
7. **Baisse d'estime de soi :** 0- Je me sens pas déçu(e) de moi-même, 1- Je suis déçus (e) de moi-même, 2- Je suis dégoûté (e) de moi-même, 3- Je me hais.
8. **Autocritique :** 0- Je ne crois pas être pire que les autres, 1- Je critique mes propres faiblesses et défauts, 2- Je me blâme constamment de mes défauts, 3- Je suis à blâmer de tous ce qui de déplaisant.
9. **Pensées suicidaire :** 0- Je ne pense jamais à me tuer, 1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le fais probablement jamais, 2- J'aimerais me tuer, 3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.
10. **Pleurs :** 0- Je ne pleur pas plus que d'habitude, 1- Je pleure plus qu'autrefois, 2- Je pleure constamment, 3- j'ai le goût de pleure mais je ne peux pas.
11. **Agitation :** 0- Je ne suis pas plus agité (e) ou activé que d'habitude, 1- Je suis plus agité (e) ou activé (e) que d'habitude, 2- Je suis si agité (e) qu'il est difficile de rester

- tranquille, 3- Je suis si agité (e) que je ne dois pas arrêter de bouger ou de faire quelque chose.
12. **Perte d'intérêt** : 0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres, 1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois, 2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres, 3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.
13. **Indécision**: 0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois, 1- Je remets les décisions au lendemain, 2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours, 3- Je suis incapable de prendre des décisions.
14. **Autodépréciation** : 0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré, 1- Je crains d'avoir l'air âgé (e) ou moins attrayant, 2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peut-être attrayant (e), 3- Je crois que je suis laid (e).
15. **Perte d'énergie** : 0- Je travaille aussi bien qu'autrefois, 1- j'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail, 2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement faire quoi que ce soit, 3- Je suis absolument incapable de travailler.
16. **Sommeil** : 0- Je dors aussi bien que d'habitude, 1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude, 2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir, 3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et je ne parviens pas à me rendormir.
17. **Irritabilité** : 0- je ne me sens pas irritable que d'habitude, 1- Je suis plus irritable que d'habitude, 2- Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude, 3- Je suis toujours irritable.
18. **Appétit** : 0- Mon appétit n'a pas changé, 1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude, 2- Mon appétit a beaucoup diminué, 3- Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. **Difficulté de concentration** : 0- Je peux me concentrer aussi bien qu'auparavant, 1- Je ne peux me concentrer aussi bien qu'auparavant, 2- Je ne peux me concentrer sur quoi que ce soit très longtemps, 3- Je trouve que je ne peux me concentrer sur quoi que ce soit.
20. **Asthénie** : 0- Je me sens pas plus fatigué (e) que d'habitude, 1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois, 2- Un rien me fatigue, 3- Je suis trop fatigué (e) pour faire quoi que ce soit.
21. **Perte de libido** : Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido, 1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois, 2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels, 3- J'ai perdu mon intérêt aux rapports sexuels.

Annexe : 04

Inventaire d'estime de soi Coopersmith :

1. Jépasse beaucoup de temps à rêver.
2. Je suis assez sûr de moi.
3. Je souhaite souvent être quelqu'un d'autre.
4. Je suis facile à aimer.
5. Ma famille et moi nous avons beaucoup de plaisir ensemble.
6. Je ne m'inquiète jamais de rien.
7. Je trouve très difficile de parler devant un groupe.
8. J'aimerais être plus jeune.
9. Il ya beaucoup de choses pour moi que je changerais si je pouvais.
10. Je peux me décider sans trop de problèmes
11. Je suis très amusant d'être avec mes amis.
12. Je me fâche facilement à la maison.
13. Je fais toujours ce qu'il faut.
14. Je suis fier de mon travail.
15. Quelqu'un doit toujours me dire quoi faire.
16. Il me faut beaucoup de temps pour m'habituer à quelque chose de nouveau.
17. Je suis souvent désolé pour les choses que je fais.
18. Je suis populaire auprès des gens de mon âge.
19. Ma famille considère habituellement mes sentiments.
20. Je ne suis jamais heureux.
21. Je fais le meilleur travail possible.
22. Je cède très facilement.
23. Je peux habituellement de prendre soin de moi-même.
24. Je suis plutôt content.
25. Je préférerais m'associer avec les gens.
26. Ma famille attend trop de moi.
27. J'aime tous ceux que je connais.
28. J'aime être appelé lorsque je suis dans un groupe
29. Je me comprends
30. C'est difficile d'être moi

ANNEXES

31. Les choses sont toutes mélangées dans ma vie.
32. Les gens suivent mes idées.
33. Personne ne prête beaucoup d'attention à moi à la maison
34. Je ne me fais jamais gronder.
35. Je ne vais pas aussi au travail aussi bien que je le voudrai.
36. e peux me décider et m'y mettre.
37. Je n'aime vraiment pas être un homme / femme.
38. J'ai une faible opinion de moi-même.
39. Je n'aime pas être avec une autre personne.
40. Il ya plusieurs fois ou j'aimerais quitter la maison.
41. Je ne suis jamais timide.
42. Je me sens souvent contrarié.
43. J'ai souvent honte de moi-même.
44. Je ne sais pas aussi beaucoup mieux que la plupart des gens.
45. Si j'ai quelque chose à dire je me dis habituellement.
46. Les gens me prennent très souvent au sérieux.
47. Ma famille me comprend.
48. Je dis toujours la vérité.
49. Mon employeur ou mon superviseur me fait sentir que je ne suis pas assez bon.
50. Je sais ce qui m'arrive.
51. Je suis un échec
52. Je me fâche facilement lorsque je suis grondé
53. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.
54. Habituellement, j'ai l'impression que ma famille me pousse.
55. Je sais toujours quoi dire aux gens.
56. Je me décourage souvent.
57. Les choses ne me dérangent généralement pas.
58. Je ne peux pas compter sur quelq'un.

ANNEXES

Annexe N°5 :

Tableau N° 18 : Des réponses à l'inventaire d'estime de soi de
Coopersmith :

Les résultats du cas (1) « Mourad » :

Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
1	×		1
2	×		1
3	×		1
4	×		1
5	×		1
6	×		1
7	×		1
8	×		1
9		×	0
10	×		1
11	×		1
12	×		1
13	×		1
14	×		1
15		×	0
16	×		1
17	×		1
18	×		1
19	×		1
20		×	0
21	×		1
22		×	0
23	×		1
24	×		1
25	×		1
26	×		1
27	×		1
28		×	0
29	×		1
30		×	0
31		×	0
32	×	×	1
33		×	0

ANNEXES

34	×		1
35	×		1
36		×	0
37		×	0
38	×		1
39		×	0
40		×	0
41		×	0
42		×	0
43	×		0
44	×		1
45		×	0
46	×		1
47	×		1
48	×		1
49		×	0
50		×	0
51		×	0
52	×		1
53		×	0
54		×	0
55		×	0
56		×	0
57		×	1
58		×	0
Total			Niveau
32			Moyen

ANNEXES

Annexe N°6 :

Tableau N°19 : des réponses à l'échelle d'anxiété d'Hamilton :

Les résultats du cas (1) : »Mourad »

Items	Réponses				
	0	1	2	3	4
1	x				
2	x				
3	x				
4		x			
5		x			
6	x				
7		x			
8	x				
9	x				
10	x				
11		x			
12	x				
13	x				
14	x				
Total	Niveau				
4	Pas d'anxiété				

Annexe N°7

**Tableau N°20 : des réponses à l'échelle de dépression Beck (BDI 2) :
Les résultats du cas (1) : « Mourad » :**

Items	Réponses			
	0	1	2	3
1		x		
2	x			
3		x		
4	x			
5	x			
6	x			
7	x			
8	x			
9	x			
10	x			
11	x			
12	x			
13		x		
14	x			
15		x		
16		x		
17	x			
18	x			
19	x			
20		x		
21	x			
Total	Niveau			
6	Haut et bas considérés comme normaux			

ANNEXES

Annexe N°8 :

Tableau N°21 : des réponses à l'inventaire d'estime de soi de Coopersmith :
Les résultats du cas (2) : « Liza » :

Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
1	x		1
2	x		1
3	x		1
4	x		1
5	x		1
6	x		1
7	x		1
8	x		1
9		x	0
10	x		1
11	x		1
12	x		1
13	x		1
14	x		1
15		x	0
16		x	0
17	x		1
18	x		1
19	x		1
20		x	0
21	x		1
22	x		1
23	x		1
24	x		1
25	x		1
26	x		1
27	x		1
28	x		1
29	x		1
30		x	0
31		x	0
32	x		1
33		x	0
34	x		1
35	x		1
36		x	0
37		x	0
38		x	0
39	x		1
40		x	0
41		x	0
42		x	1
43		x	0

ANNEXES

44	x		1
45		x	0
46		x	0
47	x		1
48	x		1
49	x		1
50		x	0
51		x	0
52	x		1
53		x	0
54		x	0
55	x		1
56		x	0
57	x		1
58		x	0
Total		Niveau	
35		Moyen	

ANNEXES

Annexe N°9 :

Tableau N° 22 : des réponses à l'échelle d'anxiété d'Hamilton :

Les résultats du cas (2) : « Liza »

Items	Réponses				
	0	1	2	3	4
1	×				
2	×				
3		×			
4	×				
5	×				
6	×				
7		×			
8		×			
9	×				
10	×				
11		×			
12	×				
13		×			
14	×				
Total	Niveau				
5	Pas d'anxiété				

Annexe N°10 :

Tableau N°23 :des réponses à l'échelle de dépression (BDI 2) :

Les résultats du cas(2) : « Liza »

Items	Réponses			
	0	1	2	3
1	×			
2	×			
3		×		
4		×		
5	×			
6			×	
7	×			
8	×			
9	×			
10	×			
11	×			
12	×			
13	×			
14	×			
15	×			
16	×			
17	×			
18	×			
19	×			
20		×		
21	×			
Total	Niveau			
5	Haut et bas considérés comme normaux			

ANNEXES

Annexe N°11 :

Tableau N°24 :des réponses à l'inventaire d'estime de soi Coopersmith :

Les résultats du cas (3) : « Karim » :

Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas	Cotation
1	×		1
2	×		1
3	×		1
4	×		1
5	×		1
6	×		1
7		×	0
8	×		1
9		×	0
10	×		1
11	×		1
12	×		1
13	×		1
14	×		1
15		×	0
16	×		1
17	×		1
18	×		1
19	×		1
20		×	0
21	×		1
22		×	0
23	×		1
24	×		1
25	×		1
26	×		1
27	×		1
28	×		1
29	×		1
30		×	0
31		×	0
32		×	0
33		×	0
34	×		1
35	×		1
36		×	0
37		×	0
38		×	0
39		×	0
40		×	0

ANNEXES

41		×	0
42	×		1
43		×	0
44	×		1
45	×		1
46	×		1
47	×		1
48	×		1
49		×	0
50	×		0
51		×	0
52		×	0
53		×	0
54		×	0
55		×	0
56	×		1
57	×		1
58		×	0
Total		Niveau	
32		Moyen	

ANNEXES

Annexe N°12 :

Tableau N° 25 : des réponses à l'échelle d'anxiété d'Hamilton.

Les résultats du cas (3) : « Karim » :

Items	Réponses				
	0	1	2	3	4
1	x				
2		x			
3	x				
4		x			
5			x		
6	x				
7		x			
8		x			
9	x				
10		x			
11		x			
12	x				
13	x				
14	x				
Total	niveau				
8	Anxiété mineur				

Annexe N°13 :

Tableau N° 26 : des réponses à l'échelle de dépression Beck (BDI2) :

Les résultats du cas (3) « Karim »

Items	Réponses			
	0	1	2	3
1		×		
2	×			
3	×			
4		×		
5	×			
6	×			
7	×			
8	×			
9	×			
10		×		
11	×			
12	×			
13		×		
14	×			
15		×		
16	×			
17		×		
18	×			
19	×			
20	×			
21	×			
Total	Niveau			
6	Considérés comme normaux			

Annexe N°14 :

Tableau N°27 : des réponses à l'inventaire d'estime de soi Coopersmith :

Les résultats du cas (4) « Yasmine » :

Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas	cotation
1	×		1
2	×		1
3		×	0
4	×		1
5	×		1
6	×		1
7	×		1
8	×		1
9	×		1
10	×		1
11	×		1
12		×	0
13	×		1
14	×		1
15		×	0
16	×		1
17	×		1
18	×		1
19	×		1
20		×	0
21	×		1
22		×	0
23	×		1
24	×		1
25		×	0
26	×		1
27	×		1
28	×		1
29	×		1
30		×	0
31		×	0
32	×		1
33		×	0
34	×		1
35	×		1
36		×	0
37		×	0
38		×	0
39	×		1
40		×	0
41		×	0

ANNEXES

42	×		1
43	×		1
44		×	0
45		×	0
46	×		1
47	×		1
48	×		1
49		×	0
50	×		1
51		×	0
52	×		1
53		×	0
54		×	0
55	×		1
56		×	0
57	×		1
58		×	0
Total		Niveau	
33		Moyen	

ANNEXES

Annexe N°15 :

Tableau N° 28 : des réponses à l'échelle d'anxiété d'Hamilton :

Les résultats du cas (4) : « Yasmine » :

Items	Réponses				
	0	1	2	3	4
1		×			
2		×			
3	×				
4	×				
5		×			
6	×				
7		×			
8		×			
9	×				
10	×				
11	×				
12	×				
13	×				
14	×				
Total	Niveau				
5	Pas d'anxiété				

Annexe N°16 :**Tableau N°29 :des réponses à l'échelle de dépression Beck (BDI 2) :****Les résultats du cas (4) : « Yasmine » :**

Items	Réponses			
	0	1	2	3
1		×		
2	×			
3	×			
4	×			
5	×			
6	×			
7	×			
8	×			
9	×			
10		×		
11	×			
12	×			
13		×		
14	×			
15		×		
16	×			
17		×		
18	×			
19	×			
20	×			
21	×			
Total	Niveau			
5	Considérés comme normaux			