



Université Abderrahmane Mira de
Bejaïa Faculté des Sciences Humaines
et Sociales
Département de Psychologie de
d'Orthophonie

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en
Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

Étude de la résilience et la qualité de vie chez les adolescentes asthmatiques

(Etude de neuf cas au sein du CEM Malek Kaddoum d'Akbou)

Présenté par

IKHERBOUCHEN Fatiha

ROUCHICHE Lydia

Encadré par

Mme BENAMSILI Lamia

Année universitaire : 2022/2023

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos remerciements à notre encadreur de recherche Mme BENAMSILI Lamia, qui nous a beaucoup aidé par ses qualités d'encadrement, sa compréhension, sa patience, ses conseils et pour son soutien affectif dont elle nous a fait bénéficier tout au long de la période d'encadrement de ce travail.

Nous remercions également les membres de jury qui ont accepté d'examiner ce travail.

Nous remercions vivement la psychologue Mme SAADI Ghania qui nous à guider durant notre stage et tout le personnel du service Femme et Urgences de l'hôpital d'Akbou « AKLOUL Ali ». Ainsi, nous remercions l'ensemble de personnel de CEM Malek Kaddoum pour l'accueil.

Nous adressons nos profonds remerciements à tous les sujets qui ont participé avec nous pour but de réaliser ce travail ainsi leurs parents pour leur consentement positif.

Nous tenons à remercier aussi toutes les personnes qui nous ont aidées de près ou de loin afin de réaliser ce travail dans les bonnes conditions.

Enfin, un grand merci à nos familles pour leur soutien affectif et matériel pour tout ce qu'ils ont donné au cours de la réalisation de notre travail.

Dédicaces

*À mes très chers parents qui se sont sacrifiés pour mon éducation et mon bien-être.
Merci pour l'amour, la confiance que vous m'avez donnée, merci d'avoir toujours cru en moi,
de m'avoir soutenue dans tous mes choix et d'avoir été à mes côtés.*

*À mes deux chers frères, et mes cinq chères sœurs, ainsi mes deux beaux-frères, sans oublier
mes trois nièces (Ilyana, Céline et la petite Eline), merci pour l'amour et tout le soutien que
vous m'apportez.*

*À ma chère grand-mère (coté maternelle) et cher oncle (coté paternelle) paix à leurs âmes,
qui m'ont beaucoup aimé et cru en moi, je voulais vous dire « I did it ».*

À tonton Allaoua merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.

À la grande famille Ikherbouchen et Oufella.

À toute personne chère à mes yeux (amis, copines, proches).

À mon binôme et sa famille.

IKHERBOUCHEN Fatiha

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à mes très chers parents pour leur dévouement, leur amour, leurs sacrifices et leur encouragement.

À mon frère Koussaila et ma sœur Lamia, pour leur grand amour et leur soutien.

À tous mes cher(e)s ami(e)s pour leurs encouragements et aides.

À toute ma grande famille. À tous ceux qui me sont chers.

À mon binôme et sa famille

ROUCHICHE Lydia

Table des matières

Remerciements

DEDICACES

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ANNEXES

INTRODUCTION 1

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : L'ASTHME CHEZ L'ADOLESCENT

PREAMBULE..... 7

SECTION I : GENERALITES SUR L'ADOLESCENT 7

1.Histoire de l'adolescence..... 7

2.Définition de l'adolescence 9

3.Les phases et les limites de l'adolescence 10

4.Les aspects du développement chez l'adolescent..... 12

5.Adolescent en Algérie 18

6.Adolescence à l'épreuve de la maladie chronique (épreuve de l'asthme)..... 21

SECTION II : L'ASTHME : ASPECT MEDICAL 22

1.Historique de l'asthme..... 22

2.Définition de l'asthme 25

3.Epidémiologie de l'asthme 26

4.Symptomatologie de l'asthme 28

5.Le diagnostic de l'asthme 28

6.Le diagnostic différentiel..... 29

7.Les types d'asthme 30

8.Etiologie de l'asthme 33

9.Traitement de l'asthme 35

10.Le contrôle de l'asthme et outil d'évaluation du contrôle : 36

SECTION III : L'ASTHME : ASPECT PSYCHOLOGIQUE..... 38

1.Rôle des facteurs psychogènes dans l'asthme 38

2.Conséquences psychologiques de l'asthme 39

SYNTHESE.....	46
----------------------	-----------

CHAPITRE II: LA RESILIENCE A L'EPREUVE DE LA MALADIE CHEZ L'ADOLESCENT

PREAMBULE.....	48
-----------------------	-----------

SECTION I : GENERALITES SUR LA RESILIENCE.....	48
---	-----------

1.Histoire de la résilience	48
-----------------------------------	----

2.Définitions de la résilience	52
--------------------------------------	----

3.Facteurs de la résilience.....	54
----------------------------------	----

4.Les approches théoriques de la résilience.....	57
--	----

5.Les outils de mesure de la résilience	62
---	----

6.Les limites de la résilience	64
--------------------------------------	----

SECTION II : LA RESILIENCE CHEZ L'ADOLESCENT.....	65
--	-----------

SECTION III: LA RESILIENCE CHEZ L'ADOLESCENT MALADE: REVUE DE LA LITTERATURE ET ETUDES ANTERIEURES.....	65
--	-----------

SYNTHESE.....	72
----------------------	-----------

CHAPITRE III : LA QUALITE DE VIE A L'ERE DE LA MALADIE CHEZ L'ADOLESCENT

PREAMBULE.....	74
-----------------------	-----------

SECTION I : GENERALITES SUR LA QUALITE DE VIE	74
--	-----------

1.Historique de la qualité de vie	74
---	----

2.Définition de la qualité de vie	75
---	----

3.Les conceptions de la qualité de vie	76
--	----

4.Les approches de la qualité de vie	78
--	----

5.Les domaines de la qualité de vie.....	79
--	----

6.La qualité de vie liée à la santé.....	81
--	----

7.Les mesures de la qualité de vie	81
--	----

SECTION II : LA QUALITE DE VIE CHEZ L'ADOLESCENT	82
---	-----------

1. La qualité de vie chez l'adolescent.....	82
---	----

2.Echelles de qualité de vie liée à la santé des enfants et adolescents	83
---	----

SECTION III : LA QUALITE DE VIE CHEZ L'ADOLESCENT MALADE.....	84
--	-----------

1.Maladie et qualité de vie.....	84
----------------------------------	----

2.La qualité de vie et l'asthme.....	85
--------------------------------------	----

3.Impact de l'asthme sur la qualité de vie liée à la santé	85
SYNTHESE.....	90
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	91
PARTIE PRATIQUE	
CHAPITRE IV: LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	
PREAMBULE.....	104
1.Les limites de la recherche	104
2.Méthode utilisée dans la recherche.....	104
3.Présentation du lieu de recherche	108
4.Groupe de recherche.....	109
5.Outils de recherche	111
6.Déroulement de la recherche	124
7.Attitude de chercheur.....	134
SYNTHESE.....	135
CHAPITRE V : PRESENTATION, ANALYSE DES DONNEES ET DISCUSSION DES HYPOTHESES	
PREAMBULE.....	139
I.PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	139
Cas n°1 : Dania.....	140
Cas n°2 : Nina.....	148
Cas N°3 : Sérine	158
Cas N°4 : Faroudja	167
Cas N°5 : Lynda	175
Cas N°6 : Amel.....	184
Cas N° 7 : Dyhia.....	192
Cas N° 8 : Sarah	201
Cas N° 9 : Fatima	209
II.DISCUSSION DES HYPOTHESES	216
SYNTHESE.....	228
CONCLUSION.....	232
LISTE DES REFERENCES.....	236
Annexes	
Resumé	

Liste des abréviations

AAG : Asthme Aigu Grave.

ACT : Asthma Control Test.

ACQ : Asthma Control Questionnaire.

ATS: American Thoracic Society.

CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scale.

CEM : Collège d'Enseignement Moyen.

CIM : Classification Internationale des Maladies.

CYRM: Child and Health Youth Resilience Measure.

DEP : Débit Expiratoire de Pointe.

EPH: Etablissement Public Hospitalier

ERS: European Respiratory Society.

GINA: Global Initiative for Asthma

IgE : Immunoglobuline E.

MNT : Maladie Non Transmissible.

MOS : Medical Outcomes Study.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PU : Pavillon des Urgences.

QdV : Qualité de Vie.

RS : Resilience Scale (Échelle de resilience).

RSA: Resilience Scale for Adults.

SF: Medical Outcomes Study Short Form.

WHOQOL: World Health Organization Quality Of Life.

Liste des tableaux

Tableau 1: Critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence (tiré par Cloutier, 1996).....	12
Tableau 2: Classification GINA de la sévérité de l'asthme	31
Tableau 3: Critère de contrôle de l'asthme selon GINA 2006	36
Tableau 4: Caractéristiques du groupe de recherche.....	110
Tableau 5: Les Items des trois dimensions de l'échelle de CYRM-28 :	119
Tableau 6: Caractéristiques du groupe de la pré-enquête.....	127
Tableau 7: Résultats de l'échelle CYRM-28 du cas de la pré-enquête	128
Tableau 8: Résultats d'Asma obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28	129
Tableau 9: Résultats du questionnaire obtenus par (Asma)	131
Tableau 10: Résultats du questionnaire de CYRM-28	142
Tableau 11: Résultats de Dania obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28.....	143
Tableau 12: Résultats du questionnaire obtenus par (DANIA).....	146
Tableau 13: Résultats du questionnaire de CYRM-28	151
Tableau 14: Résultats de Nina obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28.....	152
Tableau 15: Résultats du questionnaire obtenus par (NINA).....	154
Tableau 16: Résultats du questionnaire de CYRM-28	160
Tableau 17: Résultats de Nina obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28.....	161
Tableau 18: Résultats du questionnaire obtenus par (SERINE).....	164
Tableau 19: Résultats du questionnaire de CYRM-28	169
Tableau 20: Résultats de Faroudja obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28	170
Tableau 21: Résultats du questionnaire obtenus par (FAROUDJA).....	172
Tableau 22: résultats du questionnaire de CYRM-28	177
Tableau 23: Résultats de Lunda obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28	178
Tableau 24: Résultats du questionnaire obtenus par (LYNDA).....	181
Tableau 25: Résultats du questionnaire de CYRM-28	186
Tableau 26: Résultats d'Amel obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28 de cas d'Amel...	186
Tableau 27: Résultats du questionnaire obtenus par (AMEL)	189
Tableau 28: Résultats du questionnaire de CYRM-28	194
Tableau 29: Les résultats de la sous-échelle de CYRM-28 de cas de Dyhia	195
Tableau 30: Résultats du questionnaire obtenus par (DYHIA).....	197
Tableau 31: Résultats du questionnaire de CYRM-28	203
Tableau 32: Résultats de Sarah obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28	204

Tableau 33: Résultats du questionnaire obtenus par (SARAH)	206
Tableau 34: Résultats du questionnaire de CYRM-28	212
Tableau 35: Résultats de Fatima obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28	212
Tableau 36: Résultats du questionnaire obtenus par (FATIMA)	214
Tableau 37: Tableau récapitulatif des résultats des sujets au CYRM-28	217
Tableau 38: Tableau récapitulatif des résultats des sujets aux sous-échelles de CYRM-28..	218
Tableau 39: Tableau récapitulatif des résultats du questionnaire VSP-A pour chaque sujet.	222
Tableau 40: Nature de la qualité de vie de chaque sujet	223

Liste des figures

Figure 1: Vue d'ensemble des voies respiratoires chez un individu asthmatique	26
Figure 2: Résultats au questionnaire obtenus par Asma.....	131
Figure 3: Résultats au questionnaire obtenus par Dania	146
Figure 4: Résultats au questionnaire obtenus par Nina	155
Figure 5: Résultats au questionnaire obtenus par Serine.....	164
Figure 6: Résultats au questionnaire obtenus par Faroudja.....	173
Figure 7: Résultats au questionnaire obtenus par Lynda.....	181
Figure 8: Résultats au questionnaire obtenus par Amel	189
Figure 9: Résultats au questionnaire obtenus par Dyhia	198
Figure 10: Résultats au questionnaire obtenus par Sarah.....	207
Figure 11: Résultats au questionnaire obtenus par Fatima.....	214

Liste des annexes

N° de l'annexe	Titre
N°1	Guide d'entretien semi-directif
N°2	Guide d'entretien semi-directif traduit en kabyle
N°3	Questionnaire pour le vécu des adolescents asthmatiques
N°4	Echelle de CYRM-28 (Child and Youth Resilience Measure)
N°5	Questionnaire de VSP-A (Vécu et Santé Perçus de l'adolescence)
N°6	Résultats de CYM-28 de Dania
N°7	Résultats du questionnaire de VSP-A de Dania
N°8	Résultats de CYRM-28 de Nina
N°9	Résultats du questionnaire de VSP-A de Nina
N°10	Résultats de CYRM-28 de Sérine
N°11	Résultats du questionnaire de VSP-A de Sérine
N°12	Résultats de CYRM-28 de Faroudja
N°13	Résultats du questionnaire de VSP-A de Faroudja
N°14	Résultats de CYRM-28 de Lynda
N°15	Résultats du questionnaire de VSP-A de Lynda
N°16	Résultats de CYRM-28 d'Amel
N°17	Résultats du questionnaire de VSP-A d'Amel
N°18	Résultats de CYRM-28 de Dyhia
N°19	Résultats du questionnaire de VSP-A de Dyhia
N°20	Résultats de CYRM-28 de Sarah
N°21	Résultats du questionnaire de VSP-A de Sarah
N°22	Résultats de CYRM-28 de Fatima
N°23	Résultats du questionnaire de VSP-A de Fatima

Introduction

L'être humain quel que soit son âge, est constamment confronté à des problèmes et danger qui peuvent toucher à son intégrité physique, psychique, et nuire à sa santé à travers des maladies ou des pathologies qui l'affectent en citant par exemple : le diabète, l'insuffisance rénale, l'asthme ...etc.

Dans ce cadre, la maladie désigne un ensemble d'altérations qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme et il ya de nombreux facteurs peuvent générer des maladies chez l'être humain, ils peuvent être de nature interne ou externe à l'organisme.

Les maladies chroniques sont alors toute situation affectant pour une durée de plus de six mois l'état de santé physique ou psychique d'une personne. En effet, un enfant ou un adolescent souffrant d'une pathologie chronique a systématiquement un impact important sur sa santé physique, son bien-être psychique et relationnel, ainsi que son développement. Son impact est également considérable sur la famille, les parents en premier lieu mais aussi la fratrie.

Parmi ces maladies, on trouve l'asthme qui demeure l'un des problèmes de santé publique les plus fréquents. L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes qui touche environ 350 millions de personnes dans le monde, c'est un trouble ventilatoire obstructif réversible, cette maladie énigmatique, occupe une place importante dans les recherches portant sur les troubles d'expressions somatiques. En conséquence la survenue du l'asthme est un véritable traumatisme surtout chez les adolescents.

Par ailleurs, l'adolescence est une période de transition importante, marquée par des changements physiques, psychologiques et sociaux significatifs, une étape de bouleversements, de vulnérabilité ou les jeunes peuvent adopter des comportements à risques, selon l'OMS l'adolescence est l'âge qui suit la puberté et qui précède l'âge adulte qui va de 10 à 19 ans.

Ainsi, les adolescents souffrant d'une maladie chronique, telle que l'asthme, peuvent être confrontés à des défis supplémentaires dans leur vie quotidienne. Bien que l'asthme soit l'une des maladies chroniques les plus courantes chez les jeunes, il y a eu relativement peu de recherches sur le vécu psychologique des adolescents asthmatiques. Cette lacune dans la recherche est d'autant plus préoccupante que l'asthme peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des adolescents, affectant leur bien-être émotionnel, leur estime de soi et leur fonctionnement social.

Dès lors, l'adolescence est une phase de transition entre l'enfance et le monde adulte, et l'adolescent asthmatique se trouve confronté aux contraintes d'une maladie chronique.

Toutefois, en ce qui concerne notre recherche, nous nous sommes intéressés à évaluer la résilience qui est la capacité à faire face et à s'adapter, c'est une stratégie de défense contre le malheur qui permet d'obtenir du confort malgré les circonstances de la vie, et la qualité de vie qui est un concept centrale en psychologie clinique et de la santé, dont l'intérêt est l'amélioration du soi psychologique et physique des individus des adolescents asthmatiques.

Par conséquent, ce travail intitulé « *étude de la résilience et la qualité de vie chez les adolescents asthmatiques* » a été mené dans le but d'explorer la résilience et la qualité de vie chez les adolescents asthmatiques, en examinant les facteurs de résilience qui peuvent aider les adolescents à mieux faire face à leur maladie et à maintenir leur qualité de vie. Nous espérons que les résultats de cette étude contribueront à une meilleure compréhension des besoins psychologiques des adolescents asthmatiques et à une amélioration des interventions de soutien pour leur permettre de vivre une vie plus saine et plus heureuse.

Notre choix de thème a été déterminé après avoir consulté la bibliothèque de notre département et vérifié que personne n'avait déjà travaillé sur l'étude de la résilience et de la qualité de vie chez les adolescents asthmatiques. Ce sujet répond à la complexité de l'asthme et à la volonté de mieux comprendre le vécu des adolescents asthmatiques.

Par ailleurs, nous avons choisi ce thème parce que l'asthme est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes chez l'adolescent. Nous avons de ce fait, souhaité explorer leur vécu de la maladie et connaître le poids de cette maladie dans leur quotidien.

Dans notre travail, nous avons adopté la démarche qualitative descriptive on utilisant la technique de l'étude de cas comme outil et l'entretien semi directif qui est la première étape pour lancer notre recherche, qui nous a permet de récolter le plus possible d'informations chez notre groupe de recherche (adolescents asthmatiques), l'entretien permet d'appréhender avec finesse la subjectivité des sujets au vécu de sa maladie. L'entretien permet une évaluation globale des indicateurs retenus, ensuite on a utilisé deux questionnaire le premier est celui de CYRM-28 qui vise à mesurer la résilience chez l'adolescent et celui de VSP-A (Vécu et Santé Perçu de l'Adolescent) qui nous permet de mesuré la qualité de vie des adolescents.

Nous avons dans cette présente recherche, décidé d'adopter l'approche intégrative. Ce choix s'explique par plusieurs raisons. A partir de la pré-enquête théorique et pratique menées

sur notre thème, il nous est paru clair qu'on ne peut aborder la résilience et la qualité de vie que dans une perspective multidimensionnelle, interactive et transactionnelle. Cela nous a amené à conclure que seule cette perspective holistique, qui conçoit l'être humain sain ou malade, dans sa globalité et totalité, peut nous permettre de mener à bien notre étude. Autrement dit, explorer et étudier la résilience et la qualité de vie chez les adolescents atteints d'asthme avec une approche qualitative et exploratoire permettra de mieux interpréter les données issues de l'enquête.

Afin d'arriver à notre but, nous avons réalisé notre enquête de terrain dans un CEM où nous avons rencontré des élèves asthmatiques qui ont été choisis selon des critères spécifiques, pour arriver à examiner nos hypothèses.

En vue de fournir les informations nécessaires à la réponse à nos questions de recherche, l'étude se divise en deux parties : une partie théorique, et une partie pratique.

Sur le plan théorique après une introduction, la partie se compose de trois chapitres, dont le premier porte sur « *L'asthme chez l'adolescent* », qui se divise lui-même en trois axes : celui qui traite des « *généralités sur l'adolescent* » avec un aperçu historique du concept de l'adolescence, de ses définitions, de ses limites et critères, de ses approches ainsi que de ses modèles. Son deuxième axe a pour titre : « *Asthme : aspect médical* » qui se décline dans l'ordre suivant : présentation historique de ce concept, définitions de l'asthme, de son épidémiologie, de sa symptomatologie, de ses différentes formes, de son diagnostic, de son étiologie pour finir par le contrôle et l'outil d'évaluation de ce dernier, tandis que le troisième axe est consacré à « *Asthme : aspect psychologique* ». Quant au deuxième chapitre, à savoir « *La résilience à l'épreuve de la maladie chez l'adolescent* », est également divisé en trois sections, commençant par la généralisation de la résilience, en passant par la résilience chez l'adolescent et en terminant par la résilience chez l'adolescent malade : revue de la littérature et des études antérieures. Pour sa part, le troisième chapitre évoque la « *qualité de vie à l'ère de la maladie chez l'adolescent* », qui est lui aussi divisé en trois axes : Généralités sur la qualité de vie, la qualité de vie chez l'adolescent et enfin la qualité de vie chez l'adolescent malade : revue de la littérature et des études antérieures. Puis, au terme de cette partie théorique, la problématique de la recherche et nos hypothèses ont été présentées.

Pour ce qui est de la partie pratique, qui se compose de deux chapitres, pour commencer, nous avons présenté le chapitre « *méthodologie de la recherche* » qui décrit la démarche adoptée au cours de notre travail, soit : la méthode, le lieu, le groupe de recherche

sélectionné, les deux outils d'investigation et leur analyse ainsi que le déroulement de la recherche. Nous avons réservé le dernier chapitre à la présentation des résultats, à leur analyse en vue de la discussion des hypothèses. Pour conclure, cette recherche s'est achevée par la présentation de la conclusion, de la liste des références bibliographiques, des annexes et d'un résumé.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : L'asthme chez l'adolescent

Préambule

L'adolescence est la période la plus importante dans le développement humain, depuis le début de XXe siècle, c'est une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte débutant à la puberté et se terminant vers 18 ou 20 ans, l'adolescence s'accompagne surtout par des changements hormonaux, physiques et émotionnels, où la personne cherche son identité.

Mais cette période n'est pas éventuellement vécue par un adolescent malade, la maladie est une entité définissable, un dérangement, une altération vis-à-vis d'un état de santé antérieur ou conforme à une norme statistiquement définie, à l'adolescence, toute maladie même la plus simple gêne et dérange c'est pourquoi vivre avec une maladie chronique ou bien avec un corps malade représente un bouleversement notamment chez les adolescents.

Section I : Généralités sur l'adolescent

L'adolescence est donc une période de la vie, un passage de l'enfance vers l'âge adulte, qui a beaucoup évolué avec le temps et selon les époques, dans cette section intitulée généralités sur l'adolescent, on va revenir premièrement vers l'historique de l'adolescent en suite, aux différentes définitions passant vers les phases et les limites de la période de l'adolescence, et finalement les phases du développement chez l'adolescent et on va terminer avec une synthèse.

1. Histoire de l'adolescence

Les anciens se sont intéressés au passage de l'enfance à l'état d'adulte. Ils voyaient dans cet entre-temps, le moment où l'on accède à la raison mais aussi à l'époque des passions et des turbulences. Ainsi, Platon considérait selon sa théorie de la dualité du corps et de l'âme, que cette transition consistait en une maturation graduelle transformant la première couche de l'âme des désirs et des appétits, intrinsèque à l'homme, en une deuxième couche, caractérisée par la compréhension des choses et l'acquisition des convictions, et conduisant certains à l'adolescence ou à l'âge adulte à parvenir à l'intelligence et à la raison.

C'est seulement à la renaissance qu'apparaissent de nouvelles façons de concevoir le développement humain, avec Comenius qui pose la nécessité d'établir des programmes scolaires en relation avec l'évolution des difficultés de l'individu. Quatre stades de six années sont évoqués : de 1 an à 6 ans, les enfants sont à la maison où ils doivent recevoir une éducation de base et exercer leurs facultés sensorielles et motrices, de 7 ans à 12 ans, tous doivent recevoir une éducation élémentaire (langue, usage, religion) dans leur langue

maternelle, ils doivent alors développer leur mémoire et leur imagination. De 12ans à 18 ans, l'éducation vise à favoriser l'évolution du raisonnement. Et enfin de 18ans à 24ans, c'est la maîtrise de soi et de la volonté qui doit être développée (Coslin, 2010, pp. 15-16)

Être adolescent dans l'Antiquité, au moyen âge, au début de l'industrialisation ou au XXI^e siècle n'a pas la même signification : ou bien l'adolescent a une place bien déterminée dans la société où il participe à un groupe social bien constitué, ou il n'existe pas vraiment.

On peut dire que dans les pays occidentaux industrialisés, l'adolescence a pris une place particulière au XX^e siècle, avec le retard de l'entrée dans la vie adulte (scolarisation plus longue, entrée en apprentissage retardée). Cette évolution doit être également rapprochée de l'évolution démographique : le baby- boom de l'après- guerre dans les années 1950, a eu pour conséquence la constitution d'un groupe social, correspondant à cette classe d'âge, et qui s'est trouvé dans les années 1968 au seuil de la vie adulte, dans un contexte social bien différent. Actuellement, l'organisation sociale en classes d'âge (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées), semble progressivement se substituer, au moins en partie, à la hiérarchie sociale antérieure devenue moins rigide. Nos sociétés occidentales en changement incessant semblent reconnaître à cette phase intermédiaire de changement qu'est l'adolescence un statut, une place à part entière, fonctionnant presque comme un modèle social et culturel (Tourette & Guidetti, 2018, p. 248).

La notion d'adolescence comme nous la connaissons aujourd'hui, n'a véritablement fait son apparition que durant le XIX^e siècle, comme nous le raconte Huerre P dans son article, « l'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice ». Adolescence vient du mot latin *adulescens*, qui signifie « celui qui est en train de croître », mais à Rome seuls les hommes de 17 à 30 ans étaient concernés par ce terme, les femmes passaient directement épouse, dès que la puberté apparaissait. Puis ce terme a disparu pendant des années, pour réapparaître au milieu du XIX^e siècle. « Ce n'est qu'au milieu du XIX^e siècle que le mot adolescence apparaît dans le vocabulaire de nos sociétés occidentales pour désigner les jeunes collégiens, poursuivant leurs études et financièrement dépendants. C'est à cette époque que l'industrialisation prend son essor, et que l'espérance de vie s'accroît ». Mais cette dénomination ne concerne alors qu'un nombre restreint d'individus, appartenant à la bourgeoisie. Avec l'évolution de la scolarité, cette notion à évoluer, pour finalement désigner toute une classe d'âge, filles et garçons confondus. Au cours du XX^e siècle cette population devient spécifique, avec ses propres caractéristiques et particularités, au niveau social et

psychologique. Ces adolescents sont vécus, par les adultes, comme difficiles, avec des problèmes relationnels, alors que « les jeunes, certes, ont des difficultés liées à la crise pubertaire dont le célèbre pédiatre et psychanalyste anglais D.W. Winnicott s'est attaché à rappeler, en 1971, le caractère normal et nécessaire (Vernet, 2014, p. 27).

Aujourd'hui les adolescents sont reconnus comme tels, beaucoup d'études et de recherche sont permis de mieux les comprendre et les connaître, mais le problème est peut être dans la définition de la période, qui dans nos sociétés modernes occidentales, a tendance à s'allonger, avec une puberté qui apparait plus jeune, vers 10-11 ans, et des jeunes adultes qui restent beaucoup plus longtemps dépendants de leurs parents pour finir leurs études, ou parce qu'ils ont des difficultés à entrer dans le monde actif compte tenu du chômage (Vernet, 2014, p. 27).

2. Définition de l'adolescence

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, l'adolescence est : « *une période du développement au cours de laquelle s'opère le passage de l'enfance à l'âge adulte* » (Tourrette, & Guidetti, 2018, p. 248).

Si nous regardons dans le dictionnaire encyclopédie, un dictionnaire de la langue française (1990), l'adolescence est « *l'âge compris entre la puberté et l'âge adulte* » (Vernet, 2014, p.27).

Pour sa part l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini l'adolescence comme « *la période de croissance et de développement humaine qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte entre les âges 10 et 19 ans* » c'est une étape unique du développement humain et un moment important (<http://who.int.fr>).

L'Adolescence vient du latin (*Adolescentia*), de *adolescere* qui signifie « *grandir vers* », « *croître* », en théorie c'est « la période transitoire entre l'enfance et l'âge adulte car la croissance y est plus visible. En pratique, ce passage, on l'a vu, peut être inexistant ou plus ou moins prolongé selon les époques et les cultures (Cannard, 2019, p. 31).

La définition médicale donnée par le « Dictionnaire Médical avec Atlas Anatomique » à la puberté c'est une : « *Période de la vie pendant laquelle un individu acquiert la maturité sexuelle : développement des organes génitaux (apparition des règles chez la fille, production*

de spermatozoïdes chez le garçon), apparition des caractères sexuels secondaires » (Quevauvilliers et al., 2009, p. 778).

Les termes d'adolescence et d'adolescent sont apparus dans la langue française entre les XIII^e et XIV^e siècles. Ils proviennent du verbe latin *adolescere* qui signifie « grandir » et plus précisément de son participe présent. L'être auquel s'applique ce terme est donc étymologiquement celui qui est entrain de grandir et s'oppose ainsi à celui dont l'opération de grandir a atteint son terme : l'adulte (il s'agit là d'un mot provenant du participe passé de ce même verbe *adolescere*) (Coslin, 2002, p. 22).

L'adolescence est donc une période de la vie, un passage de l'enfance vers l'âge adulte, qui a beaucoup évolué avec le temps et selon les époques, c'est également une période de croissance physique avec un développement cognitif et psychologique important.

3. Les phases et les limites de l'adolescence

3.1. Les phases de l'adolescence

Il serait impossible d'isoler l'adolescence de la période qui la précède et encore moins de celle qui la suit. L'adolescence comprend trois phases découpées ainsi :

3.1.1. La préadolescence

Appelée prime adolescence par certains, et puberté par d'autres, le développement pubertaire fait référence à la maturation physique et reproductive et constitue le changement le plus évident et la plus rapide survenue dans la vie humaine, même si au début, les changements biologiques ont un caractère très privé, ils deviennent rapidement apparents pour l'entourage qui réagit de différentes manières revêt donc un caractère unique, en faisant appel à des aspects biologiques et sociaux. Il se produit également lors d'une période de la vie marquée par multiples transitions (Cleas & Lannegrand-Willems, 2014, p. 17).

Quelques signes secondaires visibles marquant le passage à la puberté :

Chez la fille

Poussée rapide de la taille, poussée de poils au pubis et aux aisselles, début de développement des seins, élargissement de bassin et l'apparition des règles.

Chez le garçon

Poussée rapide de la taille, poussée de poils au pubis, aux aisselles, au menton, mue de la voix, développement de la pomme d'Adam, l'apparition de l'acné et les pulsions nocturnes (Cleas, Lannegrand-Willems, 2014, pp. 18-21).

La puberté constitue une étape décisive dans le développement de l'adolescent.

3.1.2. L'adolescence

L'adolescence commence au moment où la puberté se termine. À l'âge de dix-sept, dix-huit ans, un garçon, comme une fille, est loin de son achèvement de base, la maturité physique de l'utérus et du vagin se situe entre dix-sept et dix-neuf ans. Le développement du système pileux et musculaire chez le garçon s'achève entre vingt, vingt-trois ans. Pour les deux sexes, l'ossification du fémur est terminée vers vingt-deux ans, le cartilage de conjugaison disparaît entre vingt et vingt-cinq ans. Il en va de même, sur le plan psychologique, notamment dans le fonctionnement des mécanismes de l'intelligence. Entre dix-sept et vingt ans, les facultés intellectuelles d'abstraction se structurent à vingt ans, la mémoire atteint ses plus hautes performances, après elle décline et se maintient dans les limites de l'ouverture réalisé jusqu'à vingt ans. La sexualité devient un épanouissement, dans la mesure où les problèmes pubertaires, les conflits masturbatoires d'identité et incestueux sont résolus (Devereux, 1988, pp. 71-72).

3.1.3. La post-adolescence

Si le début de l'adolescence se reconnaît assez aisément, par les modifications du corps liées à la puberté, et l'acquisition des caractères sexuels secondaires, la fin de l'adolescence, c'est beaucoup plus difficile à les déterminer. Ce passage à la maturité, semble s'étendre sur une période plus ou moins longue, au point où on parle de « post-adolescence », comme phase intermédiaire, se situant entre environ 18 et 30 ans. Au cours de cette période, se font généralement les grands choix personnels : professionnels et sentimentaux. Un cheminement complexe, au cours duquel les questions liées à la prise d'indépendance réelle peuvent égarer, du fait d'une confrontation traumatique avec la réalité extérieure, sociale et individuelle. Les premiers stages, emplois, vie en colocation, etc, peuvent entraîner un bouleversement psychique. La rencontre avec le monde professionnel et l'engagement amoureux, impliquent une intrusion de la réalité sociale, et de la réalité de l'autre, en tant que

possédant un psychisme différent. Le post-adolescent ne peut plus ignorer les règles de la vie en société, et doit abandonner ses vœux de toute-puissance (De Kernier, 2019, pp. 231-232).

3.2. Les limites de l'adolescence

Tableau 1: Critères pouvant servir à marquer le début et la fin de l'adolescence (tiré par Cloutier, 1996).

Dimension de l'adolescent	Critères de début	Critères de fin
Biologique	Début de changements sexuels, physiques	Capacité de faire un enfant
Cognitive	Apparition des premiers raisonnements abstraits	Maîtrise de la pensée formelle
Psychique	Premières tentatives d'affirmer son identité personnelle, de regarder ses secret et d'affirmer ses choix individuels	Capacité de se définir en tant que personne indépendante, d'affirmer et d'assumer son identité et ses choix personnels
Juridique	Période où les parents peuvent laisser le jeune seul à la maison pour quelques heures sans être considérés comme négligent selon la loi sur la protection de la jeunesse (12 ans)	Age de la majorité impliquant, par exemple (l'accession au droit de vote)
Sociale	Apparition des comportements de participation autonome aux rôles collectifs et construction d'un réseau social personnel, indépendant de la famille	Accession à la maîtrise de soi avec l'exercice des pouvoirs et des responsabilités que cela comporte envers les autres

(Cannard, 2019, p. 32).

4. Les aspects du développement chez l'adolescent

La période de l'adolescence se caractérise, par des changements dans les différents aspects du développement. Cette expression suggérée par plusieurs auteurs, renvoie aux modifications qui doivent affronter tous les adolescents, dans les domaines physique, moral, cognitive, affectif et social

4.1. Le développement physique chez l'adolescent

Selon la manière dont les autres réagissent, une maturation précoce ou tardive peut influencer l'adaptation. Certaines filles commencent leur poussée de croissance à l'âge de 9 ans, alors que certains garçons ne la débutent pas avant 16 ans. De telles variations n'ont que peu d'influence sur la taille définitive, mais peuvent avoir des conséquences sur le plan psychologique. Les études réalisées, montrent qu'une maturation précoce est un avantage pour les garçons. Les garçons précoces, étant plus forts et plus athlétiques, au début de leur adolescence, et ayant une apparence moins enfantine, ont tendance à être plus populaires, sûrs d'eux et indépendants. Pour les filles, une maturation précoce peut être stressante. De plus, la jeune fille de 11 ans qui dépasse, d'une tête ses camarades de classe, et devient l'objet d'une certaine attention sexuelle, peut de façon temporaire se sentir embarrassée, ou être l'objet de brimades. Mais au fur et à mesure que ses copines la rattrapent, au collège ou au lycée, son expérience post-pubertaire peut l'aider à jouir d'un prestige plus grand, et d'une meilleure confiance en elle. Pour que l'ajustement se fasse sans heurts, ce qui compte ce n'est pas uniquement l'âge de la maturation elle-même, mais aussi la façon dont les gens autour d'eux réagissent à leur développement physique (Belkhadi et al., 2006, p. 28).

4.2. Le développement moral

Étudier le développement moral, c'est étudier comment les enfants et les adolescents considèrent les normes morales et sociales : la notion de justice, de droit individuel, de responsabilité, du bien et du mal, etc. L'adolescence est la période au cours de laquelle le sujet découvre les principes, et les valeurs qui gouvernent les individus et la société (Cannard, 2019, p. 127).

Piaget partage avec Durkheim la question centrale du rapport de l'individu et de la société, mais le considérant comme le principal théoricien de la morale hétéronome, il s'oppose à lui à la fois, sur le plan théorique quant aux mécanismes explicatifs, et sur les conséquences éducatives. Ce sont les travaux de Kohlberg, lui-même s'inspirant des théories piagésiennes, qui ont le plus influencé les recherches sur le développement moral (Cannard, 2019, p. 127).

Il y a d'importants changements, entre le jugement moral de l'enfant et celui de l'adolescent. En général, l'enfant accepte la règle, en vertu du respect qu'il éprouve pour l'adulte, mais il l'accepte souvent avant de la comprendre, c'est-à-dire grâce à un processus

de contrainte morale. L'adolescent, au contraire, ne supporte pas une société fondée sur la contrainte. Qu'il comprenne ou non le pourquoi des règles, il a des difficultés à leur obéir. En désobéissant, il montre qu'il n'est plus un enfant. En sanctionnant, nous montrons que nous avons entendu son acte. Un adolescent, confronté aux règlements et aux sanctions, accède à la loi au sein du système éducatif. La punition et la sanction doivent être revues à la lumière du droit. Les capacités cognitives de l'individu, vont avoir une influence sur son jugement et ses décisions morales. L'évolution de la morale et l'évolution de la logique sont parallèles : la morale est une logique de l'action comme la logique est une morale de la pensée. Comprendre le développement moral de l'enfant, c'est comprendre du même coup son développement logique. C'est d'ailleurs Piaget, le premier, à avoir étudié le jugement moral chez l'enfant (1932). Il a montré qu'il existe chez l'enfant, non pas une, mais deux morales (deux stades de développement) : la morale hétéronome et la morale autonome, ou encore le respect unilatéral et le respect mutuel. Le respect unilatéral suppose une relation entre les individus non égaux, dont l'un subit et l'autre exerce une contrainte morale (le respect de l'enfant pour l'adulte, le cadet pour l'aîné, etc.). Ce type de respect produit surtout une morale de l'obéissance. Puis, le respect mutuel suppose le respect des conventions entre individus moralement égaux, et produit une morale dans laquelle le bien prédomine sur le devoir pur (Cannard, 2019, p. 128).

Piaget s'est vraiment focalisé sur la manière dont les interactions entre pairs, pouvaient apporter une expérience essentielle, à la construction des concepts d'égalité et d'équité. En effet, prendre en compte les points de vue d'autrui (concept de décentration cognitive) et l'identité des uns et des autres, favoriserait une meilleure compréhension chez l'enfant, du pourquoi il est important d'être juste, et de traiter les autres de manière égale. Dans les méthodes éducatives fondées sur le seul respect unilatéral, la discipline demeure longtemps extérieure au sujet. Elle ne donne lieu qu'à une obéissance à la loi sans adhésion profonde. Ces conditions sont alors défavorables tant au développement de la personnalité qu'à celui de la solidarité. L'individu soumis à une contrainte venant du dehors, faute d'intérioriser les règles, ne sort de son égocentrisme qu'en apparence, au lieu de se sentir solidaire de tous (Cannard, 2019, p. 128).

Pour une période de 18 ans (1958-1976), Kohlberg et ses collaborateurs ont mené une étude longitudinale sur des garçons de 10 à 36 ans. Les sujets étaient vus tous les 3-4 ans et interrogés sur les dilemmes moraux. Les résultats soutiennent le modèle développemental hiérarchique. Très peu d'adolescents sont au stade 1 à 10-12 ans, la plupart sont au stade 3

jusqu'à 16 avec encore un certain nombre en stade 2, même si ce type de raisonnement diminue fortement, et un certain nombre en stade 4, qui est en pleine augmentation jusqu'à atteindre 62 % à 36 ans. Même si le niveau post-conventionnel peut apparaître dès 13 ans, il augmente que très faiblement et surtout à partir de 18 ans et reste peu élevé même à 36 ans, et nous ne parlons là que du stade 5 car le stade 6 est totalement absent. Ceci n'invalide pas le caractère évolutif et universel du modèle car, comme le répète Kohlberg, ce n'est pas l'atteinte du stade 6 qui est universelle mais plutôt la progression séquentielle. Pour la période 10-16 ans semble être en effet une période de développement moral accéléré, mais des facteurs d'ordre socioculturels peuvent stopper ou infléchir le mouvement (Cannard, 2019, p.132).

4.3. Le développement cognitif

L'adolescent arrive maintenant à la dernière étape de son développement cognitif tel que l'a décrit Piaget. Celui-ci a avancé l'idée que cette dernière étape peut ne pas être atteinte par tous les individus, c'est-à-dire que le développement cognitif peut s'arrêter avant, à la fin de la période opératoire concrète. L'importance accordée aux modes de fonctionnement logique de la pensée adolescente est peut-être à l'origine de cette hypothèse. Une description qui ferait saillir d'autres caractéristiques aboutirait peut-être à des conclusions différentes (Tourrette & Guidette, 2018, p. 255).

Sur le plan intellectuel, l'adolescent atteint le quatrième stade du développement cognitif de Piaget, le stade des opérations formelles. Il acquiert la capacité de penser de manière abstraite et de se détacher des contingences du réel pour envisager des situations hypothétiques grâce au raisonnement hypothético-déductif. Sur le plan du traitement, on observe deux types de changements sur le plan du traitement d'information :

- *Les modifications structurelles* : qui entre autres la mémoire à court et à long terme.
- *Les modifications fonctionnelles* : relatives aux habiletés telles que l'attention sélective, la prise de décision et la gestion des processus mentaux. Au même moment, le langage des adolescents se raffine grâce à l'intégration de concepts abstraits. Selon la théorie d'Elkind, l'adolescent manifeste plusieurs comportements égocentriques comme le sentiment d'invincibilité, les fabulations personnelles, la conscience excessive de soi, l'indécision ou hypocrisie apparente. (Papalia, Olds & Feldman, 2010, p. 248).

4.4. Le développement social-affectif

Sur le plan psychique on observe une déstabilisation de l'équilibre pulsionnel antérieur qui peut parfois aboutir à la perte d'identité (l'adolescent ne se reconnaît plus dans un corps qui lui est étranger sans pouvoir se référer au corps d'enfant qu'il n'a plus). L'adolescent est partagé entre son désir de maintenir des liens avec les imagos parentales (tout en remettant en cause les modèles parentaux) et son désir d'autonomie, d'émancipation. Il peut adopter des conduites de repli dépressif et/ou des comportements d'opposition, de revendication ou d'affirmation. Le renoncement nécessaire à l'enfance pour accéder au statut adulte réactive les processus de séparation/individuation de l'enfance. Il s'agit là d'une nouvelle étape qui peut avoir un rôle structurant. au cours de cette séparation, l'adolescent va devoir renoncer à sa position d'enfant désinvestir les objets œdipiens auxquels il s'était identifié pour réinvestir d'autres objets pulsionnels substitutifs lui permettant de se construire et d'acquérir son indépendance. Si l'adolescent n'a pas de ressources personnelles suffisantes, il risque de se replier sur lui-même. Dans la plupart des cas, il n'ya pas de rupture mais des réaménagements. Les attachements familiaux et parentaux perdurent tout en s'exprimant différemment. Le soutien parental fonctionnant encore sans doute comme une base de sécurité permet à l'adolescent de s'en éloigner sans rupture, mais avec une transition du groupe familial au groupe des pairs qui lui donne l'occasion d'expérimenter et d'opérer des choix (Tourrette & Guidetti, 2018, p. 265).

L'adolescent dans sa quête identitaire, comme d'ailleurs tout individu appartenant à une société, a besoin des autres. L'individu est par nature profondément social. L'adolescent a besoin d'un triple réseau de relations pour développer harmonieusement sa personnalité et son autonomie : la relation avec ses parents, la relation avec ses camarades du même groupe d'âge et la relation avec des adultes autres que les parents. Il paraît nécessaire de nos jours de ne plus se demander si et combien l'adolescent a des relations sociales, mais bien comment et sous quelles conditions ces relations sociales de différents types contribuent au fonctionnement et au développement durant des phases de transition significatives (Cannard, 2019, p. 270).

Le développement social de l'adolescent étaye surtout sur les relations sociales avec les pairs, ce dernier joue un rôle très important dans le développement de l'adolescent et il apporte un soutien social pour lui, ainsi il aide à développer des compétences social, sans oublier ce que peut apporter la famille dans cette période de changement et de développement.

S'opposer aux autres est un choix de l'adolescent pour but de faire preuve de sa construction identitaire, c'est la où l'adolescent sort de sa cellule familiale et participe à des groupes sociaux, ou il peut y faire un choix selon ses intérêts et ses goûts du moment de même que le groupe peut l'accepter ou le refuser, c'est d'ailleurs ce que crée la dynamique des relations sociales multiples en particulier extrafamiliales (Tourrette & Guidetti, 2018, p. 266).

Les relations interpersonnelles vont se modifier au cours de cette période par un double mouvement de prise de distance par rapport à la famille et d'un rapprochement des amis, passer du cadre familial de référence à celui du groupe amical est une démarche qui aide l'adolescent à acquérir son autonomie (Tourrette & Guidetti, 2018, p. 267).

Les pairs sont les autres du même âge que l'adolescent côtoie et qui ont de nombreux points communs avec lui. Les interactions entre pairs ne commencent pas à l'adolescence, elles ont même été observées dès le passage en crèche. Ce qui est nouveau, c'est qu'elles se distinguent d'une période à l'autre par la nature des pairs avec qui on interagit et par la situation où elles ont lieu. Ce qui est nouveau également, c'est que les adolescents valorisent cette forme de socialisation et s'impliquent dans un plus grand nombre de groupes différents qui se chevauchent et se différencient par leur taille, le caractère formel ou informel de leur mode de constitution et la mixité des membres (Cannard, 2019, p. 271).

Des données objectives sur le sentiment d'interdépendance et des données subjectives sur le sentiment de proximité/intimité indiquent que, entre le début et la fin de l'adolescence, les relations significatives « passent » des parents aux amis puis aux petits amis, et ce sont ces affiliations-là qui sont les plus importantes aux yeux des adolescents dans certains domaines à certains moments. En prenant une certaine distance vis-à-vis de sa famille, le groupe de pairs devient la référence sociale privilégiée, voire le soutien social privilégié, et l'adolescent a un besoin pressant de retrouver ses copains (Tourrette & Guidetti, 2018, p. 268).

À son tour, la qualité du réseau social va, selon le modèle de Berkman et al., (2000), affecter la santé de l'adolescent et ses pratiques comportementales dans 4 domaines, non exclusif les uns les autres : le soutien social, les attachements et engagements sociaux, l'influence sociale, et l'accès aux ressources et aux biens matériels. Plus on a d'amis plus on a à notre disposition des personnes prêtes à nous soutenir matériellement et affectivement, plus on a des chances d'interagir et de participer à des activités, plus on a accès aux biens et aux ressources qui peuvent améliorer notre statut socio-économique (Cannard, 2019, p. 271).

Pendant l'adolescence, les régions du cerveau qui contrôlent les émotions se développent et matures, concernant le développement affectif, on observe chez l'adolescent une déséquilibration pulsionnelle, qui peut parfois aboutir à une perte de son identité et de son désir d'autonomie, il peut adopter des conduites de repli dépressif et d'opposition.

Selon H. Wallon, les modifications et les remaniements du schéma corporel qu'elle implique apparaissent comme point de départ et provoquent un changement, pour s'affirmer dans la fin de sa construction identitaire, ainsi l'adolescent se détache de ses parents et participe à des groupes sociaux, il arrive à faire des choix selon ses intérêts et ses goûts, et qu'à ce moment que la personnalité devienne polyvalente et autonome. On peut dire qu'à travers les changements pulsionnels et les liens aux objets œdipiens avec l'intégration de la pulsion génitale dans la personnalité que l'adolescent doit chercher son identité propre (Tourrette & Guidetti, 2018, p. 265).

Pour Freud les expériences au cours de la première enfance (les conflits, le complexe d'Oedipe.....) peuvent conditionner la personnalité adulte, ce passage nécessaire qui conduit aux relations hétérosexuelle adulte mais il ya généralement un décalage entre la maturité sexuelle et la maturité affective qui met l'adolescent dans un état de déséquilibre et d'insatisfaction (Tourrette & Guidetti, p. 266).

5. Adolescent en Algérie

L'adolescence se présente comme un segment marqué par des crises structurelles à la fois psychiques, biologiques et psychosociales. Elle est principalement une période de transition, marquant le passage entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescent se situe entre deux étapes de sa vie : il n'est plus considéré comme un enfant, mais il n'a pas encore atteint le plein statut d'adulte. Cette phase transitoire se caractérise par un double mouvement. D'une part, il y a le reniement de l'enfance, c'est-à-dire le rejet des aspects de son enfance et des comportements associés. D'autre part, il y a la recherche du statut d'adulte, avec la volonté de prendre davantage de responsabilités et de s'affirmer en tant qu'individu mature. Ce double reniement constitue l'essence même de la crise que traverse l'adolescent.

La problématique des adolescents se concentre sur le retour aux aspects fondamentaux de leur développement sexuel, ce qui les confronte à une relation complexe et indécidable avec leurs pulsions. Il est question d'une sexualité abstraite, détachée des corps, principalement psychique. Ce retrait des angoisses infantiles accompagne la transformation de

l'individu à l'adolescence, dont les traits caractéristiques, souvent marqués par la violence, sont en résonance avec les règles d'autorité présentes dans la famille, le milieu scolaire et les interactions intergénérationnelles au sein des réseaux de communication (Merdaci, 2016, p. 12).

Les jeunes souffrent d'un manque de reconnaissance dans leur culture, leur esthétique et leur identité. Ils ont du mal à symboliser les différentes étapes de la vie. Certains adolescents ont des histoires d'enfance sans repères clairs : ils peuvent être choyés, abandonnés, maltraités, séduits ou séducteurs. Chaque enfant est unique et fragile, et il est impossible de les réduire à un système prédéfini. Lorsqu'ils se retrouvent confrontés aux responsabilités d'adultes sans en comprendre pleinement la pression et le sens, leur situation devient encore plus difficile. Il est essentiel de les considérer de manière subjective, de les réhabiliter en tant qu'individus et de cesser de les médicaliser, de les judiciaireiser ou de les réduire à des cas sociaux (Merdaci, 2016, p. 13).

Bien que le terme adolescence existe dans la langue arabe écrite « El-Mourahaka », il n'a pas son équivalent dans la langue parlée, qu'on appelle communément l'arabe dialectal. Le terme le plus couramment utilisé pour dire qu'un individu n'est plus un enfant est le terme « El-Boulough ». C'est le seul concept utilisé communément pour signifier, dans le langage usuel, qu'un individu est sorti de l'enfance et que, par conséquent, il est, du point de vue de la sexualité, tout à fait mature. Nous savons par ailleurs (Guasch, 1973, p. 17) que, si l'adolescence commence à la puberté, les deux ne se confondent pas et que celle-ci est un phénomène de civilisation. Ceci est d'autant plus vrai que, dans notre contexte socioculturel, il n'y a pas longtemps encore, la puberté (El-Boulough) signait l'admission de l'individu dans la société des adultes (Nini, 2000, p. 451).

Dans la société traditionnelle, le mariage était en effet considéré comme une façon d'intégrer directement un individu dans la société des adultes. Cependant, il existe d'autres expériences et faits culturels qui permettent cette agrégation. Un autre fait culturel important est l'obligation religieuse du mariage, qui confirme le nouveau statut de l'individu. Cela se manifeste par la double obligation de jeûner pendant le mois de carême et de pratiquer la prière. En milieu traditionnel maghrébin, la puberté marque le début du « Taklif », qui est l'obligation religieuse. Par ailleurs, un certain nombre d'interdits sont imposés à l'adolescent, comme l'exclusion du gynécée pour les garçons, le port du haïk et la hedjba pour les filles. Tous ces éléments symboliques introduisent directement l'adolescent dans le monde codifié des adultes (Nini, 2019, p. 12).

L'adolescence met en évidence une sensibilité paradoxale dans l'humanité de l'enfant, allant au-delà de simples ruptures successives. Elle offre également la possibilité de découvertes et d'harmonies, ainsi qu'une quête de sens dans la vie. Cette réalité appelle à repenser les contenus pédagogiques et les méthodes d'apprentissage, les politiques socioéducatives et les pratiques identitaires, ainsi que les liens familiaux et les structures sociales. Il est nécessaire de définir des approches de soutien, d'écoute et de médiation sociale et thérapeutique. L'adolescence englobe des aspects psychopathologiques liés à l'identité, aux troubles de la transformation psychique et physique, ainsi qu'à la remise en question des références fondatrices et cohésives du groupe social et familial (Medraci, 2016, p.14).

En milieu algérien, l'adolescence existe comme dans toutes les autres cultures. Elle peut être de courte durée mais elle est marquée surtout par la place et l'importance de la puberté qui pose les mêmes questions que celles auxquelles peut être confronté n'importe quel adolescent lors de la survenue de la première pollution nocturne ou des premières règles. A ce propos, la référence à une spécificité globalisante reflète en réalité le déni de ce que suggère toute culture sur son fonctionnement universel (Ait Mohand, 2015, p. 23).

Le fait social aujourd'hui en Algérie reste l'explosion démographique qui a prévalu pendant longtemps. En effet l'Algérie avait un taux de natalité qui la classait parmi les pays à forte natalité. La conséquence en est qu'aujourd'hui un algérien sur deux a moins de vingt ans. Cet état de chose fait que beaucoup de parents, bouleversés dans leur assurance normative et éthique, se retrouvent confrontés à des jeunes gens et des jeunes filles qu'ils ne savent plus comment situer. En effet, dans le monde d'organisation social et familial traditionnel l'individu accédait sans transition au statut d'adulte. Dans ce type de société l'individu était marié dès que l'aptitude à se reproduire se manifestait et se retrouvait de ce fait confronté à des nouvelles responsabilités et à un nouveau statut qui faisaient de lui un adulte sans discrimination d'âge. Aussi, l'adolescence telle que nous la connaissons aujourd'hui n'existait pas, ce qui explique sans doute l'inexistence d'un concept la désignant dans la langue parlée (Nini, 2005, p. 110).

Comme dans de nombreux pays, les adolescents en Algérie font face à des défis tels que l'identité personnelle, les relations interpersonnelles, la pression des pairs et la recherche d'indépendance. Cependant, il est important de noter que l'expérience de l'adolescence peut varier d'un individu à l'autre en fonction de facteurs tels que l'origine géographique, le milieu social et économique, ainsi que les aspirations individuelles.

6. Adolescence à l'épreuve de la maladie chronique (épreuve de l'asthme)

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui évoluent avec le temps. Selon OMS la maladie chronique est « *un problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période de plusieurs années ou plusieurs décennies* » (Vernet, 2014, p. 43).

Actuellement, le nombre de malades porteurs d'une maladie chronique est en augmentation, les progrès de la médecine permettent de traiter de nombreuses pathologies, et ces malades peuvent vivre et vieillir avec leur maladie. En France environ 15 millions de personnes sont atteints de maladies chroniques, et près d'un million d'enfants et d'adolescents sont atteints de maladies chroniques, (1 enfant sur 15, de 0 à 20 ans est atteint de chroniques en France « asthme compris ») (Vernet, 2014, p. 42).

Ce terme de maladie chronique comprend de multiples maladies, très diversifiées qui peuvent être apparentes ou non.

6.1. L'asthme chez l'adolescent

L'asthme, en tant que maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires, a des conséquences significatives sur la vie scolaire, psychologique et socioprofessionnelle. Il constitue un véritable enjeu de santé publique, notamment dans les pays en développement. L'asthme figure parmi les maladies les plus répandues, avec une prévalence estimée entre 10 et 25%. Ces difficultés sont particulièrement fréquentes chez les adolescents souffrant d'asthme (Ech-Cherrate et al., 2012, p. 154).

Synthèse

L'adolescence est un passage de développement et de changement et d'indépendance de chaque individu qui lui permet de passer de statut de l'enfant à celui d'adulte, mais cette période n'est pas bien vécue par un adolescent qui présente une maladie chronique telle que l'asthme.

La deuxième section de ce chapitre porte sur l'aspect médical de l'asthme, permettant ainsi une présentation approfondie de cette condition.

Section II : L'asthme : Aspect médical

L'asthme est la plus fréquente des maladies respiratoires chroniques qui se caractérise par une inflammation bronchique complexe qui entraîne l'apparition d'un trouble ventilatoire obstructif.

Donc la maladie nécessite un traitement médical bien conduit et aussi une prise en charge psychologique à l'état stable et au moment de la manifestation de la crise. L'asthme est une maladie susceptible de se manifester à n'importe quel âge.

Dans cette deuxième section, nous traiterons de différents éléments concernant l'asthme. Tout d'abord, nous ferons un rappel de l'histoire de l'asthme, puis nous présenterons les différentes définitions de l'asthme. Nous aborderons ensuite l'épidémiologie de l'asthme, nous aborderons également la symptomatologie de l'asthme, ensuite le diagnostic de l'asthme, les différents types d'asthme qui existent, leurs étiologies possibles et les options thérapeutiques disponibles. Enfin, nous aborderons le contrôle de l'asthme et les outils d'évaluation utilisés pour évaluer ce contrôle.

1. Historique de l'asthme

Dans cette section, nous donnerons un bref aperçu historique de l'asthme, d'un point de vue médical et psychologique :

Dans son ouvrage intitulé « *Histoire illustrée de l'asthme de l'antiquité à nos jours* », Peumery (1984) fait ressortir plusieurs étapes. Il mentionne ainsi le monde grec où il constate « que le mot asthme est dérivé du grec « *asthmaino* » qui signifie respiré difficilement, haleté. On trouve déjà le mot grec dans les écrits de Plutarque et d'Homère. Il est ensuite repris dans le sens de « l'essoufflement » par Eschyle dans *Les Perses* et par Platon dans *La République*. Au sens médical du terme, il est ensuite employé par l'asthme Hippocrate dans des aphorismes. Il fut le premier à se pencher sur la maladie, d'après ses études sur les voies respiratoires issues d'une substance liquide, conformément à la théorie humorale » (Peumery, 1984, pp. 10-12).

Puis l'auteur cite Rome, il relève ceci : Pline l'Ancien, naturaliste latin du premier siècle, évoque l'asthme dans le vingt-cinquième livre de la « *Naturalis Historia* ». L'auteur insiste sur l'utilité thérapeutique de l'éphédra, une plante qui se développe en bordure des arbres dans les lieux venteux, si le vin blanc sec broyé. Celso, surnommé le « Cicéron de la

médecine », fait une description de l'asthme dans son encyclopédie « De Artibus » (d'après Jésus-Christ 30-35). Quant à Galien, il nous doit les premières descriptions logiques de l'étiologie et de la pathogénie de l'asthme (Peumery, 1984, pp.22-38).

Ensuite l'auteur se questionne sur l'asthme au Moyen Âge, il relève ce qui suit : "Paul d'Égine, médecin byzantin du VIIe siècle, rédigea un « *Compendium* » inspiré de Galien. Il y définit les sujets asthmatiques comme étant ceux qui respirent difficilement, sans fièvre, d'une manière semblable à ceux qui essaient de récupérer leur souffle ayant pris un cours rapide. L'asthme fait partie du Canon, surtout en ce qui regarde sa pathogénie. Avicenne comme le pionnier de la théorie du bronchospasme. Rhazes, philosophe et mathématicien, de même que le médecin de l'asthme, conseillent la scille et les bains tièdes. Maïmonide, médecin juif, rédige au XIIe siècle le "Traité de l'asthme", qui est la première monographie dédiée à cette maladie. (Peumery, 1984, pp.41-49).

Dans la renaissance, au XVIIIe siècle, on relève la création des formes d'asthme en 1850, par la suite l'auteur évoque dans son ouvrage les tentatives thérapeutiques du XIXe siècle, il conclut son histoire par la découverte de l'anaphylaxie et de la classification actuelle de la maladie.

Ainsi, l'asthme, aujourd'hui qualifié de maladie actuelle et de pratique médicale courante, est en fait une maladie aussi ancienne que l'espèce humaine. Homère, au chant XV de « L'Iliade », « Réveil et colère de Zeus », utilise pour la toute première fois le mot « asthme », afin de faire référence à l'atroce suffocation dont Hector a souffert, allongé dans la plaine. Dans l'Antiquité gréco-romaine, Galien, suivant l'exemple d'Hippocrate, regroupait toutes les difficultés respiratoires sous le terme global d'asthme, dont la raison était, selon lui, « des humeurs lourdes et visqueuses qui envahissent les voies respiratoires, ou quelque tubercule pulmonaire à vif ». Cette façon de voir était partagée par Arétée de Cappadoce et a été poursuivie durant de nombreuses années par de multiples auteurs. A la fin du XVIIe siècle, Friedrich Hoffmann regroupe encore toutes les dyspnées autour du concept générique d'asthme. Puis, la doctrine de Galien a dominé sans retenue quand Van Helmont est apparu. Le médecin bruxellois, influencé par Avicenne, constate dans les paroxysmes de l'asthme la présence d'une contraction spasmodique des pores du poumon, semblable à celle d'une crise d'épilepsie, et attribue à la maladie asthmatique le terme de « *caducum pulmonis* » (carie du poumon). Un autre promoteur de la nature convulsive de l'asthme est Thomas Willis, ainsi que William Cullen ; celui-ci a eu le privilège d'être parmi les premiers à établir une

distinction entre l'asthme et d'autres formes de dyspnée. Plus tard, John Floyer reprendra la théorie du spasme, sans pour autant écarter totalement la doctrine de Galien, comme en témoigne son « Traité de l'asthme », publié en 1698, qui eut un grand succès en son temps (Peumery, 1976, p.91-92).

Nous avons terminé l'aperçu historique sur le plan "médical", nous poursuivons désormais l'aperçu historique sur le plan "psychologique" :

Quant aux anciens, tel R. Viswanathan (1973), ils estimaient que l'asthme, largement expliqué à travers les textes hindous, constituait une maladie des "humeurs", ce qui fait que la dimension psychologique de cette maladie ne fut jamais réellement remise en question. Comme H. Miller et D. Baruch (1948), c'est à partir de 1905 que le problème est, sinon posé, tout au moins aménagé et que les études prennent une orientation plus précise quand S. Freud [1954] fait paraître le fragment d'analyse d'un cas d'hystérie. De 1905 à 1938, ces recherches ont parcouru des champs divers, bien que les auteurs, en majorité américains, aient été orientés dans le sens d'une compréhension psychodynamique. La période contemporaine a commencé en 1938 par la publication de F. Dunbar (1938) de « Notes psychanalytiques concernant l'asthme et le rhume des foins ». Une piste tant désirée, voire approchée, était trouvée et d'autres chercheurs, aussi bien américains qu'européens, allaient se lancer dans cette voie. En 1938, les écoles américaines avec les recherches de Saul tenant en compte des facteurs psychogéniques dans "l'étiologie du rhume et des troubles associés". De leur côté, T.M. French et F. Alexander examinent en 1941 les facteurs psychiques de l'asthme bronchique. Ils considèrent la crise d'asthme comme un cri refoulé vers la mère. Une nouvelle orientation de la recherche a été prise en 1948 par H. Miller et D. Baruch. Le refus maternel apparaît désormais comme un facteur de grande importance. En 1950, Alexander émet l'hypothèse que le système nerveux sympathique est employé pour fournir de l'énergie afin de contrôler les émotions. Désormais, les travaux se diversifient et les opinions, tout en demeurant sur la même position, celle énoncée par Dunbar en 1938, diffèrent notablement. L'école française a ensuite adopté différentes évolutions illustrées notamment par des auteurs tels que Ziwar, Marty, Racamier, M. Soulé (1959), L. Kreisler (1974, 1981, 1987), J. Mac Dougall (1982, 1989), D. Anzieu (1982), Sami Ali (1984, 1987). Ce sont les travaux de P. Marty (1976-1980) qui ont eu l'impact le plus profond sur cette recherche et qui ont également inauguré la théorie psychosomatique de ce que l'on appelle l'école de Paris (Foliot, 2004, p.1845).

2. Définition de l'asthme

Il existe des diverses définitions de l'asthme, on peut retenir la définition suivante donnée par le consensus international sur l'asthme de la Globale Initiative for Asthma (GINA):

L'asthme est « *une maladie hétérogène, caractérisée par une inflammation chronique des voies aériennes qui se traduit cliniquement par des symptômes respiratoires tels que les sifflements, l'essoufflement, l'oppression thoracique et une toux variable dans le temps et en intensité. Ces symptômes sont associés à une limitation variable des débits expiratoires* » (Global Initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention, 2022, p. 20).

D'après L'organisation mondiale de la santé (OMS). L'asthme est « *une maladie chronique qui touche les enfants et les adultes. Les voies aériennes dans les poumons se rétrécissent à cause de l'inflammation et du resserrement des muscles qui entourent les voies respiratoires fines. Cela provoque les symptômes de l'asthme : toux, sifflement, essoufflement et gêne respiratoire* » (<http://who.int.fr>).

Ce qui concerne la définition de la CIM 11 est la suivante : L'asthme est « *une affection inflammatoire chronique des voies respiratoires dans laquelle de nombreuses cellules et éléments cellulaires jouent un rôle. Il se caractérise par une sensibilité accrue de la trachée et des bronches à divers stimulus et se manifeste par un rétrécissement des voies respiratoires dont la sévérité varie soit spontanément, soit à la suite d'un traitement*» (<http://id.who.int>).

Toutefois, L'asthme est « *une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes caractérisée par une hyperréactivité bronchique responsable de symptômes évocateurs, tels que la dyspnée, la toux et les sifflements expiratoires. Les manifestations cliniques de l'asthme peuvent varier selon l'intensité et la fréquence des crises, qui peuvent être spontanées ou déclenchées par des facteurs divers. Le diagnostic de l'asthme repose sur l'association des symptômes cliniques à des signes fonctionnels respiratoires, tels que la spirométrie ou la mesure du débit de pointe. Le traitement de l'asthme repose sur une prise en charge globale, associant un traitement de fond anti-inflammatoire et un traitement symptomatique bronchodilatateur* » (Grenier, 2016).

Ainsi, L'asthme est « *une maladie chronique des voies respiratoires caractérisée par des épisodes récurrents de respiration sifflante, d'essoufflement, de serrement de poitrine et de toux, en particulier la nuit ou tôt le matin. Les symptômes de l'asthme sont causés par une inflammation des voies respiratoires qui réagit à des facteurs déclenchant tels que les allergènes, les irritants chimiques, l'effort physique ou les infections respiratoires* » (Dorland, 2011).

Donc, d'après le dictionnaire médical l'asthme est « *une affection caractérisée par une dyspnée paroxystique à prédominance expiratoire. Elle est due à une sténose bronchiolaire par spasme de la musculature lisse des bronchioles ainsi que par œdème et hypersécrétion de la muqueuse d'une hyperréactivité bronchique à des stimuli divers* » (Quevauvilliers, 2007, p. 49).

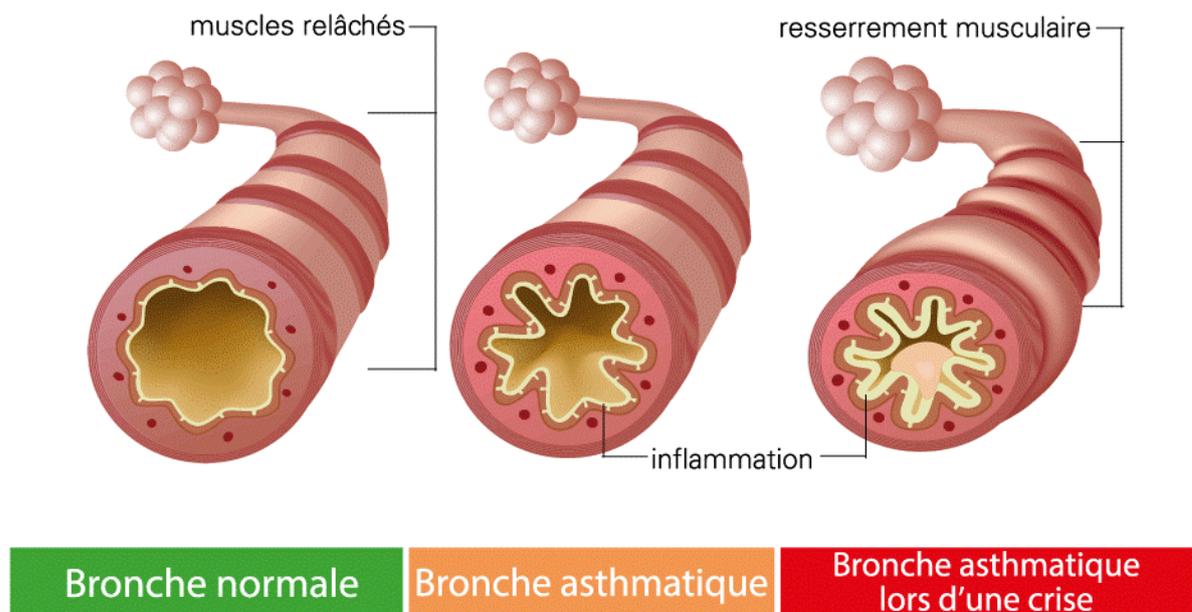


Figure 1: Vue d'ensemble des voies respiratoires chez un individu asthmatique

3. Epidémiologie de l'asthme

A l'échelle internationale

L'asthme est selon l'OMS une maladie non transmissible (MNT) de première importance qui touche les enfants et les adultes.

En 2019, on estime que 262 millions de personnes souffrent d'asthme (<http://who.int.fr>). en 2020, l'OMS avance le chiffre de 339 millions de personnes souffrant de l'asthme dans le monde (<http://who.int.fr>).

Le GINA et l'OMS, estiment que l'asthme atteint environ 300 millions des personnes dans le monde, que sa fréquence augmente régulièrement depuis 40 ans et que sa mortalité reste inquiétante, avec plus de 250000 morts par an dans le monde . Avec 15 millions d'années de vie compromises annuellement par la maladie, selon l'estimation de l'OMS.

L'asthme est une maladie mortelle. Aux USA le taux de mortalité est passé de 0,8 à 2,1 pour 100 000 habitants, alors qu'en France, on dénombre 2 000 décès/an .Selon les dernières estimations de l'OMS publiées en décembre 2016, il y a eu 383 000 décès dus à l'asthme en 2015, la plupart dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Ihadjadene, 2018, p. 21).

Entre ISAAC Phase I et Phase III, la prévalence de l'asthme a augmenté globalement chez les enfants et les adolescents est passée de 11,1 à 11,6% et de 13,2 à 13,7%, respectivement (Ferrante & La Grutta, 2018).

A l'échelle nationale

Au cours des 20 à 30 dernières années, la fréquence des maladies allergiques a augmenté de manière considérable. En Algérie, la prévalence de l'asthme chez l'enfant est estimée à 8,7% (Société algérienne de pédiatrie, 2010).

Une étude s'est déroulée en plusieurs phases, dans 2 groupes d'âge différents 6-7ans (38 pays) et 13-14 ans, (56 pays) avec questionnaire écrit ou vidéo questionnaire :

La phase I a montré d'importantes variations géographiques dans la prévalence et la sévérité de l'asthme et a permis de distinguer 3 groupes de pays selon le taux de prévalence : faible (< 5%), moyen (5-10%) et fort (>10%). L'Algérie se situe dans le groupe de moyenne prévalence.

Au cours de la phase III, on note une stabilisation de la prévalence de l'asthme chez l'adolescent des pays industrialisés durant la dernière décennie, en revanche l'augmentation se poursuit dans les pays en voie de développement.

Les causes de cette augmentation sont mal connues, mais elles combinent probablement une augmentation des expositions aux allergènes et aux polluants et une perte de facteurs protecteurs immunologiques.

L'Algérie a participé à l'étude ISAAC phase I- phase III. Les chiffres de prévalence montrent une hausse de 5,9% à 8,7% entre les deux phases. (Société algérienne de pédiatrie, 2010).

4. Symptomatologie de l'asthme

Les caractéristiques suivantes sont typiques de l'asthme et, si elles sont présentes, augmentent la probabilité que le patient souffre d'asthme

Symptômes respiratoires de respiration sifflante, essoufflement, toux et / ou oppression thoracique :

- Les gênes respiratoires épisodiques.
- Les épisodes de sifflements.
- La toux spasmodique.
- L'oppression thoracique.
- Les patients (surtout les adultes) éprouvent plus d'un de ces types de symptômes.
- Les symptômes sont souvent pires la nuit ou tôt le matin.
- Les symptômes varient dans le temps et en intensité.
- Les symptômes sont déclenchés par des infections virales (rhumes), l'exercice, l'exposition à des allergènes, les changements de temps, le rire ou des irritants comme les gaz d'échappement des voitures, la fumée ou les odeurs fortes (GINA, 2022, p. 21).

5. Le diagnostic de l'asthme

Le GINA 2014 suggère des critères plus sévères et souligne la nécessité de valider le diagnostic d'asthme afin de réduire le nombre de patients mal diagnostiqués. (soit les faux positifs, soit les faux négatifs) (GINA, 2014).

Le GINA encourage la documentation du diagnostic avant le début du traitement (si possible) et fournit des recommandations pour le diagnostic si le patient est déjà sous traitement.

Ce diagnostic est basé sur :

- La présence des symptômes respiratoires caractéristiques;
- La preuve, au moins une fois, d'une limitation variable du débit d'air (VEMS/CVF < 0,75-0,80 pour les adultes ou < 0,90 pour les enfants) accompagnée d'une variabilité de la fonction respiratoire.
- La réversibilité immédiate du VEMS après bêta-2 mimétiques à courte durée d'action (adultes, VEMS > 200 ml et 12 % de la valeur initiale; enfants : VEMS > 12% de la valeur initiale)
- Une amélioration après un traitement d'essai pendant 4 semaines, en dehors des épisodes infectieux (adultes, VEMS > 200 ml et 12 % de la valeur de base)
- Une variation du débit expiratoire de pointe (DEP) mesurée pendant 2 semaines (variation moyenne du DEP > 10 % pour les adultes et > 13 % pour les enfants)
- un test de provocation d'exercice positif (une chute > 10 % et 200 ml du VEMS pour les adultes ou > 12 % du VEMS ou > 15 % du DEP pour les enfants) (GINA, 2022).

Ainsi, hyperréactivité bronchique et inflammation des voies respiratoires sont, selon le GINA 2014, habituellement présentes mais ne sont ni nécessaires, ni suffisantes pour faire le diagnostic (GINA, 2014).

Chez l'enfant âgé de plus de 6 ans, les symptômes qui suggèrent l'asthme sont les suivants : toux, sifflement, difficulté respiratoire, essoufflement, sensation d'oppression... Ces signes surviennent de façon variable dans le temps et en intensité, s'aggravent souvent la nuit et au réveil, sont favorisés par l'effort, le rire, le contact allergène, l'air froid et sont déclenchés ou aggravés par les infections des voies aériennes supérieures virales (GINA, 2012).

6. Le diagnostic différentiel

Les crises sont fréquemment caractérisées par une difficulté à les distinguer clairement, et les symptômes d'encombrement persistent entre les périodes de crises.

- **Obstacles intrinsèques ou extrinsèques :**
 - Laryngomalacie, trachéomalacie, bronchomalacie ;

- sténose trachéale ou bronchique ; – corps étranger;
- adénopathies, kystes ;
- anomalies des arcs aortiques.
- **Autres pathologies respiratoires :**
 - Mucoviscidose
 - dysplasie broncho-pulmonaire
 - dyskinésie ciliaire
 - pathologie d'inhalation.
- **Pathologies digestives :**
 - Reflux gastro-œsophagien
 - fausse-route alimentaire.
- **Pathologie cardiaque :** œdème de la muqueuse par congestion veineuse (insuffisance cardiaque gauche, «asthme cardiaque ») (Gajdos, 2009, p. 455).

7. Les types d'asthme

Sévérité de l'asthme

Il existe quatre niveaux de gravité de l'asthme. Cette classification est suggérée par GINA, une organisation mondiale qui coopère avec des professionnels de la santé publique et des organisations du monde entier :

Au niveau 1, les personnes asthmatiques sont occasionnellement gênées, moins d'une fois par semaine. Au niveau 2, le patient est gêné au moins une fois par semaine et nécessite un traitement de fond comprenant des corticoïdes inhalés, ainsi qu'un bronchodilatateur à action rapide en cas d'exacerbation. Lorsque le patient est gêné quotidiennement par son asthme, cela correspond au niveau 3. Le traitement est alors plus intensif, avec une augmentation de la dose des corticoïdes inhalés. Enfin, le niveau 4 correspond à l'asthme sévère, nécessitant un traitement renforcé et une surveillance accrue pour suivre l'évolution de la maladie (Barthelemy, 2020, p. 6).

Tableau 2: Classification GINA de la sévérité de l'asthme

Critères	Intermittent	Persistant léger	Persistant modéré	Persistant sévère
Symptômes diurnes	<1/semaine	>1/semaine	Tous les jours	Continu
Symptômes nocturnes	<2/mois	>2/mois	>1/semaine	Fréquent
Activités physique	Normale	Normale	Normale	Diminuée
Crises	Rares, brèves	Prolongées	Perturbant le sommeil	Perturbant sommeil et activité
Utilisation des $\beta 2$ mimétiques	Occasionnelle	Occasionnelle	Quotidienne	Quotidienne
VEMS	>80%	>80%	60-80%	<60%
DEP	<20	20-30	>30	>30

(Pierret & Souffir, 2017, p. 85).

7.1. Asthme sévère

Cette maladie est définie par le consensus international American Thoracic Society/European Respiratory Society (ATS/ERS) comme étant un asthme exigeant un certain traitement (fortes doses de corticostéroïdes inhalés en combinaison à un autre traitement, ou corticostéroïdes oraux) en vue de garder le contrôle ou qui demeure non contrôlé en dépit de ce traitement. En outre, les lignes directrices de l'ATS/ERS estiment que l'asthme est sévère chez les personnes âgées de plus de six ans qui nécessitent un traitement de niveau 4 selon le GINA. L'asthme sévère est dû à de multiples causes, dont un pourcentage de sensibilisation élevé aux pneumallergènes, qui se situe entre 43 % et 76 % de l'asthme sévère (Barthelemy, 2020, p. 7).

7.2. Asthme aigu grave (AAG)

L'asthme aigu grave est défini par la présence de signes cliniques de gravité au cours d'une crise d'asthme et/ou d'une valeur de débit expiratoire de pointe (DEP) inférieure ou égale à 30 % de la théorique ou optimale du patient (Maitre et al, 2014, p. 86).

7.3. Asthme a dyspnée continue

C'est une forme également bien connue qui se manifeste par une dyspnée se produisant à l'effort ou au repos, qui est plus ou moins importante et répétée, qui peut mettre en jeu le pronostic vital et aggraver le handicap, voire l'insuffisance respiratoire (Montani & Tcherakian, 2006, p. 183).

7.4. Asthme instable

Grande variation de l'obstruction bronchique dans le temps, avec parfois dégradation rapide, meilleure connaissance de ce type d'asthme avec les mesures répétées du débit de pointe dans le nyctémère (variation du débit de pointe > 20 %). Ces asthmes instables sont l'une des causes fréquentes des asthmes aigus graves (Coulibaly, 2017, p. 41).

7.5. Asthme professionnel

Plusieurs facteurs professionnels représentent des causes d'allergies et de crises d'asthme. Il est bien souvent compliqué de démontrer qu'une crise d'asthme est seulement d'origine professionnelle (Darenau, 2014, p. 4).

7.6. Asthme d'effort

Il s'agit d'une condition courante dont les symptômes respiratoires ressemblent à ceux de l'asthme observés durant la période où est pratiquée une activité physique intense, et dont les effets chez les asthmatiques se manifestent par une constriction des bronches dans un délai de 5 à 10 minutes, fréquemment dès le début de l'effort physique (Benkirane, 2012, p. 38).

7.7. Asthme du nourrisson

Tous les épisodes dyspnéiques avec respiration sifflante qui se manifestent à trois reprises au moins avant l'âge de 2 ans. Maintien de son encombrement entre les crises. Il faut toujours rechercher une cause trophallergique. La sensibilité des tests cutanés est faible à cet âge (Gajdos, 2009, p. 451).

De son côté, la CIM 11 (2022) cite l'asthme dans le chapitre 12 des maladies de l'appareil respiratoire, elle le classe dans les affections des voies respiratoires inférieures, sous le code CA23 et elle cite les types suivants :

7.8. Asthme allergique

L'asthme allergique est le phénotype le plus reconnaissable de l'asthme, qui se manifeste fréquemment dès le plus jeune âge et est lié à des antécédents précoces et/ou familiaux de maladies allergiques, notamment d'eczéma, de rhinite allergique ou d'allergie alimentaire ou médicamenteuse (<http://id.who.int/icd/entity/1870104478>).

Qui est divisé en : **asthme allergique avec exacerbation** : qui s'agit d'épisodes aigus ou subaigus caractérisés par une dégradation constante de la respiration, de la toux, des sifflements et de l'oppression thoracique, ou d'une combinaison de tous ces symptômes chez des patients souffrant d'un asthme allergique avéré. L'asthme allergique est susceptible d'être amplifié par les allergènes auxquels la personne est allergique, ainsi que par d'autres facteurs externes dont les infections respiratoires, les polluants, le changement climatique ou les cofacteurs internes (<http://id.who.int/icd/entity/474902557>).

Asthme allergique avec état de mal asthmatique asthme allergique sans complications. Asthme non-allergique (CA 23.1) comprenant les mêmes sous types que le premier type. Et autres formes précisées d'asthme, enfin, le dernier type est asthme sans précision

8. Etiologie de l'asthme

Même si on n'a pas élucidé les causes profondes de l'asthme, certains facteurs sont mis en avant :

8.1. Facteurs génétiques

La prédisposition familiale demeure le principal facteur prédictif du développement de l'asthme et des allergies. Plusieurs gènes candidats ont été examinés, parmi lesquels une dizaine joue un rôle impliqué (Société algérienne de pédiatrie, 2010).

8.2. Les allergènes

Les allergènes sont des antigènes particuliers susceptibles de déclencher des réponses immunes médiées par les IgE, et être responsables des symptômes cliniques des sujets allergiques. La taille des allergènes est très importante.

Les pneumallergènes : les acariens, les pollens (les plus allergisants sont réunis en 03 catégories: les graminées ou poacées, certains herbacés, les arbres).

Les protéines animales : issues de la peau, des phanères, de la salive, de l'urine ou des matières fécales d'animaux domestiques, de laboratoire ou de loisir.

Les insectes : les blattes, insectes cosmopolites.

Les allergènes professionnels : ils interviennent par des mécanismes allergéniques IgE ou non IgE dépendants (Ig G4) mais aussi irritatifs, toxiques ou pharmacologiques (Ihadjadene, 2018, p. 22).

8.3. Les infections

Infections responsables d'asthme

Les bronchiolites représentent une inflammation aiguë des bronches, résultant essentiellement chez le nourrisson et le petit enfant d'une virose respiratoire par le virus respiratoire syncytial (VRS) constitue le principal facteur de risque d'apparition d'un asthme à l'âge de 3 ans (Benboudjema, 2018, p. 11).

Infections prévenant asthme et allergies

Inversement d'autres infections (virales ou bactériennes) de la petite enfance pourraient détourner le système immunitaire et prévenir le développement de maladies allergiques c'est la théorie dite hygiénique (Ihadjadene, 2018, p. 23).

8.4. Pollutions

Pollution domestique

La pollution domestique inclut l'exposition aux allergènes domestiques, mais aussi l'exposition à de nombreux polluants comme le tabac, les produits de chauffage ou les produits impliqués dans les matériaux de construction des meubles. Elle concerne principalement les enfants (Benboudjema, 2018, p. 12).

Pollution atmosphérique

Les polluants tels que l'ozone et les particules déclenchent les crises d'asthme. En revanche, il n'est pas démontré que la pollution atmosphérique contribue à la genèse de l'asthme (Société algérienne de pédiatrie, 2010, p. 9).

Rôle des facteurs psychogènes dans l'asthme :

Depuis longtemps, le rôle des facteurs psychogènes est connu. L'asthme était envisagé comme étant une manifestation psychogène de l'organisme et était désigné sous le nom d'asthme bronchique ou asthme neurogène. Toutefois, ce sont les travaux de Pirquet, portant sur l'allergie, et ceux de Richet-Portler et Arthus, consacrés à l'anaphylaxie, qui ont permis de démontrer le rôle de la réaction allergique de l'organisme dans la survenue de l'asthme bronchique. Cependant, l'intérêt concernant cette influence des facteurs psychogènes reste toujours d'actualité et vivace. Quelques auteurs jugent le rôle des facteurs psychogènes dépassé, d'autres rejettent son emprise ; toutefois, la majorité des auteurs admettent que les facteurs psychogènes provoquent des crises d'asthme dans le cas d'un asthme installé, liées à une infection, à une allergie, etc. (Marinkovic, 1959, p.10).

De fait, le rôle relatif des facteurs psychologiques dans le déclenchement ou l'aggravation de la maladie a toujours fait débat. Si l'allergie respiratoire est largement dominante, celle-ci réagit cependant à des mécanismes qui dépassent le seul cadre de l'allergie.

9. Traitement de l'asthme

De nombreux traitements de l'asthme ont été découverts grâce aux progrès de la recherche dans le domaine thérapeutique. Les possibilités thérapeutiques spécifiques sont les suivantes :

a. Bronchodilatateurs

Les β_2 -mimétiques : provoquent une relaxation du muscle lisse bronchique.

Les anticholinergiques : utilisés essentiellement en cas de crise.

La théophylline est de moins en moins utilisée car de maniement difficile (inactive par voie inhalée, effets secondaires, risque de surdosage).

b. Anti-inflammatoires**Les corticoïdes**

- Les corticoïdes inhalés : Ils constituent la base du traitement de fond de l'asthme persistant.

- les corticoïdes oraux : Ils sont réservés au traitement des crises d'asthme ou des exacerbations asthmatiques, en cure courte.

Les anti-leucotriènes

Ils ont une action broncho constrictrice.

c. Traitement inhalé

La majorité des traitements antiasthmatiques sont administrés par inhalation. Cela permet d'obtenir une efficacité maximale avec un minimum d'effets secondaires, car ils ont une faible absorption systémique (Benboudjama, 2018, p. 18).

10. Le contrôle de l'asthme et outil d'évaluation du contrôle :

Le contrôle de l'asthme apprécie l'activité de la maladie sur quelques semaines (1 à 3 mois) selon l'existence des symptômes diurnes, des symptômes nocturnes, la fréquence des crises, la notion de limitation des activités ou du recours à l'utilisation des bronchodilatateurs. Le contrôle de l'asthme permet de graduer la sévérité de l'asthme en 3 niveaux : contrôlé, partiellement contrôlé, non contrôlé (GINA 2006).

Tableau 3: Critère de contrôle de l'asthme selon GINA 2006

Critères	Contrôlé	Partiellement contrôlé	Non contrôlé
Symptômes diurnes	≤ 2 /semaine	> 2 /semaine	≥ 3 manifestations d'asthme partiellement contrôlé dans 1 semaine
Symptômes nocturnes	Aucun	Présents	
Limitation des activités	Aucune	Présente	
Utilisation des $\beta 2$ mimétiques CDA	≤ 2 /semaine	> 2 /semaine	
Fonction respiratoire (VEMS ou DEP)	Normale	$< 80\%$ valeur théorique ou maximale personnelle	
Exacerbations	Aucune	≥ 1 /an	1 dans 1 semaine

(Pierret & Souffir, 2017, p. 87).

Le contrôle repose principalement sur la quantification des symptômes qui sont recherchés par l'interrogatoire mais qui peuvent également être mesurés par des

questionnaires simples et rapides à réaliser, qui ont été développés pour être utilisés en pratique clinique, parmi lesquels l'Asthma Control Questionnaire et l'Asthma Control Test.

Asthma Control Questionnaire (ACQ)

Il permet d'évaluer le contrôle de l'asthme en prenant en compte trois éléments : la mesure du VEMS en pourcentage de la valeur prédite, la fréquence d'utilisation des bronchodilatateurs de courte durée d'action et l'activité de l'asthme. Ces évaluations sont réalisées en se basant sur la semaine précédente.

L'activité de l'asthme est évaluée à l'aide de cinq questions concernant le réveil nocturne dû aux symptômes de l'asthme, la sévérité des symptômes matinaux, la limitation des activités quotidiennes en raison de l'asthme, l'essoufflement et la fréquence des sifflements dans la poitrine. Les réponses à ces questions, ainsi que la mesure de la capacité pulmonaire, sont notées de 0 (bon ou jamais) à 6 (mauvais ou tout le temps). La moyenne des réponses à ces sept éléments donne un score global qui varie de 0 (asthme totalement contrôlé) à 6 (asthme très mal contrôlé). Si le score ACQ dépasse 1,5, cela indique que l'asthme n'est pas contrôlé (Ihadjadene, 2018, p. 39).

Asthma Control Test (ACT)

L'ACT est un outil destiné aux adultes et aux adolescents (âgés de 12 ans et plus) qui permet de mesurer rétrospectivement le contrôle de l'asthme sur une période de 4 semaines. Il se compose de cinq questions portant sur la limitation des activités quotidiennes, l'essoufflement, les symptômes nocturnes, l'utilisation de bronchodilatateurs à action rapide et l'évaluation personnelle du niveau de contrôle par le patient. Chaque question propose cinq choix de réponse, codés de 5 à 1. Un score total, variant de 5 (asthme totalement non contrôlé) à 25 (asthme parfaitement contrôlé), est utilisé pour classer les patients en trois groupes : non contrôlé (score inférieur à 20), contrôlé (score entre 20 et 24) et parfaitement contrôlé (score de 25).

L'ACT a été validé et il permet de prendre en compte les multiples dimensions de l'asthme. C'est une méthode simple qui peut être facilement intégrée à la pratique clinique quotidienne. Il est reproductible, que ce soit sous la forme d'un auto-questionnaire ou lors des consultations médicales de suivi (Ihadjadene, 2018, p. 40).

Section III : L'asthme : Aspect psychologique

1. Rôle des facteurs psychogènes dans l'asthme

Le rôle de facteurs psychogènes a été remarqué depuis longtemps. L'asthme a été considéré comme une réaction psychogène de l'organisme et on l'appelait l'asthme bronchiale ou neurogène. Ce sont les travaux de Pirquet, concernant l'allergie, et les travaux de Richet-Portler et Arthus, concernant l'anaphylaxie qui ont mis en évidence la réaction allergique de l'organisme dans la genèse de l'asthme bronchiale. Mais l'intérêt pour l'influence de facteurs psychogènes est resté toujours actuel et vif. Certains auteurs ont abandonné le rôle de facteurs psychogènes comme périmés, les autres ont renoncé à son influence ; cependant, la plupart des auteurs est d'accord que les facteurs psychogènes peuvent provoquer les crises asthmatiques dans l'asthme existant, associées avec une infection, l'allergie etc (Marinkovic, 1959, p. 10).

En effet, L'importance relative des facteurs psychologiques quant à l'apparition ou l'aggravation de la maladie a toujours fait l'objet de discussions. Si l'allergie respiratoire est majoritaire, elle répond néanmoins à des mécanismes qui débordent la seule allergie. L'asthme a donné lieu à de très nombreuses études que l'on peut regrouper selon que l'explication biologique est considérée comme pure, prépondérante, ou que l'origine psychogénétique est considérée comme dominante. Certains allergologues tiennent davantage compte des facteurs psychosomatiques parce qu'ils ont remarqué la présence de facteurs psychologiques dans les formes d'emblée ou secondairement graves, ainsi que les obstacles qu'ils entraînent dans la conduite du traitement allergologique : Les facteurs émotionnels déclenchant sont habituellement présentés à la suite des autres facteurs – climatiques ou infectieux – et décrits en termes de peurs, colères, conflits familiaux ou scolaires, dans un certain nombre de travaux, la mise en évidence des facteurs psychologiques est là, comme pour rassurer par des éléments scientifiques des appréhensions liées à un abord psychologique et a plupart des somaticiens font une large place aux conséquences secondaires de l'asthme. Comme toute maladie chronique, il modifie la personnalité de l'enfant et de sa famille. Certains même réduisent l'abord psychosomatique de l'asthme à l'aspect restreint de ses conséquences secondaires, les perturbations psychologiques considérées comme la conséquence de l'asthme venant alors, en tant qu'agent d'agression, aggraver l'état de l'enfant en une sorte de cercle vicieux. Beaucoup ne s'intéressent aux facteurs psychologiques que s'il y a échec du traitement de désensibilisation. C'est devant l'aggravation ou la répétition des

crises sans justification immunologique qu'ils tiennent compte des problèmes psychopathologiques de l'enfant et de sa famille (Foliot, 2004, p. 1847).

Ainsi, bien que l'*asthme* soit déterminé par un mécanisme biologique (qui, le plus fréquemment, est une réaction de type allergique), il est désormais démontré que des *facteurs psychologiques* peuvent influencer ce mécanisme comme le stress émotionnel (Onnis, 2009, p. 8).

2. Conséquences psychologiques de l'asthme

L'asthme est vécu différemment en fonction des représentations que chacun a de sa maladie. Chez certains patients, le vécu psychologique peut prendre une place centrale et déterminer l'évolution de l'asthme. Ainsi, la maladie asthmatique peut se compliquer de troubles de l'adaptation qui freinent le traitement, voire d'authentiques troubles anxieux ou dépressifs qui requièrent l'intervention de spécialistes de santé mentale. Plus encore, le vécu psychologique peut influencer l'intensité et la fréquence des symptômes physiques eux-mêmes (Rolland-Debord, 2021, p. 721).

Ainsi, l'association entre l'asthme et les troubles dépressifs est fréquente avec une influence négative sur le contrôle de la maladie asthmatique (Kechnaoui, Ljim & Amro, 2023, p. 179).

Dans ce cadre, la composante psychologique, en particulier la dépression, a une influence négative sur le contrôle de l'asthme. Dans la littérature, la dépression est fréquente chez les patients asthmatiques. Il existe une relation entre un mauvais contrôle de l'asthme et la présence d'une dépression et vice versa (Ahsino et al, 2021, p. 296).

Dès lors, l'asthme est une maladie psychosomatique qui suscite des réactions émotionnelles. La dépression et l'anxiété sont des facteurs ayant une influence négative sur le contrôle de la maladie asthmatique. Une relation claire entre les facteurs psychopathologique et les manifestations atopiques était longtemps admise (El Ismaili et al, 2018, p. 278).

Il est de plus en plus admis aujourd'hui que certains facteurs psychiques sont susceptibles d'influencer la santé somatique et le contrôle de maladies chroniques. La présence de troubles anxieux et dépressifs est souvent suspectée d'expliquer au moins en partie le mauvais contrôle de la maladie asthmatique. L'alexithymie, qui correspond à un

déficit dans l'expression des émotions, se retrouve également dans la liste des comorbidités associées à l'asthme (Barthelemy, Fernandez, Devouassoux & Pradat, 2023, p. 2).

Par ailleurs, la qualité de vie peut être altérée chez les patients asthmatiques. La dégradation de la qualité de vie est largement corrélée au contrôle de l'asthme (Lakhdar et al, 2014, p. 266).

En effet, il semble ainsi que l'asthme occupe une place à part parmi les maladies chroniques en raison des importantes conséquences psychologiques associées. Tout d'abord, l'asthme peut commencer dès l'enfance obligeant la personne à se confronter à l'identité de malade et à adapter son quotidien dès les premières années de la vie. Comme dans le diabète ou d'autres maladies chroniques qui émergent dès l'enfance, l'asthme est alors parfois un élément structurant dans la construction identitaire, les jeunes patients prenant part à des réunions communautaires orientées autour de leurs singularités inscrites dans leur pathologie chronique. Une autre spécificité de la maladie asthmatique est l'importance réelle ou symbolique de l'organe qu'elle affecte. « Respirer c'est vivre », à tel point que dans l'imaginaire collectif la mort est plus souvent associée à l'arrêt de la respiration qu'à celui du cœur (Rolland-Debord, 2021, p.722).

Les maladies chroniques changent le mode de vie d'une personne et exigent une adaptation continuelle. L'acceptation de la maladie et des changements qu'elle engendre est difficile en cette période de transition qu'est l'adolescence. Les besoins des adolescents qui vivent dans l'immédiateté et le besoin de normalité sont souvent incompatibles avec une gestion optimale d'une maladie chronique. L'adolescence est une période à risque de faible contrôle de l'asthme (Cisamolo et al, 2017, p. 365).

Ainsi, les adolescents asthmatiques constituent un groupe distinct de patients ayant des problèmes et des besoins différents par rapport aux adultes (Hamdi et al, 2023, p. 181).

Ainsi, les besoins d'autonomie et de normalité de l'adolescence expliquent les conduites de rejet des adolescents asthmatiques vis-à-vis de leur maladie et donc des traitements. Il leur est difficile de percevoir l'asthme comme une maladie chronique et d'assimiler l'intérêt de la prise en charge proposée. La compréhension par le patient des finalités de la prise en charge de sa maladie est nécessaire à l'adhésion au projet thérapeutique (Cisamolo et al, 2017, p. 369).

Dans ce cadre, l'adolescence est une phase de transition entre l'enfance et le monde des adultes, l'asthmatique adolescent se trouve confronté aux contraintes d'une maladie chronique et aux pulsions incontrôlables de l'adolescence, l'aboutissement de cette situation en est une négligence du traitement, allant jusqu'à l'abandon thérapeutique (Manaa et al, 2023, p. 66).

Dès lors, l'inobservance thérapeutique est un problème majeur dans la prise en charge des adolescents asthmatiques. Être ou ne pas être observant vis-à-vis de son traitement semble être un choix délibéré de l'adolescent. Ce choix est principalement influencé par le niveau de connaissances concernant la maladie et le rôle du traitement, et par la capacité d'acceptation de la maladie. L'observance thérapeutique entre en conflit avec les aspirations de l'adolescence. Les adolescents souhaitent avoir une part active dans l'élaboration du projet thérapeutique. Les parents ont une place importante et complexe dans la gestion de la maladie (Cisamolo et al, 2017, p. 364).

Par ailleurs, le retentissement psychologique de l'asthme est très variable entre les patients, ou même chez un même patient à différents moments de son histoire. Cependant, quelle que soit cette histoire, l'asthme exige du sujet l'intégration d'une pathologie chronique à sa vie. S'ensuivent des remaniements complexes, qu'il s'agisse de l'organisation du quotidien, de la représentation de soi et de l'identité, ou du deuil du corps non malade. Souffrir d'une maladie chronique expose ainsi les individus à une situation de menace qui nécessite une adaptation cognitive, émotionnelle, comportementale et sociale continue (Rolland-Debord, 2021, p. 730).

L'adolescence est une période riche de changement et qui met le jeune à l'épreuve, mais qui n'est pas difficile pour tous. L'asthme a un retentissement psychologique majeur chez les adolescents. Les adolescents souffrant d'asthme ont un risque augmenté de dépression et les adolescents dépressifs, un risque accru de comportements suicidaires (Underner et al, 2022, p. 366).

Les études antérieures

En 2020, une thèse de doctorat réalisée en Algérie, par M. Oudjedi Adda, qui a fait une « *Etude de l'impact de l'exercice physique sur l'asthme chez les enfants et adolescents scolarisés* », L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence de l'AIE chez les enfants et adolescents scolarisés de la ville de Chlef. C'est une étude transversale descriptive, 122

enfants et adolescents scolarisés âgés de 10-16, un questionnaire ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), et une épreuve d'effort (course libre de 6 minute) ont été utilisés avec une évaluation clinique et fonctionnelle avant et après l'effort physique. En plus, on a utilisé un questionnaire pour évaluer les connaissances des enseignants d'EPS sur l'asthme et l'asthme d'effort. Les résultats obtenus est 36 élèves ont été exclus du protocole pour de différents raisons (Fonction pulmonaire de repos anormale, Tachycardie, Grippe, Effort insuffisant.etc.). L'épreuve d'effort a permis d'objectiver une prévalence de l'AIE de 10.5%. Dans cette étude, la toux est le symptôme les plus fréquents chez les enfants qui ont un asthme d'effort. De plus, 80% des enseignants d'EPS ont un enfant asthmatiques dans leurs classes, 87.5% n'ont pas les compétences nécessaires afin de faire face aux crises d'asthme et ne savent pas comment aménager leurs programmes d'EPS. Cette étude à permet d'estimer la prévalence de l'asthme et de l'asthme induit par l'exercice chez les enfants et adolescents scolarisés et évaluer les connaissances et les compétences des enseignants d'EPS en face aux urgences et la disponibilité d'un plan d'action pour intégrer l'enfant asthmatiques dans les cours d'EPS.

En 2021, une étude est faite en France réalisé par M. Underner a, G. Peiffer b J. Perriot c, I. De Chazeron d, N. Jaafari a, qui ont étudiés sur « Asthme et comportements suicidaires chez les adolescents: revue systématique ». L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'association entre asthme et comportements suicidaires : idées suicidaires (IS), projet suicidaire (PS) et tentatives de suicide (TS), chez les adolescents en population générale. C'est des recherches sur Medline pour la période 1980-2021. En ce qui concerne les résultats obtenus, Parmi les 15 études incluses, la majorité d'entre elles retrouvait une association significative positive entre asthme et comportement suicidaire. Parmi les 10 études évaluant les IS (avec ou sans PS), 9 retrouvaient une association positive entre asthme et IS. Huit études concernaient les TS. Cinq études transversales et une étude prospective retrouvaient une association positive entre asthme et TS. Seule une enquête cas-témoin ne montrait pas d'association entre asthme et TS après une hospitalisation pour asthme. Les deux études transversales analysant le risque suicidaire (IS, PS et TS) retrouvaient une association positive entre asthme et au moins un comportement suicidaire (OR = 1,71 ; $p < 0,001$). Toutefois, plusieurs études n'incluaient pas la dépression dans les facteurs d'ajustement.

En 2019, toujours en France, une thèse de doctorat réalisé par Édith Barthélémy, qui a étudié « *Asthme, tabagisme et déficits émotionnels* », L'objectif principal de cette étude est de

mieux comprendre les relations et les effets entre les facteurs médicaux et les facteurs psychologiques tels que l'alexithymie, la dépression, l'anxiété, les émotions chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs. Cette étude s'inscrit dans une approche mixte incluant des méthodes quantitatives et qualitatives, où ils ont une série de questionnaires à 70 patients atteints d'asthme (17 % d'hommes, 82 % de femmes, âge moyen : 54 ans +/- 13,7), en visant l'évaluation du contrôle de l'asthme (ACT, ACQ), de l'observance thérapeutique (MARS-5), de la qualité de vie (mini-AQLQ), de l'alexithymie (TAS-20), de l'anxiété et de la dépression (HADS), des émotions (échelle de Diener) et du tabagisme (Fagrestrom, QCT). Deux épreuves projectives (dessin de l'arbre et dessin de la personne) leur ont également été proposées, ainsi qu'un entretien sur leur parcours avec l'asthme et le tabac. L'étude a conclu que les relations entre la sévérité de l'asthme, son contrôle et la qualité de vie, ainsi que des relations entre alexithymie, anxiété, dépression et émotions sont négatives chez les patients asthmatiques. Les résultats suggèrent également que les facteurs médicaux et les facteurs psychologiques sont d'autant moins bons que les patients sont alexithymiques, dépressifs, anxieux ou qu'ils aient un asthme partiellement ou pas contrôlé.

On retourne en Algérie, un article nommé « *Psychological pension (attachment style) for patient child of asthma* », qui a été réalisé en 2019 par Achouri Sonia. L'objectif de cette étude était de détecter le processus de construction d'un enfant asthmatique à travers l'examen de la variable l'attachement comme un composé essentiel pour le développement psychologique de l'enfant et en introduisant les formes suivantes : "L'enfant malade d'asthme enregistre-t-il un modèle d'attachement malsain (malade)" ? Et pour répondre à cette question, elle a formulé les hypothèses suivantes :

- Les enfants malades d'asthme ont un style d'attachement résistant.
- L'enfant malade d'asthme enregistre un style d'attachement évitant.

Pour tester la sincérité des hypothèses, elle a adopté une étude clinique sur l'analyse du contenu du programme d'études cliniques et techniques et la mesure du type de réseau : Avoir un attachement malsain (malade) lorsque l'enfant est asthmatique. (À la fois de type résistant ou évitant), de sorte que la première situation et la seconde reflètent un modèle de résistance et d'évitement. Et la deuxième situation reflète un modèle d'attachement résistant, tandis que la troisième situation reflète une maladie de l'attachement résistant.

En 2018, une thèse de doctorat réalisée en Algérie par IHADJADENE Lila, qui a étudiée « *Association entre l'anxiété, la dépression et le contrôle de l'asthme* ». Où elle a utilisée le contrôle de l'asthme qui a été apprécié par l'asthma control test (ACT), l'anxiété par le Beck anxiety inventory (BAI) et la dépression par l'échelle de dépression de Hamilton (HAMD). 300 sujets asthmatiques ont été inclus, 218 (72.7%) sont de sexe féminin, la moyenne d'âge était de 51 ans, la fréquence de l'anxiété chez les asthmatiques non contrôlés était de (42.3% $p=0.00004$), celle de la dépression était de 38.7% ($p < 10^{-6}$) et celle de l'anxiété et dépression était de 40%, venant en tête de tous les facteurs et comorbidités à l'origine du non contrôle, classés par ordre de fréquence décroissant comme suit : l'obésité, la rhinite, la sévérité de l'asthme, le RGO, le tabagisme passif et les cardiopathies, et d'autres éléments peuvent être incriminés dans l'anxiété, la dépression et le non contrôle de l'asthme, ce sont le sexe féminin, le statut matrimonial (veuvage, divorce) et la catégorie professionnelle (pouvant refléter les niveaux d'instruction et socio-économique).

En 2017, un article est mis en ligne en France, par I. Cisamolo, O. Duquesne, B. Escourrou, A. Didier b, S. Oustric nommé « *Renouveler l'annonce de la maladie asthmatique à l'adolescence. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés* ». Le but de cette étude est d'étudier le ressenti des adolescents asthmatiques vis-à-vis de la prise en charge de leur maladie afin d'identifier des raisons à cette inobservance thérapeutique. C'est une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés avec analyse thématique réalisée auprès de seize adolescents asthmatiques entre août 2013 et mars 2014 en région Midi-Pyrénées. Les résultats les plus importants ont conclu qu'être ou ne pas être observant vis-à-vis de son traitement semble être un choix délibéré de l'adolescent. Ce choix est principalement influencé par le niveau de connaissances concernant la maladie et le rôle du traitement, et par la capacité d'acceptation de la maladie. L'observance thérapeutique entre en conflit avec les aspirations de l'adolescence. Les adolescents souhaitent avoir une part active dans l'élaboration du projet thérapeutique. Les parents ont une place importante et complexe dans la gestion de la maladie.

Un article est mis en ligne en Tunisie, par S. Aouadi, A. Bayoudh1, M. Guermani, H. Gharsalli, F. Ellouze, S. Maâlej, L. Douik El Gharbi, qui se nomme « *Qualité de vie dans l'asthme : degré d'altération et facteurs associés* ». Son objectif est d'évaluer le degré d'altération de la qualité de vie des patients suivis pour asthme et déterminer ses facteurs associés. C'est une étude transversale. Elle a concerné un groupe de 100 asthmatiques. L'étude s'est déroulée durant le mois de juin 2014, à la consultation externe du pavillon « D »

de l'hôpital A. Mami. La qualité de vie a été évaluée à l'aide de l'Asthma Quality of Life Questionnaire ('AQLQ). Le contrôle de l'asthme a été évalué à l'aide du test de contrôle de l'asthme (ACT). Résultats L'âge moyen des asthmatiques était de $45,8 \pm 16,4$ ans. La sex-ratio F/H était de 2,2. L'âge du début de l'asthme était de 27 ± 15 ans. La durée d'évolution de la maladie était de 18 ± 16 ans. Un peu plus de la moitié des patients suivis pour asthme (57 %) avait un asthme non contrôlé. La qualité de vie des asthmatiques était considérée comme faiblement altérée chez 40% des patients, moyennement altérée chez 35% des patients et fortement altérée chez 25% des patients. L'altération de la qualité de vie était associée au sexe féminin, à un âge avancé, à un début précoce de la maladie asthmatique, à un mauvais contrôle de la maladie, à une obstruction bronchique persistante et à une fréquence élevée des comorbidités et de troubles émotionnels.

Toujours au Maroc, où il y a une autre étude qui s'est réalisée en 2012, par M. Banouar, F. Benbrahim, A. Asermouh, N. Elhafidi, S. Benchekroun, C. Mahraoui. Qui ont étudié « *Vécu de l'adolescent asthmatique* ». L'objectif du travail est d'étudier le vécu de l'adolescent asthmatique et d'évaluer l'observance thérapeutique à cet âge. C'est une étude prospective s'étalant sur une période d'un an. Ont été inclus tous les enfants asthmatiques suivis à la consultation de pneumo allergologie pédiatrique à l'hôpital d'enfant de rabat âgés de plus de 12 ans. Un questionnaire était établi comprenant plusieurs volets : l'environnement familial, le vécu scolaire, l'activité sportive, le tabagisme et l'autonomie ; et à l'adolescent à la fin de la consultation de suivi en l'absence des parents et du médecin traitant. Les résultats suggèrent que cent adolescents avaient répondu au questionnaire. L'âge moyen était de 14 ans (extrêmes 12, 20). Les doses prescrites étaient respectées par 90 adolescents. Le traitement médicamenteux de fond était oublié dans 70%. Les principales causes étaient l'occupation (40%) et la désorganisation (20%). Le tiers des adolescents interrompaient le traitement médicamenteux de fond sans avis médical. La mauvaise technique d'inhalation était retrouvée dans 90 %. La moitié des adolescents ramenaient leur traitement à l'établissement scolaire et 50 % parmi eux reconnaissaient avoir une exacerbation en classe et la dissimulait dans 10 % des RT des cas. L'avenir professionnel était envisagé avec optimisme : le tiers désirait devenir médecin tandis que 20 % ne savaient pas encore. Les adolescents pratiquaient une activité sportive dans 90. Parmi les adolescents interrogés, trois seulement étaient des fumeurs actifs. Sept adolescents sur dix connaissaient les noms des médicaments et leur indication.

Synthèse

Le corps humain est composé de plusieurs systèmes indispensables à sa survie. Parmi ces systèmes, on cite le système respiratoire. Plusieurs pathologies de l'appareil respiratoire existent dont l'asthme.

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, beaucoup de patients asthmatiques sont des adolescents. Cette maladie a des répercussions sur la vie scolaire, psychologique, somatique et socioprofessionnelle.

Toutefois, certaines personnes font preuves de capacités à résister à une adversité, telle que la maladie chronique, c'est ce qu'on appelle la résilience. Dans ce qui suit, nous y reviendrons sur cette notion en détails.

Chapitre II:

La résilience à l'épreuve de la maladie chez l'adolescent

Préambule

Un individu dit résilient n'est pas pour autant un individu invincible ou invulnérable, il n'est pas intouchable ou inaccessible aux émotions, aux sentiments, à la souffrance.

La résilience, c'est l'art de naviguer dans les torrents. Boris Cyrulnik pense que les pires épreuves sont surmontables, que la guérison est toujours possible, et que nul n'est condamné au malheur. La résilience face à la maladie est la capacité à s'adapter, à récupérer et à maintenir un bien-être physique, émotionnel et mental malgré les défis liés à la maladie. Elle est influencée par des facteurs personnels, sociaux et relationnels, ainsi que par l'utilisation de stratégies d'adaptation positives et efficaces. Un soutien professionnel peut être précieux pour favoriser la résilience face à la maladie.

Section I : Généralités sur la résilience

La résilience, depuis son émergence, a été un sujet d'intérêt majeur dans les sciences humaines et sociales, en particulier en psychologie. Elle désigne la capacité essentielle d'un individu à se développer positivement malgré les épreuves et les difficultés de la vie. La résilience permet de faire face aux adversités, de s'adapter et de se reconstruire. Elle offre la possibilité de transformer les expériences négatives en opportunités de croissance et de renouveau. Enfin, la résilience représente une ressource fondamentale pour surmonter les obstacles et se rétablir avec force et optimisme.

Dans cette première partie, nous aborderons divers aspects de la résilience. Nous commencerons par retracer son histoire, puis nous explorerons les différentes définitions qui lui sont attribuées. Ensuite, nous parlons sur les facteurs de résilience. Nous passerons ensuite en revue les principales approches théoriques de la résilience. Par la suite, nous discuterons des outils de mesure de la résilience Enfin, nous aborderons ses limites de ce concept.

1. Histoire de la résilience

La littérature donne différentes notions et approches de la résilience chez les sujets et les groupes. Les concepts tendent à s'éclaircir avec le temps, mais peuvent changer selon les secteurs d'intervention et des orientations des chercheurs (Anaut, 2015, p. 43).

En effet, le concept de résilience a pu se développer au XXe siècle en raison d'une culture structurée par les techniques et la médecine, qui étaient en plein développement. Les agronomes ont été les tout premiers à faire du mot "résilience" un concept scientifique. La

résilience d'un système socio-écologique est sa possibilité d'absorber des contraintes naturelles telles que la sécheresse et les inondations, et de se restructurer pour maintenir ses fonctions et sa structure. Les métallurgistes ont alors calculé la force d'impact nécessaire pour briser une tige de fer qui, sous cette pression, avait résisté au choc et repris sa forme (Cyrulnik, 2016, pp.298-300).

L'origine du concept de résilience se perd dans la nuit des temps, mais celui-ci est utilisé dans divers domaines depuis 2065 ans au moins. Son parcours est à la fois riche et varié. Il est en effet passé d'une langue à l'autre, d'un certain pays et d'une certaine culture à l'autre, et enfin d'une discipline à l'autre (Alexander, 2016, p. 8).

Ainsi, le concept de résilience est apparu en anglais en 1626 et est dérivé du latin *resilientia*. Il a été utilisé pour la première fois par le philosophe Francis Bacon dans son dernier ouvrage, *Sylva Sylvarum* ou Histoire naturelle, pour se référer à la manière dont l'écho "rebondit". En anglais, le mot résilience signifie "rebondir", "se rétablir" ou "récupérer", ce qui peut être employé dans de multiples domaines (Cyrulnik, 2012)

En psychologie, il a été pour la première fois employé par John Bolby (1969) pour décrire "les personnes qui ne se laissent pas vaincre" (Cyrulnik & Elkaïm, 2010). Les études sur la résilience ont débuté dans les années 1960 et 1970 aux États-Unis et en Grande-Bretagne, avec des pionniers tels que : Norman Garnezy (1971), Emmy Werner (Werner, Smith, 1981) et Michael Rutter (1993). En France, c'est au long des années 1990 que cette approche a réellement fait son apparition. Elle s'est développée et clarifiée à travers en particulier les publications de Michel Manciaux (Manciaux et al, 2001) et de Boris Cyrulnik (1999, 2001) (Anaut, 2020).

Dès lors, le mot "résilience" fait son apparition pour la toute première fois dans une revue scientifique de psychologie ou de psychiatrie en 1942, lorsque Mildred C. Scoville écrit dans l'*American Journal of Psychiatry* à propos de l'étonnante résilience des enfants confrontés à des situations de danger, de mort pendant la guerre. Dans ce texte, Scoville mentionne l'article publié la même année, par Dorothy Burlingham et Anna Freud, qui ont constaté que des enfants ayant subi des attaques à la bombe répétées et très dévastatrices ne manifestaient pas de traces apparentes d'un choc traumatique. La résilience psychologique est devenue un sujet de recherche avec les thèses de doctorat qui ont été soutenues à l'université de Stanford par Jack Block (1950) et Jeanne Block (1951). Les travaux du couple Block ont conduit à l'émergence du concept de résilience du moi, dont le sens a été explicité en 1980,

lorsqu'ils l'ont défini comme l'un des facteurs de l'adaptation. La recherche sur la résilience psychologique s'est fortement développée depuis 1950 et le nombre de ses publications a progressé de manière exponentielle. La preuve en est qu'au 3 mai 2016, la base de données PsycINFO comptait 10 914 articles dont le titre ou le sujet portait sur la résilience (Ionescu, 2016, pp. 31-32).

Cette étude de la résilience a débuté par trois grandes études portant sur des enfants vivant dans des conditions considérées comme défavorables à leur développement.

Dans ce cadre, l'usage scientifique du mot « résilience » est apparu aux Etats-Unis dans la courante année 1950 (Tisseron, 2021, p. 19).

La psychologue américaine Emmy Werner est fréquemment présentée comme la "mère" de la résilience. Ses recherches ont débuté par une étude sur l'île de Kauai dans l'archipel hawaïen en 1955. Cette enquête a suivi une cohorte de 700 enfants pendant 30 ans. La population étudiée était donc constituée de sujets à haut risque suivis de la naissance à l'âge adulte. Cela signifie que les chercheurs les ont observés dans leur environnement naturel. Du point de vue des conditions socio-affectives, les caractéristiques considérées comme des facteurs de risque sont la pauvreté, la violence, la toxicomanie, les difficultés conjugales et la psychopathologie parentale. Sur 200 de ces enfants qui sont considérés à l'âge de deux ans comme étant à haut risque de développer des troubles du comportement, 28% ont évolué de manière positive sans intervention thérapeutique. De plus, ils ont réussi à acquérir un métier, à fonder une famille et à devenir de jeunes adultes compétents et bien intégrés, alors que 72% ont connu une évolution catastrophique (Ionescu & al, 2011, p. 4).

La chercheuse constate que certains de ces enfants ont une capacité particulière à surmonter les traumatismes de la vie et à rester "invaincus" dans leur parcours de vie, ce qui témoigne de l'existence d'un processus de résilience, malgré les différents facteurs de risque auxquels ces enfants ont été exposés (Ionescu & al, 2011, p. 4).

Cette recherche prospective a permis, tout d'abord, de mettre en évidence la réalité clinique de la résilience et de la placer dans un processus développemental. Ainsi, les constats de cette étude à long terme ont permis de poser les bases de l'analyse du fonctionnement de la résilience, en mettant l'accent sur la dynamique du processus, son cheminement au fur et à mesure du déroulement du sujet et sur sa variabilité au fil du temps et selon les sujets (et selon le sexe) (Ionescu & al, 2011, p. 4).

Le psychologue Norman Garmezy et ses partenaires ont étudié, entre 1971 et 1982, dans le contexte du programme "Minnesota Risk", le pronostic des enfants qui ont grandi dans des familles composées de parents schizophrènes. Il révèle que si avoir un parent atteint de cette maladie renforce le risque de la contracter à son tour, 90 % de ses enfants grandissent avec un équilibre adéquat. Par ailleurs, il a essayé de déterminer les éléments qui pourraient préserver ces enfants à grand risque. Ses études ont ainsi permis de mettre en évidence les mécanismes de la résilience. Selon Norman, ces facteurs de protection se répartissent en trois catégories : ceux qui sont centrés sur l'enfant, ceux qui sont en rapport avec la configuration familiale et, enfin, les facteurs sociaux et environnementaux. Lorsqu'il est confronté à une épreuve, le sujet analyse la situation et adopte la stratégie d'adaptation qui s'appuie sur ces trois ensembles de facteurs (Anaut, 2015, p.50).

Quant à Michael Rutter, il a mené des recherches épidémiologiques et cliniques au cours de la fin des années 1970 et au début des années 1980 auprès d'enfants qui vivaient dans les quartiers déshérités de Londres et dans un secteur rural de l'île de Wight. Les enfants concernés ont été confrontés à de graves conflits parentaux, ils ont vécu au sein de familles dont le statut socio-économique était faible, dans lesquelles la délinquance parentale, les troubles psychiatriques de la mère et les mesures de placement dans des institutions de soins publiques ont également été constatés (Ionescu, 2016, pp. 36-37).

Rutter a constaté que le quart de ces enfants étaient résilients, malgré le fait qu'ils aient été affectés par plusieurs facteurs de risque. Selon Rutter, les facteurs qui renforcent la résilience sont un tempérament facile, une forte maîtrise de soi, des compétences en matière de planification, le fait d'être une femme, une atmosphère positive à l'école et une relation étroite et agréable avec un adulte. Lorsque les enfants entretenaient une relation affectueuse avec l'un de leurs parents même si ceux-ci étaient en conflit, seul un quart d'entre eux présentait des troubles du comportement. Dans le cas contraire, les trois quarts des enfants présentaient un trouble des conduites (Ionescu, 2016, pp. 36-37).

En France, cette démarche a réellement fait son apparition durant les années 1990. Elle a notamment été élaborée et explicitée par les articles de Michel Manciaux et de Boris Cyrulnik. Aujourd'hui, l'approche de la résilience a été élargie à des sujets de toutes générations exposés à des événements traumatiques, qu'ils soient récurrents ou de longue durée. En outre, quelques études s'intéressent plus particulièrement aux familles dites résilientes en tant que groupes, et Drury (2009) et d'autres étudient les "résiliences

collectives". Ces dernières se concrétisent par des attitudes de coopération et de soutien mutuel constatées dans des groupes sociaux victimes du traumatisme collectif (attentats, guerres, catastrophes, tsunamis, tremblements de terre, pandémies, etc.) Il convient toutefois de noter que la psychologie de la résilience continue de s'intéresser principalement aux processus de résilience des individus (Anaut, 2020, p.338)

Après 1970, cette étude de la résilience a évolué en quatre phases consécutives qui se chevauchent en partie dans le temps. Cette première vague a fourni des illustrations intéressantes de la résilience à travers des situations différentes. Dans l'étude de ce phénomène, deux approches ont été élaborées : l'une focalisée sur l'individu et l'autre sur les variables impliquées. La seconde vague s'est concentrée sur la compréhension des processus menant à la résilience au cours du développement. La troisième vague montre une évolution de l'étude de la résilience dans sa construction naturelle vers la promotion de la résilience auprès des personnes confrontées à l'adversité ou à des traumatismes. La quatrième vague de recherche envisage la résilience psychologique d'un point de vue systémique et dynamique (Ionescu, 2016).

L'Algérie a connu dernièrement la publication de plusieurs travaux relatifs à la résilience. En effet, notre pays a connu plusieurs événements traumatiques (guerre de libérations, terrorisme, catastrophes naturelles, etc.) et les chercheurs ont essayé d'investiguer la présence de ce processus (la résilience) chez les victimes ont cité à ce propos : les travaux de Badra- Moutassem- Mimouni (2005) sur la résilience des enfants abandonnés en Algérie, Karim Mekiri (2011) sur la résilience et le traumatisme de guerre, et bien d'autres.

On conclut donc que le terme résilience est venu de la physique, puis il a été transposé à la psychologie, pour désigner l'aptitude du sujet à conserver et /ou à restaurer son équilibre psychique après avoir vécu un événement négatif.

2. Définitions de la résilience

Il existe plusieurs définitions de la résilience de ce fait nous allons commencer par une définition étymologique, car il nous semble important de connaître l'origine du concept de la résilience, puis nous allons présenter d'autres définitions selon certains auteurs les plus connus.

D'après le Dictionnaire historique de la langue française, le terme *résilier* est étymologiquement constitué de *re* (indiquant le mouvement en arrière, le retrait) et *salire*

(sauter, bondir, jaillir). *Résilier* signifie donc littéralement sauter en arrière, se rétracter ou rejaillir (Anaut, 2015, p.45).

Ann Masten définira la résilience comme : « *le processus, la capacité ou les résultats d'une adaptation réussie en dépit de circonstances difficiles ou menaçantes* ». Par la suite, elle proposera des contours plus larges, décrivant la résilience comme : « *la capacité d'un système dynamique à résister ou à récupérer face à des menaces importantes pour la stabilité, la viabilité ou le développement* » (Masten, 2014, p. 32).

Manciaux (2001) a dit que « *La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères* » (M. Manciaux et coll., 2001, p17).

Ionescu (2011) a dit que : « *malgré l'absence d'une définition unique de la résilience, universellement acceptée, il y a, en fait, un accord sur deux points essentiels : 1) la résilience caractérise une personne ayant vécu ou vivant un évènement à caractère traumatisant ou de l'adversité chronique qui fait preuve d'une bonne adaptation (ce qui a des significations différentes selon son âge et le contexte socioculturel dans lequel elle vit) et 2) que la résilience est le résultat d'un processus interactif entre la personne, sa famille et son environnement* » (Ionescu, 2001, p. 3).

Dans les sciences humaines, la résilience est décrite la possibilité de reprendre un bon développement après une agonie psychique traumatique, grâce à ses capacités adaptatives. Il s'agit « *d'un processus qui permet de retrouver un bien-être à vivre après des chocs destructeurs ou malgré des circonstances adverses* » (Cyrulnik, 2016, p. 300).

Ainsi, la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à faire preuve d'adaptation et à se développer positivement malgré des situations difficiles, traumatisantes ou adverses. Elle implique la capacité de rebondir et de se reconstruire après des événements déstabilisants. La résilience est un processus dynamique qui permet de surmonter les obstacles et de retrouver un bien-être malgré les circonstances défavorables. Elle résulte d'une interaction complexe entre la personne, son environnement et ses ressources internes. La résilience peut être observée chez les individus de tous âges et dans différents contextes socioculturels. Elle représente une forme de résistance face aux traumatismes et aux adversités de la vie, permettant à une personne de se rétablir et de continuer à avancer.

3. Facteurs de la résilience

De nombreux chercheurs s'accordent à dire que le potentiel de résilience à un moment donné fait intervenir des facteurs génétiques, cognitifs et comportementaux internes, ainsi que des facteurs environnementaux. Par conséquent, il est possible que celle-ci change avec le temps, l'environnement et les différentes épreuves de vie pour un même individu. Mais cela signifie aussi que les différents aspects qui caractérisent chaque personne dans sa vie quotidienne sont susceptibles d'y contribuer de façon déterminante.

Nous allons dans ce qui suit revenir sur ces facteurs :

3.1. Facteur de protection

La notion de « facteur de protection » désigne tout élément personnel (génétique, biologique ou psychologique) ou tout état environnemental (implication parentale, aide sociale) susceptible d'agir sur l'impact négatif des facteurs de risque afin d'en réduire l'effet et de réaliser ainsi une adaptation équilibrée (Bouzeriba, 2013, p. 94).

Divers spécialistes ont procédé à l'analyse des facteurs de protection contribuant à la résilience des sujets. Emmy Werner, par exemple, estime que la capacité à résoudre des problèmes, la connaissance de soi, l'autonomie, l'estime de soi, la confiance, l'altruisme, la sociabilité et la capacité à trouver du soutien dans l'environnement (familial ou non) sont des ressources protectrices internes. Tandis le soutien issu de l'environnement se traduit entre autres par de chaleureuses relations familiales, un appui familial solide, une communication parent-enfant de qualité, ainsi qu'un encouragement extra-familial, tel que celui des enseignants, des amis, etc (Anaut, 2015, pp. 65-67).

Quant à lui, Norman Garmezy (1991), suite au suivi de familles désavantagées, en déduit que la résilience s'appuie sur trois axes de facteur de protection. Ainsi, toujours selon ce chercheur, le trio qui supporte la source de résilience repose sur : les facteurs individuels (tempérament, réflexion et compétences cognitives), les facteurs familiaux (solidarité humaine, cohérence et attention des parents ou du principal soignant) et les facteurs de soutien social (l'enseignant attentif, le travailleur social ou l'agence de services sociaux) (Anaut, 2015, pp. 65-67).

Les travaux menés par Norman Garmezy et Ann Masten, en particulier, ont permis de mettre en évidence les principales sources de protection chez les personnes résilientes. Ci-

dessous, nous énumérons les différentes variables internes et externes, en nous appuyant sur leurs travaux (Anaut, 2015, pp. 65-67).

3.1.1. Facteurs individuels

- Caractère vivant, gentil, bienveillant
- Genre : devenir une fille avant l'adolescence ou un garçon pendant l'adolescence
- Âge (jeunesse)
- QI supérieur ou compétences cognitives élevées
- Sens de la rentabilité et haute estime de soi
- Aptitudes sociales, sociabilité
- Prise de conscience des relations interpersonnelles (proche de l'intelligence sociale)
- Sensation d'empathie
- Locus de contrôle interne (attribution causale interne)
- Humour, sens artistique
- Attirance sociale (empathie, charme, charisme) (Anaut, 2015, p. 66).

3.1.2. Facteurs familiaux

- La présence de parents chaleureux et d'un soutien parental (au moins un parent)
- Bonnes liaisons parents/enfants
- Adaptation relationnelle/éducative
- Entente parentale (accord) (Anaut, 2015, p. 67).

Dans les facteurs de résilience familiale, on trouve donc des caractéristiques de la structure familiale comme : l'âge des parents, le nombre d'enfants et les caractéristiques de la dynamique familiale comme la qualité de la communication, les interactions positives et le support (Anaut, 2005, p. 7).

3.1.3. Facteurs extra-familiaux

- Un réseau à vocation sociale (pairs, appartenance à une communauté idéologique, spirituelle ou religieuse, etc.)
- le succès scolaire (ou autre succès extrascolaire) (Anaut, 2015, p. 67).

Le chercheur Michael Rutter précise quant à lui que la résilience est favorisée par ces trois pôles de protection, car ce sont eux qui favorisent une meilleure estime de soi et un sentiment d'efficacité personnelle et qui offrent ainsi aux individus de nouvelles possibilités. Par ailleurs, il a indiqué aussi que la valeur des trois pôles de protection dépend des

conditions et de la situation de l'individu, mais aussi du moment de la vie (Anaut, 2015, p. 33).

Ainsi, les facteurs de protection qui soutiennent la résilience comprennent des aspects individuels tels qu'une personnalité positive et des compétences cognitives élevées, des facteurs familiaux tels que le soutien parental et des relations positives, ainsi que des facteurs extra-familiaux tels qu'un réseau social favorable et le succès scolaire. Ces différents facteurs interagissent pour favoriser l'estime de soi et offrir de nouvelles opportunités, soutenant ainsi la résilience.

3.2. Les facteurs de risque

Selon l'OMS (2012), on entend par facteur de risque tout élément, caractéristique ou contact d'un sujet qui accroît la possibilité de contracter une maladie ou de subir une lésion.

Ainsi, la probabilité d'une atteinte à la santé physique ou mentale peut être plus élevée en raison d'une situation sociale ou économique défavorable, d'un état biologique, d'un comportement ou d'un environnement. Il convient de noter que les facteurs de risque comprennent également des caractéristiques liées à l'individu, à son environnement émotionnel et social, à sa culture et à son mode de vie.

Dans le domaine psychologique, on considère que les facteurs de risque constituent des variables qui peuvent entraîner la survenue de maladies ou d'inadaptations sociales par la suite. Ces facteurs englobent diverses dimensions : biologique, relationnelle et sociale, et sont susceptibles de toucher l'enfant lui-même, sa famille et son milieu socio-économique et culturel.

Ainsi, selon le psychologue américain Norman Garmezy (1996), (l'un des pionniers des travaux sur la résilience), un facteur de risque pourra être « un événement ou une condition organique ou environnementale qui augmente la probabilité pour l'enfant de développer des problèmes émotifs ou de comportements » (Anaut, 2015, p. 33).

Les facteurs de risque concernant les enfants peuvent être regroupés selon trois catégories

- **Facteurs centrés sur l'enfant** : la prématurité, la souffrance néo-natale, la jumeauité, la pathologie somatique précoce (faible poids de naissance, atteintes cérébrales, handicaps...), les déficits cognitifs, les troubles de l'attachement liés à des séparations maternelles précoces.

- **Facteurs liés à la configuration familiale** : la séparation parentale, les conflits parentaux et la mésentente chronique, la violence, l'alcoolisme, la toxicomanie, la maladie chronique d'un parent (somatique ou psychique), le couple incomplet (mère célibataire), la mère adolescente et/ou immature, le décès brusque d'un proche.
- **Facteurs sociaux-environnementaux** : la pauvreté et la faiblesse socio-économique, l'absence d'emploi, le logement surpeuplé, la situation de migrant, l'isolement relationnel et social de la famille, le placement de l'enfant... (Anaut, 2015, p. 34).

Ainsi, Les facteurs mentionnés, tels que la prématurité, les troubles de l'attachement, les conflits familiaux et les facteurs sociaux-environnementaux, sont en effet des facteurs de risque qui peuvent augmenter la vulnérabilité de l'enfant. Cependant, il est important de noter que la résilience peut toujours se développer chez les enfants malgré ces défis. La résilience représente la capacité de l'enfant à faire face et à s'adapter de manière positive à ces facteurs de risque, en trouvant des ressources internes et externes qui favorisent leur développement et leur bien-être.

Dans ce qui va suivre, nous allons présenter les approches théoriques de la résilience

4. Les approches théoriques de la résilience

Le concept de résilience est envisagé en tant que modèle pluridisciplinaire dont les origines sont ancrées dans diverses approches, dont la psychologie du développement, l'approche systémique, la psychosociologie et les concepts psychanalytiques, qualifiant ce modèle riche et complexe. Dans ce contexte, nous présenterons les différentes approches théoriques de la résilience. Nous commencerons par l'approche sociale, Ensuite, nous aborderons l'approche médicale en santé publique, après nous examinerons également l'approche cognitivo-comportementale, par la suite, nous discuterons de l'approche génétique et neurobiologique, Enfin, nous aborderons l'approche psychodynamique.

4.1. L'approche sociale

L'approche psychosociale de la résilience dépend de la présence de facteurs de risque sociaux (pauvreté, perturbation de la structure familiale, etc.) et de facteurs de protection (compétences sociales, possibilité de bénéficier d'un soutien social et de réseaux d'entraide, etc.) Jacob Tebes et ses confrères privilégient le terme de processus psychosociaux familiaux en lien avec le risque de développer des troubles et la résilience auprès des enfants de mères souffrant de troubles mentaux sévères. Il note plus particulièrement que la prestation de tâches

parentales (ou la qualité de la "parentalité") est un élément primordial dans le développement de la résilience. Par ailleurs, sur le plan des résultats, la résilience renvoie, pour beaucoup de chercheurs, à une efficacité sociale, à une performance, à une efficience sociale. La résilience se mesure par rapport à des critères psychosociaux et nécessairement normatifs, qui évoluent avec l'âge (Ionescu, 2006, p. 33).

4.2. L'approche médicale en santé publique

Selon le modèle théorique qui émerge en santé publique, il favorise la démarche de compensation « où la résilience serait une fonction d'équilibre pour un certain nombre de facteurs de risque et de l'équilibre construit par la présence de facteurs de protection simultanés » (Lighezzolo & De Tychev, 2004, p. 52).

La résilience se définit ici en tant que processus dynamique qui ne peut jamais être totalement acquis et dont la construction se fait en interaction entre le sujet et l'environnement (Theis, 2006, p. 3). La plupart des recherches scientifiques sur la résilience se rapportent à ces deux approches. Les cliniciens d'orientation psychanalytique ne se sont penchés que récemment sur ce nouveau concept qui regroupe des phénomènes identifiés et étudiés depuis longtemps par la psychanalyse (Korff-Sausse, 2002, p.53, cité dans Theis, 2006, p. 3).

4.3. L'approche comportementale

L'importance de l'approche développementale est due au fait qu'un certain nombre de grandes contributions ont été obtenues grâce à la réalisation de recherches longitudinales et que la vision du parcours de vie (depuis la naissance, et bien avant, jusqu'à la fin de la vie) est en rapport avec le concept de la résilience. Cette nécessité de prendre en compte le risque et la résilience dans une optique de développement a poussé Alan Sroufe à suggérer un modèle organisationnel de développement. Dans ce cadre, le développement est considéré en tant que processus d'intégration hiérarchique où les premiers schémas d'adaptation sont transformés, à la suite d'expériences ultérieures, pour aboutir à de nouveaux schémas d'adaptation plus complexes, plus adaptables et mieux structurés. La résilience est perçue ici comme une notion de développement. Elle exprime un procédé de développement permettant aux enfants de développer leur capacité à utiliser leurs ressources internes et externes pour s'adapter de manière positive à l'adversité (Ionescu, 2006, p.31).

4.4. L'approche cognitivo-comportementale

Cette approche souligne, à la fois, l'importance des mécanismes ou processus de nature essentiellement cognitive et des stratégies comportementales observables afin de justifier l'état de résilience. Elle se réfère à deux concepts fondamentaux : le stress et l'adaptation (coping). En effet, il ne s'agit pas de traumatisme, mais de situations stressantes dans lesquelles le sujet est amené à vivre en développant des stratégies de coping, qui sont de nature cognitive et donc consciente (Lighezzolo, De Tychev, 2004, p. 34).

- La notion de coping et de stratégies de coping

Plusieurs études sur les réactions différentes face au stress ont été élaborées durant ces dernières décennies, dont le concept de "coping". Richard S. Lazarus et Suzan Folkman (1984) avaient proposé le concept de "coping" (de l'anglais to cope = faire face) pour désigner "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à contrôler, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu". Il peut être une réponse à une situation stressante qui peut passer plus ou moins inaperçue et être plus ou moins rationnelle. Dans le dictionnaire de psychologie de Bloch et al (1991), le coping est défini comme "le processus actif par lequel l'individu, par une auto-évaluation de ses propres activités et motivations, fait face à une situation stressante et parvient à la contrôler". Certains auteurs francophones, pour définir ces processus mis en place par les individus, préfèrent employer les termes de comportements d'ajustement ou encore de stratégies d'ajustement. Ce qui caractérise les stratégies de coping est le fait d'être conscientes, orientées vers la réalité extérieure et suscitées par un événement, différentes des mécanismes de défenses qui relèvent de l'inconscient peuvent être liées à des conflits intrapsychiques. Les recherches sur les stratégies de coping concernent donc l'étude des actions concrètes mises en place par les individus pour s'adapter ou s'ajuster aux situations difficiles ou aversives qu'ils rencontrent. Cependant les recherches sur le coping ont également pour objectif de déterminer comment les individus peuvent réduire l'impact psychologique d'événements stressants, de manière à préserver leur bien-être émotionnel (Lazarus & Folkman, 1984 ; Bloch et al, 1991, cité dans Anaut, 2015b, pp.88-89).

Serban Ionescu et al. (2012) ont repéré dans la littérature scientifique différentes approches ou types de stratégies de coping qui se déclinent et se différencient selon quatre dimensions principales :

- *le coping centré sur l'émotion*, qui vise la régulation de la détresse émotionnelle ;
- *le coping centré sur le problème*, qui vise à gérer le problème qui se trouve à l'origine de la détresse du sujet ;
- *le coping évitant*, qui permet au sujet, par des stratégies passives (évitement, fuite, déni, résignation, etc.), de réduire la tension émotionnelle ;
- *Le coping vigilant*, qui permet, par des stratégies actives (recherche d'informations, de soutien social, de moyens, etc.) d'affronter la situation pour la résoudre (Lazarus & Folkman, 1984 ; Bloch et al, 1991, cité dans Anaut, 2015b, pp.88-89).

4.5. L'approche génétique

Deux individus ayant vécu des événements comparables tout au long de leur vie peuvent réagir très différemment à un même événement stressant tel qu'un divorce, la perte d'un emploi ou le décès d'un être cher. Ceux qui parviennent à surmonter ces épreuves et ne signalent que peu ou pas de conséquences néfastes pour leur santé mentale sont souvent qualifiés de résilients. La résilience est comprise comme une orientation générale plutôt que spécifique à un domaine particulier (Rutter, 2003), impliquant une résistance relative aux expériences de risque environnemental, ou le dépassement du stress ou de l'adversité (Rutter, 2006).

Des recherches antérieures ont identifié plusieurs sources de résilience, en mettant particulièrement l'accent sur les ressources psychologiques, matérielles et sociales dont disposent les individus (Cicchetti & Rogosch, 1997). Cependant, des résultats plus récents suggèrent que les facteurs génétiques sont également importants pour comprendre les différences individuelles en matière de résilience (Rutter, 2003; Silberg et al., 2001). Par exemple, Caspi et al. (2003) montrent une forte association entre le nombre d'événements stressants vécus par les adultes et leur risque ultérieur de dépression majeure (Boardman, et al., 2008).

Cependant, chez les individus possédant deux allèles longs d'un gène responsable de la transmission de la sérotonine (5-HTT), il n'existe pas d'association claire entre l'exposition chronique à des événements stressants de la vie et une mauvaise santé mentale. En d'autres termes, les personnes qui sont homozygotes pour cet allèle sont particulièrement résilientes aux facteurs de stress qui pourraient sinon conduire à un épisode dépressif majeur. Peu de chercheurs ont examiné la possibilité que les effets génétiques sur la résilience puissent être différents pour les hommes et les femmes. Cela est particulièrement pertinent pour l'étude des

interactions gène-environnement, car le sexe peut limiter l'expression génétique de la résilience chez les femmes et favoriser ce potentiel chez les hommes (Boardman, et al., 2008).

4.6. L'approche neurobiologique

La capacité de résilience de chaque individu est influencée par une interaction complexe entre les gènes et l'environnement. Les gènes façonnent les circuits cérébraux dès le début de la vie, mais les interactions de l'environnement et les apprentissages continuent de les modifier tout au long de la vie. Les circuits neuronaux impliqués dans la résilience comprennent des structures telles que l'amygdale, le noyau accumbens et le cortex préfrontal médian, qui sont interconnectées. Ces structures jouent un rôle dans la régulation de la peur, de la récompense, des interactions sociales et émotionnelles. Les agents neurochimiques et les hormones, tels que le neuropeptide Y, le cortisol, la noradrénaline, la dopamine et la sérotonine, sont également impliqués dans la capacité de résilience. L'exercice physique peut stimuler la résilience en augmentant la concentration d'endorphines et de neurotransmetteurs, et en bloquant la libération du cortisol (Tisseron, 2017, pp. 32-33).

4.7. L'approche psychodynamique

Dans cette approche la résilience est considéré comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement de soi après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques de désorganisation psychique. Cette approche est essentiellement centrée sur le traumatisme et de la réponse du sujet, ainsi que les mécanismes de défenses. Du point de vue intrapsychique, le psychotraumatisme induit une détresse psychologique intense. Le trauma vient faire effraction dans la vie du sujet et provoque un choc psychique qui met en péril son équilibre émotionnel (Anaut, 2005; 2020b).

En ce qui concerne le traumatisme et de la réponse du sujet, on considère qu'il n'y a résilience que dans la rencontre avec le traumatisme, et la réponse du sujet qui relèvera de son aptitude à surmonter le traumatisme. On peut souligner la variabilité du retentissement affectif du traumatisme chez chaque sujet particulier. Ainsi, l'intensité émotionnelle d'un contexte traumatique dépend de la perception du sujet et de ses capacités défensives.

D'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par le sujet réputé résilient. Selon Vaillant (1993/2000) l'utilisation des mécanismes de défense altère pour une large part de manière involontaire la perception des deux réalités internes et externes. Le résultat de cette distorsion mentale de la réalité est de diminuer l'anxiété et la dépression,

réduisant ainsi les manifestations de la souffrance et des dommages physiques et psychiques (Vaillant, 1993/2000, cité dans Anaut, 2005, pp. 7-8).

Donc, on comprend que le processus de résilience se met en place à partir d'un traumatisme. L'individu est amené à se reconstruire et de reprendre un nouveau développement du fait que l'homéostasie antérieure soit bouleversée, le sujet va intégrer et faire avec ce trauma, ensuite il reprend un autre type de développement face au bouleversement psychique causé par le trauma. Ainsi, le processus de la résilience est décrit selon deux phases principales, que nous allons exposer ci-après.

5. Les outils de mesure de la résilience

La méthodologie évaluatif de la résilience se fonde sur l'utilisation des tests ou des échelles qui comprennent des évaluations comportementales, cognitives, de traits de personnalité ou de troubles psychologiques et/ou psychiatriques. Cependant quelques repères dans les méthodes employées pour explorer la résilience sont présentés ci-après :

- Le niveau d'anxiété et de dépression ;
- Le niveau de compétence sociale ;
- L'estime de soi ;
- La personnalité ;
- La réussite scolaire, professionnelle ;
- Le niveau intellectuel (QI) ;
- La symptomatologie clinique (Anaut, 2015, p. 143).

Les méthodes d'évaluation prennent en compte la combinaison de plusieurs critères dits de résilience qui seront l'objet de cette évaluation ou de la non-résilience. Parmi ces outils certains sont destinés à mesurer des facteurs considérés comme relevant de la résilience : comme : des ressources, des forces, ou bien des facteurs protecteurs ; alors que d'autres vont proposer de dresser un profil de résilience dans l'objectif de planifier une intervention ou éventuellement de mesurer l'impact d'une intervention (Anaut, 2015, p. 143)

Durant ces dernières années, plusieurs échelles de mesure de résilience ont vu le jour au fil du développement des connaissances sur ce domaine, et qui se réfèrent à des critères pluriels, on distingue parmi ces outils les suivants :

L'échelle de résilience (RS) de Wagnild & Young (1993) : À l'origine, elle a été élaborée auprès d'une population de femmes âgées ($M = 78,1$ ans), mais cet instrument a été utilisé auprès d'un large éventail de populations depuis les dernières années. Le questionnaire est constitué de 25 items à compléter selon l'accord des sujets sur une échelle en sept points de type Likert (allant de très en désaccord à totalement en accord). Le score total varie entre 25 et 175. Un score plus bas que 121 est considéré comme un caractère peu résilient, entre 121 et 145 indique un caractère modérément résilient et un score au-dessus de 146 est jugé comme un caractère résilient ou très résilient (Wagnild & Collins, 2009, cité dans Beaudoin, 2013, pp. 57-58).

Resilience Scale for Adults (RSA) de Friberg et al. (2003) est une échelle d'autoévaluation visant les adultes. Cette échelle comporte cinq critères qui examinent les facteurs de protection intra- et interpersonnels qui promeuvent l'adaptabilité à l'adversité. Les auteurs ont relevé que les facteurs clés qui contribuent à faire des individus hautement résilients sont le soutien et la cohésion familiale, les systèmes de soutiens externes, et les attitudes et aptitudes sur lesquelles les items de l'échelle sont fondés qui sont : la compétence personnelle ; la perception de l'avenir (supprimée depuis) ; la compétence sociale ; la cohésion familiale ; les ressources sociales ; la structure personnelle (Chalvin & Lejoyeux, 2020, p. 869).

L'Échelle de Facteurs de risque de Jourdan-Ionescu, Ionescu, Lauzon, Tourigny, et Ionescu-Jourdan (2015). Celle-ci est une échelle dichotomique de 34 items qui, dans une perspective éco systémique, évalue les facteurs de risque individuels, les facteurs de risque familiaux et les facteurs de risque environnementaux (Kimssoukie-Omolomo, 2016, pp. 30-31).

Le Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), élaboré par Kathryn Connor et Jonathan Davidson en 2003, se compose de 25 items répartis en cinq dimensions : la première fait référence à la compétence personnelle, aux standards élevés et à la ténacité ; la seconde à la confiance en ses propres intuitions, la tolérance aux affects négatifs, et l'effet fortifiant du stress; la troisième à l'acceptation positive du changement, aux relations sécurisées; la quatrième à la capacité de contrôle et finalement, la cinquième fait référence aux influences spirituelle. Les items sont mesurés avec une échelle allant de 0 (pas du tout) à 4 (vrai presque tout le temps) (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011, cité dans Tourigny, 2016, p. 32)

Le Child and Health Youth Resilience Measure (CYRM) est issu du Projet international résilience (Ungar, Brown, Liebenberg, Othman, Kwong, Armstrong, Lee, Callaghan et Boothroyd, de 2005 à 2010), permet de mesurer la résilience des jeunes de différents contextes sociaux et culturels, mais il existe aussi une version pour mesurer la résilience chez les adultes. Le CYRM compte 28 éléments, il permet de mesurer sept aspects : « l'accès à des ressources matérielles ; les relations ; l'identité ; le pouvoir et le contrôle ; l'adhésion à la culture ; la justice sociale ; la cohésion » (Ionescu, 2011, pp. 124-125). Nous y reviendrons sur cette échelle dans le chapitre méthodologique de ce présent travail, puisqu'il s'agit de l'échelle retenue dans notre recherche.

6. Les limites de la résilience

Premièrement, d'après Anaut (2015b) le modèle multifactoriel de la résilience offre l'avantage de concilier différentes approches et différents domaines qui concourent 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 permet d'harmoniser différentes disciplines connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, la pédiatrie... L'intérêt de cette approche est donc de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers les facteurs de protection des individus (Anaut, 2015b, p. 151).

Ensuite, la qualité de la résilience s'appuie sur les expériences relationnelles et les possibilités de nouer des liens, ce qui lui confère un caractère variable selon les individus et chez un même individu au cours du temps, ce qui fait que les individus ne sont pas forcément résilients à tout et tout le temps (Anaut, 2015b, p. 152).

Rutter (1994) précise les aspects de la résilience ; tous 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 soutenu 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).

Lorsqu'une personne fait l'expérience d'une grande difficulté existentielle dans la vie. Une telle situation est particulièrement néfaste dans le jeune âge. Pourtant, certains individus s'en tirent mieux que d'autres. On dit alors qu'ils sont résilients.

Section II : La résilience chez l'adolescent

La résilience peut être définie comme un processus dans lequel divers aspects personnels et environnementaux entrent en jeu pour permettre aux enfants et aux adolescents qui sont continuellement confrontés à des situations potentiellement nocives de mener une vie épanouissante et productive. Les individus résilients possèdent des traits tels qu'un sens des responsabilités, une flexibilité, un sens de l'humour, une capacité de séduction et une créativité. En outre, certains facteurs environnementaux, tels que des liens solides et durables avec un adulte de référence, la qualité des relations sociales et le climat scolaire, sont également essentiels pour favoriser la résilience (Michaud, 2004).

Il est intéressant de remarquer une certaine constance dans les caractéristiques mises en évidence par les recherches et les interventions menées dans différents contextes et cultures. Les jeunes résilients présentent un ensemble de qualités et de traits personnels tels qu'une bonne estime de soi, la capacité à attirer l'attention et à susciter la sympathie, le sentiment de contrôle sur leur vie et les événements qui s'y déroulent, la créativité, l'indépendance, l'humour, l'imagination, une certaine inclination naturelle pour l'organisation et les responsabilités, ainsi qu'une maturité sociale au-dessus de la moyenne, qui se traduit par leur aptitude à établir des relations et leur esprit d'initiative. En réalité, les enfants et les adolescents résilients ne sont ni plus intelligents ni nécessairement plus heureux que les autres. Ils ne sont pas non plus invincibles ou invulnérables, comme on a pu le croire il y a 10 à 20 ans. Leur principal atout réside dans des traits de personnalité spécifiques qui favorisent leur adaptation aux situations potentiellement néfastes et qui incitent leur entourage à prendre soin d'eux et à les soutenir (Michaud, 2004).

Section III: La résilience chez l'adolescent malade: revue de la littérature et études antérieures

Des processus adaptatifs peuvent être convoqués en psychologie de la santé afin de mieux situer les ajustements à la maladie. La résilience, est une illustration cela veut dire que même dans les situations bouleversantes dans la vie, il est possible de composer avec la réalité, de s'en accommoder, voire se débrouiller (Fischer, Tarquinio et Dodeler, 2020, p. 141).

La découverte de son asthme constitue souvent un événement traumatique pour la personne concernée. Chaque individu asthmatique peut en témoigner, mais la manière dont cette expérience est vécue diffère d'une personne à l'autre, en fonction de sa personnalité et

des circonstances entourant la découverte. Après cette période initiale, chaque patient asthmatique réagit en fonction de ses propres ressources, allant du déni à une capacité de dépassement personnel qu'il n'aurait peut-être jamais développée sans l'irruption de la maladie. Cette aptitude, plus ou moins développée, à rebondir après le choc de l'annonce d'une maladie chronique est ce que l'on appelle communément la « résilience ».

L'annonce d'une maladie chronique telle que l'asthme soulève inévitablement de multiples interrogations angoissantes. Chacun fait alors appel à ses propres ressources pour y faire face, des ressources qui varient considérablement d'une personne à l'autre. La capacité à faire face à la maladie dépend de nombreux facteurs, tels que la capacité à rêver, à relever des défis et à gérer son traitement. Elle est également liée à l'existence de projets de vie, au soutien social perçu et au sentiment d'importance pour au moins une personne. (Desmet, Pourtois, 2004).

Ainsi, lors de la découverte de sa maladie, le patient va se défendre à sa manière, face au risque d'effondrement psychique ou de dépression. Pour cela, il peut recourir à différents mécanismes comme le déni, le refus de la maladie, la minimisation ou hyper-optimisme, ou encore mettre en place des conduites compensatoires (conduites à risque pour se sentir exister, addictions) et bien d'autres encore... Certes, de tels mécanismes peuvent être efficaces pour résister mais ils ne peuvent constituer autre chose qu'une étape. Si eux aussi deviennent chroniques, ils représentent une deuxième maladie pour le patient. Le malade se rend malade d'être malade. Il faut l'aider à en prendre conscience, à déjouer les ruses de la raison. Il faut surtout qu'il accepte d'en parler pour transformer un destin subi dans le silence, et parfois dans la honte, en un destin dominé.

La mise en place de stratégies de résistance qui apparaît chez la plupart d'entre nous lorsque la maladie se présente est très souvent observée. Cependant, il faut distinguer résistance et résilience, même si la résistance va faire partie de la résilience. La résilience sera une étape supplémentaire à la résistance. Après la maladie, une vie nouvelle est susceptible d'apparaître et de se développer. C'est la vie qui se réinvente et qui surgit après la mort psychique. La résilience guérit et en même temps aguerrit, elle rend plus fort. Elle donne la force d'aimer. (Desmet, Pourtois, 2004).

En effet, un adolescent qui devient malade pendant son adolescence passe par un certain nombre de réactions psychologiques ; revole, déni, dépression, banalisation, culpabilité, intellectualisation, sublimation, mais aussi acceptation. Tout ceci demande du

temps, un soutien, une adaptation. Effectivement, l'adolescent malade doit acquérir une capacité de résilience. Cette adaptation à sa nouvelle situation va dépendre de lui certes, mais aussi de ses parents et de ses soignants (Lmerle-Gruson & Méro, 2010, p. 25).

Dans ce cadre, l'adaptation est bonne lorsque le sujet ne se laisse pas envahir par la maladie, par la détresse et mobilise des stratégies pour réguler ses émotions négatives, résoudre les problèmes que pose la maladie et encore suivre correctement les traitements. Trois dimensions sont associées dans l'adaptation : la mise en jeu de mécanismes de défense, les stratégies de coping et le soutien psychologique venu des soignants et de l'environnement familial et social (Delage, Le jeune, Delahaye, 2017, p. 117).

De tout ce qui précède, nous arrivons à s'synthétiser en disant que, le concept de résilience rencontre aujourd'hui un large succès, du fait, qu'il est un phénomène qui suscite l'optimisme face aux répercussions de l'adversité, et un processus qui permet de se reconstruire pour dépasser, voire sublimer des situations violentes et des expériences aversives, donc elle évoque la récupération, le dépassement, et la transformation après un évènement traumatique.

Les études antérieures

En 2022, une thèse de doctorat effectuée en Algérie, par Kassir Mohamed, qui s'intitule « *La contribution d'un programme de nage libre proposé à l'amélioration de la capacité aérobie et de certaines variables physiologiques pour soulager l'asthme chez les enfants entre (10-15) ans* ». Cette L'étude vise à déterminer dans quelle mesure un programme d'entraînement proposé contribue à la nage libre pour améliorer la capacité aérobie et certaines variables physiologiques pour soulager l'asthme (modéré à léger) dans l'échantillon de l'étude. Le chercheur s'est appuyé sur la méthode expérimentale pour un groupe avec des mesures avant et après. Un échantillon de 10 enfants asthmatiques a été délibérément sélectionné et le programme qui repose sur des exercices d'aérobic leur a été appliqué. Le chercheur a effectué une série de tests physiologiques, la consommation maximale absolue et maximale d'oxygène pour mesurer la capacité aérobie, et un spiromètre pour mesurer le volume expiratoire forcé à la première seconde et le débit expiratoire maximal. Le chercheur a également effectué des mesures physiologiques représentées par le pouls au repos et le pouls après l'effort et la tension artérielle systolique et diastolique pour connaître leurs changements avant et après le programme. Les résultats les plus importants ont conclu que le programme de natation libre aérobie contribuait à atténuer la gravité de

l'asthme dans l'échantillon de l'étude en augmentant la consommation maximale d'oxygène, le volume expiratoire forcé à la première seconde et le débit expiratoire maximal, ainsi que d'autres mesures physiologiques en faveur de la télémétrie.

En 2022, une étude descriptive rétrospective réalisée Tunisie par M. Hamdi, B. Hamdi, S. Louhaichi, K. Chaabi, E. Nemsy, T. Cherif, J. Ammar, A. Hamzaoui, sous le nom « *L'observance thérapeutique chez les adolescents asthmatiques et son impact sur le contrôle de la maladie* » dans l'objectif est de d'évaluer l'impact de l'observance thérapeutique sur le contrôle de l'asthme chez l'adolescent. L'échantillon comprenait 50 adolescents asthmatiques suivis dans le Service de pneumologie pédiatrique B de l'Hôpital Abderrahmane Mami à l'Ariana. L'évaluation du contrôle de l'asthme était basée sur l'évaluation des symptômes selon les recommandations GINA 2018. Les résultats obtenus est que L'âge moyen des patients inclus dans l'étude était de 12,8 ans avec une durée moyenne d'évolution de la maladie de 8,3 ans. Le sexe-ratio était de 1,8. Les patients ont été répartis en deux groupes en fonction du niveau de contrôle : premier groupe : contrôlé (28 malades) et un deuxième groupe : non contrôlé (22 malades). L'observance thérapeutique était jugée bonne chez 75 % des patients du premier groupe, et mauvaise chez 68,2 % des patients du deuxième groupe. Dans notre série, une association statistiquement significative a été retrouvée entre la mauvaise observance thérapeutique et le mauvais contrôle de l'asthme chez l'adolescent ($p = 0,002$; OR = 6,42 [1,86—22,2]). En analyse multi variée, la mauvaise observance thérapeutique était le seul facteur retenu comme associé au mauvais contrôle de l'asthme ($p = 0,011$).

En 2022 toujours, cette fois-ci en France un article qui été mis en ligne par C. Thach, C. Lafont, V. Sérabian, V. Sagorin, R. Epaud, C. Delestrain qui ont fait une « *Évaluation du suivi des enfants asthmatiques et du rôle de l'éducation thérapeutique dans leur parcours de soins sur le Centre hospitalier de Melun* ». L'objectif de cette étude est d'évaluer le parcours de soins des enfants asthmatiques et leur prise en charge en programme éducatif au centre hospitalier de Melun). C'est une Étude rétrospective monocentrique. Étaient inclus les patients de moins de 18 ans présentant un asthme, admis à l'hôpital de Melun entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2019. Les informations recueillies concernaient le parcours de soins du patient et la prise en charge en éducation thérapeutique. Les résultats atteints dans cette étude est deux cent soixante-deux dossiers ont été analysés. L'âge médian était de 4,5 ans, dont 62 % de garçons. Seulement 54 % des enfants avaient un suivi de l'asthme. Une majorité des enfants avaient bénéficié d'une radiographie de thorax (97 %),

87 % d'explorations fonctionnelles respiratoires et 62 % d'explorations allergologiques. Un traitement de fond était instauré pour 96 % des enfants, dans 53 % des cas à l'issue d'un passage à l'hôpital. Un plan d'action personnalisé écrit (PAPE) était fourni dans 88 % des cas. Des séances d'éducation thérapeutique (ETP) ont été réalisées pour 86 % des enfants, dont 69 % en séance ponctuelle (SP) et 31 % en programme éducatif structuré (PES). Les patients pris en charge en PES avaient une meilleure maîtrise de la moitié des items enseignés en comparaison à ceux qui n'avaient eu que des SP ($p < 0,05$). Il y avait au moins une consultation aux urgences pour 81 % des enfants n'ayant eu aucune séance d'ETP, 78 % des enfants inscrits en PES et 56 % de ceux ayant eu au moins une SP ($p < 0,001$). Il y avait au moins une hospitalisation pour asthme sur l'année pour 69 % des enfants n'ayant eu aucune séance d'ETP, 59 % des enfants inscrits en PES et 32 % de ceux ayant eu au moins une SP ($p < 0,0001$). Il n'y avait aucun suivi médical pour 76 % des enfants qui n'avaient pas eu d'ETP contre seulement 52 % pour les enfants ayant eu un PES et 37 % des enfants ayant eu des SP ($p < 0,0001$). Un PAPE avait été remis pour 94 % des enfants qui étaient en PES et 93 % de ceux qui étaient en SP contre 49 % des enfants qui n'avaient jamais eu d'ETP ($p < 0,0001$).

En 2020, Chagrouna Fatima Zohra dans sa thèse de doctorat, effectuée en Algérie, a étudié « *L'effet d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques (8-14)* ». L'objectif de cette recherche est de calculer l'ampleur de l'effet d'un programme d'éducation thérapeutique et d'améliorer le niveau d'auto-efficacité chez ces enfants, l'échantillon de l'étude est composé de 4 groupes, chaque groupe contient deux enfants asthmatiques, et ils ont distribué ces groupes selon le modèle de « solomon » dans sa conception expérimentale. Un ensemble de différents outils de recherche a été utilisé dans cette étude comme : étude de cas et grille d'observation (conçue par la chercheuse), questionnaire des sources d'auto-efficacité (conçu aussi par la chercheuse), échelle d'auto-efficacité des enfants asthmatiques (traduction de la chercheuse). Pour atteindre l'objectif de cette recherche, un ensemble de questions a été posé, à savoir :

- 1- Quel est le niveau d'auto-efficacité des enfants asthmatiques (8-14 ans) par rapport aux enfants sains?
- 2- Est-ce qu'il y a des différences entre le niveau d'auto-efficacité des enfants asthmatiques avant l'application du programme d'éducation thérapeutique selon le facteur: sexe, âge, niveau d'éducation de l'enfant, durée de maladie, le niveau d'instruction chez les parents, le niveau de vie de la famille, le type de logement?

- 3- Est-ce qu'il y a des différences dans le niveau d'auto-efficacité avant et après l'application du programme d'éducation thérapeutique chez les enfants asthmatiques (8-14 ans)?
- 4- Est-ce qu'il y a des différences entre le niveau d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques après avoir appliqué le programme d'éducation thérapeutique selon le facteur: sexe, âge, niveau d'éducation de l'enfant, durée de maladie, le niveau d'instruction chez les parents, le niveau de vie de la famille, le type de logement?
- 5- Quel est le type de relation entre la maladie, le patient (l'enfant, la famille) et l'équipe soignante avant et après l'application du programme de l'éducation thérapeutique?

A partir de cela, l'étude a atteint les résultats suivants :

- 1- Il y a un niveau faible d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques (8-14) par rapport aux enfants sains, en plus d'une différence dans la répartition des sources d'efficacité, car les patients asthmatiques dépendent de la persuasion verbale, tandis que les enfants sains dépendent davantage des expériences de performance.
- 2- - Il n'y a pas de différence dans le niveau d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques avant avoir appliqué le programme d'éducation thérapeutique selon les facteurs: sexe, âge, niveau d'instruction de l'enfant, durée de maladie, le niveau d'instruction des parents, le niveau de vie de la famille, le type de logement.
- 3- Il existe des différences entre le degré d'auto-efficacité avant et après l'application d'éducation thérapeutique pour les enfants asthmatiques (8-14) ans en faveur du post-application soit par rapport à l'échelle d'auto-efficacité des enfants asthmatiques ou par rapport au questionnaire des sources d'auto-efficacité, la répartition des sources d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques est devenue équivalente à celle des enfants sains.
- 4- Il y a des différences dans le niveau d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques après avoir appliqué le programme d'éducation thérapeutique en raison de facteurs: sexe, âge, niveau d'éducation de l'enfant, durée de maladie, le niveau d'instruction des parents, le niveau de vie de la famille, le type de logement, Cela signifie que le programme a apporté une certaine influence sur les participants à tous les niveaux.
- 5- L'amélioration de la relation de communication entre la maladie, le patient (enfant famille) et l'équipe soignante après application du programme d'éducation thérapeutique.

En 2019, une étude comparative réalisée en Algérie par Alaoui Dalila et Berzouane Hassiba, sous le nom « *Ajustement scolaire pour les étudiants asthmatiques et les étudiants non asthmatiques* », dans l'objectif d'examiner le niveau d'adaptation des étudiants souffrant d'asthme par rapport aux étudiants qui ne souffrent pas d'asthme, en fonction de la variable du genre (hommes/femmes). L'échantillon comprenait 100 étudiants ; 25 étudiants et 25 étudiantes ne souffrant pas d'asthme, et 22 étudiants et 28 étudiantes souffrant d'asthme. L'échelle d'ajustement académique de Youngman a été soumise, au cours de l'année scolaire (2017/2018), et elles ont utilisé une méthode descriptive qui est la plus appropriée dans cette étude. Elles ont également utilisé pour analyser les résultats de cette recherche par (Spss). Les résultats de l'étude ont montré que le niveau d'adaptation scolaire des étudiants souffrant d'asthme est élevé, et les mêmes résultats ont été trouvés pour les étudiants ne souffrant pas d'asthme. Les résultats de l'étude ont également montré qu'il n'y a pas de différence significative dans l'adaptation scolaire des étudiants souffrant d'asthme en termes de variable de genre. Il n'y a pas non plus de différence dans l'adaptation scolaire des étudiants qui ne souffrent pas d'asthme en ce qui concerne la variable du sexe.

En 2018, un article est mis en ligne par Doulaïmi Omar et Azbshi Nouredine qui s'appelle « *Effectiveness rehabilitation program to improve some respiratory indicators using aqua aerobic exercises to reduce the intensity and severity of asthma in children* ». L'objectif de cette étude était de proposer un programme de réhabilitation utilisant des exercices d'aquagym et de déterminer son efficacité sur certains indicateurs respiratoires : le Volume Expiratoire Forcé de la Première Seconde VEMS, le Débit Expiratoire de Pointe DEP, et la Capacité Vitale Forcée CVF, et d'améliorer les fonctions respiratoires afin de réduire l'intensité et la sévérité des crises d'asthme chez les enfants asthmatiques. Ce programme a été appliqué à un échantillon de 09 enfants souffrant d'asthme léger à sévère et faisant partie de l'association des asthmatiques de Mostaganem. La période d'application a duré 20 semaines, à raison de trois unités de formation par semaine. Nous nous sommes appuyés sur l'approche expérimentale et avons utilisé un groupe comme échantillon. En outre, nous avons adopté des mesures avant et après, en plus des mesures interstitielles effectuées à la fin de chaque mois à l'aide d'un appareil Spirobank. Les résultats ont montré des différences statistiquement significatives entre les mesures avant et après dans les valeurs des indicateurs respiratoires, en faveur de ces dernières. Cela prouve que les exercices d'aquagym améliorent la fonction et l'efficacité du système respiratoire et réduisent ainsi la sévérité des crises d'asthme chez les enfants asthmatiques.

En 2014, une étude effectuée en Algérie par Maouche H, Chérif N, Oukrif L, Boukhil K.S, Zémiri F.Z, Chikhi K, Hirèche K, Bensnouci A, qui s'appelle « *Evaluation des connaissances des adolescents asthmatiques et leurs parents sur l'asthme et son traitement* ». L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des adolescents asthmatiques et leurs parents. L'échantillon est composé d'asthmatiques âgés entre 14 et 17 ans. Ont été évalués les connaissances sur la maladie (mécanismes, prodromes, signes de la crise), le traitement (médicaments, technique d'inhalation, chambre d'inhalation, distinction traitement de la crise/ traitement de fond) et le niveau de contrôle de la maladie. L'évaluation a été faite à l'aide de questionnaires à choix simple ou multiple et des grilles d'observation avec une échelle de mesure. La population étudiée étant homogène, un score moyen est calculé pour chaque item évalué. Les résultats obtenus est 85 patients, âge moyen 15 ans, sexe ratio 1,5, Niveau de contrôle de la maladie Contrôlés 0 Partiellement contrôlés 84, Non contrôlés 1. Les connaissances (scores moyens par malade): mécanismes maladie: 1,5/10 Facteurs déclenchant 3,2/9, Prodromes 1/4, signes de la crise 4,4/5, médicaments 0,5/6, Distinction des traitements de la crise et de fond 0,4/3, technique d'inhalation 1/15, Chambre d'inhalation 2,8/8 Débitmètre de pointe: 1,4/9.

Synthèse

Après avoir exploré en détail le concept de résilience, il est clair que cette capacité humaine permet de faire face aux défis de la vie, en transformant les difficultés en opportunités de croissance. Dans le contexte de la maladie, la résilience prend une dimension particulière. Elle permet à une personne de maintenir une lueur d'espoir, de trouver la force nécessaire pour persévérer dans sa guérison et de découvrir des sources de sens et de satisfaction, même dans les moments les plus éprouvants de sa santé. En comprenant son rôle actif dans la construction de sa propre joie et de son destin, une personne résiliente peut surmonter les obstacles liés à la maladie et trouver un bien-être physique, émotionnel et mental.

Dans le chapitre suivant, nous aborderons la deuxième variable de notre recherche, à savoir la qualité de vie.

Chapitre III :

La qualité de vie à l'ère de la maladie chez l'adolescent

Préambule

La maladie chronique représente une rupture habituel de la vie, l'asthme est une maladie chronique qui dure tout au long de la vie de la personne malade et qui représente actuellement la maladie la plus fréquente au monde et sur ça on peu imaginer qu'est ce que peut un tel handicap respiratoire peut provoquer chez les adolescents, qui sont entrains de développer et quel bouleversement peut arriver sur leur vie.

Aujourd'hui quand on parle de la vie on parle de la qualité parce que c'est a partir de cette qualité qu'ont peut parler de type de vie, mais il faut d'abord mesurer la qualité de vie de ces adolescents.

Ce chapitre sera répartie en trois axes le premier axe est intitulé « généralités sur la qualité de vie », le second axe intitulé « la qualité de vie chez l'adolescent » et le troisième et le dernier axe est intitulé « la qualité de vie chez l'adolescent malade (asthmatique) ».

Section I : Généralités sur la qualité de vie

Dans cette première partie intitulé « généralités sur la qualité de vie » nous aborderons plusieurs aspects de la qualité de vie, on commencera par l'histoire de la qualité de vie passons aux différentes définitions, puis on va citer les conceptions de la qualité de vie ainsi les approches de la qualité de vie puis on va parler sur les domaines et on passe a la qualité de vie liée a la senti et finalement on va parler brièvement sur les mesures de la qualité de vie.

1. Historique de la qualité de vie

La qualité de vie est un concept central en psychologie clinique, s'intéresse à l'amélioration du bien être psychologique et physique du l'individu. Son histoire dans la psychologie clinique remonte aux années 1950 et 1960.

La notion de la qualité de vie apparait pour la première fois dans quelques texte à la fin des années 1950 et plus officiellement dans les annales de médecine interne en 1960 , le nombre total d'articles utilisant comme premier mot-clé Quality of life a beaucoup augmenté depuis les années 1960, passant de zéro à plusieurs milliers (Schweitzer & Boujut, 2014, p. 5).

Parmi les premières écrit portant sur la QdV certain sont issus des travaux menés par une commises chargée par le président Eisenhower, de définir des « buts nationaux », sur la base d'indicateurs objectifs, afin d'augmenter tout à la fois la quantité et le niveau de vies des

citoyens. A cette même période, mais selon une démarche plus subjective, certains chercheurs s'intéressent au vécu quotidien des personnes, aux expériences qui participent de leur bonheur, mais ce sont les sociologues américains, dont les groupes d'Andreas et Whitey, mais aussi de Campbell (université du Michigan), qui vont déterminer les premiers indicateurs objectifs de la QdV (revenus, criminalité, santé, emploi, éducation) (Sultan & Varescon, 2012, p. 20).

Dès 1976 ces chercheurs ont remarqué que malgré la bonne santé de la société et de l'économie américaine en dépit des groupes médicaux et du contexte de démocratie, un nombre croissant de personnes se dit insatisfait de son bien-être psychologique ou QdV termes que les chercheurs emploient alors indifféremment. En Europe, les travaux en ce domaine débutent un peu plus tardivement, en France, dans le secteur de la santé le terme de la QdV fait son apparition en 1966 dans les annales de médecine interne (Sultan & Varescon, 2012, p. 21).

Notamment le concept de la qualité de vie est devenu comme un concept à la mode depuis les années 1980-1990 qui a réussi à supplanter tout en les intégrant avec des notions voisines (bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé) (Schweitzer & Boujut, 2014, p. 6).

Aujourd'hui, la qualité de vie continue d'être un sujet d'intérêt majeur en psychologie clinique, les professionnels de la santé mentale utilisent des évaluations de qualité de vie pour évaluer l'efficacité de leurs interventions, et les chercheurs continuent de développer de nouvelles mesures pour répondre aux besoins des populations spécifiques. La qualité de vie est également devenue un objectif important pour les politiques de santé publique et les programmes de santé car elle est considérée comme un indicateur important de la santé et du bien-être général d'une population.

2. Définition de la qualité de vie

La qualité de vie est une notion complexe, pluridisciplinaire et pluridimensionnelle, elle est parfois confondue avec des notions voisines, son champ d'étude n'est pas encore stabilisé (Schweitzer & Boujut, 2014, p. 39).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la qualité de vie est « *la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations* », c'est un concept intégratif large, affecté de façon complexe par la santé

physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'autonomie, ses relations sociale, en relations avec les caractéristiques essentielles de son environnement (Fischer, 2002, p. 288).

Selon O.NORDENFELT (1994), la notion de qualité de vie « *est le plus souvent confondue avec celles de qualité de vie associée à la santé, d'état de santé et de bien-être subjectif. En réalité, c'est la qualité de vie qui est le concept le plus large de toutes plus intégratif* » (Bruchon & Schweitzer, 2002, p. 48).

Selon Bruchon-Schweitzer : « *Le concept de qualité de vie s'est construit peu à peu par l'intégration de différents indicateurs au fil du temps : le bonheur, d'origine philosophique, le bien-être matériel, et le bien-être subjectif d'origine sociologique et psychologique, la santé physique d'origine médicale et la santé mentale d'origine psychiatrique. Ces notions ont contribué à définir ce qu'est une vie satisfaisante* » (Formarier, 2002, p. 261).

De ce qu'est la « qualité de vie » nous avons tous une notion intuitive « la qualité de vie, c'est ce qui rend la vie bonne, agréable, ou confortable » (Fagot Largeault, 2002). « La QdV est une notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition » (Auquier et al., 2006). Tous les auteurs traitant de la QdV sont unanimes sur cet aspect de la définition : la QdV est un concept intrinsèquement subjectif (Sultan, Varescon 2012, p. 21).

Ainsi le concept de la qualité de vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuses façons, les définitions sont encore multiples et cela est inhérent au fait que le concept de « qualité de vie » est une notion personnelle difficilement quantifiable.

En effet chacun peut donner légitimement sa définition et chacun variera en fonction des attentes du sujet de son cadre culturel et de ses valeurs propres.

3. Les conceptions de la qualité de vie

La qualité de vie est une notion complexe pluridisciplinaire et pluridimensionnelle. Elle est parfois confondue avec des notions voisines, son champ d'étude n'étant pas encore stabilisé. Plusieurs disciplines ont marqué les conceptions de la qualité de vie (science économiques et politiques, la médecine, science sociales).

3.1. Conceptions objectives de la qualité de vie

Les conceptions de la qualité de vie, sont limitées aux seules conditions de vie matérielles (point de vue politique et économique et à l'absence de maladie physique). A cette conception objective (accessible par hétéro-évaluation), pour les tenants de cette tendance la qualité de vie est définie par l'écart entre les idéaux et les objectifs de la personne, et la situation présente .elle renvoie aux items ou aux échelles qui visent à déterminer le nombre ou l'intensité d'expérience observable dans la vie d'une personne, elle correspond aussi aux conditions de vie du sujet qu'elles apparaissent a un observateur extérieur (Fischer, 2002, p. 287).

3.2. Conceptions subjectives de la qualité de vie

La qualité de vie trouve son origine dans le mouvement des indicateurs sociaux au milieu des années 1960, les conceptions qui s'en inspirent (aux Etats-Unis et en Europe de l'Ouest) s'intéressent à des indicateurs subjectifs et individualisés (bien-être, satisfaction, bonheur) issus du domaine de la santé mentale et en continuité avec les philosophies humaniste et utilitariste, la qualité de vie sera vue comme une notion alternative à celle de bien-être matériel, dont elle s'éloignera de plus en plus, pour se rapprocher des notions de satisfaction et de bien-être subjectif (Schweitzer & Boujut, 2014, p. 42).

Les mesures subjectives ou évaluatives de la qualité de vie renvoient aux items ou aux échelles qui ont pour objet de déterminer comment un individu évalue les répercussions de la maladie sur son pour objet de déterminer comment un individu évalue les répercussions de la maladie sur son fonctionnement physique, social et affectif, ou dans quelle mesure il est satisfait de ses différentes expérience de vie (Fischer, 2002, p. 287).

3.3. Conceptions intégratives de la qualité de vie

La plupart des auteurs estiment à présent que la qualité de vie comprend à la fois des aspects objectifs et subjectifs qui sont tous deux des indicateurs valides ces conceptions prennent en compte à la fois les composantes « externes » et « internes » plusieurs points de vue et elles supposent des interactions dynamiques entre les composante de la QDV (Schweitzer & Boujut, 2021, p. 70).

4. Les approches de la qualité de vie

Le concept de la qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement et de manière schématique, quatre approches sont envisagées, ces différentes approches peuvent être décomposées en périodes d'intérêt en fonction du domaine de ce qui l'abordent : philosophes, psychosociologues, politologues et médecin.

4.1. L'approche philosophique

Le concept de qualité de vie a très tôt intéressé les philosophes. En effet, pendant des siècles, des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation, apparaît ensuite la notion de plaisir, plus accessible que celle de bonheur soulignons que la notion de plaisir s'est différenciée de celle de bonheur par son accessibilité et fait partie intégrante du bonheur.

Ces notions ont progressivement conduit à celle de bien-être qui fait, au même titre que le bonheur, le plaisir, et le désir, partie intégrante de la qualité de vie.

Nous verrons à travers cette approche que les notions de bonheur, plaisir, désir et de bien-être font partie intégrante de la notion de qualité de vie (Fischer, 2002, p. 284).

4.2. L'approche sociologique et psychologique

Contrairement aux philosophes, les psychosociologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de vie, mais de vérité de chacun sur la qualité de vie, donc ce qui les intéresse, c'est l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population.

Les sociologues ont défini les notions de bonheur, de bien-être psychologique, de satisfaction de la vie, d'adaptation sociale et enfin de qualité de vie, ils se sont particulièrement intéressés aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien-être, et aux facteurs susceptibles d'influer sur le bien-être, à savoir des facteurs « internes » (notion de but et de sens de vie, sentiment d'efficacité personnelle, relations sociales, estime de soi, besoins, désirs, aspirations, éléments psychopathologiques) et « externes » (aspects sociodémographiques, événements de vie, soutien social), cependant, ils ont négligé la composante comportementale, alors que la psychologie expérimentale s'y est fortement intéressée à travers le concept d'aptitude ce dernier a été par la suite repris par les sociologues pour définir celui de qualité de vie, le concept de qualité de vie tel qu'il est étudié par les psychologues et les sociologues reste lié à la santé, aussi il permet une exploration du niveau

de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociales et familiales (Fischer, 2002, p. 285).

4.3. L'approche économique et politique

La notion de la qualité de vie telle qu'elle est connue en économique et en politique se réfère essentiellement au niveau de vie optimal, condition de bien être matériel auxquelles tout individu devrait pouvoir accéder.

Dans les pays démocratiques à fort croissance économique Pour certains politiciens comme Thomas Jefferson président des USA les droit de chaque citoyen ne se limite pas seulement à leurs aspects objectifs ni aux évaluations subjectives, mais peut inclus le droit au bonheur (Schweitzer & Boujut, 2021, p. 10).

4.4. L'approche médicale

Le concept de qualité de vie est très répondu dans le domaine médical, nous retrouvons ce concept de qualité de vie en médecine et plus particulièrement, en psychiatrie lors du programme de désinstitutionalisation (1963) aux États-Unis, quelque dates marquent le développement des études sur la qualité de vie dans le domaine médical suit des travaux de deux auteurs Karnofsky et Katz qui ont surtout eu le mérite de faire évoluer les mentalités en médecine, ils ont montré l'importance d'évaluer des fonctions et des handicaps aussi bien physique que psychique sans les dissocier de leur contexte (Ficher, 2002, p. 286).

5. Les domaines de la qualité de vie

La qualité de vie est un concept complexe et composite, certains auteurs soulignent son caractère unitaire et global, d'autres s'attachent à décrire ses composantes et d'autres mettent l'accent sur le type d'évaluation (objectif, subjectif) le plus pertinent, la définition de l'OMS (WOQOL group, 1994) se réfère à des dimensions assez généralement acceptées : santé physique, santé psychologique, autonomie, relations sociales, environnement (certains y ajoutent la spiritualité) ses domaines peuvent être évalués diversement (auto-hétéro-évaluation mesure objective), parmi ses domaines on trouve le domaine physique, psychologique et social.

5.1. Le domaine psychologique de la qualité de vie

Le domaine psychologique de la qualité de vie se subdivise en aspects plus spécifiques, le WHOQOL-100, par exemple contient six domaines, dont la santé psychologique, qui se subdivise à son tour en cinq composantes : affect positifs, affectifs négatifs, estime de soi, capacité cognitive (pensée, mémoire, concentration, capacité d'apprentissage) image de corps et apparence perçue. Ce domaine comprend la présence d'émotions et affectifs positifs, mais aussi l'absence, la rareté ou la faible intensité des affectifs négatifs (anxiété, dépression), on reconnaît ici la conception tantôt unidimensionnelles, tantôt bidimensionnelle de la santé, donc on est proches des notions psychologique ou de bien-être subjectifs. Quant à certaines compétences et performances (neuropsychologiques, cognitive, psychomotrices) elles sont classées dans la dimension « psychologique » d'autre dans « santé physique et capacités fonctionnelles », mais il serait clair de les situer dans le domaine psychologique parce que toutes les altérations et les troubles du fonctionnement psychologique du sujet peuvent être induits par l'état de santé ou pour le traitement qu'il subit (Schweitzer & Boujut, 2021, pp. 50-51).

5.2. Le domaine physique de la qualité de vie

Le domaine physique de la qualité de vie comprend deux sous-domaines : la santé physique (état de santé) et les capacités fonctionnelles (autonomie) qui se subdivise à leur tour en composantes plus fines. Ainsi la santé physique comprend elle, l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biomédicaux, ses deux sous-domaines peuvent être évalués de façon « externe » (résultats d'analyse et examens diagnostiques médicaux) ou « interne » (santé et capacités fonctionnelles subjectives) (Schweitzer & Boujut, 2014, p. 49).

5.3. Le domaine social de la qualité de vie

Les relations et les activités sociales des individus constituent le troisième domaine majeur de la qualité de vie, opposant généralement une vie sociale riche à l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères : familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations suffisant en quantité (intégration sociale) et en qualité (intimité, réciprocité, etc.).

La QdV sociale est estimée en général au sein d'outils génériques mais il existe aussi des échelles spécifiques explorant le fonctionnement social des individus, il y a ainsi de nombreuses échelles de qualité de vie qui évaluent une sorte de « santé sociale » définie comme

la participation à des activités sociales (familles, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse et vie civique) (Schweitzer & Boujut, 2014, p. 52).

6. La qualité de vie liée à la santé

La santé est nous l'avons dit une des composantes du concept de QdV. Selon Grenier (1995), il a fallu attendre les années 1970 pour que soit faite la distinction entre les déterminants de la qualité de vie spécifique à la santé (QdV liée à la santé) et les autres (revenus, stabilité d'emploi, conditions de vie...). En revanche, dans le langage médical, il y avait déjà fort longtemps que le concept de QdV ne recouvrait plus que les domaines liés à la santé, à l'impact de la maladie ou des traitements sur la vie personnelle et sociale des malades. Il est certain que la définition de la santé proposée par l'OMS a eu une profonde influence sur l'abord de la notion de QdV dans le domaine biomédical : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO, 1946).

Aujourd'hui, tous ceux qui ont besoin de quantifier la qualité d'une vie liée à la santé s'appuient sur cette définition et retiennent trois principales dimensions : physique, psychologique et sociale. Afin de conserver le caractère subjectif et pluridimensionnel du concept et d'éviter de le réduire à la simple prise en compte d'un degré de bien-être, le vécu du sujet est apprécié par des auto-questionnaires comportant des critères subjectifs, mais aussi objectifs. Les outils proposés (sauf ceux qui sont spécifiques à une pathologie) ne doivent pas faire référence à une symptomatologie particulière, mais aux conséquences ressenties en termes d'altération des différents domaines de la QdV. Il est donc demandé au malade d'estimer son vécu sur le plan fonctionnel (somatique, activités de la vie quotidienne), social, émotionnel, sexuel, cognitif et en rapport avec certains objectifs qu'il s'est fixés, voire d'exprimer son sentiment de handicap ou d'atteinte de l'estime de soi (Sultan, Varescon, 2012, pp. 22-23)

7. Les mesures de la qualité de vie

La qualité de vie de vie des malades à donner lieu à l'élaboration de nombreuses utiles qui peuvent être classé en deux grande catégories : les mesures génériques utilisées pour tous pathologies et les mesures spécifiques qui portent sur une pathologie donnée en considérant divers aspect.

7.1. Les mesures génériques de qualité de vie

Les mesures génériques ont été élaborées pour convenir à une très grande variété d'individus et de groupes, elles couvrent des aspects très vastes de l'existence, concernant à la fois les ressources physiques, mentale et sociales des individus et la façon d'évaluer globalement leur vie, on peut remarquer beaucoup d'auteurs utilisent les dénominations élastiques : un instrument mesurant le bien être ou la santé pouvant prétendre mesurer la qualité de vie et inversement. Dans cette mesure on peut remarquer plusieurs échelles de la qualité de vie comme la MOS, SF-36, le WHOQOL-100 et WHOQOL-26 (Schweitzer, 2002, pp. 71-73).

7.2. Les mesures spécifiques de qualité de vie

Les outils spécifiques se sont avérés plus sensibles pour déceler pour une pathologie donnée l'impact de la maladie et des traitements sur les divers domaines de la vie (limitations, altérations, évolution favorable) et ils sont plus discriminatifs lorsque l'on compare des patients recevant des traitements différents. Il existe aujourd'hui des échelles de qualité de vie liée à la santé pour pratiquement chaque pathologie (maladies respiratoire et d'asthme, rhumatisme, cancers, maladies neurologiques, maladies cardio-vasculaires, diabète et de troubles psychiatriques) (Schweitzer & Boujut, 2014, pp. 59-60).

Section II : la qualité de vie chez l'adolescent

L'adolescence est une phase de grandes changements, la qualité de vie est un indicateur qui cherche à faire progresser la compréhension des multiples dimensions de l'état de santé telle qu'elles sont perçues par les individus en bonne santé, un tel indicateur est particulièrement utile chez les enfants et les adolescents compte tenue de l'importance d'avoir une bonne perception de soi pour une meilleure exécution des fonctions quotidiennes.

Dans cette seconde section intitulée « la qualité de vie chez l'adolescent », on va parler d'abord sur la qualité de vie chez l'adolescent puis on va passer aux échelles de la qualité de vie liée à la santé des enfants et des adolescents.

1. La qualité de vie chez l'adolescent

Le terme qualité de vie, dans son sens générique, est surtout connu à travers le concept proposé par l'organisation mondiale de la santé et la perception qu'ont les individus de leurs positions dans la vie. Les centaines d'études réalisées ces vingt dernières années ont permis

d'apprécier des indicateurs d'état de santé des adolescents conduit à ce jour se sont davantage intéressées à l'individu malade puis qu'elles visent à évaluer des stratégies thérapeutiques, admettant implicitement qu'en l'absence de maladie, les adolescents étaient dans un état de bien-être, satisfaisant or, les divers interlocuteurs des adolescents dans leur cadre de vie (enseignants, éducateurs, psychologues, travailleurs sociaux, parents...), perçoivent quotidiennement les témoignages d'un mal-être moins définissable en terme épidémiologique (Joliot & Deschamps, 1997, p. 7).

Comme pour la mesure de la qualité de vie chez le nourrisson, se pose la question de capacité de l'enfant à s'auto évaluer, une différence existe tout de même qui est l'accessibilité au langage dans cette tranche d'âge en comparaison au moins de trois ans. Cependant, dans une revue critique des recherches sur l'évaluation de la qualité de vie pour l'enfant et l'adolescent, Harding a insisté sur les divergences d'appréciation entre l'enfant et ses parents, certains auteurs pensent que les échelles de qualité de vie pour l'enfant devraient privilégier l'opinion de l'enfant lui-même, alors que d'autres défendent la complémentarité de plusieurs approches incluant l'évaluation par un professionnel, l'évaluation par un proche et le recueil de l'opinion de l'enfant. Plus l'enfant est âgé, plus il est conscient des aspects psychologiques, émotionnels et les implications sociales de la maladie que plus jeune. La maturité et le développement cognitif sont aussi importants que l'augmentation de l'âge chronologique en ce qui concerne la compréhension des concepts de santé et de la maladie (Meynard, 2009, p. 35).

Par ailleurs, les enfants souffrants de maladies chroniques ont une maturité et la compréhension de la maladie plus développée que leurs pairs. Plusieurs types d'échelles ont été développés pour évaluer la qualité de vie chez l'enfant et l'adolescent, elles peuvent être « génériques » ou « spécifiques » (Meynard, 2009, p. 35).

2. Echelles de qualité de vie liée à la santé des enfants et adolescents

Dans le cas de la maladie, elle est liée à la perception subjective d'un individu par rapport à son état physique (fonctionnement organique) émotionnel (état psychique) et social (aptitude à engager des relations avec autrui), c'est dans le cadre des pratiques cliniques et de la recherche médicale qu'a été développée la notion de qualité de vie liée à la santé et qui se distingue du concept de qualité de vie globale (Fischer & Tarquinio, 2014, p. 156).

L'élaboration d'échelles de qualité de vie génériques et spécifiques pour enfants et adolescents est récente et en pleine expansion. Environ 18% des enfants souffrent de maladies chroniques qu'il n'est pas possible de guérir (Schweitzer, Boujut, 2014, p. 61).

Des mesures de qualité de vie et de qualité de vie liée à la santé pour les enfants sont beaucoup développées depuis les années 1995 (on en compte une quinzaine actuellement). Les outils génériques sont généralement fidèles et valides, ils permettent de comparer les enfants malades et non malades et des enfants malades entre eux. Ils ne sont pas toujours assez sensibles pour détecter certains changements dans la qualité de vie, dus souvent au traitement, il existe de nombreux outils spécifiques pour enfants et adolescents (environ 25), incluant des items susceptibles d'être affectés par la maladie et les traitements. Ces outils sont décrits dans Davis, Mackinnon, Reddihough et Graham (2006), Etienne, Dupuis, Spitz, Lemétayer, et Missotten (2011) et Fayed, De Camargo, Kerr et al (2012) (Schweitzer & Boujut, pp. 61-62).

Section III : la qualité de vie chez l'adolescent malade

Le terme qualité de vie est un concept qui englobe les conséquences physiques, psychologiques, et sociales d'une maladie, par opposition à ses répercussions strictement cliniques, pour sa part la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état complet de bien-être physique, mental et social.

Dans cette troisième et dernière question on va commencer par la maladie et la qualité de vie, passeront à la qualité de vie et l'asthme en suite on va aborder le profil de qualité de vie des patients asthmatiques ainsi l'impact de l'asthme sur la qualité de vie liée à la santé.

1. Maladie et qualité de vie

La maladie grave bouleverse le plus souvent les conditions de vie antérieures et remet parfois brutalement en cause la QdV, ce concept populaire et général a été développé en psychologie de la santé, notamment par rapport aux situations de malade pour prendre en compte les divers aspects de leur état lié aux traitements, aux handicaps, aux nombreux inconforts, afin d'améliorer leur bien-être physique, et social. Par ailleurs, l'idée de qualité de vie des maladies est soutenue aujourd'hui par un contexte social plus sensible aux droits et à la dignité de malade (Fischer & Tarquinio, 2014, p. 154).

2. La qualité de vie et l'asthme

Dans les affections respiratoires, l'asthme est une maladie chronique qui tend à se prolonger pendant toute la vie du patient, l'obligeant à suivre un traitement de longue durée et parfois à changer son style de vie, afin de mieux contrôler sa maladie et le traitement qui lui est associé. Juniper, Guyatt, Ferrie et Griffith (1993) ont développé un questionnaire spécifique à la qualité de vie des asthmatiques, permettent d'évaluer les changements qui apparaissent au cours du temps chez une personne donnée, quatre domaines principaux sont évalués : physique (les symptômes), occupationnel (limitation des activités), social (relations interpersonnelles) et émotionnel (anxiété, dépression, dysthymie). Juniper (1999) présente des travaux réalisés auprès d'enfants et d'adultes et montre une détérioration dans ces quatre domaines lorsque l'asthme apparaît (Fischer, 2002, p. 296).

Profil de qualité de vie des patients asthmatiques

Des observations cliniques suggèrent que les patients asthmatiques font l'expérience au cours de leur vie d'une large variété de difficultés physiques, psychologiques et sociales. Des études qualitatives suggèrent que les patients adultes sont particulièrement concernés par des restrictions dans leurs activités quotidiennes, les tâches ménagères, le jardinage et la participation à un sport (Nocon). Ces mêmes données indiquent également que les exigences de la maladie et du traitement peuvent mener à des changements de style de vie et affecter les interactions sociales et le bien être émotionnel (Chateaux, 2005, p. 67).

Comparés à des enfants en bonne santé, les enfants asthmatiques au niveau du fonctionnement physique ont relativement plus de plaintes ou de symptômes physiques (Maclean, Perrin, Gortmaker & Pierre, 1992). Au niveau du fonctionnement social, les enfants souffrant d'asthme ont des scores plus faibles de compétence sociale au Child Behavior Checklist, que les enfants non asthmatiques (Eksi, Molzan, Savasir & Guler, 1995). Enfin, une plus faible performance des compétences scolaires est mesurée par le Child Behavior checklist chez les enfants asthmatiques (Chateaux, 2005, p. 67).

3. Impact de l'asthme sur la qualité de vie liée à la santé

L'asthme, caractérisé par une inflammation chronique des voies respiratoires se manifeste à travers des épisodes récurrents de respiration difficile, d'essoufflement, de sensation de compression dans la poitrine et de toux. La nature chronique de la maladie et

l'imprévisibilité de l'intensité des épisodes aigus peut diminuer la qualité de vie du patient (Chateaux, 2005, p. 67).

Les recherches ont montré que l'asthme affecte tous les domaines de la qualité de vie ainsi que les relations existantes entre cette dernière et la sévérité de la maladie, les facteurs sociodémographiques et le traitement. Parce qu'un des objectifs du traitement de l'asthme pédiatrique est de s'assurer que les problèmes de l'enfant sont entendus et pris en compte, et parce que ces problèmes sont faiblement corrélés avec les indices cliniques et le report des parents, l'évaluation de la qualité de vie liée à la santé devrait être une composante essentielle de toutes les évaluations cliniques (Chateaux, 2005, p. 69).

Les études antérieures sur la qualité de vie

En 2022, un article est mis en ligne en Algérie par Serra Aicha, qui s'intitule « *Quality of life in patients with asthma* », Cette étude vise à révéler l'ampleur de la détérioration de la qualité de vie des individus asthmatiques, et pour cette étude, l'approche descriptive a été utilisée sur un échantillon de 20 patients asthmatiques des deux sexes (hommes et femmes), et un ensemble d'outils tels que l'observation attentive de l'échantillon avec l'entretien initial qui nous a aidé à recueillir une quantité d'informations sur le patient ainsi que l'échelle de qualité de vie liée à la santé 36-SF afin de tester la validité de l'hypothèse de recherche qui est que : La qualité de vie d'un individu est affectée après sa maladie d'asthme. Un questionnaire a également été utilisé comme outil de collecte de données en répondant à une série de questions qui sont : Il a été distribué à un échantillon de 20 patients asthmatiques, et les résultats obtenus dans cette étude sont une diminution de la moyenne des scores de qualité de vie au niveau des huit dimensions de l'asthme, ainsi que de la moyenne générale, qui représente 30,34, ce qui confirme la validité de notre hypothèse.

Cette fois ci, c'est en Tunisie, où une étude transversale menée au service de pneumo allergologie du CHU Mongi Slim La Marsa, durant le mois de janvier 2021, portant sur les patients asthmatiques adultes et dont le suivi de leur maladie a débuté durant l'année 2018 avec des consultations régulières (>2) au cours des années 2018 et 2019. Sous le titre « *Qualité de vie des patients asthmatiques au cours de la pandémie COVID-19* ». Le diagnostic d'asthme a été retenu selon les recommandations du GINA 2018. Les patients ayant d'autres pathologies respiratoires chroniques associées ont été écartés. La qualité de vie a été évaluée par le mini asthma Quality of life questionnaire (MiniAQLQ) traduit en arabe dialectal. Il regroupe 15 questions dont le score total oscille entre 15 et 105 (plus le score est

élevé plus la qualité de vie est meilleure). Le contrôle de l'asthme a été déterminé selon les recommandations du GINA 2020. Tous les patients ont été interrogés par téléphone. Les résultats sont : Un total de 249 dossiers d'asthmatiques a été consulté, 88 ont été contacté par téléphone et 54 ont répondu au questionnaire. L'âge moyen était de 53 ± 14 ans (sex-ratio F/H = 1,34). Une rhinite allergique était associée dans 54 % des cas, une conjonctivite allergique dans 11 %, une allergie cutanée dans 9 % et une allergie médicamenteuse dans 7 %. Le VEMS moyen était de 2,99 l (79 %), la CVF de 3,09 l (85 %) et l'IT de 74 %. Les tests cutanés aux pneumallergènes étaient positifs dans 52 % des cas (Acariens dans 70 % des cas). L'asthme était contrôlé dans 65 % des cas, partiellement contrôlé dans 26 % et non contrôlé dans 9 %. Le score miniAQLQ moyen était de $54,9 \pm 8,4$ avec 28 % des patients ayant un score ≤ 50 . Il était associé de façon statistiquement significative à l'âge ($r = -0,376$; $p = 0,007$).

On retourne en France plus précisément la Réunion, où en 2019 y avait une étude qualitative intitulée « *Influence sur la qualité de vie des participants d'un programme d'ETP asthme à domicile à la Réunion* » qui a été réalisée avec des entretiens semi-dirigés, à domicile et enregistrés. Les parents asthmatiques ou non et les adolescents ayant participé au programme ont été interrogés. L'analyse des données s'inspirait du principe de la théorisation ancrée. Les données ont été anonymisées. Plus tard, les résultats montrent une amélioration de la qualité de vie avec un meilleur contrôle de la maladie. Sur le plan émotionnel, l'intégralité des parents se disait soulagés ou rassurés. Les familles sont plus autonomes dans la gestion du traitement de fond et des crises, notamment grâce au plan personnalisé d'action. Cela permet une action plus rapide et plus efficace avec moins de consultation en urgence, moins d'aggravations secondaires, moins d'absences scolaires. Les enfants retrouvent une plus grande liberté dans les activités quotidiennes avec reprise du sport ou levée de certains interdits. Le domicile semblait mettre les patients plus à l'aise et modifier la relation soignant – soigné.

En 2018, une thèse de doctorat effectuée en Belgique, par Mignon Jessika, qui s'intitule « *Etude de la qualité de vie des enfants asthmatiques âgés de 9 à 13 ans* ». Cette recherche, consistant en une étude exploratoire de la qualité de vie des enfants asthmatiques, présente trois grands objectifs : (1) comparer le niveau de qualité de vie des enfants asthmatiques à celui des enfants sains et détecter une différence quelconque ; (2) identifier les variables psychologiques propres à l'enfant qui sont liées à sa qualité de vie ; (3) mettre en évidence les variables psychologiques des parents en lien avec la qualité de vie des enfants.

L'échantillon total des enfants se compose de 5 garçons et 6 filles, soit 11 enfants asthmatiques. L'échantillon des parents s'élève à 20 individus, 11 mères et 9 pères. Pour cette étude, nous avons tout d'abord évalué la qualité de vie des enfants asthmatiques. Pour ce faire, nous avons eu recours à l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie-version Enfants (ISQV-E ; Missotten, Etienne & Dupuis, 2007) En ce qui concerne les variables psychologiques des enfants, nous avons évalué l'anxiété, la sensibilité à l'anxiété, les stratégies de coping, le contrôle perçu et l'intelligence émotionnelle. Pour y parvenir, nous avons utilisé différents questionnaires : le State-Trait Anxiety Index for Children (STAIC ; Spielberger, 1973) la Children Anxiety Sensitivity Index (CASI ; Silverman, Fleisig, Rabian & Peterson, 1991) l'Asthma Specific Coping Scale (ASCS ; Aalto, Härkäpää, Aro & Rissanen, 2002) le Perceived Control of Asthma Questionnaire (PCAQ ; Katz, Yelin, Eisnet & Blanc, 2002) et le Questionnaire d'Intelligence Emotionnelle (TEIQue ; Mavroveli, Petrides, Shove & Whitehead, 2008). Pour les variables parentales, nous nous sommes intéressés à l'anxiété, la sensibilité à l'anxiété et les stratégies de coping. Dans ce but, nous avons utilisé le State-Trait Anxiety Index-Form Y (STAI-Y ; Spielberger, 1993) le Anxiety Sensitivity Index (ASI ; Petersen & Reiss, 1992) et le Coping Health Inventory for Parents (CHIP ; McCubbin, McCubbin, Patterson, Cauble, Wilson & Warwick, 1983). Les statistiques descriptives montrent que les enfants asthmatiques de notre échantillon possèdent une qualité de vie dans les normes bien que les items spécifiques fassent l'objet d'une moindre satisfaction de la part des enfants, se caractérisant par un score écart plus élevé. De plus, il semblerait que ces enfants aient tendance à se fixer des objectifs moins élevés et ainsi plus faciles à atteindre, comme le montre les scores but, inférieurs à la norme. Pour le score rang calculé par l'ISQV-E, nous observons un moindre intérêt des enfants quant à leur fonctionnement émotionnel. Les résultats relatifs à l'anxiété (STAIC) et la sensibilité à l'anxiété (CASI) se situent dans les normes établies par les auteurs. En revanche, nous constatons qu'une des stratégies de coping mesurées par l'ASCS, à savoir la recherche d'information, est peu utilisée par notre échantillon. De plus, les résultats obtenus au PCAQ démontrent un faible sentiment de contrôle sur la maladie. En ce qui concerne l'intelligence émotionnelle (TEIQue), alors que les filles de notre échantillon présentent un niveau se situant dans les normes, les garçons obtiennent un score inférieur à la norme proposée par les auteurs. Du côté des parents, le STAI-Y et l'ASI n'ont pas mis en évidence de résultats plaidant pour la présence d'anxiété ou de sensibilité à l'anxiété, que ce soit chez les mères ou les pères. Le CHIP n'a pas non plus mis en exergue d'utilisation particulière de stratégies de coping.

Un article est mis en ligne en Tunisie, par S. Aouadi, A. Bayouh1, M. Guermani, H. Gharsalli, F. Ellouze, S. Maâlej, L. Douik El Gharbi, qui se nomme « *Qualité de vie dans l'asthme : degré d'altération et facteurs associés* ». Son objectif est d'évaluer le degré d'altération de la qualité de vie des patients suivis pour asthme et déterminer ses facteurs associés. C'est une étude transversale. Elle a concerné un groupe de 100 asthmatiques. L'étude s'est déroulée durant le mois de juin 2014, à la consultation externe du pavillon « D » de l'hôpital A. Mami. La qualité de vie a été évaluée à l'aide de l'Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ). Le contrôle de l'asthme a été évalué à l'aide du test de contrôle de l'asthme (ACT). Résultats L'âge moyen des asthmatiques était de $45,8 \pm 16,4$ ans. La sex-ratio F/H était de 2,2. L'âge du début de l'asthme était de 27 ± 15 ans. La durée d'évolution de la maladie était de 18 ± 16 ans. Un peu plus de la moitié des patients suivis pour asthme (57 %) avait un asthme non contrôlé. La qualité de vie des asthmatiques était considérée comme faiblement altérée chez 40% des patients, moyennement altérée chez 35% des patients et fortement altérée chez 25% des patients. L'altération de la qualité de vie était associée au sexe féminin, à un âge avancé, à un début précoce de la maladie asthmatique, à un mauvais contrôle de la maladie, à une obstruction bronchique persistante et à une fréquence élevée des comorbidités et de troubles émotionnels.

En 2012, un article est mis en ligne en France par Nicole Beydon et al., qui se nomme « *Qualité de vie, contrôle de l'asthme, cotininurie et éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique* ». C'est une étude prospective des patients débutants une ETP. Il était recueilli des données sociodémographiques, environnementales (dont le tabagisme parental) et médicales (contrôle de la maladie, qualité de vie, dérivé urinaire de la cotinine (cotininurie). Sur 54 enfants (âge médian 8,6 ans) inclus, 35 et 26 ont suivi 3 ou au moins 4 séances d'éducation, respectivement. L'antécédent d'hospitalisation pour asthme, lui-même lié au tabagisme in utero ($p = 0,07$), et la maladie non contrôlée étaient fréquents (61 % et 43 %, respectivement). La cotininurie initiale, non différente entre enfants actuellement exposés et non exposés (259 vs 141 nMol \cdot L⁻¹, $p = 0,15$), ne diminuait que chez les enfants exposés. Chez les enfants ayant trois ou quatre séances renseignées dans le cadre de l'étude ($n = 34$), la qualité de vie augmentait significativement ($n = 23$, augmentation médiane 1,06, $p = 0,1$), le contrôle de la maladie s'améliorait dans 64 % des cas ($n = 33$, $p = 0,01$), et le nombre de recours aux urgences hospitalières diminuait ($n = 34$, $p = 0,001$). Les effets bénéfiques de l'ETP apparaissaient rapidement (contrôle de la maladie, qualité de vie) n'empêchant pas

l'assiduité moyenne à l'ETP. La cotininurie ne permettait pas de détecter l'exposition aux fumées de tabac, mais pouvait aider à la surveillance de l'exposition.

Synthèse

De nombreux chercheurs et scientifiques ont essayé de donner des versions différentes dans leurs explications de la qualité de vie, car ce concept est une notion relativement nouvelle et l'intérêt qu'il suscite est assez récent, particulièrement dans le domaine de l'adolescent.

La qualité de vie chez les adolescents est un sujet de recherche important, dans le domaine de la psychologie et de la santé publique, de ce fait de nombreuses études ont été menées pour comprendre les facteurs qui influencent la qualité de vie des adolescents, ainsi que pour identifier les interventions efficaces pour améliorer leur bien-être.

Dans ce qui suit, nous allons présenter le quatrième chapitre intitulé méthodologie de la recherche dans le quelle on va présenter, notre démarche, et présenté nous utiles de recherche.

Problématique et hypothèses

La santé est une couronne sur les têtes des gens en bonne santé. La santé peut être définie comme état de complet bien-être physique, mentale et social et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité. Cependant, la santé de l'individu est affectée par un ensemble de facteurs externes qui agissent soit en sa faveur, soit en sa défaveur lui causant ainsi un ensemble de pathologie.

La bonne santé est ce qui est de plus cher pour les êtres humains, c'est pourquoi la préserver et l'une des priorités majeures. La bonne santé s'identifie à la norme (être en bonne santé c'est être normal. aussi peut-être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles, ainsi pour être en bonne santé les besoins fondamentaux doivent être satisfaits.

Ainsi, la maladie est un état affectant le corps d'un individu qui est socialement défini, la maladie constitue toujours, un état pourvue de significations sociale. Le malade est la personne qui n'est pas en bonne santé, c'est donc la personne qui souffre de maladies et des perturbations soit physique soit mentale.

En effet, depuis son existence, l'être humain est exposée à des pathologies divers, certaines disparaissent avec le temps, pendant que d'autres résistent et prenant de l'ampleur dans l'environnement médico-social et médicaux sanitaire, touchant ainsi toutes les couches sociales, mais a des degrés différents.

C'est dernière année, de nombreuses maladies sont apparus, parmi elles, les maladies chronique qui sont devenues l'une des préoccupations les plus importantes.

Dans ce cadre, la maladie chronique peut interférer avec le développement normal de l'enfant, le fonctionnement familial et les interactions entre l'enfant et son environnement. Elle peut également être vécue comme un facteur de stress potentiel auquel l'enfant et le système familial doivent s'adapter.

Les maladies chroniques telles que l'asthme réduisent non seulement la durée de vie mais elles entraînent également une diminution de la qualité de vie. Les personnes qui souffrent de maladies chroniques perdent ainsi des années de vie en bonne santé. La perte d'années de vie en bonne santé sera plus importante si une maladie chronique est fréquente dans la population et si son impact sur la qualité de vie du patient individuel est grand.

Au-delà de la douleur physique, les personnes atteintes de maladie chronique peuvent être aussi victimes de souffrance morale et sociale. La plupart du temps, il s'agit d'une souffrance latente qui n'est pas toujours évidente aux yeux de la famille et des amis.

Lorsqu'un adolescent est confronté à une maladie, cela peut bouleverser sa vie quotidienne et sa perception de soi. Les limitations physiques imposées par la maladie peuvent entraîner des sentiments d'isolement et de frustration, car ils peuvent être incapables de participer pleinement à des activités qu'ils appréciaient auparavant. L'incertitude quant à l'évolution de leur état de santé peut créer une anxiété constante, les obligeant à se soucier de leur avenir et à remettre en question leurs aspirations et leurs objectifs.

L'impact psychologique d'une maladie peut également se manifester par des changements émotionnels tels que des sautes d'humeur, de l'irritabilité ou de la tristesse. Les adolescents peuvent ressentir une profonde injustice face à leur situation, se demandant pourquoi ils doivent faire face à une telle épreuve alors que leurs pairs semblent en bonne santé. Ces émotions peuvent être intensifiées lorsqu'ils sont confrontés à des difficultés dans leur relation avec les autres, tels que le rejet ou le manque de compréhension de la part de leurs pairs.

La maladie peut également avoir un impact sur les perspectives d'avenir de l'adolescent. Les préoccupations liées à la santé peuvent les amener à remettre en question leurs possibilités de carrière, leurs études ou leurs projets personnels. Ils peuvent craindre que leur maladie ne les limite dans leurs aspirations et ne les empêche d'atteindre leurs objectifs. Cette incertitude peut engendrer de l'anxiété et un sentiment d'impuissance quant à leur avenir.

Parmi ces maladies, on cite, l'asthme qui est une maladie respiratoire chronique qui se manifeste par des crises qui provoquent une gêne respiratoire (dyspnée). Il a un fort impact sur la qualité de vie des patients. On y reviendra plus loin.

C'est un problème de santé mondial majeur et sa prévalence augmente dans la plupart des pays, en particulier chez les enfants (Ektah, Arun, & Elza, 2014) qui se caractérise par des épisodes de toux sèche répétée, une difficulté à respirer, un essoufflement, une respiration sifflante ou une sensation d'oppression dans la poitrine et l'hyperréactivité bronchique (Cave & Atkinson, 2014). Les personnes atteintes d'asthme sont particulièrement vulnérables aux

symptômes en hiver, lorsque les niveaux d'air froid et sec augmentent. Heureusement, il existe des moyens naturels de soulager ces symptômes, notamment grâce à la naturopathie.

Chez les sujets prédisposés, cette inflammation chronique induit une hyperréactivité bronchique qui entraîne des symptômes récidivants de sifflements, d'essoufflement et de toux, particulièrement la nuit et au petit matin. Ces symptômes sont généralement associés à une obstruction diffuse et variable des voies aériennes, qui est au moins partiellement réversible soit spontanément soit sous l'effet de thérapeutiques.

Selon l'OMS, la santé des adolescents est souvent négligée et mal prise en compte par les autorités sanitaires et médicales, car elle reste souvent orientée vers les périodes dites de vulnérabilités(grossesses, naissance, petites enfances), alors que 35% des causes de morbidité démarrent à l'adolescence, et que 1.3 million de décès d'adolescents auraient pu être évités (OMS,2015).

La prévalence de cette maladie varie beaucoup, aussi bien d'une région ou d'un pays à l'autre qu'à l'intérieur d'une même région ou d'un même pays, 7% en France et en Allemagne, 11% aux Etats-Unis et de 15 à 18% au Royaume-Uni. La prévalence de l'asthme au Maghreb se situe entre 1,5 et 3 %. Environ 20 % de ces patients souffrent d'asthme sévère, dont 20 % sont mal contrôlés. L'âge d'apparition maximale est de 5 ans, où il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles, avec un ratio de 3:2.5 Durant l'adolescence, la prévalence est égale chez les hommes et les femmes adultes. À l'échelle mondiale, la morbidité et la mortalité associées à l'asthme ont augmenté au cours des deux dernières décennies (Formosa, 2008).

Au cours des deux dernières décennies, les études ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) ont montré l'impact et l'importance de l'asthme dans le monde, l'asthme étant une maladie infantile qui peut affecter 15 à 25 % des enfants scolarisés dans de nombreux pays différents (Roncada et al, 2016). En Algérie, la prévalence de l'asthme était de 3.50 % pour l'étude de Boukari et col à Alger en 2001, 3.12% pour l'étude de Bensaad à Annaba en 2003, 4.1 % pour l'étude « AIRMAG » à Alger en 2008. D'autres études ont montré une prévalence élevée ; 13.22% pour l'étude de Argaz à Alger en 2006 et 9.9% pour l'étude de Bioud à Sétif en 2007(Benarab, 2010).

La résilience est une qualité humaine qui fait référence à la capacité d'une personne à affronter, à s'adapter et à se rétablir face aux difficultés, aux défis et aux adversités de la vie. Elle implique la capacité de rebondir après des événements stressants ou traumatisants, et de

trouver des ressources internes et externes pour se rétablir et se développer de manière positive.

La résilience n'est pas une caractéristique innée, mais plutôt une compétence qui peut être développée et renforcée au fil du temps. Elle repose sur des facteurs tels que la confiance en soi, la capacité à gérer les émotions, la pensée positive, la recherche de soutien social et le développement de stratégies d'adaptation efficaces, elle nous permet de maintenir un sentiment de contrôle sur notre vie, d'accroître une perspective optimiste et de faire face aux défis avec détermination et persévérance.

Premièrement, la résilience permet aux adolescents atteints de maladies chroniques de faire face aux nombreux obstacles liés à leur état de santé. Ces obstacles peuvent inclure des traitements médicaux lourds, des symptômes persistants, des limitations physiques et des contraintes quotidiennes. En développant leur résilience, les adolescents sont mieux équipés pour surmonter ces défis, s'adapter à leur nouvelle réalité et maintenir une qualité de vie satisfaisante.

Deuxièmement, la résilience aide les adolescents à maintenir une bonne santé mentale malgré les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Les maladies chroniques peuvent entraîner des sentiments de frustration, d'isolement, de peur et de tristesse chez les adolescents. La résilience leur permet de cultiver une attitude positive, de trouver du soutien dans leur entourage et de développer des stratégies d'adaptation saines pour affronter ces émotions et aux défis psychologiques associés.

Troisièmement, la résilience favorise l'autonomie et l'autodétermination chez les adolescents atteints de maladies chroniques. Elle leur permet de prendre en charge leur propre santé, de participer activement à leur traitement et de faire des choix informés concernant leur mode de vie. La résilience renforce leur confiance en leurs capacités à gérer leur condition médicale et à vivre une vie épanouissante malgré les contraintes.

La qualité de vie est un concept essentiel dans le domaine de la santé et du bien-être. Elle englobe divers aspects de la vie d'une personne, tels que sa santé physique, son bien-être mental, ses relations sociales, sa satisfaction professionnelle, ses activités de loisirs et sa perception globale du bonheur et de la satisfaction. La qualité de vie est subjective et varie d'une personne à l'autre, en fonction de ses valeurs, de ses attentes et de sa situation

individuelle. Elle est donc un indicateur clé pour évaluer l'impact de la maladie sur la vie quotidienne d'une personne et pour guider les interventions de soins de santé.

Une bonne qualité de vie dans le contexte des maladies chroniques implique la possibilité pour les individus de maintenir un équilibre admissible entre leur état de santé et les autres aspects importants de leur vie. Cela peut inclure la gestion efficace des symptômes, l'accès à des soins de qualité, le soutien émotionnel et social, ainsi que la capacité de maintenir des activités significatives et gratifiantes malgré les limitations liées à la maladie. Elle est aussi associée à une meilleure adhésion aux traitements, à une meilleure gestion de la maladie, à une plus grande résilience et à une satisfaction générale plus élevée. Une bonne qualité de vie peut également contribuer à réduire les niveaux de stress, d'anxiété et de dépression, et à promouvoir un sentiment de contrôle et de satisfaction dans la vie quotidienne.

La qualité de vie revêt une importance particulière chez les adolescents atteints de maladies chroniques. Ces jeunes sont confrontés à des défis uniques liés à leur condition médicale, qui peuvent avoir un impact significatif sur leur bien-être physique, émotionnel et social.

Sur le plan physique, la qualité de vie des adolescents atteints de maladies chroniques peut être affectée par les symptômes de la maladie, les restrictions d'activités physiques, les hospitalisations fréquentes et les traitements médicaux. Ces facteurs peuvent limiter leur participation à des activités sociales, sportives et récréatives, entraînant ainsi une altération de leur qualité de vie.

Du point de vue émotionnel, les adolescents atteints de maladies chroniques peuvent être exposés à des défis tels que l'anxiété, la dépression, le stress et les difficultés d'adaptation à leur condition. La gestion des émotions et la préservation d'une bonne santé mentale deviennent donc des aspects essentiels pour maintenir une bonne qualité de vie chez ces jeunes.

Par ailleurs, il est essentiel de noter que la qualité de vie des adolescents atteints de maladies chroniques est multidimensionnelle et subjective. Chaque jeune a des besoins, des valeurs et des préférences qui lui sont propres. Ainsi, la prise en compte de leur perspective et l'adaptation des interventions de soins de santé à leurs besoins individuels sont primordiales pour leur amélioration.

De plus, des études ont été réalisées sur les adolescents asthmatiques, et nous allons maintenant examiner de manière succincte les études les plus importantes portant spécifiquement sur cette population.

En effet, une étude descriptive rétrospective réalisée en Tunisie par M. Hamdi, B. Hamdi, S. Louhaichi, K. Chaabi, E. Nemsy, T. Cherif, J. Ammar, A. Hamzaoui, en 2022, sous le nom « *L'observance thérapeutique chez les adolescents asthmatiques et son impact sur le contrôle de la maladie* » dans l'objectif est de d'évaluer l'impact de l'observance thérapeutique sur le contrôle de l'asthme chez l'adolescent. L'échantillon comprenait 50 adolescents asthmatiques suivis dans le Service de pneumologie pédiatrique B de l'Hôpital Abderrahmane Mami à l'Ariana. Les résultats obtenus est que L'âge moyen des patients inclus dans l'étude était de 12,8 ans avec une durée moyenne d'évolution de la maladie de 8,3 ans. Le sexe-ratio était de 1,8. Les patients ont été répartis en deux groupes en fonction du niveau de contrôle : premier groupe : contrôlé (28 malades) et un deuxième groupe : non contrôlé (22 malades). L'observance thérapeutique était jugée bonne chez 75 % des patients du premier groupe, et mauvaise chez 68,2 % des patients du deuxième groupe. Dans notre série, une association statistiquement significative a été retrouvée entre la mauvaise observance thérapeutique et le mauvais contrôle de l'asthme chez l'adolescent ($p = 0,002$; OR = 6,42 [1,86—22,2]). En analyse multi variée, la mauvaise observance thérapeutique était le seul facteur retenu comme associé au mauvais contrôle de l'asthme ($p = 0,011$).

Aussi, en 2021, une autre étude est faite en France réalisé par M. Underner a, G. Peiffer b, J. Perriot c, I. De Chazeron d, N. Jaafari a, qui ont étudiés sur « *Asthme et comportements suicidaires chez les adolescents: revue systématique* ». L'objectif principal de cette étude est d'étudier l'association entre asthme et comportements suicidaires : idées suicidaires (IS), projet suicidaire (PS) et tentatives de suicide (TS), chez les adolescents en population générale. C'est des recherches sur Medline pour la période 1980-2021. En ce qui concerne les résultats obtenus, Parmi les 15 études incluses, la majorité d'entre elles retrouvait une association significative positive entre asthme et comportement suicidaire. Parmi les 10 études évaluant les IS (avec ou sans PS), 9 retrouvaient une association positive entre asthme et IS. Huit études concernaient les TS. Cinq études transversales et une étude prospective retrouvaient une association positive entre asthme et TS. Seule une enquête cas-témoin ne montrait pas d'association entre asthme et TS après une hospitalisation pour asthme. Les deux études transversales analysant le risque suicidaire (IS, PS et TS) retrouvaient une association positive entre asthme et au moins un comportement suicidaire

(OR = 1,71 ; $p < 0,001$). Toutefois, plusieurs études n'incluaient pas la dépression dans les facteurs d'ajustement.

Ainsi, M. Oudjedi Adda (2020), a fait une « *Etude de l'impact de l'exercice physique sur l'asthme chez les enfants et adolescents scolarisés* », L'objectif de cette étude est d'évaluer la prévalence de l'AIE chez les enfants et adolescents scolarisés de la ville de Chlef. C'est une étude transversale descriptive, 122 enfants et adolescents scolarisés âgés de 10-16. Les résultats obtenus est 36 élèves ont été exclus du protocole pour de différents raisons (Fonction pulmonaire de repos anormale, Tachycardie, Grippe, Effort insuffisant.etc.). L'épreuve d'effort a permis d'objectiver une prévalence de l'AIE de 10.5%. Dans cette étude, la toux est le symptôme les plus fréquents chez les enfants qui ont un asthme d'effort. De plus, 80% des enseignants d'EPS ont un enfant asthmatiques dans leurs classes, 87.5% n'ont pas les compétences nécessaires afin de faire face aux crises d'asthme et ne savent pas comment aménager leurs programmes d'EPS.

En 2019, cette fois-ci en France, une thèse de doctorat réalisé par Édith BARTHÉLÉMY, qui a étudié « *Asthme, tabagisme et déficits émotionnels* », L'objectif principal de cette étude est de mieux comprendre les relations et les effets entre les facteurs médicaux et les facteurs psychologiques tels que l'alexithymie, la dépression, l'anxiété, les émotions chez les patients asthmatiques fumeurs et non-fumeurs. Cette étude s'inscrit dans une approche mixte incluant des méthodes quantitatives et qualitatives, où ils ont une série de questionnaires à 70 patients atteints d'asthme. L'étude a conclu que les relations entre la sévérité de l'asthme, son contrôle et la qualité de vie, ainsi que des relations entre alexithymie, anxiété, dépression et émotions sont négatives chez les patients asthmatiques. Les résultats suggèrent également que les facteurs médicaux et les facteurs psychologiques sont d'autant moins bons que les patients sont alexithymiques, dépressifs, anxieux ou qu'ils aient un asthme partiellement ou pas contrôlé.

On retourne en Algérie, un article nommé « *Psychological pension (attachment style) for patient child of asthma* », qui a été réalisé en 2019 par Achouri Sonia. L'objectif de cette étude était de détecter le processus de construction d'un enfant asthmatique à travers l'examen de la variable l'attachement comme un composé essentiel pour le développement psychologique de l'enfant. Elle a adopté une étude clinique sur l'analyse du contenu du programme d'études cliniques et techniques et la mesure du type de réseau :Avoir un attachement malsain (malade) lorsque l'enfant est asthmatique. (À la fois de type résistant ou

évitant), de sorte que la première situation et la seconde reflètent un modèle de résistance et d'évitement. Et la deuxième situation reflète un modèle d'attachement résistant, tandis que la troisième situation reflète une maladie de l'attachement résistant.

En 2018, une thèse de doctorat réalisée en Algérie par IHADJADENE Lila, qui a étudiée « *Association entre l'anxiété, la dépression et le contrôle de l'asthme* ». L'échantillon comprenait 300 sujets asthmatiques, principalement des femmes d'âge moyen. Les résultats ont montré que l'anxiété et la dépression étaient fréquentes chez les patients asthmatiques non contrôlés, avec une prévalence de 42,3% pour l'anxiété et 38,7% pour la dépression.

Après avoir mené notre pré-enquête dans différents endroits à Akbou et effectué une revue de la littérature, nous avons recueilli des informations mettant en évidence les recommandations des professionnels de la santé concernant la gestion des crises d'asthme chez les adolescents. Il est clair que chaque cas d'asthme est unique, et la manière dont les personnes atteintes de cette maladie font face et maintiennent leur qualité de vie peut varier d'une personne à l'autre. Par conséquent, une prise en charge adéquate de l'asthme nécessite une observance thérapeutique rigoureuse adaptée à chaque individu. Chaque asthmatique doit trouver sa propre résilience et chercher à maintenir une bonne qualité de vie malgré les défis liés à la maladie.

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction de ce mémoire, nous avons retenu dans la cadre de cette recherche l'approche intégrative. Ionescu (2006) écrit à ce sujet que la complexité de la résilience nous amène à concevoir l'intégration des différentes approches. L'approche intégrative est holistique (en intégrant les données issues des différentes approches de la résilience) et transactionnelle-dynamique. De son côté, Anaut (2015) note que les approches théorico-cliniques intégratives de la résilience mettent donc à contribution des analyses de processus incluant les dimensions internes et externes aux sujets. La résilience est donc à concevoir comme un processus multifactoriel qui s'étaye sur des ressources individuelles (mécanismes défensifs, flexibilité cognitive, recherche de sens, sociabilité) ; sur des soutiens affectifs (familiaux, péri-familiaux, amoureux) ; et sur des conditions externes favorables (soutiens des pairs, des communautés sociales d'appartenance, etc.). Les ressources endogènes et exogènes tissent des interactions complexes pour aboutir à des formes de résiliences singulières, propres à chaque sujet. Dès lors, étudier la résilience chez l'adolescent est beaucoup plus pertinente en recourant à une approche intégrative, surtout

lorsqu'on connaît le poids des facteurs de protections familiales et de soutien dans ce processus.

Par ailleurs, l'étude de la qualité de vie ne peut bien se faire selon nos lectures qu'on se référant à un modèle intégratif, car ce dernier inclut des composantes de nature différente (psychologique, sociale, économique, médicale, biologique, etc.) et prend donc la personne dans sa globalité et dans toutes ses dimensions.

À travers ce que nous avons énoncé ci-dessus sur notre thème intitulé «*étude de résilience et la qualité de vie chez les adolescents asthmatiques*» et l'issue de la revue de la littérature internationale et nationale, ainsi que l'appui de notre pré-enquête que nous avons effectuée auprès d'un sujet qui est atteint de cette maladie, en utilisant un entretien semi-directif et la passation de deux questionnaires qui sont : CYRM-28 et VSP-A, nous avons émis a ces questions et formulé hypothèses :

Question :

- Est-ce que les adolescents asthmatiques sont résilients ?
- Quelle est la nature de qualité de vie des adolescents asthmatiques ?

Hypothèses :

- Oui, les adolescents asthmatiques sont résilients.
- La nature de qualité de vie des adolescents asthmatiques est bonne.

Opérationnalisation des concepts

Asthme : L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires qui entraîne des symptômes récurrents tels que des sifflements, une sensation d'essoufflement et une toux. Ces symptômes sont causés par une obstruction variable mais réversible des voies aériennes due à une inflammation persistante. L'asthme peut être déclenché par différents facteurs et son traitement vise à contrôler l'inflammation et à soulager les symptômes pour permettre aux personnes atteintes de mener une vie normale et active.

Adolescence : est une étape de la vie humaine qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Elle va au-delà de la puberté, qui se réfère spécifiquement aux changements biologiques observés, pour englober également les développements psychologiques, moraux et relationnels. C'est

une période caractérisée par de multiples transformations et évolutions dans divers aspects de la vie d'un jeune individu.

Résilience : pour les adolescents asthmatiques, la résilience est une combinaison de traits personnels et de facteurs socio-environnementaux qui permettent de gérer des situations stressantes. Parmi ces traits figurent l'adaptabilité, l'estime de soi, le sens de l'humour, la créativité, la résolution de problèmes, l'autonomie et le sens de l'efficacité. Ce sont ces attributs qui contribuent à la capacité d'un individu à surmonter les difficultés du quotidien malgré les obstacles.

La qualité de vie : Une bonne qualité de vie fait référence à un État général de santé physique, psychologique et sociale, elle se caractérise par un état de bien-être positif, contrairement à une mauvaise qualité de vie, qui se traduit par un état de bien-être défavorable ou insatisfaisant. Cependant, la notion de qualité de vie varie d'une personne à l'autre, en fonction de ses valeurs, de sa culture et de sa situation personnelle.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV:

La méthodologie de la recherche

Préambule

Toute recherche requiert une méthodologie, dans le but d'enquêter de la meilleure façon possible, et de la plus adaptée à la nature de la recherche, aux objectifs de la recherche et du chercheur. De ce fait, le chercheur devra être en mesure d'exposer et de justifier tout le processus de son travail, par la présentation des méthodes et des outils qu'il a utilisés. A cet égard, à travers ce chapitre intitulé « méthodologie de recherche », nous allons mettre en évidence notre démarche méthodologique.

Dans un premier temps, nous allons présenter les limites de la recherche, ensuite énoncer la méthode que nous avons retenue pour notre travail, présenter le lieu de la recherche, ainsi que notre groupe de recherche, précédé des critères d'inclusion et d'exclusion que nous avons sélectionné. Puis nous mettrons en évidence les outils que nous avons employés, et qui nous ont servi à collecter les informations nécessaires et leur analyse, ensuite nous rapporterons le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête. Enfin, nous discuterons de l'attitude du chercheur et des difficultés rencontrées au cours de la recherche. Nous terminerons ce chapitre par une synthèse.

1. Les limites de la recherche

- Limite spatiale : La recherche s'est déroulée au niveau d'hôpital « *Akloul Ali* » à Akbou et au niveau du collège d'enseignement moyen (CEM) « *Kaddoum Malek* » à akbou aussi.
- Limite temporelle : Du 23 mars 2023 au 15 mai 2023.
- Limite de groupe : L'étude s'est portée sur 09 adolescents atteints de la maladie d'asthme.
- Outils de recherche : Entretien de recherche semi directif, l'échelle de la résilience (CYRM-28) et l'échelle de la qualité de vie (VSP-A).
- Approche : Intégrative, pour prendre en compte la complexité et l'aspect multi-déterminé de la résilience et la qualité de vie.

Dans la suite de notre étude, nous allons présenter la méthode que nous avons employée dans notre recherche.

2. Méthode utilisée dans la recherche

La recherche scientifique en psychologie, comme dans tout autre domaine d'exploration scientifique, est un processus et une investigation rationnels et structurés qui

visent à comprendre les phénomènes, ce qui implique une importance dans le choix de la méthodologie de recherche, en accord avec les objectifs du chercheur.

Dans ce contexte, nous avons retenu la démarche qualitative, qui est une technique de recherche de terrain souvent utilisée en sciences humaines et sociales, en particulier dans le domaine de la psychologie clinique. Toutefois, le champ d'application des méthodes qualitatives est relativement large et spécifique : celles-ci ont un caractère exploratoire. Ainsi, elles contribuent principalement à faire émerger des dimensions qui ne sont pas directement mises en évidence par les approches quantitatives (Alami et al, 2013, pp. 8-9).

Cependant, Une recherche en sciences humaines et sociales est constamment une expérience. En particulier, le champ qualitatif a beaucoup d'inconnues, étant donné que ses activités ne sont pas si prévisibles que celles de la recherche expérimentale. Nous entendons par « enquête qualitative de terrain », une recherche qui comporte une relation personnelle aux sujets de l'enquête, essentiellement par des entretiens et l'observation des pratiques au sein des milieux dans lesquels les acteurs évoluent. L'enquête est dite « qualitative » notamment dans deux sens : tout d'abord, dans le sens où les instruments et les méthodes utilisés sont conçus, à la fois, pour collecter des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images vidéo, etc.), et également, pour les analyser de manière qualitative (c'est-à-dire à dégager le sens plutôt qu'à les transformer en données), l'enquête est également dite qualitative dans un second sens, ce qui veut dire que tout le processus se déroule de manière « naturelle », sans dispositifs sophistiqués ni situations artificielles, selon une logique proche des gens (Paillé & Mucchelli, 2021, p. 15).

Ainsi, cette démarche qualitative nous permet de décrire, interpréter et donner sens aux phénomènes, puisque que les résultats atteints à partir du travail de recherche mené dans le chercheur se basent sur l'approche adoptée. Nous pensons donc que le choix de cette démarche s'avère dans notre travail tout à fait pertinent, en nous autorisant à réaliser notre plus grand objectif de recherche qui consiste à décrire et à saisir le vécu des adolescents asthmatiques. Effectivement, cette démarche autorise un regard descriptif sur les éléments qualitatifs caractérisant cette expérience, particulièrement sur ceux relatifs aux deux critères que nous avons sélectionnés, à savoir la qualité de vie et la résilience.

Ce choix nous permet de mieux saisir l'histoire citée et la complexité du sujet. En effet, les études qualitatives permettent la recherche des particularités, des singularités et offrent une

liberté d'expression à la population d'étude. Ce choix est particulièrement adéquat à notre recherche exploratoire.

Pour effectuer sur le terrain tous les contrôles requis et essentiels liés à nos hypothèses, notre étude s'est appuyée sur la « *méthode clinique* » qui renvoie à la globalité des situations considérées, à la particularité des individus, à la concrétude des situations, une méthode de collecte d'informations plus vaste et peu artificielle, autorisant ainsi la possibilité d'expression individuelle.

D'après Lagache elle envisage « *la conduite dans sa perspective propre, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* ». Elle répond aux exigences de référence à la singularité des sujets et la totalité des situations concrètes. Elle utilise l'entretien, les tests et les échelles d'évaluation, le dessin et le jeu, l'observation, l'étude de cas (Lagache, 1949, cité dans Fernandez & Pardinielli, 2020, p. 14).

Pour Favez-Boutonnier, il s'agit, dans la méthode clinique d'une « *approche contrôlée de l'homme par l'homme dans une situation d'implication réciproque* » c'est la dimension primordiale de la méthode clinique qui oppose cette dernière radicalement aux méthodes introductives et aux méthodes expérimentales (Bernard-Tanguy & Reniers, 2021, p. 44).

En effet, la méthode clinique peut être utilisée non seulement dans la pratique pour établir un diagnostic et apporter une aide psychothérapeutique à des individus en détresse, mais également dans le champ de la recherche. La « *méthode clinique* » s'inscrit dans le cadre d'une pratique destinée à reconnaître et à nommer certains états, aptitudes et comportements. Elle englobe deux paliers compatibles : le premier correspond à l'utilisation de techniques (tests, échelles, entretiens...) permettant de recueillir des informations in vivo (en les éloignant le peu possible de la situation « naturelle », où elles sont recueillies et en respectant le contenu du contexte), tandis que le second palier se caractérise par l'étude approfondie et exhaustive d'un cas. Ce qui distingue le premier palier du second, ce ne sont pas les instruments ou les approches, mais les objectifs et les résultats : le premier palier apporte des informations concernant un problème, le second a pour but la compréhension d'un sujet, ce qui n'est pas le cas dans toutes les circonstances cliniques, particulièrement en ce qui concerne les investigations portant sur des aspects psychopathologiques ou adaptatifs (Fernandez & Pardinielli, 2006, p. 43).

Ensuite, dans notre étude, notre choix s'est donc porté sur l'étude de cas, qui est un instrument essentiel de la psychologie clinique et de la psychopathologie qui vise à établir et à mettre en évidence le contenu du contexte. Ce choix nous permet une description la plus complète possible de l'état actuel de ces adolescents asthmatiques.

Claude Revault d'Allonnes, a dit que *« l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique »* (Fernandez & Pedinielli, 2020, p. 58).

Aussi, Stiles (2004) affirme que : *« l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues »*, (Schauder, 2012, p. 2)

Il en résulte donc que l'étude de cas permet un approfondissement du savoir sur un individu donné, et qu'elle permet de recueillir un maximum de données par différentes techniques (entretien, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques). Cela nous permettra en effet de mieux identifier et appréhender le vécu des adolescents asthmatiques et les répercussions de cette maladie sur le plan psychologique.

Dans ce cadre, l'étude de cas est appropriée au regard de nos objectifs de recherche, puisque notre étude est exploratoire et nous offre la possibilité de démontrer des phénomènes nouveaux et complexes. En outre, elle vise à approfondir et à élargir les savoirs sur des phénomènes qui ont déjà été abordés, tels que la qualité de vie et la résilience chez les adolescents asthmatiques.

En somme, nous avons choisi dans notre travail de recherche la méthode clinique et l'étude de cas, dans une démarche qualitative, permettant de vérifier nos hypothèses et d'atteindre les objectifs de notre recherche en étudiant les conséquences de l'épreuve, la maladie chez les adolescents. C'est pourquoi on considère que la méthodologie nécessite de la discipline et de la rigidité pour mener à bien une étude exploratoire.

Ci-dessous, nous allons démontrer notre lieu de recherche.

3. Présentation du lieu de recherche

Nous avons fait le choix d'investir deux lieux de recherche, à savoir l'hôpital et l'école, ce choix est dicté par le souhait de constituer un groupe de recherche consistant. Suite à notre pré-enquête, nous nous sommes rendu compte de cette nécessité. Toutefois, nous restons conscientes de cette différence, voire de cette hétérogénéité du lieu et des risques que cela comporte, surtout en admettons l'importance du cadre spatial et de son poids dans toute recherche en psychologie clinique.

Dans le cadre de notre étude, nous nous sommes rendus à l'hôpital (EPH Akbou), particulièrement au service des urgences, nommé d'après le chahid lieutenant Akloul Ali, dont la création remonte à 1960. A noter qu'il s'agit d'un établissement de santé publique. Dans le temps, la direction de l'hôpital civil d'Akbou se trouvait dans l'ancien hôpital, installé dans la haute ville et achevé en 1872. Sur le plan organisationnel, il compte à ce jour cinq (5) services d'hospitalisation et PU, onze (11) unités fonctionnelles, cent quatre-vingt-seize (196) lits à usage technique, ainsi que cent quatre-vingt-douze (182) lits à usage organisé (Fiche technique de l'EPH d'akbou, 2022, p. 1).

De son côté, ce dernier est équipé non seulement d'un service de médecine interne qui inclut également le service d'oncologie et d'hémodialyse, mais aussi d'un service de pédiatrie, ainsi qu'un service de gynécologie obstétrique qui comprend trente-huit lits techniques, qui sont d'ailleurs fonctionnels, et enfin d'un service des urgences médico-chirurgicales disposant d'une unité d'accueil et de tri, de même qu'une unité de réanimation (Fiche technique de l'EPH d'akbou, 2022, p. 2)

Pour sa part, l'EPH d'Akbou est doté d'un plateau technique qui comprend 4 blocs opératoires, un laboratoire d'analyses, 3 salles de radiologie, une pharmacie et un poste de transfusion sanguine (P.T.S.). Son parc automobile est composé de six ambulances, quatre véhicules de liaison, un microbus, un camion, dont également le service annexe qui dispose d'une cuisine, d'une buanderie, de trois groupes électrogènes, d'un incinérateur, d'une morgue de six cassiers (Fiche technique de l'EPH d'akbou, 2022, p. 2).

En ce qui concerne le deuxième lieu de recherche, il s'agit de l'établissement « *Kaddoum Malek* » (ex-l'internat). Dont la construction date de l'année 1969 et se situe à proximité du centre commercial supermarché Thilali et stade des Martyres, Akbou, Bejaia.

L'établissement d'enseignement moyen accueille actuellement 433 élèves pour l'année scolaire 2022/2023, dont la moitié est des filles. La répartition des élèves par classe est la suivante : 143 élèves en 1^{ère} année, répartis en 4 classes, 119 élèves en 2^{ème} année, répartis en 3 classes, 76 élèves en 3^{ème} année, répartis en 2 classes, et enfin, 94 élèves en 4^{ème} année, répartis en 3 classes.

L'équipe enseignante comprend 24 professeurs, dont 9 hommes et 15 femmes. En plus de cela, il y a 8 personnes employées dans l'administration. La structure de l'établissement se compose d'une administration et de 12 salles de classe. Cependant, actuellement, les laboratoires, la salle de réunion et la bibliothèque sont en cours de rénovation, donc ils ne sont pas accessibles.

4. Groupe de recherche

Notre groupe de recherche se compose de (09) adolescentes atteints d'asthme, sélectionnés à partir des critères de sélection présentés ci-après :

Les critères de sélection

4.1. Critères d'inclusion

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

- Tous les cas de notre étude sont des adolescents, ils sont âgés entre 11 ans et 17 ans, et ce pour être en accord avec la délimitation de l'âge de l'adolescence donnée par l'OMS (10-19ans) et l'âge limite recommandé pour l'utilisation des deux échelles utilisées à savoir, la CYRM-28 (6-23 ans) et la VSP-A (11-17).
- Les cas sont tous atteints de la maladie d'asthme (tous les types et les formes).
- Adolescents qui souffrent seulement de l'asthme pour cerner l'impact de l'asthme.
- Adolescents scolarisés car les outils de recherche sont destinés aux adolescents scolarisés (items en lien avec la vie scolaire).
- Le diagnostic de l'asthme date au moins de 6 mois, car les premiers temps après le diagnostic sont une période de choc, il n'est pas selon nous opportune de leur proposer cette recherche alors qu'ils sont dans un travail d'acceptation de l'annonce, on ne peut investiguer le processus de résilience et la qualité de vie de nos sujets dans un délai.
- Consentement informé et libre du sujet et de son parent.

4.2. Critères d'exclusion

- Les enfants âgés de moins de 11 ans et les adultes car notre recherche porte sur les adolescents et de nos outils.
- Les adolescents qui ne sont pas atteints de la maladie d'asthme.
- Adolescents qui souffrent d'autre maladie.
- Adolescents non scolarisés.
- Adolescents ayant reçu de diagnostic depuis moins de 6 mois.
- Elèves n'ayant pas eu l'autorisation parentale de participer à la recherche.
- Absence du consentement libre et éclairé du sujet à participer à la recherche.

En outre, dans la sélection des critères de sélection du groupe d'étude, nous n'avons pas tenu compte du sexe, de l'âge, du niveau socio-économique, de la langue du sujet, de l'état civil et de la région de résidence.

Ci-dessous, nous allons présenter dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms des cas, qui en évidence nous avons modifiés pour assurer l'anonymat des participants en conformité avec les règles éthiques et de la déontologie de la recherche en psychologie clinique. Les élèves étant mineurs, le consentement des parents ou représentants était un préalable, requis afin de procéder à l'enquête.

Tableau 4: Caractéristiques du groupe de recherche.

Informations Prénoms	Age	Niveau scolaire	Durée de la maladie
Dania	15 ans	4 ^e année moyen	Depuis ses 5 ans
Nina	15 ans	4 ^e année moyen	Depuis ses 10 ans
Sérine	14 ans	3 ^e année moyen	Depuis 2 ans
Faroudja	15 ans	4 ^e année moyen	Depuis ses 7 ans
Lynda	17 ans	1 ^e année lycée	Depuis ses 10 ans
Amel	17 ans	2 ^e année lycée	Depuis ses 12 ans
Dyhia	16 ans	1 ^e année lycée	Depuis ses 10 ans

Sarah	13 ans	3 ^e année moyen	Depuis ses 9 ans
Fatima	13 ans	2 ^e année moyen	Depuis ses 11 ans

(Fait par nous-mêmes)

A partir du tableau ci-dessus, on constate que notre groupe de recherche se compose de neuf filles dont l'âge varie entre 13 et 17 ans. On a une élève en 2^e année moyen, deux élèves en 3^e année moyen, trois élèves en 4^e année moyen, deux élèves en 1^{ère} année lycée et une élève 2^e année lycée.

Nous allons par la suite présenter nos outils de recherche sélectionnés pour mener cette étude.

5. Outils de recherche

Par la suite, nous évoquerons les outils qui nous ont permis de réaliser notre recherche, premièrement nous avons commencé par l'entretien de recherche, en particulier, l'entretien semi-directif, ce dernier nous offre un accès à la population d'étude, dans le but d'avoir leur confiance, celle-ci nous servira à réaliser la passation des échelles dans un second temps, de plus, il nous permet de fournir des indices (manifestations possibles) sur la qualité de vie mais aussi sur la résilience des sujets. Aussi, l'entretien de recherche offre une description de l'expérience psychologique de l'asthme chez les adolescents, et permet un approfondissement clinique sur le sujet.

Dans ce qui suit, nous avons opté pour deux instruments psychométriques. Le premier est l'échelle de résilience CYRM-28, pour évaluer le niveau de résilience chez l'adolescent. Le second est le VSP-A (vécu et santé perçus de l'adolescent), pour mesurer la qualité de vie. Ces outils sont utilisés dans le cadre d'une procédure complémentaire (en complément des données qualitatives).

Ces deux instruments nous serviront à mesurer de façon objective les critères cliniques sur la base desquels nous avons fait notre choix : la résilience et la qualité de vie, afin de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de recherche.

Enfin, il est à noter que ces outils sont adaptés à l'âge de nos sujets.

5.1. L'entretien de recherche

Tout d'abord, le Petit Robert définit le terme entretien comme une : « *action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes* » (Le Petit Robert, cité dans Chiland, 2013, p. 1).

L'entretien de recherche est souvent utilisé comme méthode de collecte de données de recherche dans un large spectre de domaines des sciences humaines et sociales. Il constitue un outil essentiel et non négligeable qui permet d'accéder aux renseignements personnels concernant les individus : biographie, antécédents, représentations, convictions, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves. De fait, la communication et le récit de ce vécu sont transmis à travers le discours et le langage et il est donc peu surprenant que les champs qui s'intéressent au fonctionnement psychique, social et collectif des sujets fassent appel à ces discours (Bénony et Chahraoui, 1999; Jacobi, 2012).

En effet, l'entretien clinique se définit comme : « *une rencontre intersubjective, au cours de laquelle c'est une subjectivité qui rencontre une autre subjectivité. Le contact s'établit au sein précisément de cette communauté humaine que révèle la rencontre. Le « je » du consultant entre en relation immédiate avec le « je » du récepteur-clinicien* » (Chouvier & Attigui, 2016, p. 24).

Dans l'entretien clinique de recherche, le terme « clinique », dérivé du grec *klinè* (« lit », c'est-à-dire *l'entretien au chevet du patient*), fait référence à trois aspects particuliers : 1) l'inscription dans le domaine des compétences professionnelles du clinicien ; 2) une attitude clinique particulière relevant autant d'une conception méthodologique axée sur la connaissance détaillée de l'individu que d'une approche éthique d'un sujet en détresse ; et 3) les compétences cliniques et pratiques de la personne qui conduit l'entretien de recherche. Choisir l'entretien clinique de recherche en psychologie clinique et en psychopathologie s'inscrit dans une certaine position épistémologique qui estime que la saisie de l'expérience subjective est indispensable à l'élaboration des connaissances dans ce champ. Il présume au surplus qu'elle peut être abordée avec une rigueur tout à fait scientifique, et cette position se distingue en² cela des schémas positifs pour lesquels cette conception est peu ou pas objectivable de manière rationnelle. (Chahraoui, 2021, pp. 179-196).

L'entretien de recherche clinique est un instrument destiné à la recherche et à la production d'informations. Pour A. Blanchet (1997) : *"L'entretien permet d'étudier des faits*

dont la parole est le vecteur principal (étude des actions passées, des savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et des normes, etc.) Ou d'étudier le fait de la parole elle-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, d'argumentation, d'implications) ». Ce dernier fait donc figure de situation où deux personnes (l'intervieweur et l'interviewé) interagissent, il est mené et documenté par l'intervieweur, son objectif étant de solliciter un discours cohérent de la part de l'interviewé autour d'un thème précis comme la biographie, représentations, étude du fonctionnement psychique...etc (Chahraoui, 2021, pp. 179-196).

Sur ce, l'entretien est la méthode la plus appropriée pour récolter le « sens subjectivement visé » (Weber, 1998) soit les « raisons » (Boudon, 2003), des personnes interrogées, comme le notent Alain Blanchet et Anne Gotman (2007, p. 24) : « *L'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent* » (Sauvayre, 2013, p. 7).

Dans ce contexte, le but des entretiens exploratoires est de mener à bien les voies de travail proposées par les précédentes lectures et de faire émerger des éléments du phénomène que le chercheur n'a pas pu imaginer intuitivement. L'entretien exploratoire cherche à faire apparaître, autant que possible, les mondes mentaux et symboliques. L'entretien est l'outil privilégié de la partie exploratoire d'une enquête du fait qu'il s'agit d'un dispositif exploratoire. Puisqu'il comporte une capacité constante de déplacement du questionnement et qu'il rend possible un « processus continu de vérification et de formulation d'hypothèses » durant toute la durée de la recherche (Blanchet & Gotman, 2014, p. 39).

Cependant, pour réaliser notre recherche, nous avons opté pour l'entretien de recherche, en raison du fait qu'il s'agit de la méthode d'investigation la plus adéquate à notre thématique abordant la résilience et la qualité de vie chez les adolescents asthmatiques. En effet, les entretiens avec nos sujets vont permettre de favoriser l'expression chez ces derniers et l'extériorisation de la manière dont ils vivent leur l'asthme. L'entretien permet également de mettre le sujet en confiance et de l'amener ainsi à évoquer sa situation et son ressenti vis-à-vis de sa maladie et des conséquences de cette dernière sur sa vie en général.

Néanmoins, trois types d'entretiens de recherche existent en psychologie clinique : l'entretien non-directif, l'entretien directif et l'entretien semi-directif. L'entretien semi-directif

sert à recueillir des informations sur la base d'un guide d'entretien, basé sur un certain nombre de thèmes bien établis par l'enquêteur.

En revanche, il est absolument nécessaire de désigner le type d'entretien qui conviendra le mieux aux buts du chercheur et à l'approche choisie, afin de pouvoir effectuer l'enquête en question. Pour notre part, nous avons choisi l'entretien semi-directif, qui nous semble être le type d'entretien le plus approprié pour réaliser notre objectif de recherche, dans la mesure où il nous sert à obtenir des informations importantes sur le vécu des adolescents qui sont atteints de l'asthme, à l'aide des questions semi-directives structurées et claires qui ont conduit le sujet de recherche de répondre en toute liberté, de construire ses réponses et de les élargir. Cela nous permettra en outre de discuter de nos hypothèses de recherche en guidant le récit du sujet vers notre thème de recherche. Ce type d'entretien permet au sujet de s'exprimer assez librement tout en restant dans le contexte de notre recherche.

De façon plus précise, selon Berthier (2010) « *l'entretien semi-directif associe une posture non-directive favorisant une exploration de la réflexion dans une atmosphère de confiance et un projet directif permettant d'obtenir des renseignements sur des points définis à l'avance* ». L'entretien semi-directif est plus flexible que l'entretien directif parce que l'enquêteur possède un guide d'entretien également structuré et pose les questions selon le rythme qui convient le mieux au discours de l'enquêté. Pour Desanti et Cardon (2010), l'enquêteur peut aussi choisir un guide d'entretien thématique avec une liste de thèmes à aborder sans questions préétablies (Berthier, 2010 ; Quivy & Van Campenhoudt, 2006 ; Desanti & Cardon, 2010, cité dans Sauvayre, 2013, p. 9).

Par conséquent, l'entretien semi-directif ou l'entrevue semi-dirigée (Savoie-Zajc, 1997) est une méthode de recueil de données qui favorise le développement des savoirs en privilégiant les approches qualitatives et interprétatives, particulièrement les modèles constructivistes (Lincoln, 1995, cité par Imbert, 2010, p. 24).

D'autre part, afin de recueillir les informations essentielles qui enrichissent l'étude, le chercheur doit utiliser l'observation durant l'entretien de recherche semi-directif, étant donné qu'il s'agit d'une technique complémentaire qui soutient la description et l'explication des résultats issus des autres instruments méthodologiques utilisés. Celle-ci est définie comme étant : « *l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu*

dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue » (Pedinelli & Fernandez, 2021, p. 163).

Castarède et Chiland (2015) montrent que l'entretien avec l'adolescent est assez particulier. Elles écrivent à ce sujet que les caractéristiques de l'entretien avec l'adolescent découlent des caractéristiques de l'adolescence comme période de transition et comme crise. L'adolescent a alors besoin qu'on l'écoute en interlocuteur valable, qu'on accueille avec intérêt ce qu'il dit, il est alors disposé à accepter quelque chose de nous. Ceci explique la facilité plus grande qu'on ne l'aurait imaginé des entretiens de recherche avec des adolescents, les deux auteurs notent aussi la transaction adultes-adolescents lors des entretiens de recherche.

Bénony (1999) lui note que la qualité du contact lors des premiers avec un adolescent est fondamentale. C'est une relation assez semblable à celle de l'adulte alors qu'il est néanmoins dépendant de ses parents. Au total retenons la grande prudence et clair voyance que le chercheur doit adopter en situation d'entretien avec l'adolescent.

Chouvier (2016) lui considère que conduire l'entretien avec un adolescent est rendu difficile par le fait qu'on se trouve confronté à une situation d'entre-deux qui génère à la fois incertitude et instabilité toute règle, toute consigne sont entendues par lui comme un nouveau carcan qu'on cherche à lui imposer (Chouvier, 2016, p. 113).

Dès lors, on conclut que l'entretien de recherche avec l'adolescent par rapport à ceux avec les adultes est particulier, car il y a une relation dissymétrique entre nous (chercheur-adulte-sujet de recherche adolescent) et ensuite, l'adolescent dépend juridiquement de ses parents donc on doit obtenir leur autorisation avant de réaliser les entretiens.

Dans ce cadre, l'entretien avec les adolescents mineurs ressemble à celui avec l'enfant, mais ces entretiens ressemblent aussi à ceux avec les adultes, car ils sont dans une phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte (Bouvet, 2022, p. 309).

Il faut noter que les observations ont été pratiquées au cours de l'entretien lui-même, le chercheur note alors « les attitudes corporelles, les gestes et les mimiques, les inflexions de la voix, les silences, les hésitations, les éventuels tremblements des membres et de la voix, etc. » (Benedetto, 2007, p. 27).

Par la suite, comme indiqué précédemment, nous avons retenu la méthode de l'entretien semi-directif accompagné d'un guide d'entretien. Dans cette perspective, le guide d'entretien peut se définir comme étant : « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en questions d'enquête. Le degré de formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire* » (Blanchet & Gotman, 2014, p. 58).

Le guide d'entretien intègre également les axes thématiques à aborder. Les questions doivent être bien préparées à l'avance et ne doivent pas être inductives (Bioy, Castillo & Koenig, 2021, pp. 191-192).

Dans cette perspective, un guide d'entretien semi-directif a été préparé avec 24 questions, divisées en trois parties (pour l'ensemble des questions voir l'annexe N°1).

Tout d'abord, les quatre premières questions de notre guide d'entretien sont consacrées aux « *informations générales sur le sujet* » afin de rendre compte de la biographie du sujet et réussir les éléments démographiques indispensables. Puis, le tout premier axe intitulé : « *informations de santé depuis sa naissance jusqu'à ce jour* », contenant sept questions, permettant d'informer sur la confrontation avec la maladie, les réactions lors de l'annonce du diagnostic, les complications de l'asthme à court ou à long terme, le quotidien du sujet tel qu'il se passe à l'école, à la maison, avec ses amis ; le fait d'être malade, et quelles sont ses représentations par rapport à sa maladie, en gros avoir des données descriptive de la maladie et son impact. Ensuite, le deuxième axe « *informations sur la résilience* », compose de sept questions, a pour objectif de nous indiquer si les adolescents asthmatiques font preuve de résilience et ce en explorant plusieurs domaine (scolaire, relations avec la famille, avec les pairs) pour nous indiquer une éventuelle résilience. Après, dans le troisième axe et le dernier « *informations sur la qualité de vie* », comporté de six questions, a pour but de savoir les informations sur la qualité de vie que mène le sujet suite à l'apparition de l'asthme. Comment gère-t-il la situation, les conséquences, sur la santé, mentale, physique, scolaire, familiale ? Est-ce qu'il se considère comme malade ou en bonne santé, vit-il son adolescence au même titre que les autres, se sent-il différent, comment gère-t-il son adolescence et sa maladie. Enfin, pour clôturer ce guide d'entretien, nous avons posé la question suivante : « *Avez-vous des choses à rajouter qui vous semble important et qu'on n'a pas abordé avec vous ?* » afin

de saisir ce qui paraît essentiel pour nos sujets de recherche et que nous n'avons pas abordé directement et lui donner la possibilité de rebondir sur le plus important à ses yeux.

Toutefois, avant chaque entretien auprès de nos sujets de recherche, après avoir obtenu leur consentement éclairé, nous leurs présentons la consigne suivante : « *nous allons vous poser quelques questions sur votre vécu de l'asthme pour savoir comment vous vivez avec cette maladie* ». Nous avons fait le choix d'une consigne avec des mots simples et clairs.

Nous avons également passé deux outils psychométriques qui sont l'échelle de VSP-A pour mesurer le vécu et santé perçue de l'adolescent, ainsi que l'échelle de résilience CYRM-28 pour évaluer leur niveau de résilience, que nous présenterons dans la suite :

5.2. La description de l'échelle (CYRM-28)

La *Child and Youth Resilience Measure* (CYRM-28) est une échelle qui mesure la résilience auprès de jeunes âgés de 6 à 23 ans issus de milieux sociaux et culturels différents, bien qu'il existe également une version permettant de mesurer la résilience chez les adultes. Il a été élaboré avec des jeunes de 11 pays : « Afrique du Sud (Cape Town), Canada (Halifax, Winnipeg, et la communauté autochtone inuit de Sheshatshiu), Chine (Chine et Hong Kong), Colombie (Medellin), États-Unis (Tampa en Floride), Gambie (Serekunda), Inde (Imphal), Israël (Tel Aviv), Palestine (Jérusalem Est et Gaza), Russie (Moscou) et Tanzanie (Njoro) » (Ionescu, 2011, p. 124-125).

Le CYRM examine la disponibilité des éléments socio-écologiques au sein des facteurs de résilience des enfants et des jeunes, à savoir les capacités individuelles (compétences personnelles, support des pairs et compétences sociales), les ressources relationnelles (soins physiques, émotionnels et psychologiques prodigués par la personne qui s'occupe de l'enfant) de même que les ressources contextuelles (spirituelles, éducatives et culturelles) (Liebenberg et al, 2017, p. 31).

Les items sont évalués sur une échelle de Likert en fonction de cinq points qui vont de 1 (pas du tout) à 5 (beaucoup) ; des scores élevés correspondent à la présence de facteurs intérieurs et extérieurs supérieurs. Les questions figurent dans le document de validation (Ungar & Liebenberg, 2011).

Le CYRM-28 est destiné à être appliqué aux jeunes qui participent à l'enquête, que ce soit en tant que groupe ou de manière individuelle. Il est primordial de lire toutes les

questions au jeune tout au long des procédures afin de garantir qu'il les comprenne bien (Liebenberg et al, 2017).

5.2.1. Consigne

«Vous trouverez un certain nombre de questions sur vous, votre famille, votre communauté et vos relations avec les gens. Ces questions sont conçues pour mieux comprendre comment vous faites face à la vie quotidienne et quel rôle les gens qui vous entourent jouent dans la gestion des défis quotidiens » (Ungar, 2016, p. 12).

5.2.2. Durée de passation

L'administration du CYRM-28 dure environ 20 minutes (Ungar, 2013, p. 8)

5.2.3. Cotation et score

Les scores de résilience de chacun des sujets vous montrent les différentes ressources individuelles, relationnelles et contextuelles dont ils peuvent se servir. Ces données vous permettent de déterminer le genre de soutien à apporter pour renforcer la résilience de chacun d'entre eux. Exemple : si un participant obtient un score de 4,3 pour ses besoins physiques, alors qu'il n'est que de 2,1 pour les aspects psychologiques, cela peut indiquer que le participant ne présente pas de déficit alimentaire ou de négligence, en revanche celui-ci semble éprouver un sentiment d'insécurité ou d'aliénation en présence de membres de sa famille. Les responsables du programme peuvent alors essayer d'aider à ce que le sujet ait moins l'impression de se sentir étranger ou mieux rassuré ailleurs, comme par exemple en présence d'un mentor ou d'un membre du personnel qui lui apporte son aide (Liebenberg, Ungar et Leblanc, 2013, p. 4)

La valeur moyenne des scores de ces participants vous permettra d'avoir une vision globale de ces derniers dans le cadre de votre initiative. En effectuant cette tâche en début et en fin de programme, vous verrez non seulement l'évolution du résultat de chaque participant, mais également celle de la moyenne de l'ensemble des participants. Les chiffres peuvent être analysés de la sorte :

1= Très faible résilience

2 = Faible résilience

3 = Neutre

4 = Grande résilience

5 = Très grande résilience (Liebenberg, Ungar et Leblanc, 2013, p.4).

Il est à noter que la cotation a été établie manuellement par nous même.

Pour mesurer la résilience des enfants, on a utilisé le test CYRM-28. Celui-ci évalue les trois aspects de la résilience chez les enfants : la dimension individuelle, qui comporte les sous-dimensions suivantes : compétences individuelles, entraide et compétences sociales ; la dimension familiale, qui inclut le support physiologique et psychologique des parents ou des éducateurs ; et la dimension contextuelle, qui se caractérise par la spiritualité, l'éducation et la culture. On a pris en compte les notations de chaque dimension qui cumulent les notations atteintes au niveau des sous-dimensions mentionnées ci-dessus et on les a intégrées en suivant le manuel d'utilisation de l'instrument qui fournit les références d'une société normale, c'est-à-dire la moyenne de la société normale dans toutes les dimensions :

- La dimension individuelle moyenne est de 35 dans la population normale.
- La dimension familiale moyenne est de 24.01 de la population normale.
- La dimension contextuelle moyenne est de 30.36 de la population normale

Tableau 5: Les Items des trois dimensions de l'échelle de CYRM-28 :

Les dimensions	Le nombre d'items	Numéro d'items
Dimension individuelle	11	2, 4, 8, 11, 13, 14, 18, 20, 21, 25
Dimension familiale	7	5, 6, 7, 12, 17, 24, 26
Dimension contextuelle	10	1, 3, 9, 10, 16, 19, 22, 23, 27, 28

(Hadi & Haddadi, 2019, p. 39)

Les Items des sous-démentions de l'échelle du CYRM-28

A. Dimension individuelle

- Aptitudes personnelles : regroupe les Items suivants (2, 8, 11, 13, 21).
- Soutien par les pairs : regroupe Items (14, 18).
- Aptitudes sociale : regroupe Items (4, 20, 15, 25).

B. Dimension familiale

- Besoin physique : regroupe Items (5, 7).

- Besoin psychologique : regroupe Items (6, 12, 17, 24, 26)

C. Dimension contextuelle

- Spirituel : regroupe Items (9, 22, 23, 3, 16).
- Culturel: Items (1, 10, 19, 27, 28) (Ungar, 2016, p. 21)

5.2.4. Fiabilité

La consistance interne du CYRM-28 a été rapportée pour les 28 items figurant dans chaque sous-population (les coefficients alpha de Cronbach varient de 0,84 à 0,93). Ces valeurs sont jugées très bonnes, mais il est probable qu'elles soient dépassées du fait du grand nombre d'éléments inclus dans l'instrument de mesure. Les données relatives à la fiabilité du test-retest ne sont pas disponibles à l'heure actuelle (Ungar, Liebenberg, 2011).

5.2.5. Validité

Bien que cette échelle soit conçue pour les communautés défavorisées, une partie des items peut être appliquée aux élèves comme résultat de l'apprentissage dans l'enseignement postsecondaire (*par exemple*, « Êtes-vous conscient de vos propres forces ? »), tandis que la mesure inclut des items qui sont plus appropriés pour les communautés vulnérables (*p. ex.*, « Mangez-vous suffisamment la plupart du temps ? »). De manière générale, il est nécessaire de disposer au préalable d'éléments de validation supplémentaires pour déterminer la validité des notions et des critères du CYRM-28 (Ungar, Liebenberg, 2011).

Nous tenons à dire que concernant cette échelle, il existe une version algérienne et arabe. Une procédure d'adaptation a été réalisée. (Hadi & Haddadi, 2019, p. 33). Pour la version complète de l'échelle, voir annexe N°4.

5.3. Questionnaire VSP-A (Vécu et santé perçu de l'adolescent)

Pour compléter le rassemblement des données de nos cas, nous avons choisi le questionnaire (VSP-A) qui est une échelle élaborée dans le sud de la France par Simeoni et al. Elle comporte 40 questions complétées par l'adolescent. Elle explore 6 domaines (bien-être psychologique, énergie/vitalité, loisirs, amitiés, relations avec les parents, vie scolaire). Elle s'adresse aux adolescents de 11 à 17 ans. Il faut environ 15 minutes pour le compléter (Brendan, 2020, p. 27).

5.3.1. Objectif

Le développement de ce questionnaire vise à répondre à un problème de santé publique majeur : l'évaluation de l'état de santé général des adolescents. Il est donc d'un grand intérêt de disposer d'un outil permettant de détecter les adolescents à risques. Le VSPA est le premier dispositif de mesure de la qualité de vie des adolescents en langue française. Il donne la possibilité aux professionnels de santé de considérer la santé des adolescents dans sa globalité et de répondre ainsi au plus près à leurs besoins (Gras, 2009, p. 22).

5.3.2. Consigne

Dans ce questionnaire, fondé sur les avis d'adolescents, il est question de mesurer l'impact de notre santé sur notre vie quotidienne. La consigne est la suivante :

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais encerclez le numéro de la question ».

5.3.3. Passation

Pour cette enquête, nous avons adopté les indications fournies par la validation de la VSP-A. Le test a été administré au bureau du conseiller d'orientation, les adolescents étaient prévenus que les réponses ne seraient pas affichées ou ne les regarderaient pas, et il leur était demandé de cocher dans chaque item la case qui leur paraissait la plus appropriée à ce qu'ils ressentaient au cours des 4 précédentes semaines, la durée de l'épreuve était de 15 minutes.

5.3.4. Cotation et interprétation

Chaque élément était noté de 1 à 5, en fonction de la réponse choisie par l'adolescent : (jamais/pas du tout), (rarement/un peu), (parfois/modérément), (souvent/beaucoup), (toujours/énormément). Chaque item avait ce type de réponse en fonction de la fréquence. Les scores étaient calculés suivant l'algorithme établi par l'auteur du questionnaire : pour chaque dimension, le score était déterminé par la combinaison des réponses obtenues pour les items de la dimension concernée, et un score nul n'était attribué si la moitié des items d'une dimension n'étaient pas renseignés. Les scores étaient ensuite linéairement transformés en une échelle de 0 à 100, où 0 indiquait la pire qualité de vie et 100 la meilleure. Il n'a pas été défini de valeurs seuils délimitant différents niveaux de bien-être (Grass, 2009, p. 27).

Il est à noter que la cotation a été effectuée manuellement par nous-même.

Dimensions de qualité de vie étudiées par le questionnaire VSPA

Ce questionnaire étudie 11 dimensions, en 39 items :

- bien-être psychologique (BEPsy) : 5 items
- image de soi (Image Soi) : 2 items
- relations avec les amis (Amis) : 5 items
- loisirs (Loisirs) : 4 items
- vie sentimentale et sexuelle (VSS) : 2 items
- relations avec les parents (Parents) : 4 items
- relations avec les enseignants (Prof) : 3 items - bien-être physique (BEPhy) : 4 items
- énergie, vitalité (En. vitalité) : 5 items
- travail scolaire (Travail scol) : 2 items
- relations avec le personnel soignant (P. soignant) : 3 items (Grass, 2009, p. 22).

Ainsi le VSPA étudie des aspects à la fois positifs et négatifs de la santé des adolescents, en particulier concernant leur santé mentale : la dimension bien-être psychologique comporte 10 items « négatifs » : (exemple : « avez-vous été inquiet ? »), tandis que la dimension « énergie- vitalité » comporte 10 items : « positifs » (exemple : « avez-vous été content de votre vie ? ») (Sapin et al., 2005).

Un autre intérêt du VSPA est d'avoir été construit directement à partir du point de vue des adolescents, et ainsi de mesurer leur qualité de vie liée à des domaines les préoccupant vraiment. Ainsi le champ « relation avec les parent », sujet majeur selon les adolescents, est étudié de façon inconstante dans les autres instruments de mesure de qualité de vie liée à la santé (Gras, 2009, pp. 22-23).

5.3.5. Modalité de validation du questionnaire VSP-A :

L'instrument a été conçu en trois phases : conceptualisation, sélection des éléments et validation. Celui-ci a été réalisé en se basant sur les sources documentaires, les recommandations d'un jury de spécialistes et des entretiens semi-structurés menés avec des adolescents. Cette analyse a abouti à la constitution de 118 questions. Cette même démarche d'entretiens avec des adolescents hospitalisés a servi à produire 71 autres items (Sapin et al., 2005).

Une fois collectées, ces deux séries de questions ont été soumises à des tests de compréhension et ramenées à une formulation de 55 questions. 23 éléments ont été intégrés sur la base de suggestions d'experts. La sélection des items à retirer a été basée sur un taux de réponse faible, un bas indice de distinction et une haute liaison inter-items. Une analyse a ensuite été effectuée pour retenir les 39 items les mieux adaptés à la situation (Sapin et al., 2005).

Ainsi, 1938 adolescents ont été intégrés pour la validation de l'étude VSPA : 1758 jeunes (90,7 %) venant de 14 écoles publiques de Marseille et 180 jeunes (9,3 %) issus de services hospitaliers. Les scores VSPA ont été classés en termes de genre, de sexe et d'état de santé. Les filles ont obtenu des scores globaux inférieurs à ceux des garçons, de même que des résultats plus faibles dans les catégories « *énergie-vitalité* » et « *bien-être psychologique* ». Cependant, leur score pour la « *relation avec les amis* » était supérieur à celui des garçons. Le résultat global des adolescents plus âgés (15-17 ans) est plus faible que celui des plus jeunes, de même que les scores relatifs à la « *relation avec les parents* », au « *bien-être psychologique* » et à la « *énergie vitalité* ». En revanche, ils ont obtenu un score plus élevé pour la « *relation avec les amis* » (Grass, 2009, p. 23).

Il a été démontré que l'indice VSP-A global était moins élevé chez les adolescents souffrant de maladies aiguës ou chroniques que dans la proportion d'adolescents sains. Par conséquent, la qualité de vie globale la plus élevée a été observée dans le groupe sain, avec des résultats plus élevés sur les dimensions du « *bien-être physique* » et de la « *vitalité* » (Simeoni et al., 2001).

Chez les adolescents souffrant de maladies chroniques, les scores de qualité de vie générale les plus bas ont été obtenus par les jeunes hospitalisés durant le mois précédent. Dans le cas des adolescents atteints de maladies chroniques, les scores sur les dimensions « *relation avec les parents* » et « *travail scolaire travail scolaire* » étaient supérieurs à ceux des adolescents en bonne santé, mais les scores sur la dimension « *relation avec les amis* » étaient inférieurs. Par ailleurs, lorsque les maladies chroniques sont classées en fonction de leur sévérité, il apparaît que plus la maladie est lourde, plus le score global de qualité de vie est faible, et plus les scores de « *vitalité* », de « *bien-être physique* », de « *bien-être psychologique* » et de « *relations avec les amis* » sont faibles. Au final, les adolescents hospitalisés en psychiatrie présentent les scores les plus faibles de toutes les populations

examinées, tant pour le score global que pour les scores des 9 dimensions étudiées (Grass, 2009, p. 24).

Ce questionnaire a été complété par les adolescents à deux reprises, à un mois d'intervalle, ce qui a donné l'occasion d'identifier les adolescents dont l'état de santé allait se dégrader le mois suivant (Simeoni et al., 2001).

Le questionnaire a été considéré un bon outil d'évaluation de la santé des adolescents, ayant une bonne valeur prédictive et une bonne valeur discriminative : un score faible est un signe d'aggravation de l'état de santé. L'acceptabilité est bonne, de même que la compréhension. Pendant la validation, la proportion de données incomplètes était inférieure à 3 %, hormis au niveau de la « relation avec les soignants » (8,3 %) (Grass, 2009, p. 24).

Dès lors, cette échelle permet d'apporter un éclairage complémentaire sur l'impact de la maladie de l'asthme, pour la version complète de l'échelle, voir annexe N°5.

Une fois présentés en détail les outils de recherche que notre approche méthodologique nous a permis de retenir, le point que nous allons maintenant présenter est celui du déroulement de la recherche.

6. Déroulement de la recherche

Avant de pouvoir effectuer notre recherche sur le terrain, il a fallu réaliser une pré-enquête, une étape indispensable et préparatoire qui nous aidera à débiter notre enquête dans de bonnes conditions. Dans ce qui suit, nous présentons ces deux étapes essentielles d'une recherche :

6.1. La pré-enquête

La pré-enquête est une enquête préliminaire dont l'objectif est à la fois d'affiner notre problématique et d'approfondir notre connaissance des spécificités de notre population de recherche, notamment en ce qui concerne le thème de notre recherche. Après avoir présenté les définitions de la pré-enquête, nous décrirons la manière dont nous avons réalisé cette étape si importante à la recherche.

La pré-enquête donne l'occasion de vérifier des repères, de découvrir le terrain, de s'exercer au questionnement et à l'écoute, de rédiger petit à petit le guide d'entretien, et de le pratiquer. Cette étape est fondamentale pour élaborer la problématique de la recherche,

développer les hypothèses et sélectionner les méthodes les plus adéquates à l'objet de la recherche (Sauvayre, 2013, p. 48).

Pour cela nous avons mené notre pré-enquête à partir du mois de mars à l'EPH d'Akbou « Akloul Ali », parallèlement à la revue de la littérature. Cette dernière nous a en effet servi à obtenir un support théorique pour bien déterminer notre thème de recherche et construire notre problématique.

Dans un premier temps, pour obtenir des informations globales à propos de notre groupe de recherche et de sa disponibilité, nous nous sommes rapprochées de Mme Saadi, psychologue responsable du service de médecine femme, pour l'informer de notre thème de recherche ainsi que la population à étudier. Où elle nous a orientés vers le service des urgences vu qu'il n'y avait pas de cas au sein du service de médecine femme, mais malheureusement, là aussi nous n'avons en aucun cas rencontré la catégorie de patients que nous recherchions.

Lors de cette pré-enquête, nous avons profité de l'occasion pour demander à certains infirmiers, à savoir Mr. Belghoul, Mme Khloufi et Mme Smaali, notamment à certains médecins, y compris Dr Zerrouki et Dr Ait Ali, de nous indiquer la conduite à tenir en cas de crise d'asthme que nous redoutions au cours d'un entretien.

Nous avons rassemblé ci-dessous de façon synthétique les réponses apportées par le biais de ces entrevues : Le traitement consiste à mettre le patient en position semi-assise ou assis, de lui administrer de l'oxygène et de vérifier sa saturation pour voir s'il est essoufflé jusqu'à l'arrivée du médecin qui lui donnera la thérapie adaptée à son cas. Après l'arrivée du médecin, celui-ci va examiner le patient (il va donc le soumettre à un interrogatoire), puis les soins débutent, généralement ils se font sous forme d'aérosol avec d'autres médicaments à mettre dedans tels que :

- Hydrocortisone corticoïde (HHC) 100mg + sérum salé.
- Asthalin + sérum salé.
- Salbutamol + sérum salé.
- Dexaméthasone + sérum salé.

Le médicament est incorporé toutes les 20 minutes jusqu'à ce que la crise d'asthme s'estompe.

En un deuxième temps, nous nous sommes rendu chez le pneumologue, Dr. Belhadj, où nous lui avons posé des questions sur l'asthme, à savoir, les symptômes fréquents chez les patients asthmatiques lors de leur consultation, qui sont principalement : la toux, qui se manifeste à chaque fois qu'ils ont une infection respiratoire de type rhume ou allergie, la respiration sifflante et la dyspnée (difficulté à respirer). Selon lui, cette maladie se développe presque toujours à partir de un an, voire deux ans. Certains pneumologues selon lui, cachent la vérité aux patients, bien que la personne soit atteints de cette maladie, ils lui diront qu'il s'agit d'une simple allergie et lui donneront un traitement anarchique.

Il est important de savoir qu'il existe des schémas thérapeutiques bien définis, ainsi le pneumologue donne un traitement au patient à suivre, soit une durée minimale d'un an jusqu'à 2 ans en général.

Nous lui avons également demandé qui était le plus touché par l'asthme, et il nous a répondu que c'était plutôt le sexe masculin chez les enfants, alors que chez les adultes, c'est le sexe féminin.

La première chose est de faire un bon interrogatoire, de poser les questions nécessaires, d'avoir un diagnostic valide, ensuite annoncer aux parents le fait que leur enfant souffre d'asthme, cela diffère d'une personne à l'autre, pour certains parents ils acceptent immédiatement cette maladie, expliquent au médecin qu'ils ont déjà des doutes, donc ils commencent leur traitement le plutôt possible. Mais il existe des mamans au contraire qui pleurent, face à cela, dans ce cas le pneumologue leur explique que l'asthme n'est pas une maladie grave, Il est nécessaire de se focaliser sur l'observance thérapeutique et il ne sert à rien de pleurer, il est également indispensable de débiter le traitement.

Quant au Dr Belhadj, pour sa part, fait tout son possible pour s'assurer que les parents respectent et appliquent le traitement prescrit à leur enfant, étant donné que de nombreuses pressions s'exercent sur eux en vue d'interrompre le traitement, comme par exemple les interférences de la part d'autres membres de la famille. En cas de problème pendant le traitement, les parents peuvent changer de médecin pour être sûrs, mais la première chose qu'on leur dit, c'est d'arrêter le traitement.

Lors de notre rencontre avec le Dr Fernane, pneumologue spécialiste, il nous a rappelé que chaque cas d'asthme est unique. Certains adolescents suivent leur traitement correctement, tandis que d'autres ne le font pas. Il nous a également soulignés que la

perception de la maladie varie d'une personne à l'autre. Chez certains patients, l'asthme peut avoir un impact négatif sur leur vie, étant perçu comme un obstacle difficile à accepter. En revanche, d'autres patients adoptent une perspective différente, ne considérant pas l'asthme comme un frein à leur vie quotidienne.

Dans notre recherche, nous avons entrepris de visiter différents établissements d'enseignement pour identifier des adolescents asthmatiques. Après plusieurs visites, nous avons trouvé un collège qui compte plusieurs cas d'asthme parmi ses élèves. Nous nous sommes présentés au bureau du directeur, accompagnés du surveillant général, afin de présenter notre projet de recherche et nos objectifs. Nous avons demandé la permission de mener notre enquête dans leur établissement, et le directeur nous a accordé favorablement son accord. Cependant, nous devons également obtenir l'approbation de l'académie. Nous avons donc soumis notre demande, qui a été signée et cachée par notre département de psychologie et d'orthophonie, le directeur de l'établissement et notre encadrante.

Après un mois d'attente, nous avons finalement obtenu l'autorisation de commencer notre enquête. Le directeur nous a fait visiter les locaux où nous allons rencontrer nos sujets de recherche.

Tableau 6: Caractéristiques du groupe de la pré-enquête.

Informations			
Prénoms	Age	Niveau scolaire	Durée de la maladie
Asma	14 ans	3 ^e année moyen	2 ans

Dans le tableau ci-dessus, nous avons représenté notre groupe de pré-enquête. Nous pouvons voir qu'il est composé d'une fille âgée de 14 ans et elle est en 3eme année moyen, elle est asthmatique depuis 2 ans. Le prénom de sujet a été modifié pour garder l'anonymat de cette élève.

Nous avons pris en considération les heures qui conviennent à l'élève en fonction de la distribution de l'horaire des cours pour fixer un rendez-vous. La durée moyenne de la passation des outils était d'environ vingt minutes pour l'entretien, ainsi que pour les deux échelles CYRM-28 et VSP-A. Nous avons réalisé la passation des outils dans un bureau spécialement réservé à cet effet, après avoir obtenu l'accord de la conseillère d'orientation. Ce

bureau offrait un cadre approprié à la recherche, avec une salle vide équipée d'un bureau, de chaises, d'un bon éclairage et d'une température ambiante agréable. De plus, l'environnement était calme et la porte était fermée pour assurer des conditions optimales.

Au cours des entretiens, menés en français avec traduction orale en langue maternelle (kabyle) en cas de difficulté de compréhension. La personne dont nous avons discuté vit chez ses parents et est le deuxième enfant d'une fratrie de trois enfants. Lorsqu'on lui a demandé comment elle avait découvert qu'elle souffrait d'asthme, elle a expliqué qu'elle avait éprouvé des difficultés respiratoires, ce qui l'a amenée à consulter un médecin. Elle suit un traitement qu'elle prend uniquement en cas de nécessité. Elle ne souffre d'aucune autre maladie. Lorsqu'on lui a annoncé son diagnostic, elle était choquée et a initialement pensé que c'était quelque chose de grave. Cependant, le médecin lui a expliqué qu'il ne s'agissait pas d'une maladie grave, mais simplement d'une maladie comme les autres. Elle considère sa maladie comme normale et ne la perçoit pas comme un obstacle dans sa vie quotidienne.

L'entretien s'est déroulé sans problème, bien que notre cas ait ressenti une certaine gêne au début. Cependant, cette gêne s'est dissipée au fil de la conversation, ce qui démontre que nous avons réussi à instaurer un climat de confiance avec notre sujet. À chaque fois, nous l'avons rassurée quant à l'anonymat de son identité, lui assurant que sa confidentialité était préservée.

Dans un second temps, les échelles CYRM-28 et VSP-A ont été administrées. Les résultats de l'échelle de mesure la moyenne de la résilience chez les adolescents asthmatiques sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 7: Résultats de l'échelle CYRM-28 du cas de la pré-enquête

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1	6	8	7	6

D'après les résultats obtenus, notre sujet de recherche a obtenu un score de 91 sur l'échelle de résilience CYRM-28 pour une moyenne entre 28 et 140, ce score témoigne de la présence d'une résilience notable chez notre sujet de recherche.

Les réponses obtenues couvrent une échelle allant de pas du tout à énormément, Chaque réponse est associée à un score spécifique : « *pas du tout* » correspond à 1, « *un peu* » à 6, « *modérément* » est évalué à 8, « *beaucoup* » à 7 et « *énormément* » qui est égal à 6.

Les sous-échelles ont obtenu des scores différents : 27 pour les items explorant le thème individuel, 28 pour les items concernant les prestataires de soins et 36 pour les items portant sur le thème contextuel.

Tableau 8: Résultats d’Asma obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

	Sous échelle	Items	Score	Score globale
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	12	27
	Solutions des pairs	14, 18	3	
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	12	
Thème fournisseurs de soins	Besoin physiologiques	5, 7	10	28
	Besoin psychologique	6, 12, 17, 24, 26	18	
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	11	36
	Education	3, 16	8	
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	17	

Les résultats obtenus mettent en évidence différentes dimensions de notre sujet de recherche. En ce qui concerne le thème individuel, axé sur Les aptitudes personnelles, évaluées à travers les items 2, 8, 11, 13 et 21, démontrent un score total de 12. Cela suggère que notre sujet de recherche présente un niveau modéré d'aptitudes personnelles dans les domaines évalués.

Pour ce qui est des solutions basées sur les pairs, évaluées par les items 14 et 18, un score de 3 a été obtenu. Ce résultat indique un niveau relativement faible d'utilisation des

solutions proposées par les pairs pour résoudre les problèmes individuels. Enfin, en ce qui concerne les aptitudes sociales, évaluées par les items 4, 20, 15 et 25, un score total de 12 a été obtenu. Cela suggère un niveau modéré d'aptitudes sociales, ce qui peut indiquer une capacité satisfaisante à interagir et à se comporter de manière adaptée dans des contextes sociaux.

Dans le thème des fournisseurs de soins, nous avons évalué les besoins physiologiques et les besoins psychologiques. Pour les besoins physiologiques, évalués à travers les items 5 et 7, notre sujet de recherche a obtenu un score de 10 sur un total possible. Cela suggère que notre sujet accorde une certaine importance à la satisfaction de ses besoins physiologiques.

En ce qui concerne les besoins psychologiques, évalués à l'aide des items 6, 12, 17, 24 et 26, notre sujet a obtenu un score de 18. Ces résultats indiquent une préoccupation plus marquée pour la satisfaction des besoins psychologiques, mettant en évidence l'importance accordée aux aspects émotionnels et mentaux.

Dans le thème du contexte, nous avons examiné les dimensions spirituelles, éducatives et culturelles.

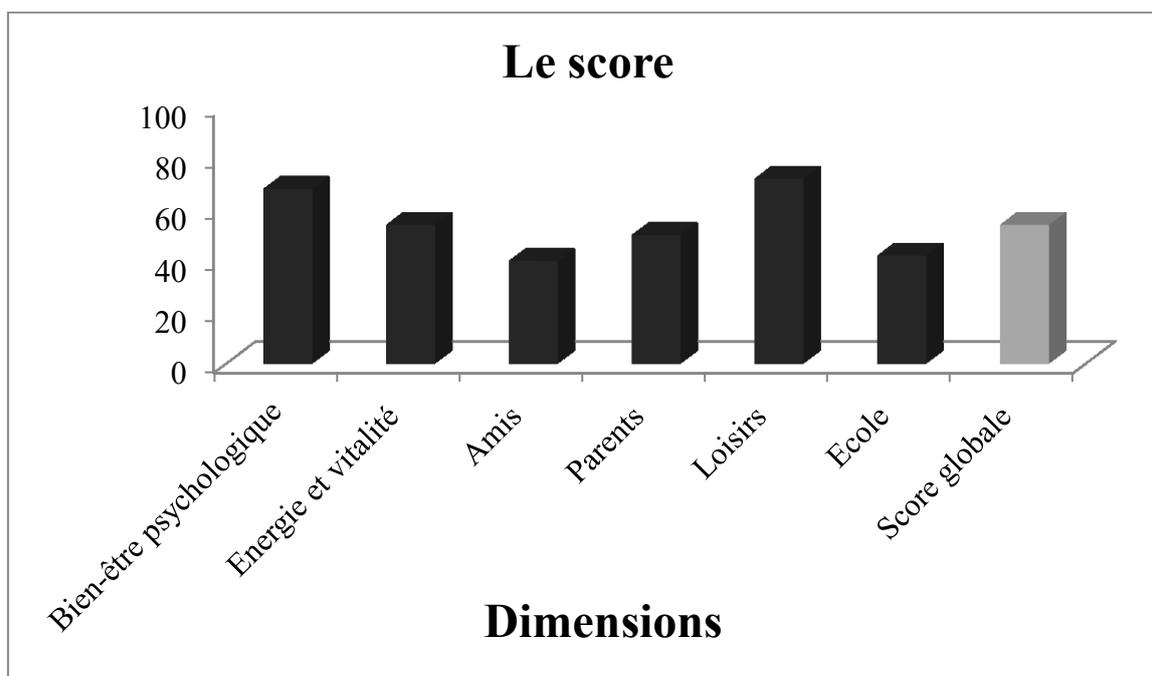
Pour les aspects spirituels, évalués à travers les items 9, 22 et 23, notre sujet de recherche a obtenu un score total de 11 sur 15. Ces résultats suggèrent que notre sujet accorde une certaine importance aux dimensions spirituelles de sa vie, et cela peut influencer son bien-être global. En ce qui concerne l'éducation, évaluée à l'aide des items 3 et 16, notre sujet a obtenu un score de 8 sur 10. Cela indique qu'il accorde une importance significative à l'éducation et à l'apprentissage dans sa vie.

Pour les aspects culturels, évalués à travers les items 1, 10, 27, 28 et 19, notre sujet a obtenu un score de 17 sur un total de 25. Ces résultats suggèrent une forte identification et une implication dans sa culture, mettant en évidence l'importance de la dimension culturelle dans sa vie.

Par la suite, les résultats du questionnaire de qualité de vie sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 9: Résultats du questionnaire obtenus par (Asma)

Dimensions	Scores
Bien-être psychologique	68/100
Energie et vitalité	54/100
Amis	40/100
Parents	50/100
Loisirs	72/100
Ecole	42/100
Scores globale	54/100

**Figure 2:** Résultats au questionnaire obtenus par Asma

Le score global de qualité de vie de notre sujet de recherche est de 54/100, ce qui indique une évaluation moyenne de sa qualité de vie dans l'ensemble.

En ce qui concerne le bien-être psychologique, le sujet obtient un score de 68/100, ce qui indique un niveau relativement satisfaisant. Cela suggère qu'il présente une certaine stabilité émotionnelle et un sentiment général de bien-être.

En revanche, les scores d'énergie et de vitalité (54/100), d'amitiés (40/100), de relations avec les parents (50/100) et d'école (42/100) sont plus modérés. Ces résultats peuvent suggérer des défis dans ces domaines de sa vie, tels qu'un manque d'énergie, des difficultés dans les relations amicales, familiales ou scolaires.

Cependant, la satisfaction des loisirs obtient un score plus élevé de 72/100, ce qui suggère que le sujet trouve du plaisir et de la satisfaction dans ses activités de loisirs.

En résumé, la qualité de vie de notre sujet présente des aspects positifs en termes de bien-être psychologique et de satisfaction des loisirs. Cependant, des améliorations pourraient être envisagées dans les domaines de l'énergie et vitalité, des relations amicales, familiales et scolaires.

En somme, cette pré-enquête nous a permis, grâce à une analyse qualitative des données recueillies, de confirmer la pertinence des outils utilisés pour notre recherche et la faisabilité de notre travail. Notre objectif est de vérifier nos hypothèses.

Dans ce qui suit, nous allons exposer le déroulement de notre enquête.

6.2. L'enquête

Dans un premier temps, nous présenterons les définitions de l'enquête, puis nous passerons à la présentation de son élaboration dans le cadre de notre recherche.

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

Elle *« consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews »* (Chahraoui & Bénony, 2003, pp. 131-132).

L'enquête permet ainsi de rassembler des informations sur un sujet ou un groupe de sujets, avec des techniques de recherche déjà sélectionnées et développées, qui permettent de mettre en évidence les objectifs de la recherche, de spécifier les réponses aux questions que l'on désire aborder et enfin de découvrir leurs différentes dimensions.

Dans ce contexte, notre enquête s'est déroulée auprès d'adolescents asthmatiques au mois d'avril. Les sujets de notre recherche ont fait preuve d'une grande collaboration, la

plupart d'entre eux ont fait tout leur possible pour nous fournir les informations souhaitées. Ils étaient très motivés pour faire partie de l'enquête et ont montré de la compassion et de la motivation. De plus, ils étaient si intrigués et impliqués dans notre recherche au point que certains d'entre eux voulaient obtenir leurs résultats, c'est pourquoi nous avons proposé de les leur transmettre plus tard en leur demandant de nous laisser leurs coordonnées. Quant aux autres, ils ont voulu nous faire part de certaines de leurs préoccupations personnelles en nous présentant comme des étudiantes en psychologie.

Cependant, avant de lancer notre enquête, nous avons demandé leur consentement libre et éclairé et celle de leurs parents pour participer à la recherche. Nous les avons également éclairés sur l'objectif général de la recherche et sur le respect de la confidentialité des informations transmises, tout en précisant l'anonymat et le fait que les données collectées ne servaient qu'à la recherche scientifique.

En savoir, « *un consentement éclairé implique que le participant doit être informé des buts de la recherche, des risques qu'il encoure (les désagréments possibles)* » (Pedinielli & Fantini, 2009, p. 387). Ces éclaircissements sur le code déontologique de la recherche en psychologie nous ont également permis de gagner la confiance des sujets et de leurs parents.

Ainsi, nous avons maintenu les rendez-vous fixés selon les emplois du temps des élèves. Les outils ont été administrés dans le bureau de la conseillère d'orientation, dont le bureau avait été libéré pour chaque cas reçu, de même que pour la pré-enquête. Le déroulement de l'entretien diffère d'un sujet à l'autre, avec une estimation moyenne d'une vingtaine de minutes.

Nous avons également utilisé la traduction des instruments car certains des participants de la recherche ne maîtrisaient pas la langue française. Par conséquent, les entretiens ont été menés en langue kabyle. Pour la collecte des informations communiquées par les sujets de recherche, nous nous sommes contentés de prendre des notes sur un bloc-notes.

En second temps, nous avons poursuivi avec l'administration des deux outils psychométriques, débutant par l'échelle de résilience CYRM-28 et le questionnaire de qualité de vie VSP-A, que nous avons sélectionnés avec notre superviseur pour mieux appréhender la nature de la situation vécue par les adolescents asthmatiques. La passation de ces deux outils a

été faite en notre présence. Nous avons donc présenté les deux outils aux adolescents et les avons encouragés à nous questionner en cas d'incompréhension de leur part.

Après chaque entretien semi-directif et chaque passation d'échelle, nous avons exprimé notre gratitude aux participants pour leur contribution à notre enquête ainsi que pour le temps qu'ils ont consacré pour répondre à nos questions de recherche.

Ayant exposé le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, nous allons maintenant aborder l'attitude adoptée par le chercheur.

7. Attitude de chercheur

Dans le contexte de collecte de données qualitatives, il est primordial d'adopter deux attitudes essentielles : l'écoute et l'empathie. Paille définit la première comme étant « *l'écoute initiale complète et totale des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les faire parler. Cela consiste à donner la parole, d'accorder de la valeur à l'expérience de l'autre. Les propos des personnes ne sont pas la réalité du chercheur. C'est pour cette raison qu'il doit donner la parole aux autres puisque c'est eux qui connaissent leur réalité* ». Il décrit ensuite l'empathie de cette manière: « *Eviter un jugement hâtif ou interprétation puisqu'on ne veut pas parler de soi, mais bien des personnes que l'on a questionnées. Toute notre attention est portée vers les verbatim d'autrui* » (Corbière & Larivière, 2014, p. 33).

La posture du chercheur se marque essentiellement par la réflexivité par rapport à sa propre attitude, à celle de son (ses) interprète(s), à la théorie, à la prise en considération des impacts des outils employés sur les informations collectées et sur les individus qui les produisent. Elle repose également sur la mise en situation et la valorisation des protocoles de recherche et des instruments de recherche au sein de la culture où se situent les activités de recherche (Giami, 2009, p.33).

Plus clairement et plus brièvement, le chercheur doit faire preuve à la fois d'une posture de neutralité bienveillante, autrement dit établir une frontière entre sa subjectivité et le sujet, de non-directivité et d'empathie à l'égard des sujets de l'étude.

En effet, lors de notre recherche, toutes ces attitudes ont été respectées, nous avons débuté par l'attitude non directive, à savoir qu'à partir du fait de poser la question, nous avons donc laissé le sujet s'exprimer en toute liberté sans pour autant le brusquer ou le contraindre, ni lui apporter de réponse, nous avons veillé à lui montrer qu'il était écouté attentivement, nous

interventions se sont limitées à des rappels et à des reformulations, dans le but de faciliter l'expression par le sujet de sa propre perspective, de ses émotions et de ses ressentis, sans émettre de jugement ni donner notre avis.

Suite à cela, nous avons accordé une attention particulière aux discours des sujets, en adoptant une écoute bienveillante. Nous avons utilisé des hochements de tête, des expressions telles que « *hmm* », « *d'accord* » et « *oui* » pour montrer notre engagement et notre compréhension. Nous avons également respecté les moments de silence, permettant ainsi aux sujets de s'exprimer pleinement.

Ainsi, notre attitude générale tout au long de cette recherche a été une attitude respectueuse, neutre, empathique, bienfaisante et aussi rigoureuse sur le plan scientifique. Nous nous sommes assurés de la présence du consentement libre et éclairé (oral dans le cadre de cette étude) des sujets (adolescents) et leurs parents à participer à la recherche, qui se réfère au code d'éthique et de déontologie de la recherche. Nous avons pris en considérations le fait que ce sont des sujets particuliers (adolescents et malades), et nous sommes restées très attentives à tout éventuel effet néfaste sur eux.

Nous avons essayé de mettre à l'aise le sujet de recherche afin de créer une relation de confiance et c'en adoptant une attitude compréhensive, chaleureux, empathique et ouverte pour que le sujet adolescent puisse s'exprimer librement et ce fait pouvoir atteindre les objectifs de notre recherche.

Synthèse

La méthodologie est le pilier du déroulement correct de toute recherche scientifique, puisqu'elle structure les différentes étapes de la recherche, en partant de la formulation des hypothèses et en allant jusqu'aux résultats acquis. Elle représente un parcours intellectuel et ordonné qui passe par le respect d'un ensemble de règles et d'étapes dans l'avancement du travail.

Notre étude a porté sur « *la résilience et la qualité de vie chez les adolescents asthmatiques* », par le biais de trois outils de recherche, tels que l'entretien semi-directif, le CYRM 28 et le VSP-A, qui ont servi à recueillir les données pertinentes au sujet des indicateurs cliniques et opérationnels des expériences vécues par les adolescents asthmatiques, en particulier pour la vérification de nos hypothèses.

Dans le prochain chapitre, le chapitre V de ce mémoire, nous présenterons les cas de recherche et nous discuterons à la fin nos hypothèses.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre V :

**Présentation, analyse des données et
discussion des hypothèses**

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous aborderons la partie pratique de notre recherche, où nous présenterons et analyserons les données recueillies auprès de nos participants. Nous avons adopté une approche intégrative basée sur la méthode clinique et l'étude de cas, qui constituent les éléments d'une démarche qualitative. Nous avons utilisé deux outils pour collecter les données : l'entretien clinique semi-directif et deux échelles de mesure, le CYRM-28 et le VSP-A. Ces trois outils nous permettront de confirmer ou d'infirmer notre hypothèse formulée dans la problématique de recherche.

Dans cette section, nous présenterons l'analyse des données que nous avons recueillies au cours de nos dix entretiens réalisés lors de notre enquête sur le terrain. Nous commencerons par présenter et analyser les résultats du guide d'entretien, en conservant les titres des axes et en intégrant les récits des participants ainsi que leur interprétation basée sur notre approche intégrative. Ensuite, nous passerons à la présentation et à l'analyse des résultats des échelles du CYRM-28. Nous examinerons les réponses des participants à chaque échelle afin de tirer des conclusions et de répondre à notre hypothèse de recherche. Après cela, nous présenterons les résultats obtenus par les participants au moyen du VSP-A. Nous analyserons leurs réponses pour comprendre leur perception et évaluer les variables étudiées. Enfin, nous synthétiserons les résultats de chaque cas, en fournissant une vue d'ensemble des principales conclusions tirées de notre analyse.

Dans la deuxième partie de notre étude, nous discuterons des résultats que nous avons acquis par rapport à nos hypothèses de recherche. Nous évaluerons si ces résultats les confirment ou les infirment, en prenant également en compte les études antérieures réalisées dans le domaine. Enfin, nous présenterons une synthèse globale des résultats obtenus.

I. Présentation et analyse des résultats

Dans cette première partie dédiée à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus chez nos neuf cas à savoir : Dania, Nina, Sérine, Faroudja, Lynda, Amel, Dyhia, Sarah et Fatima.

Cas n°1 : Dania

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Après avoir fait connaissance avec Dania, Celle-ci était très sympathique, joyeuse et très curieuse. Elle a accepté de participer à l'enquête. Le consentement des parents était également positif, le rendez-vous a eu lieu à 13h dans le bureau de la conseillère d'orientation. La durée de l'entretien a été d'environ 25 minutes.

Une élève de quatrième année de collège, Dania est âgée de 15 ans, elle vit avec son père âgé de 60 ans qui travaille dans le transport, et sa mère âgée de 51 ans femme au foyer, elle a 2 frères et 2 sœurs, elle est la dernière de sa fratrie.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

Dania nous indique qu'elle a eu une bonne enfance, « *Seeday-d une belle enfance, lliy normal ur ueirey ur sehiley, cituh n neffxa kan yerna krey-d iman-iw* », (J'ai passé une belle enfance, j'étais normale, en plus j'ai grandi toute seule), elle souffre d'asthme depuis l'âge de 5 ans et lorsqu'elle est allée à l'hôpital parce qu'elle avait du mal à respirer, le médecin a dit qu'elle souffrait d'asthme. Elle ne sait pas grand-chose de sa maladie, juste que la personne a du mal à respirer et des fois il s'étouffe.

En ce qui concerne le traitement suivi, elle nous a dit qu'elle n'a aucun traitement médical spécifique mis à part l'aérosol qu'elle n'utilise que lorsqu'elle s'étouffe.

Elle n'est pas atteinte d'autre maladie, en ce qui concerne des complications liées à l'asthme, elle a dit que c'est rarement et généralement c'est l'étouffement d'ailleurs elle reste toujours auprès de la fenêtre même en hiver elle s'habille légèrement.

Axe 2 : Informations sur la résilience

Pour la première question de cet axe, concernant la réaction du sujet lors de l'annonce de sa maladie, et avec qui elle se trouvait, Dania nous raconte que sa réaction était normale en disant « *D vava i geddan yidi, la réaction n daglaw tella normale, je l'ai accepté* » (C'était mon père qui m'a accompagné, ma réaction était normale, je l'ai accepté). Tandis que la réaction de son entourage était un peu différente comme son père qui était assez choqué au moment de l'annonce.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Lorsque que nous lui avons posé la question de savoir s'il y avait eu un changement dans ses relations avec les autres, elle nous répond « *Les premiers temps teawed, uyalen tt-ivitiniyi amaken fragile illiy* » (Les premiers temps elle a changé, ils m'évitent comme si j'étais fragile), alors que dans la 17eme question ses membres de familles voient l'asthme comme quelque chose de normal « *Zarren-tt-id cyel lhağa normal, d lahlak normal, ddan yidi, uyalen tt-ħadarniyi plus tt-ggatiniyi kter* » (Ils l'a voient comme une chose normal, c'est une maladie normal, ils étaient a mes cotés, ils font plus attention et ils me gâtent aussi). Donc, Dania bénéficie du soutien des personnes qui l'entourent dans son entourage social qui est un facteur de protection, comme il y'a aussi des personnes qui l'a évité au premiers temps et ça la marqué.

Dania nous dira « *En dirait que ulacit* » (En dirait qu'il n'existe pas) quand on lui a posé la question si cet événement à t-il influencé sur son perception à l'avenir, et aussi elle nous a dit qu'elle a une amie qui est atteinte de l'asthme. En écoutant le récit de Dania, nous constatons la présence de certains signes de résilience, avec sa famille à ses côtés.

Axe 3 : Informations sur la qualité de vie

« *Physiquement aeyiy, mais moralement aqlin bien* » (Physiquement je suis fatiguée, mais moralement je suis bien) voici la réponse que Dania nous a apportée après que nous lui ayons fait part de son ressenti aujourd'hui.

Puis, elle nous a confiée en pleurent qu'il y'avait du changement que l'asthme a provoqués dans sa vie quotidienne à savoir « *Lyaci zaren-iyi-d différente fell-asen les premiers temps, après avec le temps uffiy-d belli ulac d acu igestahlen, cyel d nutni iyi-ivitin* » (Les premiers temps les gens me voient différente par rapport a eux, après avec le temps je me suis rendu compte que rien ne vaut la peine, genre c'est eux qui m'évitent). Nous estimons que ca lui a fait du mal a Dania ce type de comportement, vu qu'elle évite de faire des connaissance a son tour.

Lorsque nous lui avons demandé si elle avait déjà fait une crise d'asthme en classe, elle a dit non, mais elle a dit que ses professeurs et ses camarades de classe savaient qu'elle était malade.

Lors de cette partie de l'entretien, Dania nous informera que « *Tt-eichey-tt bien, appart ma ruhay ar lebħar yerna tt-qqimey g ceṭṭ kan... je l'ai dépassé, ud zarey ara l'asthme agi comme un obstacle mais plutôt un coup de pouce* » (Je le vis bien, à part quand je pars à la

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

plage je reste juste, je l'ai dépassé, je ne vois pas l'asthme comme un obstacle mais plutôt un coup de pouce). Malgré qu'au début les gens l'évitent à cause de sa maladie, Dania n'a pas pu s'empêcher de dépasser et d'accepter de vivre avec sa maladie.

Une fois toutes nos questions abordées, nous avons également sollicité Dania pour qu'elle nous dise si elle avait autre chose à apporter, elle nous a rajouté que « *Asema ttettruy nay zaefey, tt-kemiley i yiman-iw iwakken ad tuffiy, akkagi ixedmey tikwal mais g niyaw c'est pour me suicidé... asema ayieeddi akkit, uyaley tllumuy imawn-iw qqarey-as iwacu ixedmey akkagi i leamr-iw, iwacu mačči d leibad qui m'entourent i gxesren, acimi d nekki kan qui essaye de me suicidé iwakken ad theniy* » (Quand je pleure ou je m'énerve, j'essaye d'arrêter mon souffle pour m'étouffer, c'est comme ça que je faisais des fois, mais au fond du moi je veux me suicider, quand ça va passer je me culpabilise en disant pourquoi je fais ça, pourquoi c'est pas les personnes qui m'entourent qui sont perdu, pourquoi c'est toujours moi qui essaye de me suicider pour soulager).

Synthèse de l'entretien de recherche de Dania

Dania semble faire preuve de résilience face à son asthme, en s'adaptant aux difficultés et en faisant preuve d'acceptation. Son entourage familial joue un rôle important dans son soutien, et sa propre attitude positive lui permet de maintenir une qualité de vie satisfaisante malgré les défis. Cependant, elle fait face à des défis émotionnels, notamment le comportement des autres et des pensées suicidaires, ce qui souligne l'importance d'un soutien psychologique supplémentaire. Dans l'ensemble, Dania montre une résilience face à l'asthme, mais des ressources supplémentaires sont nécessaires pour soutenir sa santé mentale et améliorer sa qualité de vie.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Dans le tableau ci-dessous, figurent les résultats recueillis lors de notre premier cas selon l'échelle CYRM-28 :

Tableau 10: Résultats du questionnaire de CYRM-28

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
4	2	4	3	16

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Au vu des résultats acquis, on constate que notre sujet de recherche a obtenu un score de 107 pour une moyenne comprise entre 28 et 140, ce score démontre que notre sujet de recherche fait preuve de résilience.

Les réponses qu'on a obtenu varient entre pas du tout et énormément. Une réponse de « *Pas du tout* » correspond à un score de 4, une réponse de « *Un peu* » correspond à un score de 2, une réponse de « *Moyennement* » correspond à un score de 4, une réponse de « *Beaucoup* » correspond à un score de 3 et une réponse de « *Enormément* » correspond à un score de 16.

Les sous-échelles ont obtenu des scores différents : 36 pour les items explorant le thème individuel, 35 pour les items concernant les prestataires de soins et 36 pour les items portant sur le thème contextuel.

Tableau 11: Résultats de Dania obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

Thèmes	Sous échelle	Items	Score	Score général des sous-échelles	Score total de l'échelle
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	16	36	107
	Soutien des pairs	14, 18	2		
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	18		
Thème fournisseurs de Soins	Besoins physiologiques	5, 7	10	35	
	Besoins psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	25		
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	10	36	
	Education	3, 16	9		
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	17		

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Le score de la sous-échelle relative au thème individuel est de 36 pour notre sujet, ce qui est supérieur à la moyenne de 35. Cela suggère que notre sujet est résilient psychologiquement. Cependant, notre sujet a obtenu un score faible de 16 pour les aptitudes personnelles, qui est inférieur à la moyenne de 25. Le score pour le soutien par les pairs est également faible avec 2, contre une moyenne de 10. En revanche, le score pour les compétences sociales est plus élevé avec 18, contre une moyenne de 20. Nous pouvons constater que notre sujet de recherche a obtenu un score plus élevé pour les compétences sociales, un score faible pour les compétences personnelles et un dernier score pour le soutien par les pairs.

Concernant la sous-échelle relative au thème du fournisseur de soins, un score de 35 a été obtenu pour une moyenne de 24.01, un score supérieur à la moyenne, ce qui signifie que Dania fait preuve de résilience. Pour les besoins physiologiques, un score de 10 a ainsi été obtenu pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques, un score de 25 a été attribué pour une moyenne de 25. Nous voyons que notre sujet a un score élevé dans les deux besoins psychologiques et physiologiques.

Au niveau de la sous-échelle représentant le thème contextuel, nous avons obtenu un score de 36 pour une moyenne de 30.36, un score qui est à la limite supérieure. Ainsi, le score pour le spirituel était en moyenne 10 contre 15, pour l'éducation on a eu un score de 9 pour une moyenne de 10, et pour le culturel on a obtenu un score de 17 pour une moyenne de 25. Donc nous remarquerons que notre sujet de recherche obtient un score plus élevé dans la dimension de l'éducation, suivie d'un score plus faible dans les dimensions spirituelle et culturelle.

D'après la sous-échelle qui correspond au thème individuel, dans les aptitudes personnelles on remarque que Dania ne collabore pas avec les autres, essaye beaucoup de terminer ce qu'elle a commencé, les gens aiment beaucoup être à sa compagnie, elle ne peut pas régler ses problèmes sans se faire du mal, elle est très consciente de ses forces. Dans le soutien des pairs notre sujet de recherche se sent pas soutenu par ses amis, et ils ne sont pas à ses côtés. Dans les aptitudes sociales, elle sait moyennement se comporter dans différentes situations sociales, elle sait énormément à qui s'adresser dans sa communauté pour obtenir de l'aide, elle a aussi énormément la chance de prouver aux autres qu'elle est maintenant adulte et qu'elle peut agir de manière responsable, elle a beaucoup de la chance de développer des compétences qui lui seront utiles pour tard.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Dans la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs soins, dans les besoins physiologiques, ses parents la surveillent énormément de près, si elle a faim elle mangera beaucoup, dans les besoins psychologiques, notre sujet de recherche mentionne que ses parents la connaissent très bien, elle parle énormément à sa famille de ce qu'elle ressent, sa famille est toujours à ses côtés lorsqu'elle a des difficultés, elle se sent énormément en sécurité lorsqu'elle est en compagnie de sa famille, et elle apprécie énormément les traditions et les cultures de sa famille.

Concernant la sous-échelle correspondant au thème contexte, dans le spirituel, les croyances sont énormément une force pour elle, elle participe moyennement à des activités à caractère religieux, elle croit qu'il est un peu important d'être au service de sa communauté. Dania croit beaucoup que l'éducation est une chose importante pour elle et elle se sent énormément à sa place à son école, dans le culturel, elle a dit qu'il a peu de personnes qu'elle admire, elle est fière de son origine ethnique, elle apprécie beaucoup les traditions de sa communauté, elle est moyennement bien traitée dans sa communauté et qu'elle est aussi fière moyennement d'être citoyenne d'Algérie.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

Dans notre premier cas, le score obtenu est de 107. Nous constatons que notre sujet est résilient selon le manuel CYRM, ce qui est confirmé par les différents thèmes évalués. Nous avons notamment observé une plus grande résilience dans la sous-échelle relative aux fournisseurs de soins, avec un score de 35 pour une moyenne de 24.01, ainsi que dans la sous-échelle relative au thème individuel, avec un score de 36 pour une moyenne de 35, et enfin dans la sous-échelle relative au thème contextuel, avec un score de 36 pour une moyenne de 33.36.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de VSP-A

Le tableau suivant présente les résultats du questionnaire VSP-A obtenus par dimension :

Tableau 12: Résultats du questionnaire obtenus par (DANIA)

Dimensions	Scores
Bien-être psychologique	40/100
Energie et vitalité	78/100
Amis	70/100
Parents	70/100
Loisirs	24/100
Ecole	47/100
Score globale	55/100

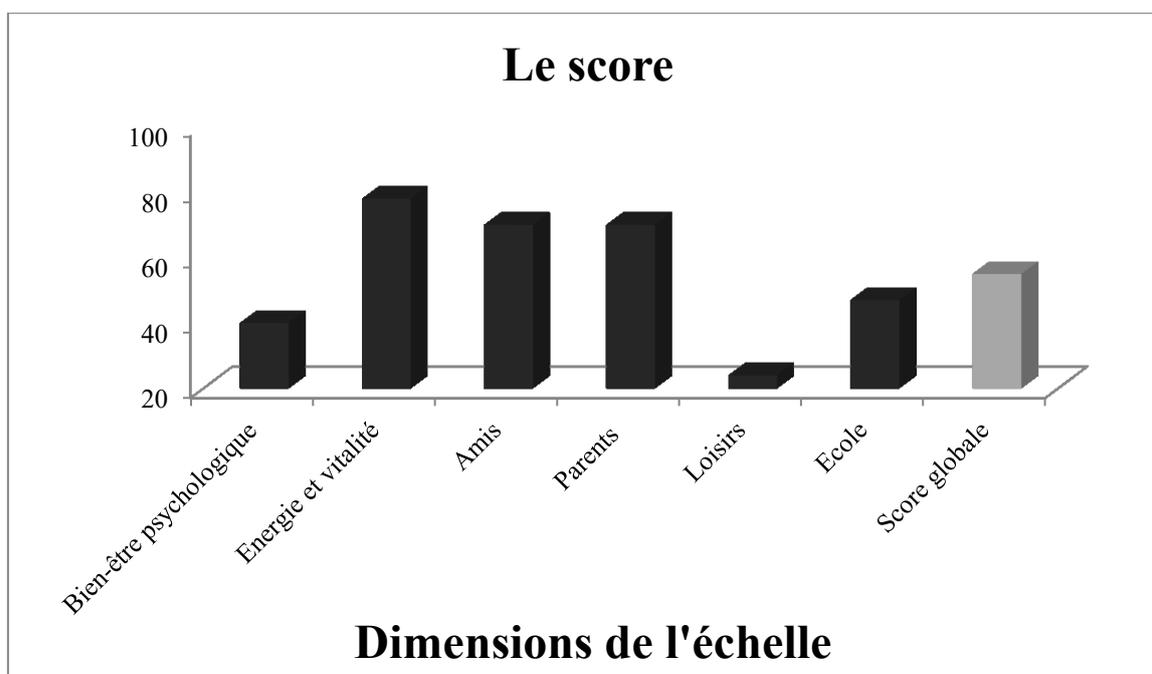


Figure 3: Résultats au questionnaire obtenus par Dania

Les résultats obtenus par le questionnaire indiquent que notre sujet de recherche a une bonne qualité de vie (55/100). Où on trouve que le « *Bien-être psychologique* » est faible, avec un score de 40/100. En revanche, « *Énergie et vitalité* » semblent être relativement bonnes, avec un score de 78/100. Les relations avec les amis et les parents semblent également positives, avec des scores de 70/100 pour chacun. Par contre, les loisirs ont un score faible de 24/100, tandis que « *Ecole* » a un score moyen de 47/100. Globalement, les

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

résultats suggèrent un certain niveau de satisfaction dans les relations interpersonnelles, mais des difficultés dans les domaines de la vie quotidienne tels que les loisirs et l'école.

Dans la dimension de « *Bien-être psychologique* » de l'échelle VSP-A, le sujet de recherche a indiqué une présence élevée de pensées négatives et a signalé se sentir parfois dégoûté et fatigué. Ces résultats suggèrent une certaine détresse psychologique chez le sujet.

Dania a coché « *Jamais/Pas du tout* » pour 5 items qui évaluent son niveau d'angoisse, de soucis, de peur en pensant à l'avenir, de choquée et révoltée face à ce qui se passe autour d'elle, et d'inquiétude pour son avenir professionnel. Cela suggère que Dania n'a pas éprouvé ces sentiments récemment ou du moins pas de manière significative. Elle a répondu « *Rarement/Un peu* » pour deux items, indiquant qu'elle avait été stressée et triste à certains moments.

Notre sujet de recherche a coché 5 fois la case « *Toujours/Enormément* » dans la dimension « *Energie et vitalité* » pour indiquer qu'elle avait tendance à prendre la vie du bon côté, qu'elle avait confiance en elle, qu'elle souriait facilement, qu'elle était motivée en pensant à l'avenir et qu'elle était contente et satisfaite de sa vie. Elle a également coché 3 items dans la case « *Parfois/Moyennement* » pour exprimer qu'elle était en forme physiquement, qu'elle avait le moral et qu'elle avait l'impression que tout allait bien autour d'elle. Elle a coché l'item 4 dans la case « *Souvent/Beaucoup* » pour dire qu'elle était souvent en pleine forme physique. Cependant, elle a coché l'item 6 dans la case « *Jamais/Pas du tout* », ce qui montre qu'elle manquait d'optimisme et de confiance envers son avenir.

Dans les dimensions des amis et des parents, notre sujet de recherche a coché 8 items dans la case « *Toujours/Enormément* » pour indiquer qu'elle avait parlé de ses problèmes avec ses copines, qu'elle avait pu discuter avec elles, qu'elle leur avait donné des conseils, que ses parents étaient disponibles pour l'écouter et lui donner des conseils, qu'elle avait pu discuter avec eux, qu'ils comprenaient ses soucis et problèmes, et qu'elle se sentait protégée par eux. Cependant, elle a coché deux items dans la case « *Jamais/Pas du tout* » pour signifier qu'elle n'avait jamais été entourée ou aidée par ses copines, et qu'elle n'avait pas eu l'impression que ses proches s'étaient souciés d'elle. Elle a rarement pu confier ses soucis à ses copines, et parfois elle exprimait et communiquait avec les autres.

D'autre part, le score de loisirs de Dania est relativement bas par rapport aux autres dimensions. Elle n'a pas passé de temps avec ses copines chez elles ou en dehors, ni fait des

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

activités comme faire des achats ou manger dans un fast-food, ou jouer en vélo ou en rollers. En ce qui concerne l'école, elle a obtenu des résultats moyens et a rencontré des difficultés pour travailler, ce qui la rend insatisfaite de son travail scolaire.

Synthèse de l'échelle de VSP-A :

Avec un score global de 55/100 sur l'échelle de la qualité de vie VSP-A, la qualité de vie de cette fille peut être considérée comme moyenne. Les résultats montrent qu'elle a des points forts dans certaines dimensions telles que l'énergie et la vitalité ainsi que les relations avec ses amis et sa famille, mais elle a également des points faibles dans d'autres dimensions telles que les loisirs et peut-être l'école.

Synthèse du cas N°01 : Dania

En nous appuyant sur notre entretien de recherche semi-structuré et sur les deux échelles de mesure de la résilience et de la qualité de vie, les données concernant le vécu de l'adolescente face à sa maladie ont été récoltées et des scores spécifiques ont été obtenus.

En effet, notre sujet de recherche à un score de 107 sur l'échelle CYRM-28 qui peut indiquer que l'adolescente est capable de faire face et de s'adapter aux défis de la vie malgré les difficultés, tandis qu'une qualité de vie de 55/100 sur l'échelle VSP-A peut suggérer que l'adolescente éprouve des difficultés dans différents domaines de sa vie, y compris la santé physique et les relations sociales, ce qui va dans le sens des données de l'entretien.

En analysant les résultats de l'entretien ainsi que les données recueillies à travers les deux outils de mesure de la résilience et de la qualité de vie, nous avons pu constater leur cohérence. Cette cohérence témoigne de l'existence d'une relation entre les réponses fournies pendant l'entretien et les résultats obtenus à travers les outils de mesure.

Cas n°2 : Nina

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Nina, une adolescente de 15 ans, est une élève en 4^e année du cycle moyen. Elle est l'aînée de sa fratrie avec deux frères. Elle habite avec ses deux parents : son père, un menuisier âgé de 48 ans, et sa mère, une pharmacienne du même âge.

L'entretien était prévu pour se dérouler après les cours, à 14h30. Après que Nina et ses parents aient donné leur accord de participation et choisi une date et une heure qui leur

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

convenaient, il s'est avéré qu'elle s'est présentée plus tôt que prévu au rendez-vous. La raison était l'absence d'une enseignante, ce qui lui a permis d'être disponible. Nous avons donc décidé de nous installer dans le bureau de la conseillère d'orientation, qui avait autorisé sa libération pour la passation de l'entretien. Ainsi, notre entretien a débuté vers 14h et a duré environ 20 minutes. Au début, Nina était un peu timide, mais en même temps elle montrait une curiosité remarquable. Cependant, nous avons réussi à la mettre à l'aise afin qu'elle puisse répondre à nos questions de recherche.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

En lui posant la question sur son enfance, elle nous répond « *Seeda-y-d l'enfance n daglaw bien, seey eemumti hemlay-tent mlih, harcey g leqraya hemlay taccixett-iw, seeda-y-d primaire bien, yessis xali tturarey yidsent akkit, lliy tranquille* » (J'ai passé mon enfance bien, j'ai des tantes que j'aime trop, j'étais assidu dans mes études, j'aime mon enseignante, j'ai passé le primaire bien, j'ai des cousines que je jouais avec elles, j'étais tranquille). Depuis l'âge de 10 ans, elle est consciente de sa condition et sait qu'elle est atteinte de la maladie de l'asthme. « *Tt-diqey avehri yezga ikatiyi, lliy tt-helakey tt-qebarey akkeya uzmrey ara ad snufsey acehhal d abrid ttruhuy ar sbitar xedmen-iyi-d l'aréosol d sérum* » (J'étais constamment enrhumée, je tombais souvent malade, j'étouffe, je n'arrivais pas à respirer, à plusieurs reprises, je me rendais à l'hôpital où ils me fassent l'aérosol et le sérum), Sa réponse nous a permis de savoir comment elle avait découvert qu'elle était atteinte de l'asthme et de connaître son parcours dans la prise de conscience de sa condition depuis l'âge de 10 ans.

Nina nous a informé qu'elle avait une connaissance limitée de l'asthme « *Senay kan...cwiya iseney zeriya kan ur zemired ara ad t-senufssed, daya izeriy* » (Je sais juste... je connais juste que tu ne peux pas respirer, c'est tout ce que je sais).

Elle est informée de son traitement, qui consiste à utiliser de la Ventoline, mais elle ne l'utilise que lorsque c'est nécessaire. Sa mère la surveille de près et elle n'a pas d'autres maladies que l'asthme. Elle a parfois des complications, notamment des crises d'étouffement.

Axe 2 : Informations sur la résilience

Elle nous a déclaré qu'elle était avec sa maman au moment de l'annonce de sa maladie en apportant « *Lliy d yemma, la réaction n daglaw tella normal axatar uzriy ara dacu id l'asthme* » (J'étais avec ma mère, ma réaction était normale vu que je ne connaissais pas

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

l'asthme) même la réaction de son entourage était normale. Il était évident que Nina avait des difficultés à s'exprimer, elle répondait juste à nos questions pas plus.

« *Kra ur ivedel g legraya inou, les notes iw subented mais mačči d l'asthme* » (Rien n'a changé dans mes études, appart mes notes qui ont chuté, mais ce n'est pas à cause de l'asthme), nous assure Nina et ainsi, elle a fait preuve d'une grande résilience en affirmant que cet événement n'avait pas affecté sa relation avec les autres ni sa perception de l'avenir. Malgré les difficultés auxquelles elle était confrontée, elle a réussi à maintenir une perspective positive et à surmonter les obstacles sans laisser ces expériences négatives l'influencer négativement. Sa capacité à résister et à s'adapter face à l'adversité démontre sa résilience.

Notre sujet de recherche n'a pas d'amis qui souffrent d'asthme mais par contre il en existe dans sa famille « *Alla, mačči d timedukal-iw, mais g la famille inu, d mis εam-is n vava* » (Non, ce n'est pas mes amies, mais plutôt le cousin à mon père).

Axe 3 : Informations sur la qualité de vie

Lorsqu'on lui a demandé de décrire comment elle se sentait aujourd'hui physiquement et moralement, Nina nous a répondu qu'elle était heureuse et se sentait normale. Ainsi, elle déclare que l'asthme n'a pas provoqué des changements dans sa vie quotidienne.

Nina nous a informés que ses professeurs et ses camarades étaient au courant de sa maladie. Elle a partagé qu'elle avait déjà eu une crise pendant les cours et que son enseignant lui avait demandé de sortir de la salle. Elle était accompagnée de ses camarades de classe pendant cet épisode « *Ih tettef-iyi, inavid cix-iw ruħ ad tefyed, après fyeγ-d, d tiqecicin id iddan yidi ar barra* ». Ces propos soulignent la prise de conscience de son entourage scolaire concernant sa condition et la solidarité manifestée par ses camarades envers elle.

Nous avons ensuite poursuivi notre entretien avec la question suivante : Comment vivez-vous votre adolescence avec votre asthme ? À cela, elle a répondu « *l'Asthme agi ittjiniyi tikwal, asema ad zarey leibad akkit ruħen ar lebħar, nekki xati itteyiđiyi lħal* » (l'Asthme me dérange des fois surtout quand je vois des gens partant à la plage et moi non, ça me blesse). Cette réponse met en évidence les frustrations qu'elle ressent en raison des limitations imposées par son asthme, notamment dans sa participation à des activités sociales et récréatives.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

En conclusion de l'entretien, Nina a indiqué qu'elle n'avait rien d'autre à ajouter et elle a exprimé sa gratitude envers nous. Nous l'avons à notre tour remercié d'avoir accepté de participer à l'étude.

Synthèse de l'entretien de recherche de Nina

L'entretien avec Nina a révélé des signes de résilience, caractérisés par sa motivation personnelle et le support et la solidarité apportés par son réseau social de famille et d'amis. Grâce à ces facteurs, elle est capable de garder une attitude positive et de ne pas laisser son asthme interférer avec sa qualité de vie.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Voici un résumé des résultats obtenus par notre deuxième cas dans l'échelle CYRM-28, qui sont présentés dans le tableau suivant :

Tableau 13: Résultats du questionnaire de CYRM-28

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
0	1	1	14	12

Selon les réponses fournies, le score obtenu par Nina dans l'échelle CYRM-28 est de 122, ce qui indique qu'elle présente une résilience élevée dans différents domaines. Sa résilience est remarquablement proche du score maximum de 140, ce qui démontre sa capacité à faire face aux difficultés et à se relever dans divers aspects de sa vie.

Les réponses obtenues dans notre évaluation varient entre les extrêmes « *Pas du tout* » et « *Enormément* ». Pour la réponse « *Pas du tout* », le score obtenu est de 0. Pour la réponse « *Un peu* », le score est de 1. Pour la réponse « *Moyennement* », le score est également de 1. En revanche, pour la réponse « *Beaucoup* », le score est de 14, et pour la réponse « *Enormément* », le score est de 12.

Les résultats obtenus dans la sous-échelle individuelle sont de 46, dans la sous-échelle des fournisseurs de soins le score est de 34, et dans la sous-échelle contextuelle le score obtenu est de 43.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Tableau 14: Résultats de Nina obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

Thèmes	Sous échelle	Items	Score	Score globale des sous échelles	Score total de l'échelle
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	21	45	122
	Soutien des pairs	14, 18	7		
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	17		
Thème de fournisseurs de soins	Besoin physiologiques	5, 7	10	34	
	Besoin psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	24		
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	11	43	
	Education	3, 16	9		
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	23		

Dans la sous-échelle correspondant au thème individuel, notre sujet de recherche a obtenu un score de 45, dépassant ainsi la moyenne établie à 35. En ce qui concerne les aptitudes personnelles, le score obtenu est de 21, légèrement inférieur à la moyenne de 25. Pour le soutien des pairs, le score est de 7, également inférieur à la moyenne de 10. Enfin, pour les aptitudes sociales, le score est de 17, inférieur à la moyenne de 20. Il est intéressant de noter que l'enfant obtient un score plus élevé dans les aptitudes personnelles, suivi d'un score légèrement inférieur dans le soutien des pairs, et enfin un score plus bas dans les aptitudes sociales.

Notre sujet a obtenu un score supérieur à la moyenne dans la sous-échelle du thème fournisseurs de soins, avec un score de 34 par rapport à une moyenne de 24,01. Ses besoins

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

physiologiques ont été bien satisfaits, avec un score de 10 correspondant à la moyenne de 10. Cependant, ses besoins psychologiques ont obtenu un score légèrement inférieur à la moyenne, avec un score de 24 par rapport à une moyenne de 25.

Pour la sous-échelle du thème contextuel, nous avons obtenu un score de 46, ce qui est supérieur à la moyenne de 30,36. Plus spécifiquement, dans la dimension spirituelle, le score obtenu est de 11, légèrement inférieur à la moyenne de 15. En ce qui concerne l'éducation, le score obtenu est de 9, proche de la moyenne de 10. Enfin, dans la dimension culturelle, le score obtenu est de 23, légèrement inférieur à la moyenne de 25. En somme, notre sujet présente un score global supérieur à la moyenne dans la sous-échelle contextuelle, avec des variations dans les dimensions spirituelle, éducationnelle et culturelle. Les résultats montrent que notre sujet de recherche obtient un score élevé dans la dimension culturelle, suivi d'un score légèrement moins élevé dans la dimension spirituelle et éducationnelle.

Dans la sous-échelle portant sur le thème individuel, notre sujet de recherche a démontré de fortes aptitudes personnelles. Elle a exprimé un fort intérêt pour la collaboration avec les autres, une détermination à accomplir ce qu'elle entreprend, ainsi qu'une perception positive de sa compagnie appréciée par les gens. Elle est également capable de résoudre ses problèmes de manière constructive, sans se nuire ni blesser les autres, et elle est consciente de ses propres forces. Pour le soutien des pairs, notre sujet de recherche se sent soutenue de manière modérée par ses amis, et elle apprécie leur présence à ses côtés. En ce qui concerne les aptitudes sociales, Nina démontre une grande capacité à s'adapter à différentes situations sociales. Elle reconnaît avoir la chance de prouver aux autres sa maturité et sa capacité à agir de manière responsable. Elle sait également vers qui se tourner en cas de besoin d'aide et est consciente de la chance qu'elle a de développer des compétences qui lui seront utiles à l'avenir.

En ce qui concerne la sous-échelle fournisseurs de soins, notre sujet de recherche a exprimé que ses besoins physiologiques sont satisfaits par ses parents qui la surveillent de près et lui fournissent suffisamment de nourriture en cas de faim. Quant aux besoins psychologiques, elle se sent comprise par ses parents qui la connaissent bien, elle partage régulièrement ses émotions avec eux et sa famille est présente pour la soutenir en cas de difficultés. Notre sujet se sent en sécurité en présence de sa famille et apprécie les traditions et la culture de celle-ci.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

A propos de la sous-échelle qui explore le thème du contexte, notre sujet de recherche démontre une forte importance accordée à la dimension spirituelle. Ses croyances sont une source de force pour elle, bien qu'elle ne participe qu'à quelques activités religieuses. Elle croit fermement à l'importance de servir sa communauté. En ce qui concerne l'éducation, elle considère celle-ci comme d'une grande importance, et elle se sent véritablement à sa place à l'école. Dans le domaine culturel, notre sujet a de profondes admirations pour certaines personnes, elle est fière de ses origines ethniques et apprécie les traditions de sa communauté. Elle est également fière d'être algérienne et se sent bien traitée au sein de sa communauté.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

Notre deuxième sujet de recherche, Nina, a obtenu un score de 122 dans le test CYRM-28, ce qui est très proche de la note maximale de 140. Ces résultats témoignent d'une résilience exceptionnelle dans différents aspects de sa vie, couvrant à la fois le thème individuel et le thème contexte. En particulier, Nina a affiché une résilience plus élevée dans le thème individuel, avec un score de 45, dépassant la moyenne de 35. De même, dans le thème contexte, elle a obtenu un score de 43, supérieur à la moyenne de 33,36. Cependant, dans le thème fournisseur de soins, son score de 30 était moins intense à la moyenne de 24,01.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de VSP-A

Le tableau ci-dessous présente les résultats du questionnaire VSP-A, classés par dimension :

Tableau 15: Résultats du questionnaire obtenus par (NINA)

Dimensions	Scores
Bien-être psychologique	60/100
Energie et vitalité	68/100
Amis	70/100
Parents	93/100
Loisirs	52/100
Ecole	60/100
Score globale	67/100

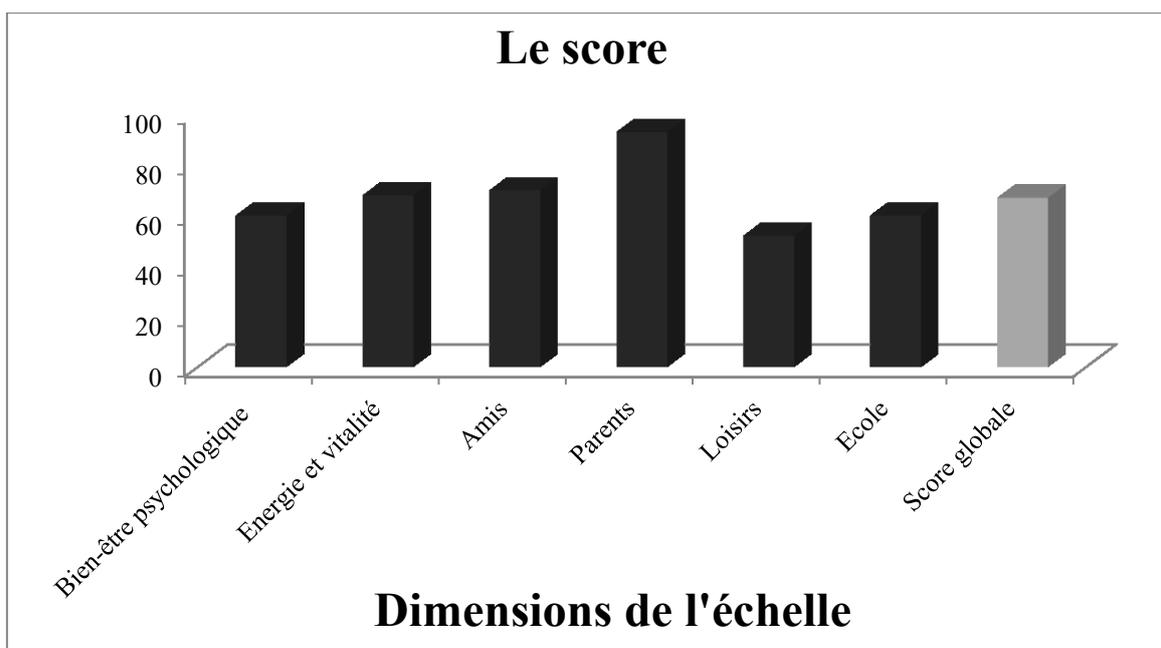


Figure 4: Résultats au questionnaire obtenus par Nina

D'après l'échelle de la qualité de vie VSP-A, notre sujet de recherche a obtenu un score global de 67/100. Les différentes dimensions évaluées ont révélé des scores variés, avec le score le plus élevé atteignant 93/100 dans une dimension de « *Parents* ». Cependant, la dimension « *Loisirs* » a obtenu le score le plus faible de 52/100. Le score pour « énergie et vitalité » était de 68/100, pour « *Amis* » c'était de 70/100, pour le « bien-être psychologique » c'était de 60/100, et enfin pour la dimension « *Ecole* » c'était également de 60/100. Ces résultats soulignent la diversité des domaines évalués et mettent en évidence des variations dans la perception de la qualité de vie dans ces différents aspects.

Les indicateurs de qualité évaluent l'impact de la maladie sur la vie quotidienne, ainsi que la perception de l'état de santé et de la satisfaction de la personne concernée, en prenant en compte les effets de la maladie. Le bien-être psychologique était moyen avec un score de (60/100), cela indique qu'il y a une certaine satisfaction et stabilité au niveau psychologique, mais il y a également une marge d'amélioration potentielle. Nina a indiqué un niveau de préoccupation, d'angoisse ou de peur en pensant à l'avenir et une sensation de fatigue à un degré modéré, cochant la case « *Rarement/Un peu* » trois fois. De plus, elle a fréquemment ressenti du stress, de la réflexion et de l'inquiétude concernant son avenir professionnel, en cochant la case « *Souvent/Beaucoup* » trois fois. Elle a parfois ressenti de l'angoisse et du dégoût, en cochant la case « *Parfois/Moyennement* » deux fois. En revanche, elle n'a jamais été choquée ou révoltée par ce qui se passe autour d'elle, en cochant la case « *Jamais/Pas du*

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

tout » une fois. En ce qui concerne la tristesse, elle l'a ressentie de manière constante, cochant la case « *Toujours/Enormément* » une fois.

Pour la dimension « *Energie et Vitalité* », trois éléments ont été cochés dans la catégorie « *Rarement/Un peu* » pour évaluer si Nina a ressenti une pleine forme physique et une grande vitalité, si elle a été motivée en pensant à l'avenir et si elle a eu l'impression que tout allait bien autour d'elle. De plus, dans la catégorie « *Souvent/Beaucoup* », trois éléments ont été cochés pour mesurer si elle s'est sentie en bonne forme physique, si elle a eu confiance en elle et si elle a facilement affiché un sourire. Dans la catégorie « *Parfois/Moyennement* », deux éléments ont été cochés pour évaluer si elle a eu tendance à prendre la vie du bon côté, à être optimiste et confiante pour l'avenir. Deux autres éléments portant sur son moral et sa satisfaction de sa vie ont été cochés dans la catégorie « *Toujours/Enormément* ».

Concernant la dimension « *Amis* » eux éléments ont été cochés dans différentes catégories. L'item portant sur la possibilité de se confier aux amis a été coché dans la catégorie « *Rarement/Un peu* », indiquant que Nina n'a pas souvent eu l'occasion de se confier à ses amis. En revanche, l'item sur le fait de donner des conseils aux amis a été coché dans la catégorie « *Toujours/Enormément* », suggérant qu'elle a souvent été en mesure de prodiguer des conseils à ses amis. Deux autres items ont été cochés dans la catégorie « *Parfois/Moyennement* » pour évaluer si elle a discuté de ses problèmes avec ses amis et si elle a été entourée et soutenue par eux. Enfin, deux autres items ont été cochés dans la catégorie « *Souvent/Beaucoup* » pour indiquer qu'elle a pu discuter avec ses amis et exprimer ses sentiments et pensées avec eux.

Quand à la dimension des parents, nous avons 4 éléments ont été cochés dans la catégorie « *Toujours/Enormément* ». Cela indique que Nina a ressenti que ses parents étaient disponibles pour l'écouter, qu'ils lui ont donné des conseils, qu'elle a pu discuter avec eux et qu'elle s'est sentie protégée par eux. Deux autres éléments ont été cochés dans la catégorie « *Souvent/Beaucoup* », suggérant qu'elle a eu l'impression que ses parents comprenaient ses soucis et problèmes, et qu'elle a ressenti l'attention et le souci de ses proches à son égard.

Trois éléments ont été cochés dans la catégorie « *Rarement/Un peu* » pour indiquer que Nina n'a pas beaucoup fréquenté la ville (pour faire des achats, manger au fast-food, etc.), qu'elle s'est rarement retrouvée en groupe avec ses amies et qu'elle a joué peu à l'extérieur avec elles. Quant aux deux autres éléments restants, l'un d'eux indique qu'elle est parfois allée chez ses copines, tandis que l'autre montre qu'elle est souvent sortie en ville avec ses amies.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Pour conclure, dans la dimension « *Ecole* », notre sujet a coché des cases différentes. Elle indique qu'elle a souvent obtenu de bons résultats au collège, qu'elle a été moyennement satisfaite de son travail scolaire et qu'elle a rencontré quelques difficultés pour travailler au collège.

Synthèse de l'échelle de VSP-A :

Les résultats de l'échelle VSP-A pour Nina indiquent qu'elle a obtenu un score total de 67/100, ce qui témoigne d'un niveau de qualité de vie moyen. Ces résultats fournissent un aperçu de la qualité de vie de Nina dans différents aspects de sa vie, mettant en évidence à la fois des points forts et des domaines où des améliorations pourraient être envisagées.

Synthèse du cas N°02 : Nina

En menant notre entretien et en utilisant les deux échelles, l'une visant à mesurer le niveau de résilience et l'autre le niveau de qualité de vie chez les adolescents, nous avons pu recueillir un ensemble d'informations et de scores qui nous ont permis d'analyser le vécu de Nina.

Les résultats obtenus par Nina sur les échelles de résilience CYRM-28 et de qualité de vie VSP-A indiquent certaines tendances. Son score de 122 sur l'échelle de résilience CYRM-28, situé dans norme de 28 à 140, suggère qu'elle présente un niveau de résilience élevé. Cela peut indiquer sa capacité à faire face aux difficultés et à rebondir face aux adversités. En ce qui concerne l'échelle de la qualité de vie VSP-A, Nina a obtenu un score de 67/100. Ce score indique un niveau moyen de satisfaction et de bien-être dans différents aspects de sa vie. Il peut suggérer qu'elle éprouve à la fois des moments positifs et des défis dans sa vie quotidienne.

Dans le cadre de notre analyse des résultats de l'entretien et des données obtenues à partir des outils de mesure de la résilience et de la qualité de vie, nous avons observé une homogénéité entre ces différentes sources d'information. Celle-ci souligne la corrélation entre les réponses fournies lors de l'entretien et les résultats provenant des instruments de mesure.

Cas N°3 : Sérine

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Sérine, une jeune fille de 14 ans, est actuellement en 3ème année au collège. Elle vit avec ses deux parents : son père, âgé de 48 ans, travaille au Sahara, tandis que sa mère, âgée de 42 ans, est femme au foyer. Sérine a un grand frère et une petite sœur, et elle occupe la deuxième place dans la fratrie. Lorsque nous nous sommes présentés et avons abordé notre thème d'étude, elle a exprimé sa volonté de participer. De plus, ses parents ont donné leur accord pour que nous menions cette étude.

Nous avons donc décidé de nous rencontrer dans le bureau de la conseillère d'orientation en fonction de l'emploi du temps scolaire de Sérine. La passation s'est déroulée sans problème, Sérine s'exprimant avec aisance et sans trop de retenue. Elle est restée calme tout au long de notre entretien. Notre rendez-vous était fixé à 11h et l'entretien a duré environ 30 minutes.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui.

Notre sujet se dit qu'elle a eu une enfance simple « *Seday-d l'enfance n daglaw normal kan, tt-urarey tt-fariğey les comics* » (J'ai passé mon enfance normale, je jouais et je regardais les dessins animés). Elle déclare qu'elle est atteinte d'asthme depuis 2 ans, « *I-tt-điqiyi nef s waças, donc gginiyi imawlan-iw aru généraliste après icheg3iyi aru spécialiste* » (J'avais des difficultés à respirer, mes parents m'ont emmené chez un médecin généraliste, après il m'a orienté vers un spécialiste). Sérine n'a pas une connaissance approfondie de cette maladie, mais elle sait qu'elle entraîne des symptômes tels que des épisodes d'étouffement et une toux persistante.

Elle n'est pas très familière avec le traitement de cette maladie, c'est sa mère assure le suivi de son traitement et lui donne les instructions nécessaires. Sérine ne souffre d'aucune autre maladie, mais elle présente des symptômes liés à l'asthme, tels qu'une fatigue rapide et des épisodes fréquents de souffle court. Ces symptômes peuvent être considérés comme des complications liées à sa condition asthmatique.

Axe 2 : Informations sur la résilience

Ses parents étaient à ses côtés au moment de l'annonce de sa maladie affirmant « *Lliy d imawlan-iw, vu que uelimey ara acu lmaen-as ur deriyağiy ara* » (J'étais avec mes parents,

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

vu que je ne savais pas ce que c'était, donc je n'avais pas réagi), contrairement à son entourage, leurs réactions étaient différentes « *Cukkin, tqelqen felli, ur fhimen ara swansa i dyussa lahlak agi* » (Ils étaient choqués, et inquiets, ils se demandent d'où vient cette maladie).

Notre sujet de recherche avait déclaré qu'elle un changement par rapport à sa scolarité « *Oui, uyaley-d cwiya ar deffir, tellement ittruhuyi yides, tt-diqey des fois, t-tt-atafiyi tusut, donc uyaley utavaeey ara atas g la classe* » (J'ai pris du recul car je souffre d'insomnie à cause de la toux et de l'étouffement, ce qui fait que je suis moins présente en classe). Cela démontre les défis auxquels elle est confrontée sur le plan académique en raison de sa condition médicale.

Lorsqu'on lui a demandé si elle avait des changements dans ses relations avec les autres et si elle avait des amis souffrant également d'asthme, sa réponse a été négative. De plus, elle a précisé que cet événement n'avait pas influencé sa perception de l'avenir.

Selon Serine les membres de sa famille considéraient l'asthme comme une maladie ordinaire, ils le percevaient également comme une maladie parmi tant d'autres, nécessitant simplement de la prudence. En outre, cette situation n'a pas modifié leur relation. En disant « *Zaren-tt-id d lahlak am wiyad kan, telaq kan lemhadra, et non la relation n daglaw teqqim kan akken* ». Leur perception commune de la maladie renforce leur soutien mutuel et leur compréhension partagée de la condition de Serine, ce qui a contribué à maintenir leur relation intacte malgré les défis rencontrés.

Axe 3 : Informations sur la qualité de vie

Nous avons commencé par lui demander de décrire son état physique et moral actuel, à quoi elle nous a répondu. « *Physiquement aqlin aeyiy, ma d moralement aqlid ca va* » (Physiquement je suis fatiguée, par contre moralement je vais bien).

« *Ur zmiroy ara ad qimey g umtiq iyelqen akkith, lebhar dayen ur ttruhuy ara toujours* » (Je ne peux pas rester dans un endroit fermé, et aussi je ne pars pas toujours à la plage), C'est sa réponse à notre question concernant les changements que l'asthme a provoqués dans sa vie quotidienne. Ces informations nous permettent de mieux saisir les répercussions de l'asthme sur la qualité de vie de Serine, ainsi que les aspects spécifiques de son quotidien auxquels elle doit faire face en raison de sa condition.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Elle a exprimée que ses professeurs ainsi que ses camarades sont au courant de sa maladie, sinon elle n'a jamais eu une crise d'asthme durant ses cours.

Et pour la dernière question portant sur: comment vivez vous votre adolescence avec votre asthme? Serine affirme que c'est un peu difficile « *Llant kra laḥwayeḡ ur zmiroy ara ad texxedm-y, mais sinon ça va aqlin tt-adaptiy cwit cwit* » (Il y'a des choses que je peux pas faire, mais sinon ça va, je m'adapte petit à petit). La réponse de Serine met en évidence les défis auxquels elle est confrontée en vivant son adolescence avec son asthme. Elle reconnaît qu'il y a des choses qu'elle ne peut pas faire en raison de sa condition, mais malgré cela, elle exprime une attitude positive en affirmant qu'elle s'adapte progressivement.

Après qu'elle ait terminé son discours, nous avons conclu l'entretien en exprimant notre gratitude pour sa participation précieuse à notre étude.

Synthèse de l'entretien de recherche de Serine

Serine manifeste de la résilience dans la manière dont elle gère son asthme. Sa capacité d'adaptation, le soutien de sa famille et son attitude positive témoignent de sa force intérieure et de sa détermination à surmonter les obstacles liés à sa maladie. Sa qualité de vie est influencée par son asthme, ce qui peut entraîner des limitations et des ajustements dans sa vie quotidienne. Cependant, malgré ces défis, Serine fait preuve d'une attitude positive et d'une capacité d'adaptation progressive.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Voici le tableau présentant les résultats obtenus par notre troisième cas dans l'échelle CYRM-28 :

Tableau 16: Résultats du questionnaire de CYRM-28

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
0	2	6	14	6

Les résultats recueillis révèlent que notre sujet de recherche présente un niveau élevé de résilience, avec un score de 108 qui se situe dans une moyenne de 28 à 140. Ces résultats indiquent clairement la capacité du sujet à faire face aux défis et à rebondir efficacement face à l'adversité.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Toutes les réponses allaient de pas du tout à énormément. Pour « *Pas du tout* », nous avons obtenu un score de 0, un score de 2 pour « *Un peu* », de 6 pour « *Moyennement* », 14 le score de « *Beaucoup* » et un score de 6 pour « *Enormément* ».

Dans la sous-échelle portant sur le thème individuel, nous avons obtenu un score de 40. Pour la sous-échelle des fournisseurs de soins, le score obtenu est de 26. En ce qui concerne la sous-échelle explorant le thème contextuel, nous avons obtenu un score de 42.

Tableau 17: Résultats de Nina obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

Thèmes	Sous échelle	Items	Score	Score des sous échelles	Score globale de l'échelle
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	17	40	108
	Solutions des pairs	14, 18	8		
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	15		
Thème de fournisseurs de soin	Besoins physiologiques	5, 7	8	26	
	Besoins psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	18		
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	10	42	
	Education	3, 16	9		
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	23		

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel, nous avons obtenu un score de 40 pour une moyenne de 35, soit un score supérieur à la moyenne. Ainsi, nous avons eu un score de 17 pour les compétences personnelles, pour une moyenne de 25, puis la note de 8

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

pour le soutien des pairs, pour une moyenne de 10, et une note de 15 pour les compétences sociales, sur une moyenne de 20. On remarque que notre sujet se distingue par un score global supérieur à la moyenne dans la sous-échelle des thèmes individuels. Cependant, il a des scores inférieurs à la moyenne dans les domaines des compétences personnelles, du soutien des pairs et des compétences sociales. Il pourrait bénéficier d'un soutien ciblé pour renforcer ces domaines spécifiques de son développement.

Pour la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs de soins, nous avons obtenu un score de 26, ce qui est supérieur à la moyenne de 24,01. Cela indique que le résultat est au-dessus de la moyenne. En examinant les différentes catégories, nous avons obtenu un score de 8 pour les besoins physiologiques, pour une moyenne de 10, et un score de 18 pour les besoins psychologiques, pour une moyenne de 25.

Serine a obtenu un score élevé dans la sous-échelle du thème contextuel, avec un score de 42, dépassant ainsi la moyenne qui est de 30,36. Cependant, en ce qui concerne le thème spirituel, le score obtenu était de 10, inférieur à la moyenne qui est de 15. Pour le thème de l'éducation, le score était de 9 par rapport à une moyenne de 10. Enfin, dans le domaine culturel, le score obtenu était de 23 par rapport à une moyenne de 25.

Dans la sous-échelle qui correspond au thème individuel, dans les aptitudes personnelles on constate que notre sujet de recherche collabore moyennement avec les autres, elle essaie moyennement de terminer ce qu'elle a commencé, elle a dit que les gens aiment beaucoup être en sa compagnie, elle arrive beaucoup à régler ses problèmes seule, elle est moyennement consciente de ses forces. Pour le soutien de pairs, elle se sent beaucoup soutenue par ses amis, qu'ils sont beaucoup à ses côtés. Concernant les aptitudes sociales, Serine sait moyennement comment se comporter dans différentes situations sociales, elle voit qu'elle a beaucoup de chance de prouver aux autres qu'elle a maintenant adulte et qu'elle peut agir d'une manière responsable, elle sait beaucoup à qui s'adresser dans sa communauté pour obtenir de l'aide, elle trouve qu'elle a beaucoup de chance de développer des compétences qui lui seront utiles plus tard.

En ce qui concerne la sous-échelle correspondant au thème des fournisseurs de soins, notre sujet a partagé les informations suivantes concernant ses besoins physiologiques : ses parents la surveillent de près et si elle a faim, elle mange beaucoup. En ce qui concerne ses besoins psychologiques, elle a indiqué que ses parents la connaissent moyennement et qu'elle partage un peu avec eux ce qu'elle ressent. Elle a également mentionné que sa famille est très

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

présente lorsqu'elle rencontre des difficultés, qu'elle se sent en sécurité en leur compagnie, et qu'elle apprécie énormément les traditions et la culture de sa famille.

A propos de la sous-échelle correspondant au thème contexte révèlent des aspects importants de la vie de Serine. Sur le plan spirituel, ses croyances occupent une place prépondérante et constituent une source de force pour elle. Cependant, sa participation à des activités religieuses est limitée. Elle accorde une grande importance à être au service de sa communauté, reconnaissant l'importance de cette contribution. Pour l'éducation considère cette dimension comme extrêmement importante. Elle accorde une grande valeur à son parcours éducatif et reconnaît les avantages qu'elle en tire. Cependant, elle exprime un sentiment mitigé quant à sa place dans son école, indiquant qu'elle se sent moyennement à sa place. Culturellement, Serine exprime des sentiments différenciés. Elle admire certaines personnes de sa communauté dans une certaine mesure, mais son niveau d'admiration est modéré. Elle est très fière de ses origines ethniques, affirmant son attachement à ses traditions culturelles. Bien qu'elle apprécie beaucoup les traditions de sa communauté, elle exprime un sentiment modéré quant à la manière dont elle est traitée au sein de sa communauté. En tant qu'Algérienne, sa fierté est également modérée.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

Notre troisième cas a obtenu un score de 108, ce qui est proche de la moyenne de référence de 140 selon le manuel du test CYRM-28. Ce score indique une résilience élevée dans tous les domaines évalués. Nous avons observé que Serine présente une résilience plus élevée dans le domaine contextuel, avec un score de 42 par rapport à une moyenne de 30,36. De plus, les items explorant le thème des fournisseurs de soins ont obtenu un score de 26, proche de la moyenne de 24,01. Enfin, dans le domaine individuel, Serine a obtenu un score de 40 par rapport à une moyenne de 35 pour les items explorant ce thème.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de VSP-A

Le tableau ci-dessous présente les résultats du questionnaire VSP-A, classés par dimension :

Tableau 18: Résultats du questionnaire obtenus par (SERINE)

Dimensions	Scores
Bien-être psychologique	52/100
Energie et vitalité	66/100
Amis	73/100
Parents	46/100
Loisirs	72/100
Ecole	53/100
Score globale	60/100

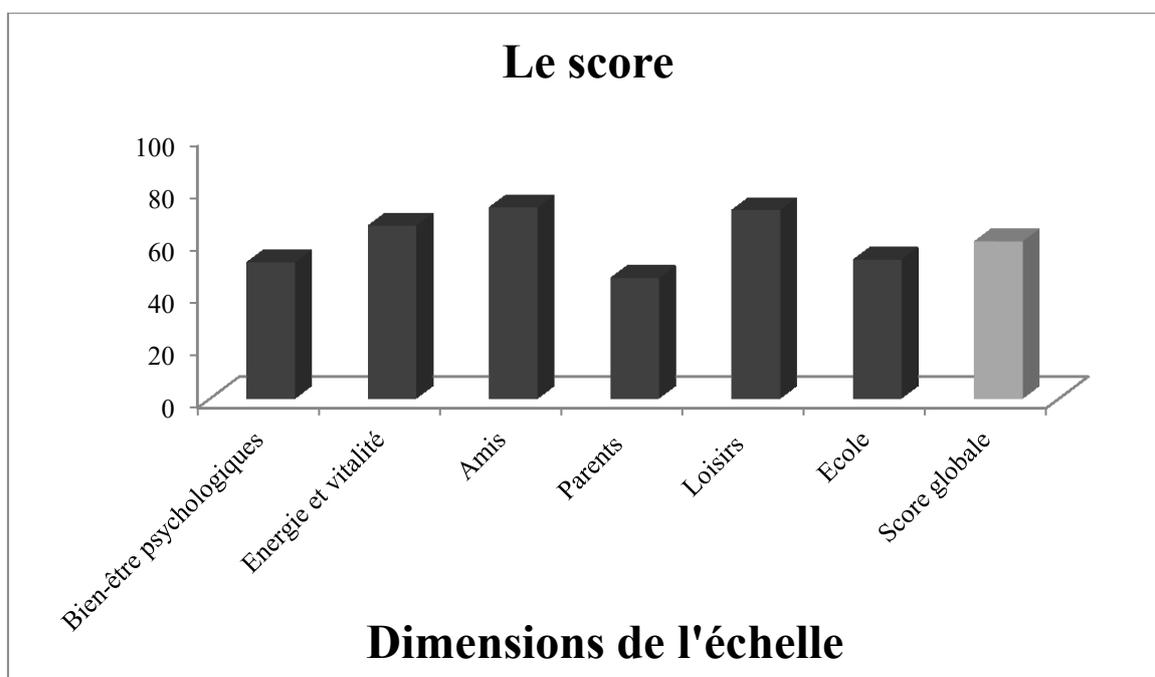


Figure 5: Résultats au questionnaire obtenus par Serine

D'après les résultats du questionnaire, notre sujet de recherche présente une qualité de vie satisfaisante, avec un score de 60/100. Cependant, les différentes dimensions évaluées révèlent des scores variés. Par exemple, la dimension « *Bien-être psychologique* » affiche un score de 52/100, la dimension « *Energie et vitalité* » obtient un score de 66/100, la dimension « *Amis* » affiche un score de 73/100, la dimension « *Parents* » obtient un score de 46/100, la dimension « *Loisirs* » présente un score de 72/100, et enfin la dimension « *Ecole* » montre un score de 53/100.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Dans la dimension « *bien-être psychologique* », Serine a indiqué cinq fois « *Rarement/Un peu* » pour exprimer qu'elle a rarement ressenti de l'anxiété, du stress, de la tristesse, qu'elle a été légèrement choquée et révoltée face à ce qui se passe autour d'elle, et qu'elle a rarement ressenti de la fatigue. Pour cinq autres éléments, elle a répondu « *Parfois/Moyennement* », ce qui signifie qu'elle a été préoccupée, qu'elle a ressenti de l'anxiété en pensant à l'avenir, qu'elle a été dégoûtée, pensante et inquiète pour son avenir professionnel.

Concernant les aspects liés à l'état d'esprit de Serine, elle a indiqué plusieurs réponses dans le questionnaire. Elle a sélectionné fréquemment « *Souvent/Beaucoup* » pour cinq items, ce qui suggère qu'elle a tendance à adopter une attitude positive envers la vie, à être pleine d'énergie et de vitalité, à avoir confiance en elle, à être optimiste quant à l'avenir et à afficher facilement un sourire. Pour trois autres items, elle a répondu « *Parfois/Moyennement* ». Ces items portent sur son moral, sa sensation de bien-être physique et sa motivation en pensant à l'avenir. En revanche, pour les deux derniers items évaluant si elle se sent satisfaite de son avenir et si elle a l'impression que tout va bien autour d'elle, elle a choisi la réponse « *Rarement/Un peu* ».

Dans la dimension « *Amis* », tous les items ont été sélectionnés dans la catégorie « *Souvent/Beaucoup* », ce qui suggère que Serine entretient des relations amicales positives et fréquentes. Cependant, dans la dimension « *Parents* », quatre items ont été cochés dans la catégorie "rarement/un peu", indiquant qu'elle a eu des interactions moins fréquentes ou des niveaux de satisfaction moindres dans certains aspects de sa relation avec ses parents. En revanche, deux autres items ont été cochés dans la catégorie « *Souvent/Beaucoup* », suggérant qu'il y a des aspects positifs et réguliers dans sa relation avec ses parents.

Par rapport à la dimension « *Amis* », notre sujet de recherche a coché « *Souvent/Beaucoup* » pour quatre items, précisant qu'elle passait régulièrement du temps avec ses amis en sortant en ville, au cinéma, chez ses copines, en faisant du shopping et en mangeant des fast-foods. En outre, elle a affirmé qu'elle se réunissait souvent en groupe avec ses amies. Cependant, elle n'a coché qu'un seul élément dans la catégorie « *Rarement/Un peu* », signalant qu'elle sortait rarement pour jouer avec ses amis, que ce soit à vélo ou en jouant au football.

Pour la dimension « *Ecole* », Serine a coché deux items dans la catégorie « *Parfois/Moyennement* ». Ces items concernaient sa satisfaction quant à ses résultats

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

scolaires au collège et son niveau de satisfaction vis-à-vis de son travail scolaire. Cela suggère qu'elle éprouve parfois des niveaux moyens de satisfaction dans ces domaines. Cependant, pour le troisième item de cette dimension, elle a coché la catégorie « *Rarement/Un peu* ». Cette réponse indique qu'elle ressent rarement ou dans une moindre mesure un sentiment de compétence ou de satisfaction globale à l'école.

Synthèse de l'échelle de VSP-A :

Selon le manuel de VSP-A, Serine a eu un score total de 60/100, ce qui montre qu'elle a une qualité de vie plutôt satisfaisante, mais des améliorations pourraient être envisagées dans certains domaines spécifiques, tels que son bien-être psychologique, sa relation avec ses parents et certains aspects de sa vie scolaire. Il est important d'explorer davantage ces dimensions et de fournir un soutien approprié pour promouvoir son bien-être général.

Synthèse du cas N°03 : Serine

En menant notre entretien et en utilisant les deux échelles, l'une visant à mesurer le niveau de résilience et l'autre le niveau de qualité de vie chez les adolescents, nous avons pu recueillir un ensemble d'informations et de scores qui nous ont permis d'analyser le vécu de Serine.

A travers les résultats obtenus par notre sujet de recherche sur les deux échelles, à savoir CYRM-28 avec un score de 108 et VSP-A avec un score de 60/100, il est clair que Serine présente des traits de résilience et jouit d'une bonne qualité de vie. Ces indicateurs positifs soulignent sa capacité à surmonter les obstacles et à trouver un équilibre satisfaisant dans divers domaines de sa vie.

En examinant les résultats de l'entretien, ainsi que les données recueillies à l'aide des outils de mesure de la résilience et de la qualité de vie, il apparaît clairement qu'il existe une corrélation entre les réponses apportées au cours de l'entretien et les résultats des mesures. Cette cohérence indique qu'il existe une relation entre les réponses subjectives de l'individu au cours de l'entretien et les mesures objectives des outils utilisés.

Cas N°4 : Faroudja

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Faroudja, une jeune fille de 15 ans, est en quatrième année moyenne. Celle-ci vit avec ses parents, un père commerçant de 58 ans et une mère femme au foyer de 54 ans. Avec cinq sœurs et deux frères, Faroudja est le septième enfant de sa fratrie.

Après avoir obtenu le consentement de ses parents, nous avons pu organiser un entretien semi-directif avec elle. Le rendez-vous a eu lieu à 13 heures dans le bureau de la conseillère scolaire du CEM et l'entretien a duré 25 minutes.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

Faroudja nous a confié que son enfance avait été plutôt heureuse et qu'elle avait été particulièrement gâtée par son père, « *Seeday-d l'enfance yelhan lliy ttwagatiy surtout ar baba* », Ainsi, elle a découvert sa maladie à l'âge de 7 ans, Lors de la huitième question, Faroudja a partagé ses connaissances sur l'asthme en disant : « *D lahlak ad teiced yides a vie, atas itihalken maci d nekki kan* » (C'est une maladie dont tu vas vivre pour le reste de ta vie, je ne suis pas la seule à en souffrir).

Pour son traitement, Faroudja prend régulièrement 10 gouttes de rhitene deux fois par jour, en cas de crises d'asthme, elle utilise une pompe bleue. En dehors de cela, Faroudja ne souffre d'aucune autre pathologie.

Lorsque nous avons abordé les complications de l'asthme, la jeune fille a exprimé qu'elle n'avait pas de complications « *Ur seeiy-ara les complications* ».

Axe 2 : Informations sur la résilience

Lors de l'annonce du diagnostic, Faroudja était accompagnée de sa mère, concernant sa réaction, elle a dit « *Je n'ai pas fait de réactions parce que ur fehimey-ara acu id l'asthme, par contre zriy imetawen fudem n yemma* » (Je n'ai pas réagi parce que je ne comprenais pas ce que signifiait l'asthme, par contre, j'ai vu des larmes sur le visage de ma mère). Quant à la réaction de son entourage, Faroudja a indiqué que celle-ci était normale, car il y avait déjà des membres de sa famille atteints d'asthme, en revanche sur ses études et ses relations avec les autres, elle a déclaré : « *Ur ibedel kra g leqraya ynu, leibad niden dayen kra ma ybedel* ».

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

yidsen » (Rien n'a changé dans mes études ni dans celles des autres personnes, les choses sont restées telles qu'elles étaient).

Par ailleurs, pour la 17^{ème} question, la jeune fille a mentionné que sa famille la perçoit comme étant normale et capable de faire face à sa maladie, selon elle, rien n'a changé dans la manière dont sa famille prend soin d'elle, en particulier son père, sa mère et ses sœurs, « *La famille inu zerreniyid normal zemrey-as i lehlak agi, kra ma ybedel yidsen thadaren-iyi kan am toujours, surtout yemma, baba d yesetma* ».

Concernant la dernière question de cet axe elle a répondu comme suit « *l'Asthme uyi influencé wara, des fois tettuy même belli helkey* » (l'Asthme ne m'a pas influencé ou parfois j'oublie que je suis malade).

Axe 3 : Informations sur la qualité de vie

En réponse à notre question « Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? », Faroudja a déclaré « *Assagi hussay-d imaniw en bonne santé physiquement et moralement* », (aujourd'hui, je me sens en bonne santé physique et mentale), sinon pour à la 20^{ème} question elle a indiqué que « *Kra ma ybedel gel hayat-iw ça fait longtemps gmi ihelkey, thadaren-iyi akk deg uxxam deg asmi illiy tamectuht xedmen-iyi d akk ayen ihewajey* » (Rien n'a changé dans ma vie cela fait longtemps que je suis malade, depuis mon plus jeune âge, ma famille prenait soin de moi et répond à tous mes besoins).

Faroudja a partagé que ses enseignants et ses camarades de classe sont conscients de sa maladie, et d'ailleurs, elle a des amies qui sont également asthmatiques, elle a rajouté qu'elle a déjà vécu une crise d'asthme pendant un examen, elle s'est sentie étouffée et son enseignante l'a gentiment fait sortir de la salle d'examen pour qu'elle puisse aller dans la cour et retrouver une respiration normale elle lui a même offert une tisane chaude pour l'aider à se détendre.

Lors de la dernière question de l'entretien portant sur sa vie d'adolescente, Faroudja a répondu en disant qu'elle vivait cette période de sa vie de manière positive, elle a souligné que l'asthme n'avait aucun impact sur sa personnalité et qu'elle savait qu'il ne serait jamais un obstacle majeur dans sa vie, « *Teiciy l'adolescence inu akken iglaq, uyvedel l'asthme kra zgi zriy jamais ad yili d l'obstacle g hayat-iw* ».

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Voilà ce qu'on a pu avoir comme réponses chez notre cas Faroudja cette fille forte, active et souriante la plupart de temps. Nous lui avons adressé nos remerciements pour avoir bien voulu participer à cette étude.

Synthèse de l'entretien de recherche de Faroudja

L'entretien avec Faroudja a révélé qu'elle fait preuve d'une résilience admirable face aux défis posés par son asthme. Elle refuse d'être définie par sa maladie et adopte une attitude positive. Malgré les obstacles, elle vit pleinement son adolescence avec le soutien inestimable de sa famille, de ses professeurs et de ses camarades de classe. Sa qualité de vie est épanouissante grâce à cette solide base de soutien et à sa propre détermination.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Tableau 19: Résultats du questionnaire de CYRM-28

Voici un récapitulatif des résultats de notre quatrième cas dans l'échelle CYRM-28, qui sont présentés comme suit :

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1	8	4	5	10

D'après les résultats, le score de Faroudja sur l'échelle CYRM-28 est de 100, dans la position moyenne à élever de cette échelle, qui va de 28 à 140. Ce score témoigne de la résilience de notre sujet de recherche.

Les réponses que nous avons récoltées vont de pas du tout à énormément. Pour la réponse « *Pas du tout* », le score est de 1. Pour la réponse « *Un peu* », de 8. Une réponse « *Moyennement* », est de 4. Pour la réponse « *Beaucoup* », le score est de 5. Et pour la réponse « *Enormément* », le score est de 10.

Dans la sous-échelle individuelle, le score obtenu est de 35. Dans la sous-échelle des fournisseurs de soins, le score est de 30. Quant à la sous-échelle contextuelle, le score obtenu est de 35.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Tableau 20: Résultats de Faroudja obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

Thèmes	Sous échelle	Items.	Score	Score globale des sous-échelles	Score total de l'échelle
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	19	35	100
	Soutien des pairs	14, 18	5		
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	11		
Thème fournisseurs de soins	Besoins physiologiques	5, 7	10	30	
	Besoins psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	20		
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	8	35	
	Education	3, 16	10		
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	16		

Dans la sous-échelle correspondant au thème individuel, le score obtenu est de 35, ce qui correspond à la moyenne. Les aptitudes personnelles ont obtenu un score de 19, par rapport à une moyenne de 25. Pour le soutien des pairs, le score obtenu est de 5, pour une moyenne de 10. Enfin, les aptitudes sociales ont obtenu un score de 11, par rapport à une moyenne de 20. On observe que cette adolescente obtient un score plus élevé en ce qui concerne les aptitudes personnelles, suivi d'un score plus bas pour les aptitudes sociales et le soutien des pairs.

Pour la sous-échelle correspondant au thème du fournisseur de soins, nous avons obtenu un score de 30 pour une moyenne de 24,01, ce qui signifie que le résultat est légèrement supérieur à la moyenne. Ainsi, pour les besoins physiologiques, nous avons obtenu un score de 10 pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques un score

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

de 20 pour une moyenne de 25. On remarque que notre sujet a donc obtenu un score plus élevé pour les besoins physiologiques, puis un score inférieur pour les besoins psychologiques.

Dans la sous-échelle du thème contextuel, le score est de 35, légèrement en dessous de la moyenne de 30,36. Pour le domaine spirituel, le score obtenu est de 8, pour une moyenne de 15. Pour l'éducation, le score obtenu est de 10, correspondant à la moyenne de 10. Pour le domaine culturel, le score obtenu est de 16, pour une moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score plus faible dans les domaines spirituel et culturel, alors que le score est égal à la moyenne dans le domaine de l'éducation.

Revenant à la sous-échelle individuelle, en ce qui concerne les aptitudes personnelles, Faroudja n'est pas très intéressée par la collaboration avec d'autres personnes. Elle préfère souvent mener à bien son projet seul. Les gens ne semblent pas particulièrement apprécier sa compagnie, et elle est capable de résoudre ses propres problèmes sans causer de tort ou de dommage aux autres. De plus, elle est très consciente de ses propres forces. Au niveau du soutien par les pairs, elle se sent légèrement soutenue par ses amis et estime qu'ils lui apportent un soutien moyen lorsqu'elle rencontre des difficultés. En termes de aptitudes sociales, elle sait un peu comment se comporter dans différentes situations sociales, elle pense qu'elle a beaucoup de chances de prouver aux autres qu'elle est maintenant une adulte et qu'elle peut agir de manière responsable, elle sait un peu où se tourner si elle a besoin d'aide, elle pense qu'elle a une chance modérée de développer des compétences qui lui seront utiles plus tard.

Concernant la sous-échelle qui correspond au thème fournisseurs de soins, à propos des besoins physiologiques Faroudja constate que ses parents la surveillent de près et s'assurent qu'elle ait suffisamment à manger lorsqu'elle a faim. En ce qui concerne les besoins psychologiques, elle pense que ses parents la connaissent très bien, mais elle ne partage pas beaucoup ses sentiments avec eux. Sa famille est très présente lorsqu'elle rencontre des difficultés, ce qui lui procure un sentiment de sécurité. Elle apprécie énormément les traditions et la culture de sa famille. En leur compagnie, elle se sent en sécurité.

A propos de la sous-échelle du contexte, concernant le spirituel, les croyances sont une force majeure pour Faroudja, bien qu'elle ne participe pas à des activités religieuses. Elle croit qu'il un peu est important d'être au service de sa communauté. En ce qui concerne l'éducation, elle considère l'éducation comme extrêmement importante et elle se sent parfaitement à sa

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

place à son école. Sur le plan culturel, il y a quelques personnes que Faroudja admire. Elle éprouve un sentiment moyen de fierté pour son origine ethnique et apprécie légèrement les traditions de sa communauté. Elle est extrêmement fière d'être algérienne et elle est traitée très bien au sein de sa communauté.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

Le quatrième sujet de recherche, Faroudja, a obtenu un score de 100, ce qui est proche de la moyenne qualifiée de 140 selon le manuel du test CYRM-28. Il est clair que sa résilience est exprimée dans divers domaines, allant du thème individuel au thème contexte. On a observé que Faroudja présente une résilience plus élevée dans le thème des fournisseurs de soins, avec un score de 30 par rapport à une moyenne de 24.01. Ensuite, son score est légèrement inférieur dans le thème contexte, avec un score de 35 par rapport à une moyenne de 33.36. Enfin, dans le thème individuel, son score est de 35, ce qui correspond à la moyenne de 35.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de VSP-A

Le tableau figurant ci-dessous illustre les résultats du questionnaire VSP-A par dimension :

Tableau 21: Résultats du questionnaire obtenus par (FAROUDJA)

Dimensions	Scores
Bien-être psychologique	44/100
Energie et vitalité	82/100
Amis	70/100
Parents	87/100
Loisirs	40/100
Ecole	60/100
Score globale	64/100

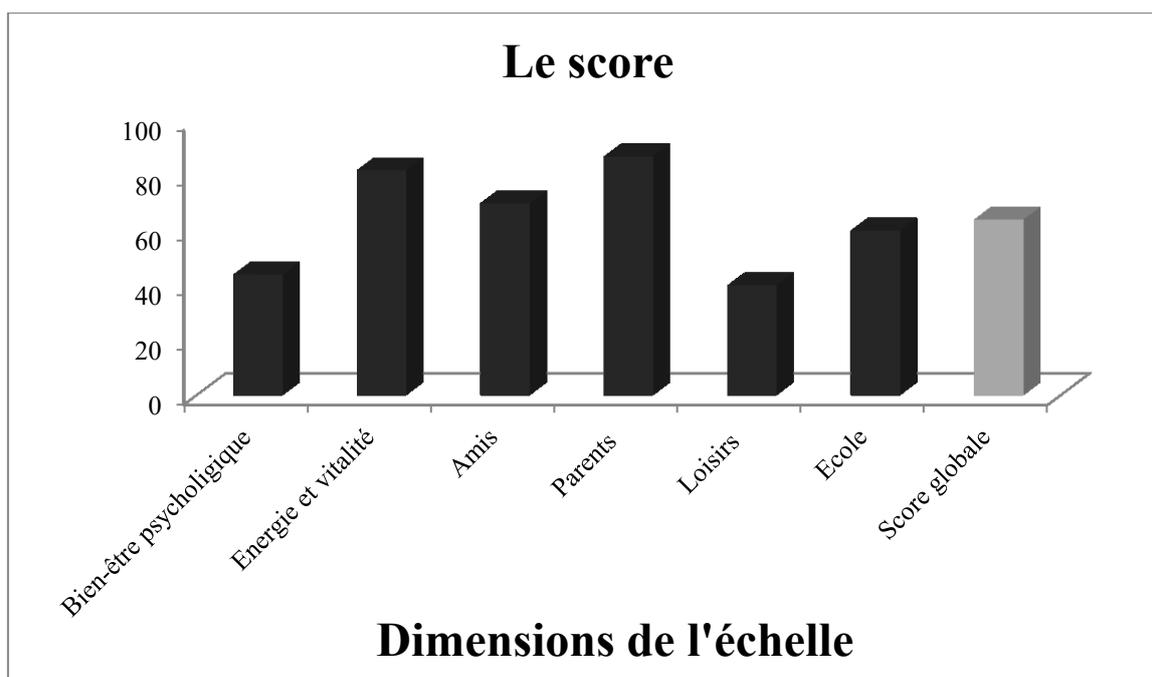


Figure 6: Résultats au questionnaire obtenus par Faroudja

Les résultats du questionnaire indiquent que Faroudja a une bonne qualité de vie avec un score de 64/100. La dimension où elle obtient le score le plus élevé est « *Parents* » avec un score de 87/100, tandis que la dimension « *Loisirs* » a le score le plus bas avec 40/100. Cependant, les autres dimensions présentent des scores différents. Pour la dimension « *Bien-être psychologique* », un score de 44/100 a été obtenu. « *Energie et vitalité* » a un score de 82/100, « *Amis* » a un score de 70/100, et « *Ecole* » a un score de 60/100.

En ce qui concerne le « *Bien-être psychologique* », notre sujet de recherche a indiqué qu'elle n'a pas du tout ressenti d'angoisse, de soucis, d'incapacité à réagir, de tristesse ou de dégoût. Cependant, elle a coché « *Rarement/Un peu* » pour dire qu'elle a été légèrement stressée, choquée ou révoltée en raison de ce qui se passe autour d'elle, et qu'elle s'est sentie un peu fatiguée. De plus, elle a mentionné qu'elle a parfois ressenti de l'angoisse ou un léger souci en pensant à l'avenir, qu'elle s'est souvent inquiétée pour son avenir professionnel, et qu'elle a été très pensive.

Pour la dimension « *Energie et vitalité* », Faroudja a indiqué qu'elle s'est parfois sentie en bonne forme physique, qu'elle a été moyennement optimiste et confiante pour l'avenir, et qu'elle a eu une impression mitigée concernant son environnement (Tout allait bien parfois, moyennement d'autres fois). De plus, elle a souvent tendance à prendre la vie du bon côté, à avoir confiance en elle et à être motivée en pensant à l'avenir. En ce qui concerne les autres items, elle a déclaré qu'elle a énormément été en pleine forme, pleine de vitalité, qu'elle a eu

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

un moral élevé en permanence, qu'elle a toujours eu facilement le sourire, et qu'elle a été constamment satisfaite de sa vie.

Tandis que pour la dimension « *Amis* », elle a mentionné qu'elle n'a pas du tout parlé de ses problèmes avec ses amies, mais qu'elle a toujours pu se confier à elles. Parfois, elle a eu des discussions avec ses amies, et elle a souvent donné des conseils à ses amies. De plus, elle a toujours pu exprimer et communiquer avec les autres, et parfois elle s'est sentie entourée et aidée par ses amies.

Quant à la dimension « *Parents* », elle a partagé que ses parents ont toujours été disponibles pour l'écouter et lui donner des conseils. Elle a toujours pu discuter avec eux et a souvent ressenti qu'ils comprenaient ses soucis et problèmes. Elle a également toujours ressenti une protection de la part de ses parents et parfois eu l'impression que ses proches ont été attentifs à elle et se sont souciés d'elle.

Pour la dimension « *Loisirs* », notre sujet de recherche a indiqué qu'elle a rarement ou légèrement participé à des activités de loisirs. En ce qui concerne la dimension « *Ecole* », elle a mentionné qu'elle a parfois obtenu de bons résultats au collège, qu'elle a été un peu satisfaite de son travail scolaire, mais qu'elle a souvent rencontré des difficultés à travailler dans ce contexte.

Synthèse de l'échelle de VSP-A

Les résultats de l'échelle VSP-A pour notre sujet de recherche démontrent qu'elle a obtenu un score global de 64/100, ce qui est considéré comme un niveau de qualité de vie satisfaisant. Ces résultats indiquent que sa qualité de vie est généralement positive et bonne dans l'ensemble.

Synthèse du cas N°4 : Faroudja

À partir de notre entretien de recherche semi-directif et des deux échelles utilisées pour mesurer la résilience et la qualité de vie, nous avons recueilli des informations précises sur le vécu de l'adolescente face à sa maladie. Ces informations ont été traduites en scores spécifiques.

Effectivement, les résultats obtenus à partir du manuel CYRM-28 indiquent que notre sujet de recherche présente une résilience élevée. Parallèlement, les scores obtenus à partir de l'échelle VSP-A démontrent une bonne qualité de vie aussi. Ces résultats combinés suggèrent

que malgré sa maladie, notre sujet de recherche a développé des ressources personnelles et des stratégies d'adaptation qui lui permettent de maintenir une résilience élevée et de vivre une qualité de vie globalement positive.

Les données recueillies lors de l'entretien sont cohérentes avec les informations obtenues à partir des deux échelles de résilience et de qualité de vie.

Cas N°5 : Lynda

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Lynda est une lycéenne de 17 ans qui étudie en première année du lycée. Elle vit avec ses parents, son père est âgé de 65 ans et est retraité, tandis que sa mère, âgée de 58 ans, est femme au foyer. Lynda a 6 sœurs et 2 frères, et elle est la troisième de sa fratrie.

Après avoir obtenu l'accord favorable de ses parents, Lynda aussi a accepté de participer à l'enquête. Le rendez-vous a été fixé à 10h au bureau de la conseillère pédagogique du lycée, et la durée prévue de l'entretien était de 20 minutes.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

Lynda nous fait part de son expérience d'enfance qui n'a pas été satisfaisante, « *Seeday-d une enfance cwiya, lliy uerey ur sehiley ara d'ailleurs twawtey atas ar imawlan-iw* » (J'ai eu une enfance difficile, j'étais dure, je n'étais pas tranquille, d'ailleurs j'étais souvent frappée par mes parents), par rapport à sa maladie elle nous a raconté « *Nruh ar tadart akken ad nekkes tivexsisin midlheq tmedit vdiy etsey, ttussuy, laeca imi hussey iman-iw tufiy tefkay-id yemme zit d tizeft, tennay-id amikes, g asseni a chaque fois aydiqel sessey zit uzemmur d tizeft, akkeni i deaccey emayen, almi lahqey 10 snin tikelt kan daqey grave winiyi ar tbib dinna isendina yellit-wen tehlek l'asthme* » (Un jour, nous sommes allés au village pour cueillir des figues. L'après-midi, j'ai commencé à éternuer et à tousser. Le soir, je me suis senti étouffé et ma mère m'a donné de l'huile d'olive et de l'encens en me disant que ça irait mieux. Depuis ce jour-là, chaque fois que j'éprouvais ces symptômes, je prenais de l'huile d'olive et de l'encens. C'est ainsi que j'ai passé près de 2 ans. Lorsque j'ai atteint l'âge de 10 ans, j'ai eu une crise d'étouffement grave et mes proches m'ont emmené chez le médecin. Celui-ci a diagnostiqué que j'avais de l'asthme).

À propos la question si elle pourrait nous raconter ce qu'elle connaissait sur sa maladie avec ses propres mots notre sujet nous a dit « *D lahlak ur yeshilen ara surtout i win ur yessein ara s wacu adidawi, ma ayitetef la crise ttehusuy ad iddu ruh-iw mais obligé ad kemley yides* »

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

akk dunit-iw » (Ce n'est pas une maladie facile, surtout pour ceux qui n'ont pas les moyens pour se soigner, quand je fais une crise d'asthme, j'ai l'impression que mon âme s'éteint, mais je suis obligé de continuer à vivre ainsi jusqu'à la fin de mes jours.)

Quant au traitement, elle nous a précisé qu'elle disposait d'une pompe à ventoline qu'elle prenait au moment des crises, et d'autres médicaments dont elle oubliait parfois de prendre.

Elle n'est pas atteinte d'autre maladie, en ce qui concerne des complications liées à l'asthme elle a dit «*Mti aydiqel lehlak tt-ħusuy iman-iw fabliy ur zmirey ara akk ad krey même legraya ur ttruħuy ara*» (Quand je suis malade, je me sens faible et je ne peux pas sortir du lit, et je ne vais même pas à l'école).

Axe 2 : Informations sur la résilience

Elle nous a informé qu'elle était avec parents lors de l'annonce de sa maladie «*Nekk ur fhimey kra imaren, d vava d yemma igeddān yidi ula d nutni udenin kra* » (Je n'ai rien compris à l'époque, ce sont mes parents qui m'accompagnaient et ils n'ont rien dit). Lorsque nous lui avons demandé si ses relations avec les autres avaient changé, elle a répondu en ces termes : «*Xati ulac un changement c'est juste les amis ynu qlen tt-ħadaren-iyi akter jamais sefqæen-iyi* » (Non, il n'y a pas de changement, c'est juste que mes amis prennent soin de moi et ne me dérangent pas), Cela suggère une présence de soutien social et une capacité à trouver du réconfort et du soutien dans son cercle social.

En ce qui concerne la 18e question, Lynda a déclaré «*l'Asthme ma vraiment influencé tt-sufriy yides zarey-t-id da problème n dunit-iw* » (l'Asthme ma vraiment influencé il me fait souffrir, et je le vois comme le problème de ma vie).

Axe 3 : Informations sur la qualité de vie

«*Assagi ħusey eyiy physiquement, moralement dayen* » (Aujourd'hui je me sens fatiguée physiquement et moralement) est la réponse de Lynda à la 19e question. Elle a ensuite ajouté que l'asthme n'avait en rien changé sa vie. Le fait que l'asthme n'ait pas radicalement changé sa vie peut indiquer que Lynda a réussi à s'adapter et à maintenir une certaine normalité malgré les défis liés à sa maladie.

Lorsque nous lui avons demandé si elle avait déjà fait une crise d'asthme en classe, elle a répondu par «*Oui sa m'arrive souvent, déjà le sport ur xedmey ara* » (Oui sa m'arrive

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

souvent, déjà je ne fait pas de sport), elle a aussi rajouté que ses enseignants et ses camarades de classe savaient qu'elle est asthmatique d'ailleurs c'est eux qui lui apportent de l'aide.

Sinon sur notre question si elle a quelque chose a nous rajouté elle a dit que « *Lukan dawan-iyi uxxam ney imi idyevda yakan, tilaq ur tt-awdex ara ar waka assa* » (Si ma famille m'avait soigné dès le début, je n'aurais pas atteinte ce jour). La remarque selon laquelle sa famille aurait dû la soigner dès le début met en évidence le sentiment de regret et la prise de conscience de l'importance des soins précoces dans la gestion de sa maladie. Cela souligne l'importance d'une prise en charge médicale précoce pour les personnes atteintes d'asthme. C'est ce que nous avons pu obtenir de notre sujet Lynda, et nous lui avons exprimé notre gratitude d'avoir accepté de participer à notre étude.

Synthèse de l'entretien de recherche de Lynda

La qualité de vie de Lynda est influencée par son asthme, mais elle fait preuve d'adaptation, de résilience et de soutien social pour faire face à sa condition. Sa capacité à persévérer malgré les souffrances et à trouver du soutien souligne sa résilience face aux défis de l'asthme.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Tableau 22: résultats du questionnaire de CYRM-28

Le tableau ci-dessous illustre les résultats de notre sujet de recherche d'utilisation de l'échelle CYRM-28 :

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
7	3	2	4	12

Selon les réponses apportées, le score de résilience obtenu pour notre sujet de recherche est de 95, pour une norme entre 28 et 140. Ces résultats indiquent que notre sujet fait preuve de résilience malgré les défis auxquels il est confronté.

Les réponses varient de pas du tout à énormément. Pour les réponses indiquant « *Pas du tout* », un score de 7 a été obtenu, tandis que pour « *Un peu* », le score était de 3. Pour les réponses « *Moyennement* », le score était de 2, et pour « *Beaucoup* », un score de 4 a été obtenu. Enfin, pour les réponses « *Enormément* », le score atteignait 12.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Dans la sous-échelle explorant le thème individuel, nous avons obtenu un score de 50. Pour la sous-échelle concernant les prestataires de soins, un score de 12 a été obtenu. Pour la sous-échelle explorant le thème contextuel, ce score est de 33.

Tableau 23: Résultats de Lunda obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

Thème	Sous échelle	Items	Score	Score globale des sous échelles	Score total de l'échelle
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	22	50	95
	Soutien des pairs	14, 18	9		
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	19		
Thème fournisseurs de soin	Besoins physiologiques	5, 7	6	12	
	Besoins psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	6		
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	12	33	
	Education	3, 16	9		
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	12		

Dans la sous-échelle correspondant au thème individuel, notre sujet a obtenu un score de 50, ce qui est supérieur à la moyenne de 35. Cela indique que notre sujet présente une résilience élevée dans ce domaine. En ce qui concerne les aptitudes personnelles, le score obtenu est de 22, légèrement inférieur à la moyenne de 25. Pour le soutien des pairs, notre sujet a obtenu un score de 9, proche de la moyenne de 10. Enfin, pour les aptitudes sociales, le score obtenu est de 19, légèrement inférieur à la moyenne de 20. Ainsi, notre sujet de

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

recherche a obtenu un score plus élevé en matière de soutien des pairs et de compétences sociales, et un score moins bon en ce qui concerne les compétences personnelles.

Pour la sous-échelle correspondant au thème des fournisseurs de soins, notre sujet a obtenu un score de 12, ce qui est inférieur à la moyenne de 24,01. Cela indique que Lynda exprime une faible résilience dans ce domaine. En ce qui concerne les besoins physiologiques, le score obtenu est de 6, également inférieur à la moyenne de 10. Pour les besoins psychologiques, notre sujet a obtenu un score de 6, bien en dessous de la moyenne de 25. On constate que notre sujet obtient un score élevé dans les besoins physiologiques puis un score moins élevé dans les besoins psychologiques.

Au niveau de la sous-échelle correspondant au thème contextuel, notre sujet a obtenu un score de 33, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne de 30,36. En ce qui concerne le volet spirituel, le score moyen était de 15 et notre sujet a obtenu un score de 12. Pour l'éducation, notre sujet a obtenu un score de 9, légèrement inférieur à la moyenne de 10. Enfin, pour le volet culturel, notre sujet a obtenu un score de 12, bien inférieur à la moyenne de 25.

Dans la sous-échelle du thème individuel, notre sujet de recherche présente les caractéristiques suivantes au niveau des aptitudes personnelles : elle collabore de manière moyenne avec les autres, elle fait beaucoup d'efforts pour terminer ce qu'elle a commencé, les gens l'apprécient énormément en sa compagnie, elle est capable de résoudre ses problèmes sans se faire du mal ni blesser les autres, et elle est très consciente de ses propres forces. En ce qui concerne le soutien des pairs, elle exprime un fort sentiment de soutien de la part de ses amis. Elle se sent énormément soutenue par eux. De plus, elle indique que ses amis sont moyennement présents à ses côtés. Dans les aptitudes sociales, elle montre une grande compétence pour se comporter dans différentes situations sociales. Elle sait comment interagir avec les autres et se montre responsable en tant qu'adulte. Elle a également une bonne connaissance des personnes vers lesquelles se tourner dans sa communauté pour obtenir de l'aide. De plus, elle a l'opportunité de développer des compétences qui lui seront utiles à l'avenir.

Quant au thème de fournisseurs de soins, au niveau des besoins physiologiques, les parents de Lynda ne la surveillent pas du tout de près, mais lorsqu'elle a faim, elle mange énormément. Dans les besoins psychologiques, notre sujet de recherche exprime que ses parents ne la comprennent pas du tout et qu'elle ne communique pas du tout avec eux au sujet

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

de ses émotions et de ce qu'elle ressent. Elle indique également que sa famille est seulement un peu présente lorsqu'elle rencontre des difficultés, ce qui ne lui procure pas du tout un sentiment de sécurité. De plus, elle n'apprécie pas du tout la culture de sa famille.

Concernant la sous-échelle concernant au thème contexte, dans le spirituel, les croyances sont énormément une force pour elle, mais elle participe peu à des activités à caractère religieux, elle croit qu'il est énormément d'être au service de sa communauté. Notre sujet de recherche accorde une grande importance à l'éducation et se sent énormément à sa place à son école, pour le volet culturel, elle ne trouve pas de personnes à admirer et n'est pas du tout fière de son origine ethnique. Elle apprécie peu les traditions de sa communauté. Néanmoins, elle est extrêmement fière d'être citoyenne d'Algérie. Elle estime être moyennement bien traitée dans sa communauté.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

En ce cinquième cas, notre sujet de recherche a eu un score de 95, un score qui se situe dans la moyenne qui est qualifiée selon le manuel de 140.

On remarque que notre sujet présente un niveau de résilience modéré, ce dernier est possible grâce à l'ensemble de soutien donné. D'abord on a pu noter une plus grande résilience dans le thème individuel par un score de 50 pour une moyenne de 35, et le thème contextuel par un même score de 33 pour une moyenne de 30.36, puis le thème fournisseur de soins par un score de 12 pour une moyenne de 24.01.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de VSP-A

Le tableau suivant présente les résultats du questionnaire VSP-A obtenus par dimension :

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Tableau 24: Résultats du questionnaire obtenus par (LYNDA)

Dimensions	Scores
Bien-être psychologique	78/100
Energie et vitalité	36/100
Amis	93/100
Parents	20/100
Loisirs	40/100
Ecole	60/100
Score globale	55/100

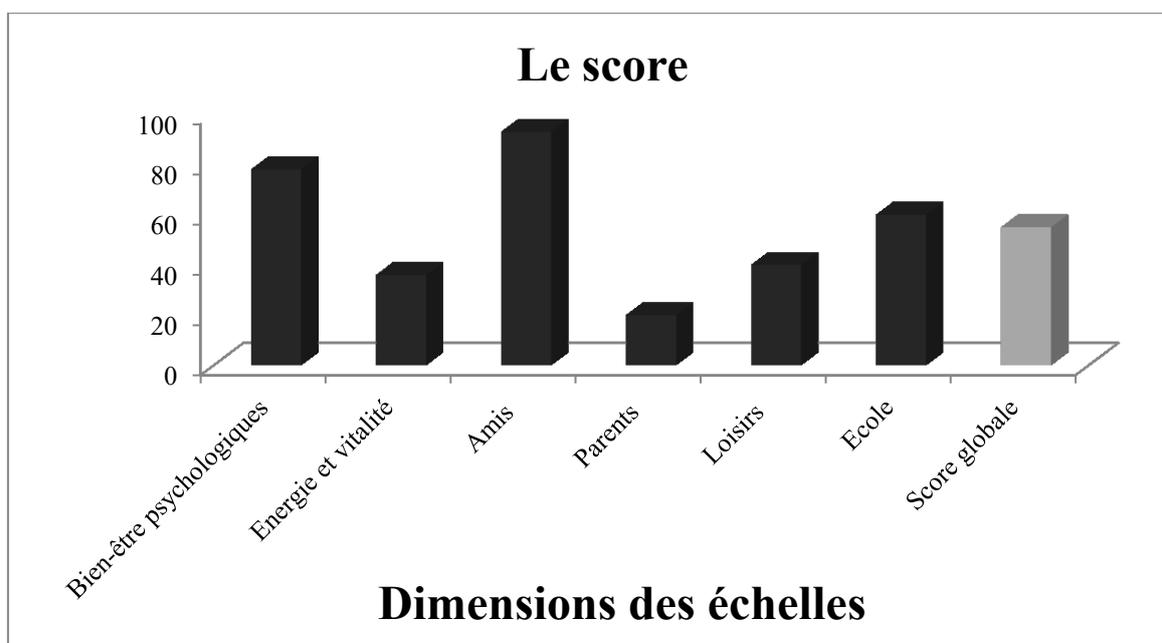


Figure 7: Résultats au questionnaire obtenus par Lynda

D'après l'échelle de la qualité de vie VSP-A, notre sujet de recherche a obtenu un score global de 55/100. Les différentes dimensions évaluées ont révélé des scores variés, avec le score le plus élevé atteignant 93/100 dans la dimension de « Amis ». Entretemps, la dimension « famille » a obtenu le score le plus faible. Tandis que pour les autres dimensions à savoir « Bien-être psychologique », « Ecole », « Loisirs » et enfin « Energie et vitalité », ont obtenu respectivement le score suivant : 78, 60, 40, et enfin 36.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Par apport a la dimension de « *Bien-être psychologique* », Lynda a coché la case « *Souvent/Beaucoup* » pour 5 items indiquant son niveau d'angoisse, de stress, de tristesse, de choqué et révoltée face à ce qui se passe autour d'elle, et d'inquiétude pour son avenir professionnel. Elle a coché 3 fois dans la case « *Toujours/Enormément* » pour les items concernant son degré de soucis, de peur en pensant a l'avenir, et de fatigue. Tandis que pour les 2 autres dimensions qui restent elle a coché la case « *Parfois/Moyennement* » une seule fois pour son ressenti de dégoût, et une seule fois dans la case « *Jamais/Pas du tout* » rependant a la question : avez-vous été pensive ?

En ce qui concerne la dimensions « *Energie et vitalité* », notre sujet de recherche a coché 7 fois dans la case « *Jamais/Pas du tout* » pour indiquer qu'elle n'avait pas tendance à prendre la vie du bon côté, qu'elle na pas été en plein forme, qu'elle ne se senti pas en bonne forme physique, qu'elle n'était pas du tout optimiste ou confiante pour l'avenir ni motivé en pensant a ce dernier, qu'elle na jamais était contente ou satisfaite de sa vie, et qu'elle na pas du tout l'impression que tout allait bien autour d'elle. Par conte elle a coché une seule fois pour chaque items, dans la case « *Toujours/Enormément* » pour préciser sa confiance en soi, dans la case « *Souvent/Beaucoup* » pour son morale, et enfin elle a répondu a la question avez-vous eu facilement le sourire ? En cochant sur la case « *Rarement/Un peut* ».

Pour la dimension « *Amis* », qui contient 6 case Lynda a coché 5 d'entre eux dans la case « *Toujours/Enormément* » indiquant leur confession a leur copines, parler de leur problème, leur discussion, leur conseils, et leur aide et entourage. D'un autre côté la dernière case portant sur avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ? La jeune fille a coché sur « *Parfois/Moyennement* ».

Passant à la dimension « *Parents* » ou la jeune a coché « *Jamais/pas du tout* » pour toutes les questions a savoir : Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ? Vos parents ont –ils donné des conseils ? Avez-vous pu discuter avec vos parents ? Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ? Êtes-vous senti (e) protégé(e) par vos parents ? Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?

La dimension suivante dans notre échelle était « *Loisirs* », note sujet de recherche a coché 3 items dans la case « *Jamais/Pas du tout* » portant sur ses activités avec ses amies telle que : des sortie en ville, au cinéma, jouer dehors avec eux ou tout simplement allé chez eux. Sinon pour les 2 autres case, elle a coché sur « *Rarement/Un peut* » pour sa sortie en ville

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

pour manger au fast-food ou acheter des habits, alors que dans la dernière question vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vos copains, vos copines ? Elle a coché sur « *Toujours/Enormément* ».

Enfin pour la dernière dimension « *Ecole* » contenant 3 case seulement, Lynda a coché sur « *Rarement/Un peut* », « *Parfois/Moyennement* », et « *Souvent/Beaucoup* » répondant respectivement a ses 3 questions : avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ? Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ? Avez-vous eu de bons résultats au collège au lycée ?

Synthèse de l'échelle de VSP-A

Le score global de 55/100 dans l'échelle VSP-A indique un niveau moyen de qualité de vie pour Lynda. Les résultats montrent des domaines positifs, tels que les relations amicales et les résultats scolaires, mais aussi des domaines où des améliorations pourraient être envisagées, tels que le bien-être psychologique, l'énergie et la vitalité, les relations familiales et les loisirs.

Synthèse du cas N° 5 : Lynda

Grâce à notre entretien de recherche semi-directif et à l'utilisation des échelles de résilience et de qualité de vie, nous avons pu obtenir des informations approfondies sur le vécu de notre sujet de recherche.

Les résultats de Lynda sur l'échelle de résilience CYRM-28 révèlent un score global de 95, indiquant un niveau de résilience modéré. Cependant, lorsqu'on examine la sous-échelle des fournisseurs de soins, on constate qu'elle a obtenu un score bas, ce qui peut signaler des difficultés spécifiques dans ce domaine. Par ailleurs, sur l'échelle VSP-A, Lynda a obtenu un score de 55/100 en ce qui concerne sa qualité de vie, suggérant ainsi qu'elle rencontre des difficultés dans différentes dimensions de sa vie, telles que ses relations avec ses parents, ses loisirs, son niveau d'énergie et sa vitalité.

Les données rassemblées au cours de l'entretien sont compatibles avec les informations recueillies dans les deux échelles, la résilience et la qualité de vie.

Cas N°6 : Amel

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Amel, une jeune fille de 17 ans, est très sportive. Elle est actuellement en deuxième année de lycée. Elle habite avec ses deux parents : son père, âgé de 58 ans, est entraîneur de handball, et sa mère, âgée de 53 ans, est femme au foyer. Amel a également deux sœurs et un frère, et elle est la deuxième enfant dans sa fratrie.

Après avoir eu le consentement positif de ses parents, Lynda a également accepté de participer à l'enquête. Le rendez-vous a été fixé à 15h30 au lycée, dans le bureau du conseiller pédagogique. L'entretien a duré 20 minutes. Durant cet entretien, notre sujet de recherche s'est montrée coopérative, amicale, calme et particulièrement souriante.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

Amel nous indique qu'elle a vécu une merveilleuse enfance, « *Seeday-d une merveilleuse enfance, lliy normal ur ueirey ur sehiley, cituh n twayec kan mindak* » (J'ai passé une merveilleuse enfance, j'étais normale, avec un peu de bêtises par fois), depuis l'âge de 12 ans, Lynda souffre d'asthme. Initialement, elle était traitée comme une personne souffrant d'allergies pendant deux ans. Elle nous a raconté qu'à l'âge de 12 ans, elle a rencontré un problème récurrent qui l'a amenée à se rendre à l'hôpital en raison de difficultés respiratoires. C'est là qu'un médecin généraliste lui a recommandé de consulter un spécialiste en pneumologie, qui a posé le diagnostic d'asthme.

Lynda a acquis une certaine connaissance de l'asthme. Elle sait que c'est une maladie chronique qui l'accompagnera tout au long de sa vie, mais elle comprend également que ce n'est pas quelque chose de grave.

En ce qui concerne son traitement, notre sujet nous a informés qu'elle utilise une pompe appelée Ventoline (de couleur bleue) lorsqu'elle fait face à une crise d'asthme. De plus, elle prend des corticoïdes quotidiennement afin de réduire l'inflammation et prévenir les récurrences de crises.

Elle ne souffre d'aucune autre maladie. Concernant les complications liées à l'asthme, elle a mentionné qu'elle éprouve parfois des difficultés respiratoires pendant les matchs, ce qui peut entraîner des moments où elle a l'impression d'étouffer. Elle doit même parfois quitter le terrain pendant la première mi-temps pour gérer ces symptômes.

Axe 2 : Informations sur la résilience

Pour la première question de cet axe, concernant la réaction de l'élève lors de l'annonce de sa maladie, et avec qui elle se trouvait, Amel nous raconte que sa réaction était normale en disant « *D vava i geddan yidi, la réaction n daglaw tella normale, qevl-y-t* » (C'était mon père qui m'a accompagné, ma réaction était normale, je l'ai accepté). Sinon mon père ma dit que « *εelmey anecta g tazwara* » (Je savais ça depuis le début), par contre la réaction de sa mère et de son entourage elle était un peu différente.

Lorsque nous lui avons posé la question de savoir s'il y avait eu un changement dans ses relations avec les autres, elle nous répond « *Non il y a pas un changement c'est juste qlen thadaren iyi akter surtout vava d yemma* ». A propos la 18^{ème} question Amel nous dit que « *l'Asthme m'a jamais influencé, teicey yides normal et je ne pense pas aydixdem un problème ar zat* » (l'Asthme m'a jamais influencé, je vis avec le plus normalement possible et je ne pense pas qu'il me posera des problèmes à l'avenir).

Axe 3 : Informations sur la qualité de vie

« *Assagi husey bien physiquement, moralement dayen bien* » (Aujourd'hui, je me sens bien physiquement et moralement), voici la réponse qu'Amel nous a donnée après que nous lui ayons dit comment elle se sentait aujourd'hui. Elle a ensuite ajouté que l'asthme n'avait en rien changé sa vie.

Lorsque nous lui avons demandé si elle avait déjà fait une crise d'asthme en classe, elle a répondu par non, mais elle a dit : (par contre j'ai fait une crise d'asthme dans le stade de handball et que c'est mon entraîneur qui m'a déplacé vers les urgences et ils ont fait le nécessaire pour que j'arrive à me soulager) elle a aussi rajouté que même ses enseignants et ses camarades de classe savaient qu'elle est malade. Voilà ce que nous avons pu avoir comme réponses chez Amel.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Tableau 25: Résultats du questionnaire de CYRM-28

Dans le tableau ci-dessous, figurent les résultats recueillis auprès de notre 6eme cas selon l'échelle CYRM-28 :

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
1	0	4	12	11

Les résultats récoltés dévoilent que notre sujet de recherche a obtenu un score de 116, qui se situe dans la moyenne de 28 à 140. Ce score démontre de manière concluante que notre sujet de recherche possède un niveau élevé de résilience.

Les réponses obtenues dans notre étude varient sur une échelle allant de pas du tout à énormément. Pour attribuer des scores aux réponses, nous avons assigné la valeur de 1 pour « *Pas du tout* », 0 pour « *Un peu* », 4 pour « *Moyennement* », 14 pour « *Beaucoup* » et 9 pour « *Enormément* ».

Les sous-échelles ont obtenus des scores distincts : 48 pour les items liés au thème individuel, 32 pour les items concernant les fournisseurs de soins et 36 pour les items abordant le thème contextuel.

Tableau 26: Résultats d'Amel obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28 de cas d'Amel

Thème	Sous-échelle	Items	Score	Score globale des sous-échelle	Score total	
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	24	48	116	
	Soutien des pairs	14, 18	7			
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	17			
Thème fournisseurs de soin	Besoins physiologiques	5, 7	10	32		116
	Besoins psychologique	6, 12, 17, 24, 26	22			
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	7	36		
	Education	3, 16	9			
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	20			

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Le score de la sous-échelle portant sur le thème individuel, notre sujet de recherche a démontré une résilience élevée, avec un score de 48 dépassant la moyenne de 35. Cela suggère sa capacité à faire face aux défis et à rebondir face à l'adversité. De plus, elle a obtenu un score de 24 pour les aptitudes personnelles, légèrement inférieur à la moyenne de 25. Pour le soutien des pairs, son score est de 7, comparé à une moyenne de 10, et pour les aptitudes sociales, son score est de 17, par rapport à une moyenne de 20. Ces résultats indiquent qu'Amel possède des compétences personnelles solides et bénéficie d'un soutien adéquat de ses pairs, ce qui contribue à sa résilience globale.

En ce qui concerne la sous-échelle portant sur le thème des fournisseurs de soins, Amel a obtenu un score de 32, dépassant la moyenne de 24.01. Ce score supérieur à la moyenne indique qu'elle fait preuve de résilience dans sa relation avec les fournisseurs de soins. En ce qui concerne les besoins physiologiques, elle a obtenu un score de 10, correspondant à la moyenne de 10, ce qui suggère un équilibre satisfaisant dans ce domaine. Pour les besoins psychologiques, son score de 22 est légèrement inférieur à la moyenne de 25, indiquant une certaine marge de progression pour atteindre un équilibre optimal dans ce domaine.

Au niveau de la sous-échelle représentant le thème contextuel, notre sujet a obtenu un score de 36, ce qui se situe à la limite supérieure de la moyenne de 30.36. Ce score élevé indique qu'Amel fait preuve de résilience dans son contexte environnemental. Cependant, dans le domaine spirituel, elle a obtenu un score de 7, ce qui est inférieur à la moyenne de 15. Cela suggère qu'elle accorde moins d'importance à cet aspect par rapport à la moyenne des participants. Pour le domaine éducatif, son score de 9 est proche de la moyenne de 10, indiquant un équilibre satisfaisant. En ce qui concerne le domaine culturel, Amel a obtenu un score de 20, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne de 25. Cela suggère qu'il y a encore une possibilité d'approfondir son engagement dans le domaine culturel.

D'après la sous-échelle relative au thème individuel, nous observons qu'Amel possède des aptitudes personnelles remarquables. Elle collabore activement avec les personnes qui l'entourent, s'efforce de mener à bien ce qu'elle entreprend et est très appréciée en tant que compagnie. De plus, elle est capable de résoudre ses problèmes sans causer de préjudice à elle-même ou aux autres, et elle est pleinement consciente de ses propres forces. Dans le soutien des pairs, elle se sent beaucoup soutenue par ses amis mais en même temps ses amis sont moyennement à ses côtés lorsqu'elle a des difficultés. Pour les aptitudes sociales, les

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

aptitudes sociales, notre sujet démontre une grande capacité à s'adapter à diverses situations sociales. Elle a la chance de pouvoir démontrer aux autres qu'elle est désormais une adulte capable d'agir de manière responsable. De plus, elle possède une bonne connaissance des ressources disponibles dans sa communauté pour obtenir de l'aide et elle a la possibilité de développer des compétences qui lui seront utiles à l'avenir.

Dans la sous-échelle concernant le thème des fournisseurs de soins, on constate que dans le domaine des besoins physiologiques, les parents d'Amel la surveillent attentivement et s'assurent qu'elle a suffisamment à manger lorsqu'elle a faim. En ce qui concerne les besoins psychologiques, ses parents la connaissent très bien et elle communique ouvertement avec sa famille sur ses émotions. Sa famille est très présente pour elle lorsqu'elle rencontre des difficultés, ce qui lui procure un sentiment de sécurité. Elle apprécie énormément les traditions et la culture de sa famille.

Pour la sous-échelle du thème contexte, dans le spirituel, les croyances spirituelles sont moyennement une force pour elle, elle participe pas du tout à des activités à caractère religieux et elle croit moyennement qu'il est important d'être au service de sa communauté. Amel croit que énormément que l'éducation est une chose importante pour elle et elle se sente beaucoup à sa place à son école. Dans le culturel, il y a beaucoup de personnes qu'elle admire, elle est beaucoup fière de son origine ethnique, elle apprécie beaucoup les traditions et la culture de sa famille, elle est moyennement fière d'être citoyenne d'Algérie et elle est énormément bien traitée dans sa communauté.

Synthèse de l'échelle CYRM-28

Concernant notre sixième sujet de recherche, elle a obtenu 116, un score qui est très proche de la moyenne qui est qualifiée selon le manuel du test de CYRM-28 par 140. Cette résilience est manifestée dans tous les domaines. On a noté qu'Amel présente une plus grande résilience en ce qui concerne le thème individuel par un score de 48 pour une moyenne de 35, puis les items explorant le thème fournisseurs de soin par un score de 32 pour une moyenne 24.01, et enfin un score de 36 pour une moyenne de 30.36 pour les items explorant le thème contextuel.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de VSP-A

Le tableau suivant présente les résultats du questionnaire VSP-A, classés par dimension :

Tableau 27: Résultats du questionnaire obtenus par (AMEL)

Dimensions	Scores
Bien-être psychologique	46/100
Energie et vitalité	86/100
Amis	90/100
Parents	93/100
Loisirs	68/100
Ecole	60/100
Score globale	74/100

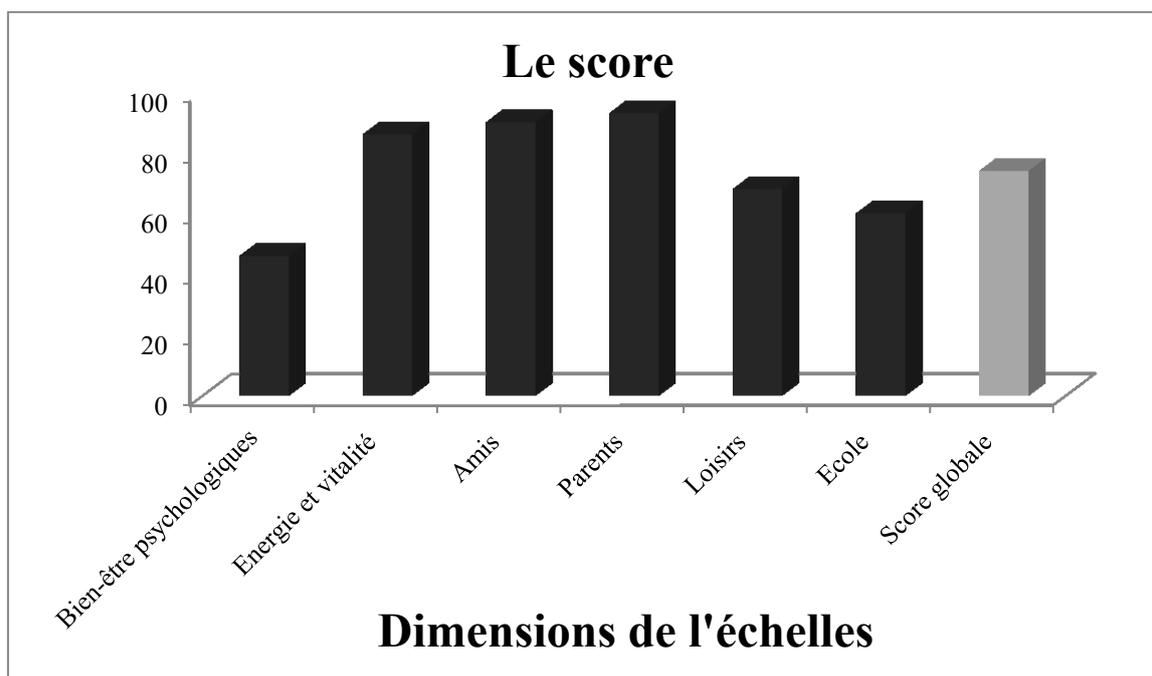


Figure 8: Résultats au questionnaire obtenus par Amel

Selon les résultats du questionnaire, notre sujet de recherche présente une bonne qualité de vie globale, avec un score de 74/100. Cependant, lorsqu'on examine les domaines spécifiques, on constate que son bien-être psychologique est faible, obtenant un score de 46/100. En revanche, son niveau d'énergie et de vitalité est élevé, avec un score de 86/100, ce

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

qui est considéré comme bon. Les relations avec les amis sont positives, avec un score de 90/100, de même que les relations avec les parents, avec un score de 93/100. En ce qui concerne les loisirs, le score est de 68/100, tandis que pour le domaine de l'école, le score est de 60/100.

Dans la dimension du « *Bien-être psychologique* » de l'échelle VSP-A, le sujet de recherche a exprimé des sentiments d'angoisse légère, de préoccupation occasionnelle, de peur et d'inquiétude concernant l'avenir. Elle n'a pas du tout ressenti de tristesse, mais a éprouvé un léger dégoût. Elle n'a pas été choquée ou révoltée par ce qui se passe autour d'elle. Parfois, elle a ressenti de la fatigue et a également été pensée. De plus, elle s'est inquiétée pour son avenir professionnel.

Pour la dimension « *Energie et vitalité* », Amel a indiqué qu'elle avait souvent tendance à prendre la vie du bon côté, qu'elle était souvent en pleine forme et pleine de vitalité, qu'elle avait souvent le moral, qu'elle se sentait souvent en bonne forme physique, qu'elle était souvent optimiste et confiante pour l'avenir, qu'elle était souvent motivée en pensant à l'avenir, et qu'elle était souvent contente et satisfaite de son avenir. De plus, elle a mentionné qu'elle avait toujours confiance en elle, qu'elle avait toujours facilement le sourire, et qu'elle avait toujours l'impression que tout allait bien autour d'elle, en cochant ces items trois fois dans la catégorie « *Toujours/Enormément* ».

Dans la dimension « *Amis* » de l'échelle, notre sujet de recherche a coché 3 fois dans la catégorie « *Souvent/Beaucoup* ». Cela indique qu'elle a souvent parlé de ses problèmes avec ses copines, qu'elle a pu exprimer et communiquer fréquemment avec elles, et qu'elle a été entourée et aidée par ses amies. De plus, elle a coché 3 fois dans la catégorie « *Toujours/Enormément* » pour souligner qu'elle a toujours pu se confier à ses copines, qu'elle a toujours pu discuter avec elles et qu'elle a toujours donné des conseils à ses amies.

Concernant la dimension « *Parents* », 4 items ont été cochés dans la case « *Toujours/Enormément* » pour mentionner que les parents d'Amel ont toujours été disponibles pour l'écouter, qu'ils lui ont toujours donné des conseils, qu'elle a toujours pu discuter avec eux et qu'elle s'est toujours sentie protégée par eux. De plus, deux items ont été cochés dans la catégorie « *Souvent/Beaucoup* » pour indiquer qu'elle avait souvent l'impression que ses parents comprenaient ses soucis et problèmes, et qu'elle avait souvent l'impression que ses proches étaient attentifs à elle et se préoccupaient d'elle.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

D'autre part, pour la dimension « *Loisirs* », elle a mentionné qu'elle sortait parfois avec ses copines en ville pour aller au cinéma. Elle a rarement rendu visite à ses copines à leur domicile. Parfois, elle est sortie en ville pour faire du shopping et manger au fast-food. Elle s'est souvent retrouvée en groupe avec ses copines, et elle a toujours joué à l'extérieur avec elles. Et en ce qui regarde la dimension « *Ecole* », notre sujet de recherche a indiqué plusieurs éléments. Elle a souvent obtenu de bons résultats au collège, elle a exprimé une satisfaction moyenne à l'égard de son travail scolaire, et elle a rencontré quelques difficultés pour travailler au collège.

Synthèse de l'échelle de VSP-A

Malgré un bien-être psychologique faible, les résultats de l'échelle VSP-A pour Amel révèlent un score total de 74/100, indiquant un niveau de qualité de vie satisfaisant. Cela suggère qu'Amel peut éprouver une certaine satisfaction dans différents aspects de sa vie, tels que sa santé physique, ses relations sociales et ses activités de loisirs.

Synthèse du cas N° 6 : Amel

En combinant notre entretien de recherche semi-directif avec l'utilisation de deux échelles de mesure, l'une pour évaluer le niveau de résilience de l'adolescente et l'autre pour mesurer sa qualité de vie, nous avons pu obtenir une compréhension globale du vécu d'Amel.

L'analyse des résultats obtenus par notre sujet de recherche révèle une résilience élevée, avec un score de 116 sur l'échelle CYRM-28, qui se situe entre la moyenne de 28 à 140. Nous avons également constaté une bonne qualité de vie chez notre sujet, avec un score de 74/100 selon l'échelle de VSP-A. Ces résultats sont encourageants et soulignent l'importance de continuer à promouvoir et à renforcer les aspects de sa vie qui contribuent à sa résilience et à sa qualité de vie.

En effet, nous voyons que les données récoltées lors de l'entretien sont associées aux informations recueillies dans les deux échelles.

Cas N° 7 : Dyhia

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Dyhia est une étudiante de 16 ans en première année lycée, elle habite avec ses parents, son père âgé de 42 ans est un travailleur d'usine et sa mère est une femme au foyer de 39 ans, elle a deux sœurs et un frère elle est l'innée de sa famille,

Après obtenu le consentement positif de ses parents, un rendez-vous a été fixé à 13h dans le bureau du conseiller scolaire pour un entretien semi directif d'une durée de 20 minutes.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

Dyhia raconte bien avoir vécu une enfance heureuse, et être tombé malade à l'âge de 10 ans, suite à des difficultés respiratoires ainsi qu'à des douleurs lorsqu'elle toussait, à propos de la maladie de l'asthme, elle dit « *l'Asthme d lahlak yueren d wacu adieic yiwen lhayat-isakkit* » (l'Asthme est une maladie difficile que le patient portera tout au long de sa vie) concernant son traitement, elle nous a dit « *Seiy une pompe xedmeyt lweqt iyiteteḥ la crise d'asthme akk d les gouttes itteseḥ kullas* » (J'ai une pompe (ventoline) que j'utilise quand j'ai une crise d'asthme et des gouttes (rhiten) que je prends tous les jours)

La jeune adolescente déclare qu'elle ne souffre d'aucune autre maladie, par contre elle souffre de quelques complications particulièrement au printemps, parfois je me sens incapable de faire mes tâches seule dit-elle : « *Seiy kra les complications surtout lweqt agi n rebie parfois ṭhussuy imaniw incapable de faire mes tâches iwaḥdi* ».

Axe 2 : Informations sur la résilience

Dyhia était accompagnée par ses deux parents lorsqu'on lui a annoncé le diagnostic. Elle a réagi en disant : « *J'étais calme parce que nwiyas lḥaja normal par contre imawlaniw ibaned fudem-nsen laḥzen* », (J'étais calme parce que je pensais que c'était quelque chose de normal, mais j'ai vu de la tristesse sur le visage de mes parents).

Quant à ses études, la jeune fille affirme « *Kra ma ybedel au contraire malgré tout jamais stahzay g leqrayaw* », (Rien n'a changé bien au contraire malgré cela je n'ai pas lâché mes études). En ce qui concerne ses relations avec les autres, il n'y a pas non plus de changement car la plupart d'entre eux ne connaissent pas sa maladie, elle a déclaré « *Uhedery-*

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

ara aṭṭas et j'aime pas ad partagiṯ les problêmes inu d wiyad du coup maci aṭṭas iḡeelmen », (Je ne suis pas très bavarde et je n'aime pas partager mes problêmes avec les autres, donc peu de gens sont au courant), par ailleurs, elle a ajouté qu'elle n'avait pas d'amis asthmatiques.

Tandis que les membres de ma famille me considèrent incapable d'ailleurs ils me surveillent toujours et me voient fragile ils prennent soin de moi encore plus dit-elle : « *La famille inu zarreniyid uzmiṯey-ara d'ailleurs toujours teassan-iyi, zarreniyid fragile tṯhadaren-iyi akter »*.

A propos de la 18^{ème} question, elle a répondu ainsi : « *Lehlak aḡi ma influencé positivement d'ailleurs c'est pour ça ibṯiy adṯey aken adṯey tṯatbibt en pneumologie kra n wass »* (Cette maladie m'a influencé de manière positive, au point de m'encourager à étudier pour devenir un jour médecin en pneumologie), elle exprime son désir de devenir médecin en pneumologie, ce qui indique une volonté de transformer son expérience personnelle en une motivation positive pour aider les autres.

Axe 3 : Informations sur la qualité de vie

En effet, elle a répondu à notre question « Comment vous vous sentez aujourd'hui ? » en précisant que : je suis physiquement fatiguée, mais moralement en bonne santé, « *Husey imaniw eyiṯ physiquement mais le morale n daglaw bien »*. Par ailleurs, pour Dyhia, rien n'a changé dans sa vie depuis sa maladie, elle est juste devenue plus prudente, affirme-t-elle.

Quant à ses enseignants et à ses camarades, elle dit : « *Lecyux-iw eelmen af lehlak-iw par contre mes camarades de classe sin kan ig eelmen »*, (Mes enseignants sont au courant de ma maladie alors que mes camarades de classe ne le savent pas, sauf pour deux d'entre eux).

Elle a ajouté qu'elle n'a jamais vécu une crise d'asthme à l'école, et pour la dernière question, elle a répondu « *Teiciṯ l'adolescence inu normal akk, malgré des fois ṯṯusuy imaniw maci am wid iglan g leamriw »*, (Je vis mon adolescence le plus normalement possible malgré le fait que parfois je me sens déferente face aux autres jeunes de mon âge).

Voilà ce qu'on a pu avoir comme réponses chez notre cas Dyhia qui est une fille très gentille et timide.

Synthèse de l'entretien de recherche de Dyhia

L'entretien avec notre sujet de recherche démontre une certaine résilience face à sa maladie de l'asthme. La manière dont Dyhia perçoit sa maladie est également révélatrice de sa résilience. Plutôt que de se laisser abattre par son asthme, elle considère cela comme une influence positive qui la pousse à poursuivre ses études et à se spécialiser dans le domaine de la pneumologie. La qualité de vie de Dyhia est influencée par sa maladie de l'asthme, mais elle parvient à maintenir un équilibre positif dans sa vie quotidienne.

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Les résultats concernant notre septième cas dans l'échelle CYRM-28 sont exposés dans le tableau suivant :

Tableau 28: Résultats du questionnaire de CYRM-28

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
0	3	6	12	7

Le score obtenu par notre sujet de recherche est de 107, ce qui se situe dans la norme établie entre 28 et 140. Ces résultats indiquent clairement la présence d'une résilience chez notre sujet.

On a obtenu des réponses qui varient entre pas du tout et énormément. Pour « *Pas du tout* » on a obtenu un score de 0 pour « *Un peu* » on a un score de 3, pour « *Moyennement* » on a un score de 6 pour « *Beaucoup* » on a obtenu un score de 12, pour « *Enormément* » on a un score de 7.

Les résultats obtenus dans la sous-échelle du thème individuel sont de 43, tandis que dans la sous-échelle explorant les fournisseurs de soins, le score est de 28. Pour la sous-échelle du thème contextuel, le score obtenu est de 36.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Tableau 29: Les résultats de la sous-échelle de CYRM-28 de cas de Dyhia

Thème	Sous échelle	Items	Score	Score globale des sous-échelles	Score total de l'échelle
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	21	43	107
	Soutien des pairs	14, 18	5		
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	17		
Thème fournisseurs de soin	Besoin physiologiques	5, 7	9	28	
	Besoin psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	19		
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	11	36	
	Education	3, 16	10		
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	15		

Dans la sous-échelle correspondant au thème individuel, notre sujet a obtenu un score de 43, ce qui est supérieur à la moyenne de 35. Cela indique que notre sujet présente une résilience dans ce domaine spécifique. En ce qui concerne les aptitudes personnelles, le score obtenu est de 21, comparé à une moyenne de 25. Pour le soutien des pairs, le score est de 5, avec une moyenne de 10. Quant aux aptitudes sociales, le score est de 17, pour une moyenne de 20. Dans les différentes sous-échelles, notre sujet de recherche a obtenu un score plus élevé dans les aptitudes sociales, un score moins élevé dans les aptitudes personnelles, et le score le plus bas dans le soutien des pairs.

Pour la sous-échelle relative au thème du fournisseur de soins, nous avons obtenu un score de 28 pour une moyenne de 24,01, un score qui se situe au-dessus de la moyenne, un

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

résultat qui montre que Dyhia manifeste de la résilience. Sur les besoins physiologiques, nous avons obtenu un score de 9 pour une moyenne de 10 et sur les besoins psychologiques, nous avons obtenu un score de 19 pour une moyenne de 25. Nous pouvons voir que notre sujet présente un score plus élevé pour les besoins psychologiques et un score plus faible pour les besoins physiologiques.

Dans la sous-échelle correspondant au thème contextuel, notre sujet de recherche a obtenu un score de 36, se situant ainsi juste à la moyenne de 30.36. Ces résultats indiquent que notre sujet exprime une résilience moyenne dans ce domaine spécifique. En ce qui concerne le spirituel, le score obtenu est de 11, comparé à une moyenne de 15. Pour l'éducation, le score est de 10, aligné avec la moyenne de 10. Quant au culturel, le score est de 15, par rapport à une moyenne de 25. On remarque ainsi que notre sujet de recherche obtient un score plus élevé dans le domaine de l'éducation, tandis que les scores sont plus faibles dans les dimensions spirituelles et culturelles.

Dans la sous-échelle correspondant au thème individuel, dans les aptitudes personnelles, notre sujet de recherche montre un fort penchant pour la collaboration avec les autres. Elle démontre une grande détermination à accomplir ce qu'elle entreprend et est appréciée par les personnes qui l'entourent. Elle possède une grande capacité à résoudre ses problèmes sans causer de préjudice à elle-même ou aux autres, et elle est pleinement consciente de ses propres forces. Pour le soutien des pairs, notre sujet de recherche ressent un niveau de soutien modéré de la part de ses amis, et leur présence à ses côtés est également moyenne. En ce qui concerne les aptitudes sociales, elle démontre une grande habileté à se comporter dans différentes situations sociales. Elle a beaucoup de chance de prouver aux autres qu'elle est désormais une adulte capable d'agir de manière responsable. Elle sait également vers qui se tourner dans sa communauté pour obtenir de l'aide et elle a de grandes opportunités pour développer des compétences qui lui seront bénéfiques à l'avenir.

Au niveau de la sous-échelle consacrée au thème des fournisseurs de soins, pour ce qui est des besoins physiologiques, les parents de notre sujet de recherche la surveillent de près et veillent à ce qu'elle ait suffisamment à manger lorsqu'elle a faim. Sur le plan des besoins psychologiques, ses parents la connaissent assez bien et elle partage beaucoup ses sentiments avec sa famille. Sa famille est très présente pour elle lorsqu'elle rencontre des difficultés, ce qui lui apporte un sentiment de sécurité. Cependant, elle apprécie moyennement les traditions et la culture de sa famille.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Selon la sous-échelle du contexte, par rapport à la spiritualité, les croyances ont une grande importance pour notre sujet de recherche. Bien qu'elle participe peu à des activités religieuses, elle trouve une force dans ses convictions spirituelles et croit fermement en l'importance d'être au service de sa communauté. En ce qui concerne l'éducation, Dyhia considère que celle-ci revêt une importance considérable pour elle et se sent très bien intégrée dans son école. Quant au volet culturel, elle exprime une admiration moyenne envers certaines personnes, une fierté modérée pour son origine ethnique et une appréciation mitigée des traditions de sa communauté. Elle se sent quelque peu fière d'être citoyenne d'Algérie et bénéficie d'un traitement bienveillant au sein de sa communauté.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

Dans le septième cas, notre sujet de recherche a obtenu un score de 107, ce qui le rapproche de la moyenne de 140 indiquée dans le manuel du test CYRM. Ces résultats révèlent que notre sujet présente une certaine résilience, rendue possible grâce au soutien dont il bénéficie.

En analysant les différents thèmes, nous avons observé une plus grande résilience dans le domaine individuel, avec un score de 43 pour une moyenne de 35, ainsi que dans le thème des fournisseurs de soins, avec un score de 28 pour une moyenne de 24,01. Dans le thème contextuel, le sujet a également obtenu un score de 36, légèrement supérieur à la moyenne de 30,36.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle VSP-A

Le tableau figurant ci-dessous affiche les résultats du questionnaire VSP-A par dimension :

Tableau 30: Résultats du questionnaire obtenus par (DYHIA)

Dimensions	Scores
Bien-être psychologique	56/100
Energie et vitalité	74/100
Amis	63/100
Parents	67/100
Loisirs	44/100
Ecole	67/100
Score globale	62/100

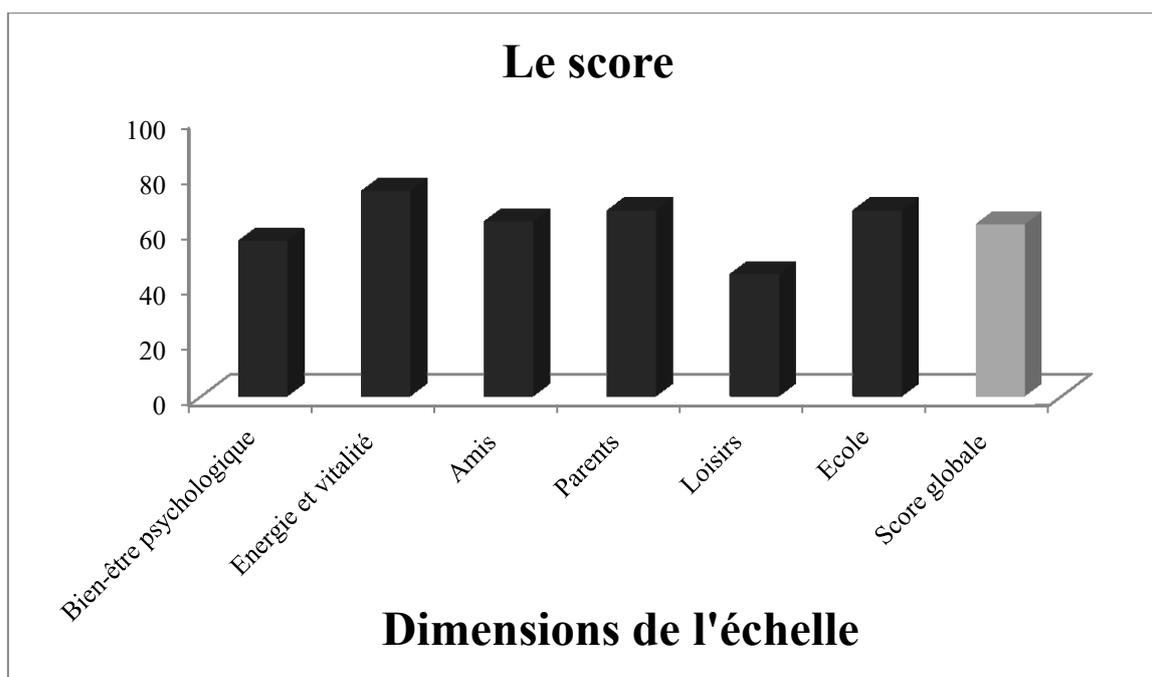


Figure 9: Résultats au questionnaire obtenus par Dyhia

Les résultats du questionnaire indiquent que notre sujet de recherche bénéficie d'une bonne qualité de vie, avec un score global de 62/100. En ce qui concerne le « *Bien-être psychologique* », le score obtenu est de 56/100, ce qui reflète un niveau satisfaisant. La dimension de « *Energie et de la vitalité* » obtient un score élevé de 74/100, suggérant une bonne santé physique et mentale. En ce qui concerne les relations sociales, le score pour la dimension des « *Amis* » est de 63/100, indiquant des liens sociaux modérés. Pour la dimension « *Parents* », le score est de 67/100, révélant des relations positives avec les parents. Cependant, la dimension des « *Loisirs* » a obtenu un score plus bas de 44/100, ce qui peut suggérer une satisfaction limitée dans ce domaine. Enfin, en ce qui concerne la dimension « *Ecole* », le score est de 67/100, suggérant une satisfaction raisonnable avec l'environnement éducatif.

Dans la dimension « *Bien-être psychologique* » de l'échelle VSP-A, les réponses de Dyhia révèlent plusieurs aspects de son état émotionnel. Elle a indiqué ne jamais avoir été triste, ce qui suggère une absence de tristesse significative. Elle a choisi la catégorie « *Rarement/Un peu* » à cinq reprises. Elle a déclaré avoir ressenti une légère angoisse ou peur en pensant à l'avenir, un certain dégoût, un peu de choque et de révolte face à ce qui se passe autour d'elle, ainsi qu'une inquiétude pour son avenir professionnel. Ces réponses suggèrent que Dyhia a éprouvé des émotions négatives à un degré relativement faible dans ces domaines.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Notre sujet de recherche a sélectionné la catégorie « *Parfois/Moyennement* » pour exprimer qu'elle a été parfois soucieuse. Cela indique qu'elle a ressenti une certaine préoccupation à certains moments, mais pas de manière fréquente ou intense.

D'autre part, elle a choisi la catégorie « *Souvent/Beaucoup* » à quatre reprises. Cela signifie qu'elle a été souvent angoissée, souvent stressée, souvent fatiguée et souvent pensive. Ces réponses suggèrent que Dyhia a connu une charge émotionnelle plus élevée dans ces domaines, ce qui peut avoir un impact sur son bien-être psychologique général.

Pour la dimension « *Energie et vitalité* », Dyhia a choisi la catégorie « *Rarement/Un peu* » pour exprimer qu'elle a été un peu en pleine forme et pleine de vitalité. Cette réponse suggère qu'elle a connu des moments où elle se sentait légèrement énergique et dynamique, mais pas de manière fréquente ou très intense. Ainsi, elle a opté deux fois pour la catégorie « *parfois/Moyennement* ». Cela indique qu'elle est modérément motivée lorsqu'elle pense à l'avenir et qu'elle a parfois l'impression que tout va bien autour d'elle.

Dyhia a choisi la catégorie « *Souvent/Beaucoup* » cinq fois. Elle a déclaré qu'elle avait souvent tendance à prendre la vie du bon côté, qu'elle avait souvent le moral, qu'elle se sentait souvent en bonne forme physique, qu'elle était souvent optimiste et confiante pour l'avenir, et qu'elle était souvent contente et satisfaite de sa vie. Ces réponses suggèrent que notre sujet fait preuve d'une attitude positive et d'un bien-être général dans la dimension de l'énergie et de la vitalité.

Par ailleurs, elle a choisi la catégorie « *Toujours/Enormément* » à deux reprises. Elle a déclaré qu'elle a toujours eu confiance en elle et qu'elle a toujours eu facilement le sourire. Ces résultats suggèrent que Dyhia possède des traits positifs de personnalité, tels que la confiance en soi et l'optimisme.

Dans la dimension « *Amis* » de l'échelle VSP-A, Dyhia a choisi différentes catégories pour décrire ses interactions avec ses copines. Tout d'abord, elle a coché la catégorie « *Jamais/Pas du tout* » pour indiquer qu'elle n'a pas du tout parlé de ses problèmes avec ses copines. Ensuite, elle a choisi la catégorie « *Parfois/Moyennement* » pour deux items. Pour dire qu'elle a parfois eu des discussions avec ses copines et qu'elle a parfois été entourée et aidée par elles. Enfin, Dyhia a coché la catégorie « *Souvent/Beaucoup* » pour trois items. Elle a souvent pu se confier à ses copines, donner des conseils à ses copines et exprimer et communiquer avec les autres. Cela suggère qu'elle a une relation étroite avec ses amies, où

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

elle peut partager ses préoccupations, offrir du soutien et participer activement à des conversations et des interactions.

Quant à la dimension « *Parents* », elle a coché la catégorie « Rarement/Un peu » pour indiquer qu'elle a rarement eu l'impression que ses proches ont fait attention à elle ou se sont souciés d'elle. Elle a choisi la catégorie « Parfois/Moyennement » pour deux items. Cela signifie qu'elle a parfois eu l'impression que ses parents étaient disponibles pour l'écouter et qu'ils comprenaient ses soucis et ses problèmes. Enfin, notre sujet a coché la catégorie « Souvent/Beaucoup » pour trois items. Elle a souvent reçu des conseils de ses parents, a souvent pu discuter avec eux et a souvent ressenti une protection de leur part. Ces résultats soulignent la diversité de la relation de Dyhia avec ses parents. Bien qu'elle puisse parfois ressentir un manque d'attention ou de préoccupation, elle bénéficie également d'une présence parentale pour l'écoute, la compréhension, les conseils et la protection.

Pour ce qui est de la dimension « *Loisirs* », elle a coché la catégorie « Jamais/Pas du tout » pour indiquer qu'elle ne sortait pas jouer avec ses copines, que ce soit à vélo ou au foot. Ensuite, elle a choisi deux fois la catégorie « Rarement/Un peu ». Elle se rend donc rarement chez ses copines et ne se réunit que rarement en groupe avec elles. Enfin, Dyhia a également coché deux fois la catégorie « Parfois/Moyennement ». Elle a indiqué qu'elle sortait parfois avec ses copines en ville, au cinéma, et qu'elle sortait parfois en ville pour acheter des vêtements ou manger un fast-food. Ces résultats mettent en évidence une certaine limitation dans les activités de loisirs de Dyhia avec ses copines. Elle n'a pas souvent participé à des jeux en plein air avec elles, et ses rencontres amicales en dehors de l'école sont également limitées. Cependant, elle a parfois eu l'occasion de sortir avec ses copines pour des activités en ville, ce qui lui a permis de créer des souvenirs et de partager des moments agréables.

Pour finir avec la dimension « *Ecole* » elle a coché à deux reprises. En disant qu'elle a souvent obtenu de bons résultats au collège, ce qui suggère une performance scolaire satisfaisante. Elle a également souvent été satisfaite de son travail scolaire. En outre, Dyhia a mentionné qu'elle a rencontré quelques difficultés à travailler au collège.

Synthèse de l'échelle VSP-A

Un score de 62/100 sur l'échelle de qualité de vie de la VSP-A signifie un niveau modéré de qualité de vie. Ceci implique que certains aspects de la vie de Dyhia sont positifs,

comme dans certaines dimensions à savoir l'énergie et la vitalité, les amis, l'école, alors que d'autres pourraient être améliorés, comme la dimension des loisirs.

Synthèse du cas N° 7 : Dyhia

En se basant sur l'entretien de recherche semi-directif et les échelles de mesure de la résilience et de la qualité de vie, nous avons recueilli des données sur l'expérience de la jeune fille face à sa maladie, ce qui nous a permis d'obtenir des scores spécifiques.

Effectivement, notre sujet de recherche a obtenu un score de 107 sur l'échelle CYRM-28, ce qui indique sa capacité à faire face et à s'adapter aux défis de la vie, même en présence de difficultés. En revanche, son score de qualité de vie de 62/100 sur l'échelle VSP-A suggère un niveau modéré.

Les informations rassemblées lors de l'entretien sont en adéquation avec les données collectées dans les différentes échelles, la résilience et la qualité de vie.

Cas N° 8 : Sarah

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Sarah, une jeune fille de 13 ans, élève en 3^{ème} année moyen, elle est la dernière de sa fratrie avec deux frères, dont elle vit avec ainsi que ses deux parents, son père routier âgé de 47 ans et sa mère femme au foyer âgé de 43 ans.

Après avoir eu l'accord et le consentement positif de ses parents, un rendez-vous a été fixé à 13h pour un entretien semi directif et cela dans le bureau du conseiller scolaire, la durée de cet entretien était de 30 minutes.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

Sarah raconte son enfance, en précisant qu'elle était une fille très sage, très sensible, toujours attaché à sa mère et qui ne fréquentait pas trop les autres, « *Lliy tranquille, ur tt-eacarey ara leibad, toujours kan ar yemma* ». Elle était diagnostiquée à l'âge de 9 ans suite à la difficulté de respiration, perturbation de son sommeil et son constant sentiment de chaleur autour d'elle, « *Tt-diqey, ur gganey ara bien, tt-ħusuy amaken ikkufer lħal* ».

En ce qui concerne l'Asthme la jeune fille le voit comme une maladie assez difficile qui n'est pas guérissable, la personne doit toujours prendre sa pompe avec elle et qu'elle soit prudente « *l'Asthme agi d lahlak igueren unehłun ara, ilaq toujours s la pompe* ». On parlant

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

du traitement, Sarah affirme qu'elle a une pompe (ventoline) qu'elle utilise quand elle a une crise d'asthme. La jeune a expliqué qu'elle ne souffre d'aucune autre maladie ni de complications liée à l'asthme.

Axe 2 : Informations sur la résilience

Sarah indique avoir été avec sa mère au moment de l'annonce de sa maladie, et qu'elle n'a pas fait de réaction tellement elle ne connaissait pas c'est quoi l'asthme, en pensant que s'était qu'un rhume, en disant : « *Lliy akk d yemma, je n'ai pas fait de réaction ur zeri y ara dacut lahlak agi nwi y am a du kan* ». Tandis que pour la réaction de son entourage, elle dit que « *Xeleen, uggaden felli, qelen tt-easaniyi kan* » (Ils étaient choqués, et avaient peur pour moi et donc ils me surveillent constamment).

Quant à ses études, la jeune affirme que : c'était difficile au début mais elle a essayé de garder le même niveau, « *Yueriyi cuya gel début nni, mais syay ad gardiy niveau* ». Par contre sa relation avec les autres n'a pas changé, elle est restée telle qu'elle était auparavant, en disant « *Xati, kra ur ibedel, akken inella ineqqim* ». Sinon pour la question qui suit, Sarah déclare avoir été la seule de ses amies à être asthmatique, les membres de sa famille considèrent cette maladie comme tout autre maladie, juste elle a besoin d'un peu plus de prudence « *Zaren-tt-id d lehlak normal am wiyad, dacu kan uyalen tt-hadareniyi ketar* »

Et enfin, pour la dernière question de cet axe portant sur l'influence de l'asthme sur sa perception à l'avenir, la jeune fille assure que celle-ci n'a pas changé, elle l'aperçoit toujours de la même manière, « *Xati, akken i tt-idzarey déjà i tt-idzarey tura uyalay numayett* ».

Axe 3 : Informations sur la qualité de vie

Pour la première question de cet axe, nous lui avons posé la question suivante : pouvez-vous nous décrire comment vous vous sentez aujourd'hui physiquement et moralement ? Sarah a répondu en précisant qu'elle était bien physiquement et moralement, « *Physiquement aqlin bien, moralement aussi* ». De plus la jeune a déclaré que sa maladie a entraîné des changements dans sa vie comme, « *Lant laḥwayej igbedlen, ur zemirey ara i lḥuman mliḥ, ur zemirey ara i les activités physiques, l'humidité d laetab* » (Ya eu des changements dans ma vie, je ne supporte pas la chaleur, l'humidité, ainsi que les efforts physiques intense).

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

En ce qui concerne ses enseignants et ses camarades de classe, elle dit : « *Ma d lecyux-iw eelmen, ma d mes camarades xati, hacca tamedakult-iw igeelmen* » (Mes enseignants sont au courant, tandis que mes camarades ne le sont pas, sauf une amie à moi). Elle a complété qu'elle n'a jamais vécu une crise d'asthme à l'école, nous avons finalisé cet entretien par cette question : Comment vivez-vous votre adolescence avec votre asthme ? Dont elle a répondu ainsi : « *Yella yuær g début mais après numeyt* » (C'était difficile au début mais je me suis adapté). Voilà ce que nous avons pu avoir comme réponses chez Sarah

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Tableau 31: Résultats du questionnaire de CYRM-28

Dans le tableau ci-dessous, figurent les résultats recueillis auprès de notre 8^{ème} cas selon l'échelle CYRM-28 :

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
2	5	8	11	2

Les données recueillies révèlent que notre sujet de recherche a obtenu un score de 90, ce qui se trouve dans la plage moyenne de 28 à 140. Ce résultat démontre de manière convaincante que notre sujet de recherche présente un niveau de résilience modéré.

Dans notre étude, les réponses obtenues couvrent une échelle qui s'étend de pas du tout à énormément. Afin d'attribuer des scores aux réponses, nous avons effectué une assignation des valeurs comme suit : 2 pour « *Pas du tout* », 5 pour « *Un peu* », 8 pour « *Moyennement* », 11 pour « *Beaucoup* » et 2 pour « *Enormément* ».

Les sous-échelles ont obtenu des scores distincts : Les items liés au thème individuel ont obtenu un score de 41, tandis que les items concernant les fournisseurs de soins ont obtenu un score de 21 et les items abordant le thème contextuel ont obtenu un score de 28.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Tableau 32: Résultats de Sarah obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

Thème	Sous-échelle	Items	Score	Score globale des sous-échelles	Score total
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	19	41	90
	Soutien des pairs	14, 18	8		
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	14		
Thème fournisseurs de soin	Besoins physiologiques	5, 7	7	21	
	Besoins psychologique	6, 12, 17, 24, 26	14		
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	5	28	
	Education	3, 16	7		
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	16		

Notre sujet de recherche a obtenu un bon score global de 41 dans la sous-échelle du thème individuel, dépassant la moyenne établie à 35. Cependant, ses scores dans les aptitudes personnelles, le soutien des pairs et les aptitudes sociales sont inférieurs à la moyenne respective de 25, 10 et 20. Il pourrait donc bénéficier d'une amélioration dans ces domaines spécifiques.

Tandis que pour la sous-échelle relative au thème fournisseurs de soin, notre sujet a obtenu un score globale de 21 ce qui est légèrement inférieur à la moyenne de 24,01. Ses besoins physiologiques sont assez bons avec un score de 7 sur une moyenne de 10. Toute fois son besoin psychologique est inférieur a la moyenne de 25, avec un score de 14.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Pour la sous-échelle du thème contextuel, notre sujet obtenu un score de 28 qui est inférieur à la moyenne de 33,36. Cependant, les scores dans certaines dimensions spécifiques sont également inférieurs à leurs moyennes respectives, Le score Spirituel est assez faible avec un score de 5 pour une moyenne de 15. Pour l'éducation avec le score est de 7, légèrement inférieur à la moyenne de 10, En ce qui concerne la dimension culturelle le score est de 16, qui est inférieur à la moyenne de 25.

D'après la sous échelle du thème individuel, dans les aptitudes personnelles on constate que Sarah présente une collaboration moyenne avec les autres et fait des efforts moyens pour essayer de terminer ce qu'elle a commencé, les gens aiment beaucoup sa compagnie, et elle possède une capacité énorme à résoudre ses problèmes sans se faire du mal ni blesser les autres, elle est également très consciente de ses forces et de ses capacités.

En ce qui concerne le soutien des pairs, notre sujet de recherche se sent très soutenue par ses amis qui sont présents pour elle lorsqu'elle rencontre des difficultés, elle sait moyennement se comporter dans différentes situations sociales, elle a également de bonnes chances de prouver aux autres qu'elle est maintenant adulte et capable d'agir de manière responsable elle a, elle sait également à qui s'adresser dans sa communauté pour obtenir de l'aide, et enfin elle a des chances moyennes de développer des compétences qui lui seront utiles pour plus tard.

Dans la sous-échelle des fournisseurs de soins, Sarah indique que ses parents la surveillent peu sur le plan physiologique, mais elle a énormément de nourriture à sa disposition en cas de faim. Sur le plan psychologique, Sarah estime que ses parents la connaissent moyennement et qu'elle ne parle pas de ses sentiments avec sa famille. Toutefois, elle se sente beaucoup soutenue par sa famille lorsqu'elle rencontre des difficultés et en sécurité en leur présence. Cependant, elle n'apprécie pas beaucoup les traditions et la culture de sa famille.

Dans la sous-échelle du thème contextuel, en ce qui concerne le spirituel, la jeune adolescente n'accorde pas vraiment d'importance aux croyances spirituelles et ne participe pas du tout à des activités religieuses. De plus, elle a peu de conviction quant à l'importance d'être au service de sa communauté. Sarah considère que l'éducation est une chose importante pour elle, et elle se sent moyennement à sa place dans son école. Néanmoins, pour la dimension culturelle, elle indique que il ya moyennement de personne qu'elle admire, elle est très fière de son origine ethnique, mais elle apprécie peu les traditions de sa communauté, et qu'elle est

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

traitée de manière moyenne dans sa communauté. Enfin, elle est très fière d'être une citoyenne d'Algérie admit-elle.

Synthèse de l'échelle CYRM-28

Le huitième sujet de recherche a obtenu un score total de 90, ce qui indique une résilience assez bonne selon le manuel du test de CYRM-28. Cette résilience est observée principalement dans les thèmes individuel et fournisseurs de soins. Dans le thème individuel, nous avons noté un score de 41 pour une moyenne de 35, tandis que dans le thème fournisseurs de soins nous avons enregistré un score de 21 pour une moyenne de 24.01,. Cependant, dans le thème contextuel, le score de 28 est légèrement inférieur à la moyenne de 30.36.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de VSP-A

Le tableau suivant présente les résultats du questionnaire VSP-A obtenus par dimension :

Tableau 33: Résultats du questionnaire obtenus par (SARAH)

Dimensions	Scores
Bien-être psychologiques	70/100
Energie et vitalité	76/100
Amis	77/100
Parents	80/100
Loisirs	76/100
Ecole	73/100
Score globale	75/100

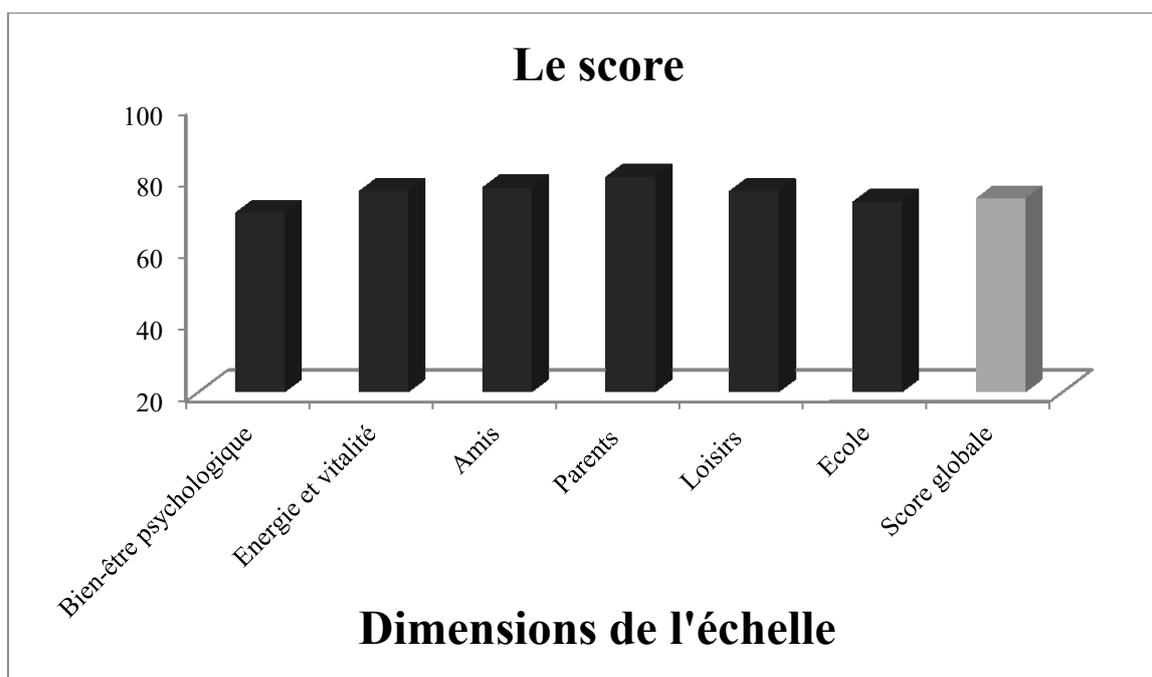


Figure 10: Résultats au questionnaire obtenus par Sarah

Les résultats du questionnaire révèlent une bonne qualité de vie pour notre sujet de recherche, avec un score global de 75 sur 100. Les différentes dimensions évaluées présentent des variations : ainsi, le bien-être psychologique, l'énergie et la vitalité, les amis, les loisirs, l'école et les parents présentent également des résultats positifs, avec des scores respectifs de 70, 76, 77, 76, 73, 80, soulignant différents aspects de satisfaction et de bien-être. Ces résultats témoignent d'une qualité de vie satisfaisante dans la plupart des domaines évalués.

Dans la dimension du « *Bien-être psychologique* », Sarah a exprimé qu'elle se sentait parfois angoissée et toujours inquiète quant à son avenir professionnel. Elle a choisi l'option « *Parfois/Moyennement* » pour quatre items évaluant son niveau de préoccupation, de stress, de dégoût, ainsi que son sentiment de choc et de révolte face à ce qui se passe autour d'elle. De plus, elle a coché l'option « *Souvent/Beaucoup* » à quatre reprises pour indiquer son niveau d'angoisse et de peur liées à l'avenir, sa tristesse, sa fatigue et son état de pensée. Ces réponses suggèrent que Sarah éprouve des préoccupations et des émotions négatives dans sa vie quotidienne, ce qui peut influencer son bien-être psychologique.

Pour la dimension « *Energie et vitalité* », notre cas de recherche a indiqué qu'elle a toujours eu le sourire facilement, elle a coché 3 fois la case « *Parfois/Moyennement* » répondant aux questions sur son morale, son contentement et sa satisfaction de sa vie, ainsi que sur le fait d'avoir l'impression que tout allait bien autour d'elle. De plus, elle a coché « *Souvent/Beaucoup* » pour six items, exprimant ainsi qu'elle a souvent eu tendance à prendre

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

la vie du bon côté, elle se sentait souvent en pleine forme et en très bonne condition physique, avait souvent confiance en elle et était optimiste et confiante pour l'avenir. Enfin, elle était également très motivée en pensant à l'avenir. Ces réponses témoignent d'un niveau élevé d'énergie, de positivité et de vitalité dans la vie de notre sujet de recherche.

Passant à la dimension « *Amis* », ou Sarah a admettait qu'elle pouvait souvent se confier et discuter avec ses copines, ainsi que s'exprimer et communiquer facilement avec les autres. La jeune a choisi l'option « *Parfois/Moyennement* » à deux reprises pour représenter ses réponses concernant la discussion de ses problèmes avec ses amies et les conseils qu'elle leur donne. Elle affirme également avoir été toujours entourée et soutenue par ses copines. Ces réponses indiquent que Sarah bénéficie d'un bon soutien social et d'une communication ouverte avec ses amies, ce qui contribue positivement à sa dimension amicale et à sa qualité de vie.

Notre sujet de recherche a coché 3 fois dans la case « *Toujours/énormément* » pour la dimension « *Parents* », révélant ainsi la disponibilité de ses parents pour l'écouter, pour discuter avec elle et qu'elle se sent protégée par eux. Sarah déclare également que ses parents lui donnent souvent des conseils et qu'elle a souvent l'impression qu'ils comprennent ses soucis et ses problèmes. Par contre elle n'a jamais eu l'impression que ses proches prêtaient attention à elle ou se préoccupaient d'elle. Ces réponses mettent en évidence le rôle important des parents dans la vie de notre sujet de recherche, en termes d'écoute, de soutien et de compréhension, mais également soulignent une certaine absence d'attention de la part des autres proches.

Toute fois pour la dimension « *Loisirs* », l'adolescente a coché « *Parfois/Moyennement* », pour la question concernant le fait de se retrouver en bande avec ses copines, en revanche, elle a choisi l'option « *Souvent/Beaucoup* » pour les autres items relatifs aux activités qu'elle pratique avec ses amies, y compris les sorties en ville, au cinéma, chez elles ou simplement pour jouer à l'extérieur. Ces réponses indiquent que Sarah profite régulièrement d'activités de loisirs avec ses amies, ce qui contribue à sa dimension sociale et à son bien-être général.

Pour la dernière dimension « *Ecole* », Sarah a indiqué qu'elle obtenait souvent de bons résultats au collège et qu'elle était très satisfaite de son travail scolaire. Elle a rarement rencontré des difficultés lors de ses études. Ces réponses suggèrent que Sarah est performante sur le plan académique et qu'elle se sent globalement épanouie dans son parcours scolaire.

Synthèse de l'échelle VSP-A :

Avec un score global de 75/100 sur l'échelle de qualité de vie VSP-A, notre sujet de recherche présente une bonne qualité de vie. Les résultats indiquent des scores allant de 70 à 80 pour les différentes dimensions étudiées. Ces scores témoignent d'une évaluation positive dans l'ensemble des domaines évalués.

Synthèse su cas N°08 : Sarah

À partir de notre entretien de recherche semi-structuré et des deux échelles de mesure de la résilience et de la qualité de vie, nous avons recueilli des données sur l'expérience de l'adolescente face à sa maladie, ce qui nous a permis d'obtenir des scores spécifiques.

D'après nos résultats, notre sujet de recherche a obtenu un score de 90 sur l'échelle CYRM-28, ce qui suggère que l'adolescente possède des compétences pour faire face et s'adapter aux défis de la vie malgré les difficultés rencontrées. Par ailleurs, son score de qualité de vie de 75/100 sur l'échelle VSP-A indique une résilience dans divers domaines de sa vie, ce qui est en accord avec les données recueillies lors de l'entretien. Ces résultats soulignent la capacité de l'adolescente à maintenir un niveau satisfaisant de qualité de vie et à surmonter les obstacles auxquels elle est confrontée.

En analysant les résultats de l'entretien ainsi que les données obtenues à partir des outils de mesure de la résilience et de la qualité de vie, nous avons observé une cohérence entre eux. Cette cohérence suggère une relation entre les réponses fournies lors de l'entretien et les résultats obtenus à travers les mesures objectives.

Cas N° 9 : Fatima

1. Présentation et analyse des données de l'entretien semi-directif

Fatima une belle fille qui porte le foulard âgée de 13 ans, élève en deuxième année moyenne, elle vit avec ses parents, son père âgé de 43 ans enseignant de science islamique au lycée, sa mère âgée de 39 ans couturière, elle a un petit frère âgé de 10 ans.

Elle a accepté de participer à l'enquête après avoir obtenu le consentement positif de ses parents et le rendez-vous a eu lieu à 10h au CEM dans le bureau de la conseillère pédagogique pour une durée de 15 minutes.

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

Fatima nous indique qu'elle a vécu une bonne enfance, « *l'Enfance inu seedayt bien am waracc akk imectuhen leebey fyey hewsey* » (J'ai vécu mon enfance comme tous les jeunes enfants, je jouis, je sorti et je me baladé), par rapport a sa maladie elle nous a annoncé qu'elle était diagnostiqué à l'âge de 11 ans « *Asmi seiÿ 11 ans ièlmey beli helkey l'asthme* ». Sinon a propos de l'asthme la jeune fille nous a dit « *Ur sineÿ ara atas lehwayej af l'asthme, zriÿ kan win itihelken, ad itdaq wa ad teqrahen idmarnis* » (Je ne connais pas beaucoup de chose sur l'asthme, je sais juste que la personne atteinte s'étouffe et se sens mal au niveau des poumons).

En ce qui concerne le traitement suivi, elle nous a déclaré « *Dwa inu ucfiy ara af ismis, zriÿ kan seiÿ une pompe trucuyt; seiÿ dayen l'appareil n l'oxygène mti iytetef la crise d'asthme ixedmiÿit baba tsulagiÿ* » (Je ne me souviens pas vraiment du nom de mon médicament, mais je sais que j'ai une pompe que je prends, et un apparail d'oxygène, que mon père me prépare lorsque je fais une crise d'asthme).

Fatima n'est pas atteinte d'autre maladie, mais elle souffre de quelques complications liées a l'asthme où elle a dit « *Qley ur tteleabey ara del jiran am zik nni, axater ur zmireÿ ara ad azley atas tt-daqey* » (je ne joue plus comme avant avec mes voisins, vu que je m'étouffe quand je cours).

Axe 2 : Informations sur la résilience

Pour la première question de cet axe, concernant sa réaction lors de l'annonce de sa maladie, et avec qui elle se trouvait, Fatima nous raconte que sa réaction était normale en disant « *asmi iydinna tbib helkey liÿd yemma d baba, nekki la réaction ynu tela normal, baba d yemma dayen banen-iyi-d normal* » (Quand le médecin ma annoncé ma maladie, j'étais avec ma mère et mon père, ma réaction était normal, c'était le même cas pour mes parents).

Lorsque qu'on lui a posé la question pour savoir s'il y a eu un changement dans ses relations avec les autres, elle nous a répondu ainsi : « *leibad kra ma ibedel yidsen, la famille inu kan qlen tthadaren-iyi akter, teassan-iyi surtout af lmakla, smektayen-iyi-d daken uylaq-ara ad eççey la glace nay ayen isemden* » (ma relation avec les autres n'a pas changé, juste ma famille qui est devenu plus protective, et surveille ma nourriture, on me rappelant de ne pas manger de glace ni de choses froides).

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Sinon à propos de ses études Fatima a rajouté que :« *leqraya inu walu ma ibedel zges, hercey toujours vava d yemma dayen tswibin-iyi*» (Rien n'a changé dans mes études, je suis toujours assidu, mon père et ma mère me suivent toujours), quant aux amis asthmatiques, Fatima déclare ne pas avoir d'amis asthmatiques, mais par contre elle a son grand-père coté paternel qui souffre d'asthme, sinon concernant la dernière question de cet axe, elle a dit « *la famille inu zarren-d lehlak agi del mektub, iketbiyi rebbi ad eicey yides* » (ma famille voit cette maladie comme prédestinée par dieu pour que je vis avec elle)

Elle a rajoutée « *aka illiy aka lehlak agi uy influencé ara f texmam-w, zriy zemrey-as* » (tel que je suis, cette maladie n'affecte pas ma façon de penser et je sais que je peux faire face).

Axe 3 : Informations sur la qualité de vie

« *Assagi Elhamdulillah, husey imaniw bien que ce soit physiquement ney moralement*» (Aujourd'hui dieu merci je me sens bien que ce soit physiquement où moralement), c'est ce que la jeune adolescente a répondu sur la 19^{ème} question.

Elle a poursuivi en inadéquat qu'il n'y'avait pas de changement que l'asthme a provoqués dans sa vie. « *Gmi ihelkey l'asthme qley sei y la responsabilité, tthadarey akter imaniw, ustahzayey-ara, axater zriy mara ad helkey teetiibey imawlan-iw yidi*» (depuis que je suis asthmatique, j'ai la responsabilité de prendre plus soin de moi et de ne pas me complaire, car je sais lorsque je tombe malade, mes parents s'inquiètent pour moi), par ailleurs, Fatima a affirmer que ses profs et ses amis sont au courant de sa maladie.

Lorsque nous lui avons demandé si elle avait déjà fait une crise d'asthme en classe, elle a répondu négativement « *Xati jamais teḍrayi déjà* » (non sa ne ma jamais été arrivé).

Pour la dernière question de cet axe indiquant si elle a quelque chose a nous rajouté, elle nous a assuré qu'il n'y a rien a rajouté« *Xati ulac kra* ». Voilà ce que nous avons pu avoir comme réponses chez notre sujet Fatima

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de CYRM-28

Tableau 34: Résultats du questionnaire de CYRM-28

Dans le tableau ci-dessous, figurent les résultats recueillis lors de notre cas selon l'échelle CYRM-28 :

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
0	0	4	10	14

Au vu des résultats acquis, on constate que notre sujet de recherche a obtenu un score de 122 pour une moyenne comprise entre 28 et 140, ce score démontre que notre sujet de recherche fait vraiment preuve de résilience.

Les réponses qu'on a obtenu varient entre pas du tout et énormément. Une réponse de « *Pas du tout* » correspond à un score de 0, une réponse de « *Un peu* » correspond à un score de 0, une réponse de « *Moyennement* » correspond à un score de 12, une réponse de « *Beaucoup* » correspond à un score de 40 et une réponse de « *Enormément* » correspond à un score de 70.

Les sous-échelles ont obtenu des scores différents : pour les items explorant le thème individuel, le score est 43, pour les items concernant les fournisseurs de soins le score est 30, et pour les items portant sur le thème contextuel le score obtenu est 49.

Tableau 35: Résultats de Fatima obtenus dans la sous-échelle de CYRM-28

Thème	Sous échelle	Items	Score	Score globale des sous-échelles	Score total de l'échelle		
Thème individuel	Aptitudes personnelles	2, 8, 11, 13, 21	20	43	122		
	Soutien des pairs	14, 18	7				
	Aptitudes sociales	4, 20, 15, 25	16				
Thème fournisseurs de Soins	Besoins physiologiques	5, 7	9	30		122	
	Besoins psychologiques	6, 12, 17, 24, 26	21				
Thème contexte	Spirituel	9, 22, 23	15	49			122
	Education	3, 16	10				
	Culturel	1, 10, 27, 28, 19	24				

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Le score de la sous-échelle relative au thème individuel est de 43 pour notre sujet, ce qui est supérieur à la moyenne de 35. Cela suggère que notre sujet est parfaitement résilient. Cependant, notre sujet a obtenu un score de 20 pour les aptitudes personnelles, qui est inférieur à la moyenne de 25. Le score pour le soutien des pairs est également bon avec un score de 7, contre une moyenne de 10. En revanche, le score pour les aptitudes sociales est plus élevé avec 16, contre une moyenne de 20.

Concernant la sous-échelle relative au thème du fournisseur de soins, un score de 30 a été obtenu pour une moyenne de 24.01, un score supérieur à la moyenne, ce qui signifie que Fatima fait preuve de résilience. Pour les besoins physiologiques, un score de 9 a été obtenu pour une moyenne de 10, et pour les besoins psychologiques, un score de 21 a été attribué pour une moyenne de 25. Nous voyons que notre sujet a un score élevé dans les deux besoins psychologiques et physiologiques.

Au niveau de la sous-échelle représentant le thème contextuel, nous avons obtenu un score de 49 pour une moyenne de 30.36, un score qui est supérieure. Ainsi, le score pour le spirituel était en moyenne 15 contre 15, pour l'éducation on a eu un score de 10 pour une moyenne de 10, et pour le culturel on a obtenu un score de 24 pour une moyenne de 25. Donc nous remarquerons que notre dans ce thème a un très bon score et elle prouve que elle était résiliente.

Synthèse de l'échelle de CYRM-28

Dans notre cas, le score obtenu est de 122, qui est proche de la moyenne de 140 définie par le manuel de CYRM. Nous constatons que notre sujet est résilient, ce qui est confirmé par les différents thèmes évalués. Nous avons notamment observé une plus grande résilience dans la sous-échelle relative aux thèmes contexte, avec un score de 49 pour une moyenne de 30.36, ainsi que dans la sous-échelle relative au thème fournisseurs de soins, avec un score de 34 pour une moyenne de 24.01, et enfin dans la sous-échelle relative au thème individuel, avec un score de 48 pour une moyenne de 35.

3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle de VSP-A

Tableau 36: Résultats du questionnaire obtenus par (FATIMA)

Dimension	Scores
Bien-être psychologique	36 /100
Energie et vitalité	94/100
Amis	77/100
Parents	97/100
Loisirs	64/100
Ecole	73/100
Score globale	74/100

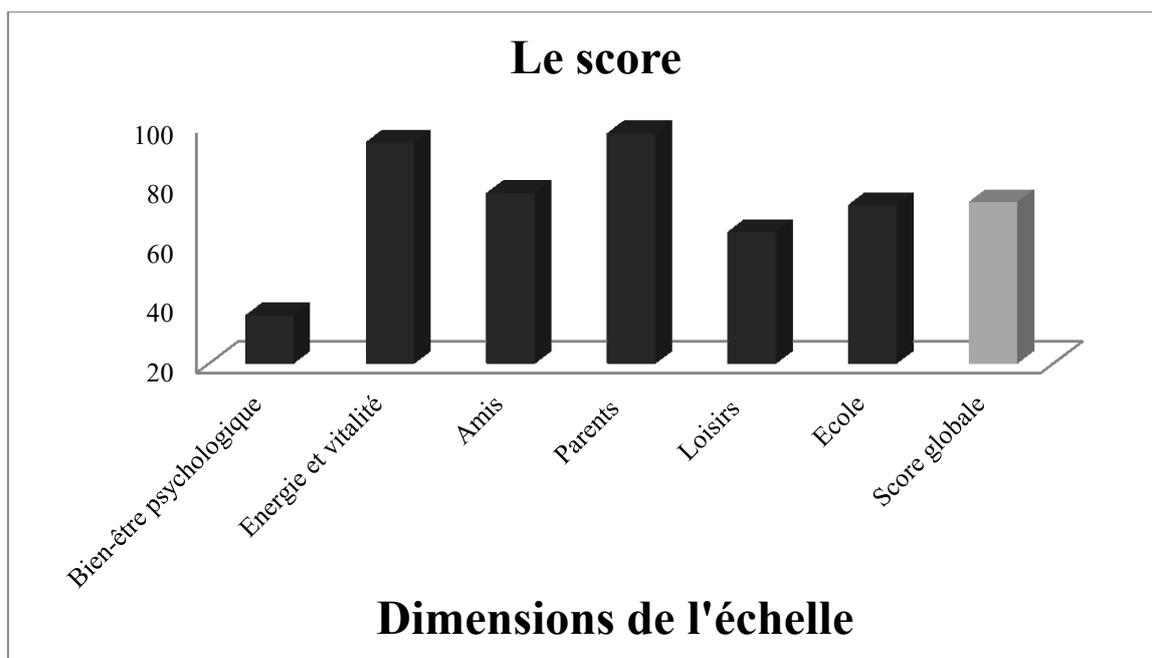


Figure 11: Résultats au questionnaire obtenus par Fatima

Les résultats obtenus par le questionnaire indiquent que notre sujet de recherche a une bonne qualité de vie (74/100). On trouve que le « *Bien-être psychologique* » est faible, avec un score de 36/100. En revanche, « *Energie et la vitalité* » semblent être bonnes, avec un score de 94/100. Les relations avec les amis et moyennement, avec un score de 77/100 et concernant les parents semble vraiment positives, avec des scores de 97/100 pour chacun. , les loisirs ont un score un peu moins avec un score de 64/100, tandis que « *Ecole* » a un score

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

élevé de 73/100. Globalement, les résultats obtenus par notre cas indiquent un niveau de satisfaction dans la plupart des domaines surtout par rapport aux relations avec les parents et dans la dimension énergie et vitalité.

Dans la dimension de « *Bien-être psychologique* » Fatima a coché dans la case « *Jamais/Pas du tout* » pour quatre items concernant, si elle a été déjà angoissée ou peur en pensant à l'avenir, sa tristesse, avoir été choquée ou révolté par ce que passe autour d'elle, avoir été inquiété pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage). Tandis qu'elle a coché pour les autres quatre items dont le premier indique son niveau d'angoisse, de stress, de d'égout, et si elle a été pensive dans la casse « *Rarement/Un peut* », et pour les deux derniers items dans la casse « *Parfois/Moyennement* » répondant sur le fait d'être soucieux ou incapable de réagir et si elle se sentie fatiguée. Cela indique que notre sujet présente globalement un bon état psychologique.

Fatima a coché dans la deuxième dimension de l'échelle VSP-A « *Energie et vitalité* » sept items indiquant qu'elle a toujours eu tendance à prendre la vie du bon coté, ayant facilement le sourire, elle été toujours en pleine forme, viabilité et morale, elle été toujours optimiste et confiante pour l'avenir, elle a énormément de confiance en soie et qu'elle a toujours l'impression que tout allait bien au tour d'elle. Tandis que pour les trois autres questions la jeune avait répondu en disant qu'elle été souvent en bonne santé physique, et souvent motivé en pensant à l'avenir, et enfin d'elle est trop satisfaite de sa vie. Ce qui indique que notre sujet avis un très bon score dans cette dimension et qui veut dire qu'elle est en plein forme et énergie.

Dans la dimension « *Amis* » qui contient six items, notre sujet de recherche a coché deux items expliquant qu'elle a toujours pu se confier a ses copines et qu'elle a toujours pu s'exprimer et communiquer avec les autres. Elle a déclaré qu'elle a souvent donné des conseils à ses copines en revanche elle a été souvent entourée et aidée par celles-ci. Quant a ses problèmes, elle les a rarement racontées à ses copines, mais parfois elle discute avec eux.

Passant a la quatrième dimension portant sur « *Parent* », qui contient lui aussi six items, où Fatima a coché cinq items montrant qu'elle a été toujours senti protégée par ses parents, et qu'ils comprenaient ses soucis et problèmes. Ceux-ci ont toujours été disponible pour son écoute et discussion, ils lui donné énormément de conseils. En ce qui concerne ses proches, elle a souvent eu l'impression qu'ils font attention et se soucies d'elle. Ce qui montre que notre sujet à un très bon lien avec ses parents et que elle était satisfaite de leur coté.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Pour la dimension « *Loisirs* », la jeune fille a coché dans la case « *Souvent/Beaucoup* » deux fois, répondant ainsi aux questions, si elle été sortie avec ses copines au cinéma, ou si elle est allée jouée en dehors avec eux. Elle a déclaré qu'elle est parfois allée chez ses copines, et sortie en ville pour acheter des vêtements ou manger. Fatima avoué avoir été rarement retrouvée en bande avec ses copains.

Et enfin pour la dernière dimension de l'échelle VSP-A qui contienne trois items, la jeune adolescente à coché deux fois « *Toujours/Enormément* », montrant qu'elle a eu de bons résultats au collège et qu'elle été satisfaite de son travail scolaire. En ajoutant qu'elle n'a jamais eu des difficultés à travailler au collège. Ce qui indique que notre sujet de recherche n'a pas des difficultés par rapport a ses études.

Synthèse de l'échelle de VSP-A :

Avec un score global de 68/100 sur l'échelle de la qualité de vie VSP-A, la qualité de vie de Fatima peut être considérée moyennement bonne. Les résultats montrent qu'elle a des points forts dans certaines dimensions telles que l'énergie et la vitalité ainsi que les relations avec ses parents et dans la dimension école, mais elle a également des points un peu plus moins dans d'autres dimensions telles que les amis et le bien-être psychologique et un score moyenne dans la dimension loisirs.

Synthèse du cas Fatima

En nous appuyant sur notre entretien de recherche semi-structuré et sur les deux échelles de mesure de la résilience et de la qualité de vie, les données concernant le vécu de l'adolescente face à sa maladie ont été récoltées et des scores spécifiques ont été obtenus.

En effet, notre sujet de recherche à une résilience de 122 sur l'échelle CYRM-28 qui peut indiquer que l'adolescente est capable de faire face et de s'adapter aux défis de la vie malgré sa maladie , tandis qu'une qualité de vie de 68/100 sur l'échelle VSP-A peut suggérer que l'adolescente est compétente dans différents domaines de sa vie et qu'elle a une bonne qualité de vie.

II. Discussion des hypothèses

Après avoir exposé et analysé les résultats de nos neuf cas, nous entamons la dernière partie de ce chapitre, où nous discuterons nos hypothèses afin de répondre aux questions posées par notre problématique, dans le but d'affirmer ou d'infirmer nos deux hypothèses.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Rappelons que notre objectif était celui de découvrir le vécu des adolescents atteints d'asthme, en termes de résilience et de qualité de vie. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les données obtenues à partir des trois outils de recherche que nous avons employés, à savoir l'entretien semi-directif de recherche, le questionnaire CYRM-28 et la VSP-A. Nous procédons maintenant à la discussion des résultats issus de l'analyse des cas que nous avons étudiés.

Hypothèse N° 1 : Oui, les adolescents asthmatiques sont résilients.

Nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif ainsi que l'échelle de résilience CYRM-28 pour évaluer la résilience des adolescents asthmatiques, dans le but d'affirmer ou d'infirmier notre première hypothèse.

Tableau 37: Tableau récapitulatif des résultats des sujets au CYRM-28

Prénoms	Dania	Nina	Serine	Faroudja	Lynda	Amel	Dyhi	Sarah	Fatima
Pas du tout	4	0	0	1	7	1	0	2	0
Un peu	2	1	2	9	3	0	3	5	0
Moyennement	4	1	6	4	2	4	6	8	4
Beaucoup	3	14	14	5	4	12	12	11	10
Enormément	16	12	6	10	12	11	7	2	14
Score général	107	122	108	100	95	116	107	90	122
La signification	Elevé	Elevé	Elevé	Elevé	Modéré	Elevé	Elevé	Modéré	Elevé

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Tableau 38: Tableau récapitulatif des résultats des sujets aux sous-échelles de CYRM-28

		Dani a	Nin a	Sérin e	Faroudj a	Lynd a	Ame l	Dyhi a	Sara h	Fatim a
Thème individuel	Aptitude personnelle	16	21	17	21	22	24	21	19	20
	Soutien par les pairs	2	7	8	5	9	7	5	8	7
	Aptitude sociale	18	17	15	11	19	17	17	14	16
Thème fournisseur s de soin	Besoins physiologie s	10	10	8	10	6	10	9	7	9
	Besoins psychologiqu es	25	24	18	20	6	22	19	14	21
Thème Contexte	Spirituel	10	11	10	8	12	7	11	5	15
	Education	9	9	9	10	9	9	10	7	10
	Culturel	17	23	23	16	12	20	115	16	24
Score générale		107	122	108	100	95	116	107	90	122

Le tableau ci-dessus, représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos sujets, on déduit que Dania, Nina, Sérine, Amel, Dyhia et Fatima obtiennent un niveau de résilience élevé, pour Lynda, Faroudja et Sarah, elles ont obtenus un score modéré par rapport à la moyenne, ce qui est renforcé par des thèmes différents.

Pour ce qui est des sous-scores et qui sont également d'après le manuel de l'échelle en question des facteurs de résilience, on note qu'il existe une différence au niveau des facteurs qui ont fait que ces cas sont résilients. En effet, dans le premier cas, on observe une distinction des facteurs de résilience tels que les aptitudes sociales, les besoins physiologiques, les besoins psychologiques et l'éducation. Quant au deuxième cas, les facteurs prédominants comprennent les besoins physiologiques, les besoins psychologiques, l'éducation et les facteurs culturels.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Pour le troisième cas, les principaux facteurs sont les besoins physiologiques, l'éducation et les facteurs culturels. Le quatrième cas met en évidence les besoins physiologiques et l'éducation comme facteurs clés. Dans le cinquième cas, on retrouve les solutions des pairs, les aptitudes sociales et l'éducation comme facteurs déterminants. Le sixième cas met en avant les aptitudes personnelles, les besoins physiologiques et l'éducation. En ce qui concerne le septième cas, les facteurs prééminents sont les besoins physiologiques et l'éducation. Le huitième cas se distingue par le soutien des pairs et l'éducation. Enfin, dans le dernier cas, les facteurs spirituels, l'éducation, les besoins physiologiques et les facteurs culturels jouent un rôle essentiel.

Cas N° 01 : Dania

Notre premier cas, une adolescente âgée de 15 ans, asthmatique depuis l'âge de 5 ans. A travers notre discours avec elle et d'après l'entretien semi-directif et les données de la passation de l'échelle CYRM-28, nous constatons que, Dania fait preuve de résilience face à sa maladie avec l'aide et la disposition de sa famille, d'après ce que elle nous a raconter« *zarren-tt-id cyel lhağa normal, d lahlak normal, ddan yidi, uyalen tt-ħadarniyi plus tt-ggatiniyi kter* » (ils l'a voient comme une chose normale, c'est une maladie ordinaire, ils étaient à mes cotés, ils font plus attention et ils me gâtent aussi).

D'après l'analyse des données obtenus dans l'entretien semi-directif et de l'échelle de CYRM-28 qui égale à 107 points qui indique que Dania fait preuve de résilience, donc on confirme notre première hypothèse.

Cas N° 02 : Nina

Nina, une élève en quatrième année moyenne elle a 15 ans, asthmatique depuis 5ans, a travers notre entretien semi-directif et l'utilisation de l'échelle de mesure de la résilience CYRM-28 , nous constatons que notre sujet est résiliente malgré sa maladie et que celle-ci n'a pas influencé sur elle, et sur ses études d'après son discours « *kra ur ivedel g leqraya inou, les notes iw subented mais mačči de l'asthme* » (rien n'a changé dans mes études, à part mes notes qui ont chuté, mais ce n'est pas à cause de l'asthme).

D'après l'analyse des résultats obtenue par notre cas dans l'entretien semi-directif et de l'échelle CYRM-28 et le score obtenue de 122 points on confirme notre hypothèse pour ce cas.

Cas N° 03 : Sérine

Sérine, une jeune fille âgée de 14 ans, élève en troisième année au collège, asthmatique depuis l'âge de 12 ans, a partir de notre entretien semi-directif et l'échelle CYRM-28, nous arrivons à dire que Sérine fait preuve de résilience face à sa maladie même si que cette pathologie a influencé sur ses études d'après ce que elle nous a dit dans ce passage « *oui, uyaley-d cwiya ar deffir, tellement ittruhuyi yides, tt-diqey des fois, t-tt-atafiyi tusut, donc uyaley utavaeey ara atas g la classe* » (J'ai pris du recul car je souffre d'insomnie à cause de la toux et de l'étouffement, ce qui fait que je suis moins présente en classe).

D'après les résultats obtenue dans l'entretien et dans l'échelle CYRM-28 et le score obtenu de 108 points, nous constatons que notre sujet est résiliente malgré toutes les difficultés rencontrées et sur ça, on confirme notre hypothèse pour ce cas.

Cas N° 04 : Faroudja

Faroudja, une adolescente âgée de 15 ans, asthmatique depuis l'âge de 7 ans, d'après notre entretien de recherche semi-directif et les résultats de l'échelle CYRM-28, nous constatons que notre sujet est résiliente et que cette maladie n'a pas d'effet sur sa vie c'est ce que nous avons compris d'après ses propos « *l'asthme uyi influencé wara, des fois tettuy même belli helkey* » (l'asthme ne m'a pas influencé, d'ailleurs parfois j'oublie que je suis malade).

D'après les résultats obtenus dans l'entretien semi-directif et l'échelle CYRM-28 et d'après le score obtenu de 100 points, nous dirons que notre cas fait preuve de résilience malgré sa maladie et on confirme cette fois aussi notre hypothèse.

Cas N° 05 : Lynda

Lynda, une lycienne de 17 ans, asthmatique depuis 7 ans, d'après l'entretien semi-directif et l'échelle CYRM-28, passé par notre sujet, on peut dire que Lynda fait preuve de résilience malgré les difficultés qu'elle a vécu dans sa vie et l'impacte de l'asthme sur sa vie d'après ce passage « *l'asthme ma vraiment influencé tt-sufriy yides zarey-t-id da problème n dunit-iw* » (l'asthme m'a vraiment impacté, il me fait souffrir, et je le vois comme le problème de ma vie).

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

101 est le résultat obtenu par notre cas, sur l'échelle de CYRM-28, ce qui indique que Lynda fait preuve de résilience, malgré tout et qu'elle présente une bonne résilience, d'après ce cas on peut aussi confirmer notre hypothèse.

Cas N° 06 : Amel

Amel, sportive âgée de 17 ans, souffre de l'asthme depuis l'âge de 12 ans, on a passée notre entretien semi-directif et l'échelle de CYRM-28 qui a indiqué que notre sujet fait face à la résilience et que cette maladie n'a jamais influencé sa vie, d'après ce que nous avons constaté dans ce passage « *l'asthme m'a jamais influencé, t3icey yides normal et je pense pas aydixdem un problème ar zat* » (l'asthme ne m'a jamais influencé, je vis avec le plus normalement possible et je ne pense pas qu'il me posera des problèmes à l'avenir).

D'après son score, qui est de 116 points obtenue dans l'échelle CYRM-28, cela indique que notre cas est résilient et qu'elle présente un niveau de résilience élevé, qui confirme la fiabilité de notre hypothèse pour ce cas.

Cas N° 07 : Dyhia

Dyhia une fille âgée de 16 ans, atteinte par l'asthme depuis l'âge de 10 ans, d'après notre entretien semi-directif et d'après l'échelle de mesure de la résilience CYRM-28, on a constaté que Dyhia fait preuve de résilience, elle était capable de faire face a sa maladie et qu'elle voit l'asthme comme un coup de pouce en disant : « *lehlak agi ma influencé positivement d'ailleurs c'est pour ça ibyiy adyrey aken adfyey ttatbibt en pneumologie kra n was* » (cette maladie m'a impacté de manière positive, au point de m'encourager à étudier pour devenir un jour médecin en pneumologie).

Dyhia a eu un score de 107 points sur l'échelle CYRM-28, ce qui indique de sa part que notre sujet est résiliente et qu'elle présente une résilience élevée, ce qui prouve que l'hypothèse « les adolescents asthmatiques sont résilients » est confirmée.

Cas N° 08 : Sarah

Sarah, Une fille âgée de 13 ans, asthmatique depuis 4 ans, d'après notre entretien semi-directif avec Sarah on a constaté qu'elle a pu quand même présenter une preuve de résilience malgré sa souffrance avec l'asthme depuis l'âge de 9ans.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Pour les résultats obtenus par notre sujet est le score de 90 points sur l'échelle de CYRM-28, qui indique que Sarah présente une résilience modérée. De ce fait, on confirme notre hypothèse pour ce cas.

Cas N° 09 : Fatima

Fatima, une fille de 13 ans, qui porte le foulard, une adolescente asthmatique depuis l'âge de 11 ans, après avoir passé l'entretien semi-directif et l'échelle CYRM-28, on a remarqué sur elle cette sagesse qu'on peut pas trouvé chez un autre adolescent de son âge, une fille posée qui fait preuve de résilience et qui peut faire face a sa maladie d'après ses paroles « *aka illiy aka lehlak agi uy influencé ara f texmam-w, zriy zemrey-as* » (tel que je suis, cette maladie n'affecte pas ma façon de penser et je sais que je peux faire face).

Concernant les résultats obtenus par Fatima sur l'échelle CYRM-28, elle a eu un score de 122 points ce qui indique qu'elle présente une résilience élevée, et c'est ce qui confirme l'hypothèse suivante « oui, les adolescents asthmatiques sont résilients ».

Hypothèse N°2 : La nature de qualité de vie des adolescents asthmatiques est bonne.

Nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif ainsi que l'échelle de VSP-A pour examiner la qualité de vie des adolescents asthmatiques, dans le but d'affirmer ou d'infirmer notre deuxième hypothèse.

Tableau 39: Tableau récapitulatif des résultats du questionnaire VSP-A pour chaque sujet.

Dimensions Cas	Bien-être psychologique	Energie et vitalité	Amis	Parents	Loisirs	Ecole	Total
Dania	40/100	78/100	70/100	70/100	24/100	47/100	55/100
Nina	60/100	68/100	70/100	93/100	52/100	60/100	67/100
Sérine	52/100	66/100	73/100	46/100	72/100	53/100	60/100
Faroudja	44/100	82/100	70/100	87/100	40/100	60/100	64/100
Lynda	78/100	36/100	93/100	20/100	40/100	60/100	55/100
Amel	46/100	86/100	90/100	93/100	68/100	60/100	74/100
Dyhia	56/100	74/100	63/100	67/100	44/100	67/100	62/100

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Sarah	70/100	76/100	77/100	80/100	76/100	73/100	75/100
Fatima	36/100	94/100	46/100	97/100	64/100	73/100	68/100

Tableau 40: Nature de la qualité de vie de chaque sujet

Les cas	Le score global	Nature de la qualité de vie
Dania	55/100	Moyennement bonne
Nina	67/100	Moyennement bonne
Sérine	60/100	Moyennement bonne
Faroudja	64/100	Moyennement bonne
Lynda	55/100	Moyennement bonne
Amel	74/100	Bonne
Dyhia	62/100	Moyennement bonne
Sarah	75/100	Bonne
Fatima	68/100	Moyennement bonne

Après avoir examiné les tableaux présentés précédemment, il est observé que la grande majorité des sujets de notre groupe de recherche présentent une bonne qualité de vie en moyenne. Ces résultats indiquent que l'asthme n'a pas d'influence significative sur la qualité de vie des adolescents.

L'analyse des résultats de ce tableau révèle des variations significatives dans les scores des différentes dimensions de la qualité de vie des individus étudiés. Certains cas se distinguent par des scores élevés dans des domaines spécifiques, tandis que d'autres présentent des scores plus faibles.

Dania affiche un score élevé en énergie et vitalité, mais des scores relativement bas en loisirs et à l'école. Nina obtient de bons scores dans la plupart des dimensions, notamment en relation avec ses parents. Sérine présente des scores moyens dans la plupart des dimensions, avec un score relativement bas en ce qui concerne ses parents. Faroudja se distingue par un score élevé en énergie et vitalité, ainsi qu'en relation avec ses parents.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Lynda obtient un score élevé en bien-être psychologique et en relation avec ses amis, mais des scores plus faibles en énergie et vitalité, ainsi qu'en relation avec ses parents. Amel affiche de bons scores dans toutes les dimensions, avec des scores élevés en énergie et vitalité, en relation avec ses amis et ses parents. Dyhia présente des scores moyens dans la plupart des dimensions, avec un score relativement bas en loisirs.

Sarah se distingue par de bons scores dans toutes les dimensions, avec des scores élevés en bien-être psychologique, en énergie et vitalité, ainsi qu'en relation avec ses amis, ses parents et à l'école. Fatima obtient un score élevé en énergie et vitalité, ainsi qu'en relation avec ses parents, mais des scores plus faibles en bien-être psychologique et en relation avec ses amis.

Cas N° 01 : Dania

D'après les informations que nous avons recueillies lors de l'entretien semi-directif, il apparaît que Dania a été affectée par sa maladie au début, comme elle l'a exprimé en disant « *lyaci zaren-iyi-d différente fell-asen les premiers temps, après avec le temps uffiy-d belli ulac d acu igestahlen... cyel d nutni iyi-ivitin* » (les premiers temps les gens me voient différente par rapport à eux, après avec le temps je me suis rendu compte que rien ne vaut la peine, genre c'est eux qui m'évitent). Cependant, au fil du temps, elle a réussi à s'adapter à sa condition et à trouver des stratégies pour faire face à ses symptômes et améliorer sa qualité de vie.

D'après les résultats du questionnaire VSP-A, il est démontré que Dania présente une qualité de vie moyenne, avec un score total de 55/100. Cependant, certaines dimensions spécifiques de sa qualité de vie obtiennent des scores inférieurs à la moyenne. Notamment, sa dimension de « *Bien-être psychologique* » (40/100) montre qu'elle peut éprouver des difficultés émotionnelles liées à son asthme. De plus, sa dimension des « *Loisirs* » (24/100) suggère des limitations dans sa participation à des activités de divertissement, tandis que sa dimension de « *Ecole* » (47/100) indique des défis potentiels dans son environnement scolaire en lien avec son asthme.

D'après l'analyse des données obtenues lors de l'entretien de recherche semi-directif et du questionnaire VSP-A, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce premier cas.

Cas N° 02 : Nina

À partir des éléments que nous avons récoltés dans l'entretien de recherche semi-directif, il ressort que Nina affirme que l'asthme n'a pas entraîné de changements significatifs dans sa vie quotidienne, bien qu'elle puisse parfois ressentir de la frustration en raison des limitations imposées par sa condition asthmatique. « *L'asthme agi ittjiniyi tikwal, asema ad zarey leibad akkit ruhen ar lebhar, nekki xati itteyidiyi lhal* » (l'asthme me dérange des fois surtout quand je vois des gens partant à la plage et moi non, ça me blesse).

Dans le questionnaire VSP-A, les résultats indiquent que Nina présente une qualité de vie moyennement bonne avec un score de 67/100. Ces résultats sont démontrés dans toutes les dimensions, où Nina a obtenu des scores supérieurs à la moyenne. Plus précisément, elle a obtenu un score élevé dans la dimension « *Parents* » avec 93/100, ce qui suggère une relation positive et un soutien solide de la part de ses parents. En revanche, la dimension « *Loisirs* » a obtenu le score le plus faible avec 52/100, indiquant des limitations ou des difficultés dans ses activités de loisirs.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le questionnaire de VSP-A, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce deuxième cas, à savoir la nature de qualité de vie de Nina est bonne.

Cas N° 03 : Sérine

D'après les informations que nous avons assemblées dans l'entretien de recherche semi-directif, Sérine présente une qualité de vie moyennement bonne, bien qu'elle ait dû faire face à des changements dans sa vie quotidienne en raison de son asthme. Sérine exprime que ces changements ont eu un impact sur sa routine quotidienne, et cela a nécessité certaines adaptations et ajustements de sa part « *ur zmirey ara ad qimey g umtiq iyelqen akkith, lebhar dayen ur ttruhuy ara toujours* » (je ne peux pas rester dans un endroit fermé, et aussi je ne pars pas toujours à la plage). En effet, Sérine affirme que son adolescence est quelque peu difficile en raison de sa maladie d'asthme « *llant kra lahwayeğ ur zmirey ara ad texxedm-y, mais sinon ça va aqlin tt-adaptiy cwit cwit* » (il y'a des choses que je ne peux pas faire, mais sinon ça va, je m'adapte petit à petit).

Dans le questionnaire VSP-A, les résultats montrent que Sérine présente une qualité de vie moyennement bonne, avec un score global de 60/100. Ces résultats se confirment dans les différentes dimensions du questionnaire, où Sérine obtient un score de 52/100 pour la

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

dimension « Bien-être psychologique », 66/100 pour « Energie et vitalité », 73/100 pour « Amis », 46/100 pour « Parents », 72/100 pour « Loisirs » et 53/100 pour « Ecole ». Bien que certains domaines, tels que l'énergie et la vitalité, les amis et les loisirs, obtiennent des scores relativement élevés, d'autres aspects de sa vie, tels que le bien-être psychologique, la relation avec ses parents et son expérience scolaire, montrent des scores plus bas.

Suite à l'analyse des données recueillies lors de l'entretien de recherche semi-directif et du questionnaire VSP-A, nous pouvons confirmer notre deuxième hypothèse pour le troisième cas, selon laquelle la qualité de vie de Sérine est bonne.

Cas N° 04 : Faroudja

D'après les renseignements que nous avons rassemblés dans l'entretien de recherche semi-directif, Faroudja nous a dit qu'elle vivait cette période de sa vie de manière positive, elle a souligné que l'asthme n'avait aucun impact sur sa personnalité et qu'elle savait qu'il ne serait jamais un obstacle majeur dans sa vie.

Les résultats du questionnaire VSP-A révèlent que Faroudja présente une qualité de vie moyennement bonne, avec un score global de 64/100. Cependant, deux dimensions de sa qualité de vie se situent en dessous de la moyenne. La dimension « *Bien-être psychologique* » obtient un score de 44/100 et la dimension « *Loisirs* » obtient un score de 40/100. Ces scores inférieurs suggèrent que Faroudja peut rencontrer des difficultés et des défis dans ces aspects spécifiques de sa vie.

En nous appuyant sur l'analyse des données récoltées lors de l'entretien semi-directif et du questionnaire VSP-A, nous affirmons notre deuxième hypothèse pour ce quatrième cas.

Cas N° 05 : Lynda

À partir des informations que nous avons récoltées dans l'entretien de recherche semi-directif, Lynda a exprimé que l'asthme n'a pas eu un impact majeur sur sa vie. Cela suggère que notre cas a réussi à s'adapter aux difficultés liées à sa maladie et à maintenir une certaine stabilité et normalité dans son quotidien.

Selon les résultats du questionnaire de VSP-A, Lynda présente une qualité de vie moyenne avec un score de 55/100. Plus précisément, ses scores dans les différentes dimensions sont de 36/100 pour la dimension « Energie et vitalité », 20/100 pour la dimension

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

« Parents » et 40/100 pour la dimension « Loisirs ». Ces résultats confirment la présence de difficultés dans ces aspects de sa vie.

En se basant sur l'analyse des données issues de l'entretien de recherche semi-directif et du questionnaire VSP-A, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce cinquième cas.

Cas N° 06 : Amel

En recueillant des informations lors de l'entretien de recherche semi-directif et en écoutant attentivement le discours d'Amel, il est clair qu'elle affirme que l'asthme n'a en rien changé sa vie.

D'après les données recueillies dans le questionnaire VSP-A, Amel présente une bonne qualité de vie, avec un score global de 74/100. La plupart de ses dimensions se situent au-dessus de la moyenne, à l'exception de la dimension « *Bien-être psychologique* », qui obtient un score de 46/100. Cela indique qu'Amel pourrait rencontrer des défis ou des difficultés spécifiquement liés à son bien-être psychologique.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le questionnaire de VSP-A, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce sixième cas.

Cas N° 07 : Dyhia

D'après les propos récoltés durant l'entretien de recherche semi-directif, Dyhia déclare que sa vie n'a pas subi de changements majeurs depuis sa maladie. Cependant, elle souligne qu'elle est devenue plus prudente et qu'elle vit une adolescence normale malgré son état de santé. « *teiciy l'adolescence inu normal akk, malgré des fois thusuy imaniw maci am wid iglan g leamriw* », (Je vis mon adolescence le plus normalement possible malgré le fait que parfois je me sens déferente face aux autres jeunes de mon âge).

D'après les résultats du questionnaire VSP-A, Dyhia présente une qualité de vie moyennement bonne, avec un score global de 62/100. Dans la dimension « *Loisirs* », elle a obtenu un score de 44/100, tandis que dans les autres dimensions, ses scores sont supérieurs à la moyenne. Cela suggère que Dyhia rencontre des difficultés spécifiques dans la dimension des loisirs.

Au vu de l'analyse des données provenant de l'entretien semi-directif et du questionnaire VSP-A, nous affirmons notre deuxième hypothèse pour ce septième cas.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Cas N° 08 : Sarah

À partir des renseignements que nous avons récoltés dans l'entretien de recherche semi-directif, Sarah nous a confié qu'il a eu un changement dans sa vie avec cette maladie en déclarant « g » (ya eu des changements dans ma vie, je ne supporte pas la chaleur, l'humidité, ainsi que les efforts physique). Elle a dit aussi qu'au début elle vivait son adolescence avec l'asthme difficilement « r » (c'était difficile au début mais je me suis adapté).

Au vu des résultats du questionnaire VSP-A, Sarah a une bonne qualité de vie, avec un score de 75/100. Toutes les dimensions évaluées sont supérieures à la moyenne, ce qui suggère qu'elle jouit d'un bien-être satisfaisant dans les différents aspects de sa vie.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif, en prenant en compte les changements provoqués par l'asthme dans la vie de Sarah, malgré cela, les résultats du questionnaire VSP-A indiquent qu'elle a une bonne qualité de vie. Par conséquent, nous confirmons notre deuxième hypothèse pour ce huitième cas.

Cas N° 09 : Fatima

D'après les renseignements que nous avons regroupés dans l'entretien de recherche semi-directif, Fatima nous a dit que l'asthme n'a pas provoqué des changements dans sa vie.

Selon les résultats du questionnaire VSP-A, Fatima présente une bonne qualité de vie avec un score de 74/100. La plupart des dimensions de sa vie obtiennent des scores supérieurs à la moyenne, à l'exception de la dimension « *Bien-être psychologique* » qui obtient un score de 36/100. Cela indique que Fatima pourrait rencontrer des difficultés spécifiques liées à son bien-être psychologique, malgré sa bonne qualité de vie globale dans les autres domaines.

À la suite de l'analyse des données provenant de l'entretien de recherche semi-directif et du questionnaire VSP-A, qui révèlent une bonne qualité de vie pour le neuvième cas, nous affirmerons notre deuxième hypothèse pour ce dernier cas.

De ce fait, nous arrivons maintenant à une synthèse des éléments présentés dans ce chapitre, en confrontant notamment les résultats des cas entre eux et avec les résultats des études antérieures.

Synthèse

À la lumière des résultats que nous avons obtenus à partir des outils employés dans la recherche, en particulier l'entretien semi-directif, le questionnaire CYRM-28 et la VSP-A,

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

nous pouvons établir une distinction entre le vécu des adolescents asthmatiques dans les différents cas de notre groupe de recherche.

Ainsi notre première hypothèse, formulée de la manière suivante : « *Oui, les adolescents asthmatiques sont résilients* », a été affirmée pour tous nos sujets. La majorité des participants tels que Nina, Amel, Sérine, Dyhia et Dania ont présentés un niveau de résilience très élevé, ce qui suggère qu'ils ont développé des stratégies efficaces pour faire face aux défis associés à l'asthme et à d'autres difficultés rencontrées à l'adolescence. Cependant, il convient de noter que certains participants, comme Faroudja et Lynda, ont affiché une résilience légèrement moins élevée par rapport aux autres.

Dès lors, pour notre deuxième hypothèse qui stipule : « *la nature de qualité de vie des adolescents asthmatiques est bonne* », on constate qu'elle a été affirmée pour Amel et Sarah car elles ont une bonne qualité de vie, tandis que les autres adolescentes à savoir Dania, Nina, Sérine, Faroudja, Lynda, Dyhia et Fatima ont une qualité de vie moyennement bonne. Toutefois, en se référant au manuel de l'échelle et aux résultats de nos sujets, nous avons conclu qu'elle est également affirmée pour le reste de ces cas.

D'une manière générale, on peut dire que ces résultats vont dans le sens de la revue de la littérature effectuée à ce sujet dans la partie théorique ce mémoire. En effet, l'équilibre de l'asthme offre une qualité de vie meilleure aujourd'hui et une bonne résilience.

Ensuite, des études concernant les adolescents asthmatiques ont été effectuées dans le monde et notamment en Algérie. Entre autre, nous allons comparer les résultats de notre recherche avec ces études antérieures que nous allons présenter, en commençant par celle de M. Oudjedi Adda, qui a réalisée une « *Etude de l'impact de l'exercice physique sur l'asthme chez les enfants et adolescents scolarisés* », en 2020, au niveau de la wilaya de Chlef, auprès de 122 enfants et adolescents scolarisés âgés de 10-16. C'est la méthode descriptive qui a été utilisé par la chercheuse pour réaliser cette étude. Les résultats ont montré que 36 élèves ont été exclus du protocole pour de différents raisons (Fonction pulmonaire de repos anormale, Tachycardie, Grippe, Effort insuffisant.etc.). La toux est le symptôme les plus fréquents chez les enfants qui ont un asthme d'effort. De plus, 80% des enseignants d'EPS ont un enfant asthmatiques dans leurs classes, 87.5% n'ont pas les compétences nécessaires afin de faire face aux crises d'asthme et ne savent pas comment aménager leurs programmes d'EPS.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Selon les données recueillies lors de notre enquête auprès des sujets de notre recherche, il a été observé que la toux est le symptôme le plus fréquent chez les adolescents asthmatiques. De plus, l'étouffement est également un symptôme fréquemment rapporté par les participants.

Dans l'étude réalisée par M. Underner, G. Peiffer, J. Perriot, I. De Chazeron et N. Jaafari, intitulée « *Asthme et comportements suicidaires chez les adolescents : revue systématique* », une recherche a été menée en France en 2021 en utilisant les données de Medline couvrant la période de 1980 à 2021. L'objectif de cette étude était d'explorer l'association entre l'asthme et les comportements suicidaires tels que les idées suicidaires (IS), les projets suicidaires (PS) et les tentatives de suicide (TS) chez les adolescents de la population générale. Dans ce fait les résultats indiquent que la majorité des études incluses ont trouvé une association positive entre l'asthme et les comportements suicidaires chez les adolescents. Parmi les études examinant les idées suicidaires (IS), la plupart ont constaté une association positive avec l'asthme. De même, parmi les études portant sur les tentatives de suicide (TS), la plupart ont trouvé une association positive, à l'exception d'une étude cas-témoin. Les études analysant le risque suicidaire global ont également montré une association positive entre l'asthme et au moins un comportement suicidaire.

Parmi les sujets de notre recherche, nous constatons une association entre les comportements suicidaires et l'asthme. En effet, un des cas étudiés, en l'occurrence Dania, a déjà fait une tentative de suicide. Cela renforce l'idée que l'asthme peut être un facteur contribuant aux comportements suicidaires chez les adolescents, en accord avec les résultats de l'étude mentionnée précédemment.

De plus, M. Banouar, F. Benbrahim, A. Asermouh, N. Elhafidi, S. Benchekroun, C. Mahraoui, qui ont effectué une étude sur « *Vécu de l'adolescent asthmatique* » en 2012, au Maroc, cette étude avait pour objectif d'explorer le vécu des adolescents asthmatiques et d'évaluer leur observance thérapeutique. L'étude a inclus cent adolescents asthmatiques âgés de plus de 12 ans. Les résultats ont montré que, environ la moitié des adolescents emportaient leur traitement à l'école, et parmi eux, 50% reconnaissaient avoir des crises d'asthme en classe et essayaient de les cacher. Les adolescents étaient optimistes quant à leur avenir professionnel, avec un tiers d'entre eux souhaitant devenir médecin. La majorité pratiquait une activité sportive et seuls trois adolescents étaient des fumeurs actifs. En outre, sept adolescents sur dix étaient capables d'identifier les noms des médicaments et leur indication.

Chapitre V Présentation, analyse des données et discussion des hypothèses

Cette étude souligne l'importance d'améliorer l'observance thérapeutique chez les adolescents asthmatiques.

Dans notre recherche portant sur neuf cas de jeunes filles âgées de 13 à 17 ans, nous avons constaté que six d'entre elles (Nina, Faroudja, Lynda, Amel, Dyhia et Sarah) sont conscientes de leur traitement contre l'asthme. De plus, nous avons relevé que quatre d'entre elles ont déjà connu une crise d'asthme en classe (Nina, Faroudja et Lynda) ou lors d'une activité sportive (Amel). Enfin, deux des cas étudiés affichent un sentiment d'optimisme.

Nous pouvons donc conclure que nos résultats sont en accord avec les études précédemment présentées.

Nous allons maintenant présenter la conclusion qui marque la fin de ce travail de recherche. Suivi de la liste des références consultée et des annexes relatives à cette étude.

La santé est un domaine complexe et essentiel dans la vie de chaque individu. Lorsqu'une personne est atteinte d'une maladie, son fonctionnement normal est perturbé. Les symptômes peuvent être physiques, tels que la fièvre, la douleur ou la faiblesse, ou psychologiques, comme la dépression ou l'anxiété. La gravité de la maladie peut varier, allant de légère à sévère, voire mortelle.

Face à une maladie chronique ou invalidante, la santé d'une personne devient un enjeu majeur et peut être fortement perturbée. Pour s'adapter à cette nouvelle réalité, il est essentiel d'être soutenu par des professionnels de la santé, qui peuvent aider la personne à développer sa propre résilience, c'est-à-dire sa capacité à rebondir positivement malgré les difficultés.

Dans ce cadre, l'asthme est une pathologie chronique complexe qui présente de multiples facettes, en plus des symptômes respiratoires caractéristiques tels que la difficulté à respirer et les sifflements, l'asthme peut également avoir des répercussions sur différents aspects de la vie quotidienne des personnes qui en souffrent.

L'adolescence est déjà une période de transition et de développement complexe, et lorsqu'un adolescent est confronté à une maladie chronique telle que l'asthme, cela peut intensifier les défis auxquels il est confronté. Les adolescents asthmatiques sont susceptibles de faire face à des symptômes physiques, à des limitations dans leurs activités quotidiennes et à des perturbations dans leur vie sociale et émotionnelle.

Cependant, la résilience joue un rôle crucial dans la manière dont les adolescents asthmatiques font face à leur condition et maintiennent leur qualité de vie. Les adolescents asthmatiques résilients sont ceux qui parviennent à maintenir un équilibre psychologique et à faire face de manière proactive aux défis liés à leur maladie.

La qualité de vie des adolescents asthmatiques est étroitement liée à leur niveau de résilience. Les adolescents asthmatiques résilients peuvent maintenir une vie équilibrée et gratifiante malgré les défis liés à leur maladie. Ils peuvent continuer à s'engager dans des activités sociales, sportives et éducatives, tout en gérant leur asthme de manière responsable.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons étudié le vécu des adolescents asthmatiques en nous intéressant plus particulièrement à deux mesures cliniques significatives: la résilience et la qualité de vie. Notre étude s'est basée sur un groupe de neuf adolescents asthmatiques, afin de mieux appréhender ces aspects spécifiques de leur expérience.

Afin de parvenir à notre objectif de recherche qui consistait à explorer et décrire la nature du vécu psychologique des adolescents asthmatiques, ainsi qu'à vérifier nos hypothèses sur les indicateurs de résilience et de qualité de vie, nous avons opté pour une approche méthodologique basée sur la méthode clinique. Cette méthode repose sur une étude approfondie et détaillée des sujets, en s'appuyant sur trois outils de recherche qui offrent une description du vécu, à savoir : l'entretien de recherche semi-directif, l'échelle CYRM-28 et VSP-A. L'utilisation de ces trois outils d'investigation nous a permis de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses initiales et d'obtenir une compréhension approfondie du vécu des adolescents asthmatiques.

D'après les résultats de notre recherche obtenus à l'échelle CYRM-28, nous avons constaté que notre première hypothèse « *Oui, les adolescents asthmatiques sont résilients* » a été confirmée pour tous les sujets de notre étude. La majorité des participants, tels que Nina, Amel, Sérine, Fatima, Dyhia et Dania, ont présenté un niveau de résilience très élevé, ce qui suggère qu'ils ont développé des stratégies efficaces pour faire face aux défis associés à l'asthme et à d'autres difficultés rencontrées à l'adolescence. Cependant, il convient de noter que certains participants, comme Faroudja, Lynda et Sarah, ont affiché une résilience légèrement moins élevée par rapport aux autres. Ces variations peuvent être influencées par des facteurs individuels tels que leur environnement familial, leur soutien social et leurs expériences personnelles. Il est important de reconnaître que la résilience peut varier d'une personne à l'autre, et cela peut être influencé par différents facteurs.

En ce qui concerne notre deuxième hypothèse formulée comme suit: « *La nature de qualité de vie des adolescents asthmatiques est bonne* » est affirmée pour tous les sujets de notre recherche en se basant sur les données qualitatives de l'entretien et les données quantitatives l'échelle de qualité de vie VSP-A.

Les résultats de l'évaluation de la qualité de vie des adolescents asthmatiques, tels que Nina, Amel, Sérine, Dyhia, Dania, Faroudja, Lynda, Sarah et Fatima, ont démontré que malgré les résultats qui diffère d'une dimension à l'autre, et d'un cas à l'autre, ces adolescents ont globalement réussi à maintenir un niveau satisfaisant de bien-être et de satisfaction dans leur vie quotidienne. Cela indique que malgré les défis liés à leur condition d'asthme, ces adolescents ont été capables de trouver des stratégies et des ressources personnelles pour faire face aux difficultés et maintenir une qualité de vie satisfaisante dans différents aspects de leur

vie, tels que la santé physique, les activités quotidiennes, les relations sociales, les émotions et l'estime de soi.

Ces résultats mettent en évidence l'importance cruciale de fournir un soutien et un accompagnement aux adolescents asthmatiques. Il est essentiel d'aider ces jeunes à développer des compétences d'adaptation qui leur permettront de faire face aux défis spécifiques liés à leur condition d'asthme et de maximiser leur bien-être global.

La majorité des sujets de notre étude indiquent que l'asthme n'a pas d'impact sur leur vie quotidienne, tandis que d'autres le perçoivent comme un obstacle. Il est important de noter que la perception de l'asthme peut varier d'une personne à l'autre en fonction de la gravité de la maladie, de la fréquence et de la sévérité des symptômes, ainsi que de la façon dont ils sont gérés.

Le soutien et l'accompagnement peuvent prendre différentes formes. Il peut s'agir de fournir des informations et des ressources éducatives sur l'asthme, afin d'aider ces jeunes à développer leurs compétences d'adaptation, à renforcer leur estime de soi et à cultiver un réseau de soutien solide autour d'eux. Ces interventions peuvent inclure des séances d'éducation sur la gestion de l'asthme, des techniques de relaxation et de gestion du stress, des conseils sur l'adoption d'un mode de vie sain, ainsi que des activités de groupe favorisant l'échange d'expériences et le renforcement des liens sociaux.

Il est essentiel de reconnaître l'importance de la résilience et de la qualité de vie des adolescents asthmatiques dans la pratique clinique et les interventions de santé. Les professionnels de la santé doivent travailler en collaboration avec les adolescents, leurs familles et leur entourage pour promouvoir des stratégies de gestion efficaces, renforcer les ressources personnelles et favoriser un environnement de soutien.

De plus, il est crucial de mettre en place un environnement de soutien social pour les adolescents asthmatiques, en impliquant activement les membres de leur famille, leurs amis, leurs enseignants et les professionnels de la santé dans leur prise en charge et leur soutien. L'écoute active, l'empathie et la compréhension jouent un rôle clé pour aider ces jeunes à se sentir soutenus et compris dans leur parcours.

L'objectif principal est d'aider les adolescents asthmatiques à surmonter les obstacles auxquels ils sont confrontés en raison de leur condition et à s'épanouir pleinement dans tous

les aspects de leur vie. Cela peut être réalisé en mettant en place des programmes de soutien adaptés et des interventions ciblées visant à renforcer leur résilience.

Enfin, il est important de reconnaître que chaque adolescent asthmatique est unique et aura des besoins spécifiques. Il est donc essentiel d'adapter le soutien et l'accompagnement en fonction des caractéristiques individuelles et des préférences de chaque jeune. Une approche personnalisée et holistique permettra de maximiser les chances de succès et de favoriser une meilleure qualité de vie pour les adolescents asthmatiques.

Ainsi, aucun effort ne devrait être épargné pour promouvoir les comportements préventifs et décourager les comportements à risque afin d'améliorer la qualité de vie des adolescents atteints d'asthme.

En ce qui concerne l'adaptation des adolescents à l'asthme, nous suggérons de mener davantage de recherches psychologiques, car elles jouent un rôle important dans ce domaine. Les patients asthmatiques peuvent développer un large éventail de troubles psychologiques : phobies, anxiété, dépression et stress, etc. Pour promouvoir la résilience psychologique face à leur asthme et connaître les facteurs de résilience, il est bon de les étudier non seulement par des médecins, mais aussi par des psychologues.

Pour une meilleure compréhension et une amélioration de la qualité de vie et de l'observance des adolescents asthmatiques, nous recommandons d'animer une journée de sensibilisation sur l'asthme, cette maladie respiratoire qui touche toutes les catégories de personnes, surtout les enfants et les adolescents, pour mieux comprendre d'abord ce que veut dire l'asthme et quelles sont les causes principales et les conséquences et d'impliquer les parents dans la prise en charge de la maladie et du traitement. Cette journée de sensibilisation peut se faire par exemple le premier mardi du mois de mai car il s'agit de la journée mondiale de l'asthme. A la fin, nous recommandons une prise en charge globale de ces patients.

Pour conclure, ce travail humblement réalisé a permis de mettre en évidence le vécu des adolescents asthmatiques. Il ouvre la voie à de futures recherches sur cette population qui a suscité peu d'intérêt parmi les chercheurs, mais qui mérite d'être étudiées et valorisées. Nous encourageons donc les étudiants et les chercheurs à explorer ce sujet sous différents angles. Il y a plusieurs thématiques que nous suggérons comme nécessitant une étude ultérieure, notamment :

- La dynamique familiale des adolescents asthmatiques.
- Les stratégies de coping chez les adolescents asthmatiques.

Liste des références

- Ahsino, F et al., (2021). Asthme et dépression. *Revue française d'allergologie*, 61 (4), 296-297.
- Ait Mohand, M. (2015). Ait Mohand, A. (2015). Adolescence algérienne. *Carnet/Psy*, (36), 23-26.
- Alami et al., (2013). *Les méthodes qualitatives*. Presses Universitaires de France / Que sais-je ?
- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2013). *Les méthodes qualitatives*. PUF.
- Alexander, D. (2016). Préface. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience Ressemblance dans la diversité* (pp.7-13). Odile Jacob.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience. *Recherche en soins infirmiers*, 4-11.
- Anaut, M. (2015). Chapitre 3. Facteurs de protection et critères de résilience. Dans : *Psychologie de la résilience* (pp. 65-81). Armand Colin.
- Anaut, M. (2020). Chapitre 27. L'approche de la résilience : un carrefour épistémologique ?. Dans : Johann Jung éd., *Psychopathologie et psychologie clinique : Perspectives contemporaines* (pp. 335-345). Dunod.
- Arrad, A. Cabinet Dr Arrad Anas -Espace Santé. Récupéré de <https://www.docteurarrad.com/sante.php>
- Barthelemy, E. (2019). *Asthme, tabagisme et déficits émotionnels*. [Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2].
- Barthélemy, E., Fernandez, L., Devouassoux, G., & Pradat, P. (2023). Relation entre alexithymie, dépression, anxiété et contrôle de l'asthme. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, pp.1-6.
- Beaudoin, A. (2013). *Transition vers la parentalité : humour et résilience* [Thèse de doctorat, université du Québec à Trois- Rivières].
- Belkhadir, J., Beza, R., Raddaoui, K., Charradi, M., Chaouki, N., Didouh, A., Belouali, R., Madi, M., Ouourir, T., Cherkaoui, S., Chraïbi, A., Khattab, M.,

- Lahmouz, F., Kisra, H., & El Moujarad, A. (2006). *Santé des jeunes et des adolescents: principes de base*. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé.
- Benboudjema, H. (2018). *Les Troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent asthmatiques* [Thèse de Doctorat, Université d'Alger Benyoucef Benkhedda].
- Benedetto, P. (2007). *Méthodologie pour psychologues*. Boeck.
- Benkirane, B. (2012). *Asthme de l'enfant de 2 à 15 ans (à propos de 400 cas)* [Thèse de doctorat, Université Cadi Ayyad].
- Bénony, H., & Chahraoui, K. (2013). *L'entretien clinique*. Dunod.
- Bernard-Tanguy, L. Reniers, D. (2013). *Mini manuel de psychologie clinique*. Dunod.
- Bioy, et al., (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. (2e éd.). Armand Colin.
- Boardman et al., (2008). Sex Differences in the Heritability of Resilience. *Twin Res Hum Genet.* 2008 Feb;11(1):12-27. DOI: 10.1375/twin.11.1.12
- Bouteyre, E. (2004). *Réussite et résilience scolaire chez l'enfant de migrants*. Dunod.
- Bouvet, C. (2018). *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Dunod.
- Bouzeriba, R. (2013). La résilience: Émergence et conceptualisation du phénomène. *Sciences de l'Homme et de la Société*, 6, ISSN 2253-0347. Récupéré de <http://revues.univ-biskra.dz/index.php/fshs/article/view/123>
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*. Masson.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2014). *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*. Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2021). *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*. Dunod

- Cannard, C. (2019). *Le développement de l'adolescent : L'adolescent à la recherche de son identité*. De Boeck Supérieur.
- Chahraoui, Kh., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod.
- Chalvin, F., & Lejoyeux, M. (2020). Quelles échelles utiliser pour mesurer la résilience en psychiatrie adulte ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(8), 867-870. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.012>
- Chateaux, V. (2005). *Perception de l'asthme par les enfants et leurs parents Impact sur la qualité de vie et l'adhérence d'enfants asthmatiques*. Université Metz. Paul Verlaine.
- Chiland, C. Introduction. Qu'est-ce qu'un entretien clinique. Dans C. Chiland (dir.), *L'entretien clinique* (pp.1-24). PUF.
- Chouvier, B., & Attigui, P. (2016). *L'entretien clinique*. (2e éd). Armand colin
- Cisamolo, et al. (2017). Renouveler l'annonce de la maladie asthmatique à l'adolescence. *Revue française d'allergologie*, 57 (5), 364-369.
- Claes, M., & Lannegrand-Willems, L. (2014). *La psychologie de l'adolescence*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Corbière, M., & Larivière, N. (2014). Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. *Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. PUQ
- Coslin, P. G. (2002). *Psychologie de l'adolescent*. Armand Colin.
- Coslin, P. G. (2010). *Psychologie de l'adolescent*. Paris, Armand Colin.
- Coulibaly, O. (2017). *Aspects epidemio-cliniques et therapeutiques de l'asthme de l'enfant de 2 à 15 ans dans le département de pédiatrie du CHU Gabriel Toure* [Thèse de doctorat, Université de Bamako].
- Cyrulnik, B. & Jorland, G. (2012). *Résilience connaissances de base*. Odile Jacob.
- Cyrulnik, B. (2016). Postface. Dans S. Ionescu (dir.), *Résiliences. Ressemblances dans la diversité* (p.299-305). Odile Jacob

- Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). *Résilience : Connaissances de base*. Odile Jacob.
- Darneau, G. (2014). Asthme. <http://www.ifsidijon.info/v2/wp-content/uploads/2014/11/2014-Asthme1.pdf>
- De Kernier, N. (2019). *30 grandes notions de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Dunod.
- Delage, M. Lejeune, A & Delahaye, A. (2017). Les mécanismes d'adaptation et la résilience chez les patients. *Dans Delage (dir) pratiques du soin et maladies chroniques graves*. De M. Boek.
- Devereux, G. (1988). *Interminables adolescences les 12/30 ans (Une société adoléscentrique)* (2e éd.). Du Cerf.
- Dorland, W. A. N. (2011). *Dorland's illustrated medical dictionary* (32eme éd). Elsevier
- El Ismaili, A. et al., (2018). Asthme et dépression. *Revue française d'allergologie*, 58 (3), 278.
- Ferrante, G & La Grutta, S. (2018). The Burden of Pediatric Asthma. <https://doi.org/10.3389/fped.2018.00186>
- Ficher G-N. (2002). *Traite de la psychologie de la santé*. Dunod.
- Fischer, G, N, Tarquinio, C. (2014). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Dunod.
- Fischer, G-N., Tarquinio, C., Dodeler, V. (2020). Adaptation et coping. *Dans G. Fischer (dir), les bases de la psychologie de la santé* (pp. 103-141). Dunod.
- Foliot, C. (2004). 105. L'asthme. Dans : S. Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: 4 volumes* (pp. 1843-1857). Presses Universitaires de France.
- Formarier, M. (2012). Qualité de vie. In M. Formarier et al., *Les concepts en sciences infirmières* (2e édition) (pp. 260-262). *Association de recherche en soins infirmiers* (ARSI) "Hors collection". DOI: 10.3917/arsi.forma.2012.01.0260

Gajdos, V., Allali, S., Adam, C., Ecochard, E., Piquard, C., Cuinet, A., Bouchireb, K. (2009). *Pédiatrie*. Elsevier Masson.

Giami, A. (2009). La posture clinique dans la recherche en psychologie et en science humaine, in Ionesco, S & Blanchet, A, *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. PUF.

GINA. (2006) *Global Initiative for Asthma Revise*.

GINA. (2012). *Global strategy for asthma management and prevention*. Disponible sur : http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2012Feb13.pdf.

GINA. (2014). *Global Initiative for Asthma*. Disponible sur: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2012Feb13.pdf.

GINA. (2022). *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. Disponible sur www.ginasthma.org

Gras, D. (2009). *Santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteints de maladie chroniques*. Université de Nantes.

Grenier, P. (2016). *Précis de pneumologie*. Elsevier Masson.

Hadi, K., & Samai-Haddadi, D. (2019). *La version Algérienne arabe de la mesure de résilience chez l'enfant et le jeune (cyrm-28)*. « Wafak », 7(1), 33-49.

Hamdi, M. et al. (2023). L'observance thérapeutique chez les adolescents asthmatiques et son impact sur le contrôle de la maladie. *Revue des maladies respiratoires actualités*, 15(1), 181.

Ihadjadene, L. (2018). *Association entre l'anxiété, la dépression et le contrôle de l'asthme* [Thèse de Doctorat, Université d'Alger Benyoucef Benkhedda].

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en Soins Infirmiers*, 102(3), 23-34.

Ionesco, S, Jourdan-Ionescu, C. (2011). Évaluation de la résilience. Dans S. Ionesco (Éd.), *Traité de résilience assistée*, (pp. 61-135). Paris : Presses universitaires de France

- Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*. PUF.
- Ionescu, S. (2016). Introduction. Dans S, Ionescu (dir.), *Résilience ressemblance dans la diversité* (pp. 15-30). Odile Jacob.
- Ionescu, S. (2016). Introduction. Dans S, Ionescu (dir.), *Résilience. Ressemblance dans la diversité* (p. 15-30). Odile Jacob.
- Jacobi, B. (2007). *Cent mots pour l'entretien clinique*. Erès.
- Jamal Belkhadir, J., Bezaad, R., Raddaoui, K., Charradi, M., Chaouki, N., Didouh, A., Belouali, R., Madi, M., Ouaurir, T., Cherkaoui, S., Chraïbi, A., Khattab, M., Lahmouz, F., Kisra, H., El Moujarad, A. (2006). *Santé des jeunes et des adolescents : principes de base*. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé.
- Joliot, E, Deschamps, J, P. (1997). *Les mesures de la qualité de vie des adolescents*.
- Kechnaoui, S., Ljim, M., & Amro, L. (2023). Asthme et dépression. *Revue des maladies respiratoires Actualités*, 15 (1), 179.
- Kimessoukie-Omolomo, E. (2016). *Variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez les femmes Camerounaises confrontées à une forte adversité* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières].
- Lakhdar, N et al. (2014). Asthme et qualité de vie. *Revue française d'allergologie*, 54 (3), 266-267.
- Lemerle-Gruson, S., Méro, S. (2010). *Adolescence, maladie chronique, observance et refus de soins*. Laennec, 3 (58), 21-27.
- Liebenberg, Everfair, Joubert, Foucault. (2017). Comprendre les éléments et les indicateurs fondamentaux de la résilience. *Revue Exhaustive de la littérature*. Centre pour la promotion Agence de la santé publique.
- Liebenberg, L, Unga ,M., & Leblanc. (2013). *Le Child and Youth Resilience Measure-28*. Halifax : resilience researchcenter
- Lighezzolo, J., & De Tychev, C. (2004). *La résilience : Se (re)construire après le traumatisme*. In Press.

- Maitre, B., Salmeron, S., & Valeyre, D. (2014). *Pneumologie* (2e éd.). Lavoisier.
- Manaa, A. et al. (2023). Qu'en est-il de l'observance thérapeutique chez les adolescents asthmatiques ? *Revue des maladies respiratoires actualités*, 15(1), 66.
- Manciaux, M. (2001). *La résilience : Un regard qui fait vivre. Etudes*, 2001(10), 321-330. <http://doi.org/10.3917/etu.954.0321>
- Marinkovic, S. (1959). Le rôle des facteurs psychogène dans l'asthme. *Allergy*, 44 (1-2), 10-13.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. Guilford Press.
- Medraci, M. (2016). *Adolescence Algérienne*. L'Harmattan.
- Meynard, A. (2009). *Vécu du syndrome néphrotique idiopathique et qualité de vie chez l'adolescent*. [Thèse de doctorat, Université de Limoges].
- Michaud, P-A. (2004). *Résilience à l'adolescence*. Rev Med Suisse, 0. Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2504/24178>.
- Montani, D., & Tcherakian, C. (2006). *Pneumologie*. Masson.
- Nini, M.-N. (2000). L'adolescence en Algérie ou la question de l'identité. *Bulletin de psychologie*, 53(448), 451-457.
- Nini, M.-N. (2019). L'adolescence en Algérie : Entre crise juvénile et crise d'identité sociale. *Psychologie*, 26(1), 8-23.
- Nygren, B. (2020). *Les échelles de qualité de vie des adolescents en population générale : une revue de la littérature sur la base de données SCOPUS, partie I*[Thèse de doctorat, Université de Bretagne occidentale].
- Onnis, L. (2009). *Asthme et enfant*. De Boeck.
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). Classification internationale des maladies (CIM-11) (11th ed.). Repéré à <http://icd.who.int>.
- Organisation mondiale de la Santé (s.d.). Santé des jeunes et des adolescents : principes de base. Récupéré de <http://who.int.fr>.

- Paillé, P., & Mucchelli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin.
- Paplia, D., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2010). *Psychologie du développement humain*. Bruxelles, De Boeck.
- Pedinielli, J.-L., & Fantini, L. (2009). Ethique en psychologie clinique. Dans S. Ionescu & A. Blanchet (dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp.381-396). PUF.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2020). *L'observation clinique et l'étude de cas*. (4e éd.). Armand Colin.
- Pidinielli, J-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Armand Colin
- Pierret, T., Souffier, C. (2017). *L'essentiel en pneumologie*. Vernazobres-Grego.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (2004). *L'éducation implicite*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Quevauvilliers, J. (2007). *Dictionnaire médical de poche*. Elsevier Masson.
- Quevauvilliers, J., Somogyi, A., & Fingerhut, A. (2009). *Dictionnaire médicale avec atlas anatomique*. Elsevier Masson.
- Rolland-Debord, C. (2021). Le fardeau psychologique de l'asthme. *Revue des maladies respiratoires*, 38 (7), 721-731.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Science*, 1094, 1–12.
- Sapin, C., Simeoni, M.-C., El Khammar, M., Antoniotti, S., & Auquier, P. (2005). Reliability and validity of the VSP-A, a health-related quality of life instrument for ill and healthy adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36, 327-336.
- Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod.
- Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique*. Dunod.

- Simeoni, M.-C., Auquier, P., Antoniotti, S., Sapin, C., & San Marco, J.-L. (2000). Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: The VSP-A. *Quality of Life Research*, 9, 393-403.
- Sultan, S., Varescon, V. (2012). *Psychologie de la santé*.
- Theis, A. (2006). *Etude clinique projective comparée d'enfants ayant été victimes de maltraitance familiale et placés en famille d'accueil* [Thèse de doctorat, Université de Nancy 2]. HAL archives-ouvertes.fr. <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01776515/document>
- Tisseron, S. (2017). *La résilience*. Presses Universitaires de France/ Humensis.
- Tisseron, S. (2021). *La résilience*. PUF.
- Tourigny, S.-C. (2016). *Évaluation de la résilience : élaboration d'une grille d'analyse au Rorschach et au T.A.T* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières].
- Tourrette, C., & Guidetti, M. (2018). *Introduction à la psychologie du développement du bébé à l'adolescent*. Dunod.
- Underner, M. et al. (2022). Asthme et comportements suicidaires chez les adolescents. *Revue des maladies respiratoires*, 39 (4), 344-366.
- Ungar, M. (2016). *The Child and Youth Resilience Measure (CYRM) Child Version Users's Manuel*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University.
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2011). *The Child and Youth Resilience Measure-28: User Manual*. Halifax, NS: Resilience Research Centre, Dalhousie University.
- Vernet, C. (2014). *L'adolescence, la maladie chronique, l'adolescence thérapeutique*. [Diplôme de formation continue en éducation thérapeutique du patient, Université de Genève].

Annexes

Annexe N° 1 : Guide d'entretien semi-directif

Informations générales sur le sujet

1. Quel âge avez-vous ? et en quelle année scolaire êtes-vous actuellement ?
2. Vivez-vous avec vos parents ? quel est leur âge ?
3. Quel sont leurs professions respectives ?
4. Avez-vous des frères et sœurs ? si oui, combien ? et quelle est votre position dans la fratrie ?

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

5. Pouvez-vous nous parler de votre enfance ?
6. Depuis combien du temps saviez-vous que vous êtes atteint d'asthme ?
7. Comment avez-vous su que vous étiez atteint de cette maladie ?
8. Pouvez-vous nous raconter qu'est ce que vous connaissez sur votre maladie avec vos propres mots ?
9. Connaissez-vous votre traitement ? Est-ce que vous le suivez bien ?
10. Êtes-vous atteint d'autres maladies ? si oui, lesquelles ?
11. Avez-vous des complications liées à l'asthme ? si oui, lesquelles ?

Axe 2 : informations sur la résilience

12. Vous étiez avec qui au moment de l'annonce de votre maladie et quelle était votre réaction ?
13. Quelle était la réaction de votre entourage ?
14. Avez-vous noté de changements par rapport à votre scolarité ?
15. Avez-vous des changements dans vos relations avec les autres ?
16. Avez-vous des amis qui souffrent aussi d'asthme ?
17. Que pensent les membres de votre famille à propos de cette maladie et est-ce que cela a eu un impact sur votre relation avec eux ?
18. Cet événement a-t-il influencé sur votre perception a l'avenir ?

Axe 3 : informations sur la qualité de vie

19. Pouvez-vous nous décrire comment vous vous sentez aujourd'hui physiquement et moralement ?
20. Quels sont les changements que l'asthme a provoqués dans votre vie quotidienne ?
21. Vos professeurs et vos camarades sont-ils au courant de votre maladie ?
22. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme durant les cours ? si oui, comment vous et vos professeurs avez réagissent a ca ?
23. Comment vivez-vous votre adolescence avec votre asthme ?
24. Avez-vous des choses à rajouter qui vous semble important et qu'on n'a pas abordé avec vous ?

Annexe N° 2 : Guide d'entretien clinique semi-directif traduit en kabyle :

Informations générales sur le sujet

1. Acehal g leamr-im ? quelle année iteqared tura ?
2. Est-ce que t-zedyed ar imawlan-im ? acehal g laemur-nsen ?
3. Dacu ixxedmen ?
4. Seeið atmaten-im ? ma ih, acehal ? acehal idezgið ?

Axe 1 : Informations sur l'état de santé depuis la naissance, jusqu'à aujourd'hui

5. Hkuyay-d af l'enfance n daglam ?
6. G milmi itezrið bli tehalked ?
7. Amek itezrið bli tehalked ?
8. Zemred aydinið dacu itessned af lahlak agi ?
9. Tesned le traitement n daglam ? tetabaet bien ?
10. Tehalked lahlak niðen ? dacut ?
11. Teseið les complications n l'asthme ? dacutent ?

Axe 2 : informations sur la résilience

12. D menhu itelið asmi imdenan bli tehalked ? amek itella la réaction n daglam ?
13. Amek itella la réaction n l'entourage n daglam ?
14. Est-ce que yella kra igvedlen par rapport ar leqraya-m ?
15. Yella kra igvedlen d leibad ?
16. Teseið les amis ighelken l'asthme ?
17. Dacu i tettxemim la famille im af lahlak agi ? yella kra igvedlen yidsen ?
18. Est-ce que lahlak agi i influencé af l'avenir n daglam amek i tidzared ?

Axe 3 : informations sur la qualité de vie

19. Zemred aydinið amek i tettususð assagi ?
20. Yella kra igvedlen g lehayat-im gmi i tehalked l'asthme ?
21. Est-ce que leceyux-im d wid igeqqaren yidem zran bli tehalked l'asthme ?
22. Tetfikem déjà une crise d'asthme g cours ? amek id reagim ?
23. Amek itetteicið l'adolescence n daglam s l'asthme ?
24. Teseið laḥwayeğ ayetetidarnuð utetideneniw ara ?

Annexe N° 3 : Questionnaire pour le vécu des adolescents asthmatiques

مؤسسة مالك قاديور
أبو-بجاية

CEM Kadoum Malek,
Akbou, Bejaia

Etudiantes chercheuses :
Ikherbouchene Fatiha
Rouchiche Lydia

Sous la direction de :
Dr. Benamsili Lamia

 جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de psychologie et d'orthophonie

Consentement

Cher Parents,

Dans le cadre de notre enquête pour notre mémoire de fin de cycle de Master Psychologie Clinique portant sur « la résilience et la qualité de vie chez les adolescents asthmatiques »,

Pour cela, on vous demande de bien vouloir autoriser la participation de vos enfants à une étude visant à évaluer la résilience et la qualité de vie. Leur participation se limitera à remplir deux questionnaires et à participer ensuite à un entretien qui nous permettra de recueillir les données nécessaires pour notre étude.

La promotrice et les investigatrices principales du projet, s'engagent à préserver de manière absolue l'anonymat ainsi que le secret professionnel de toute information relative aux sujets.

Nous resterons à votre disposition pour toute information complémentaire. On vous remercie d'avance pour votre participations, recevons nos salutations respectives.

Investigatrices principales :

Rouchiche : 

Ikherbouchene Fatiha : 

Avis des parents : 

Annexe N° 4 : Échelle de CYRM-28 :

NOM: **PRENOM :**
 **AGE :**..... **SEXE :**
CLASSE : **NOM ET ADRESSE DE**
L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE..... DATE DE
L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

vous entourent jouent dans la gestion des défis quotidiens. »

(Ungar, 2013, pp.5-6)

Annexe N° 5 : Questionnaire de VSP-A (Vécu et Santé Perçus de l'Adolescence)

Consigne

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais

	Jamais pas du tout	Rarement un peu	Parfois moyennement	Souvent beaucoup	Toujours énormément
Bien-être psychologique					
1- Avez-vous été angoissé (e) ?					
2- Avez-vous été soucieux (e), incapable de réagir ?					
3- Avez-vous été stressé (e) ?					
4- Avez-vous été angoissé (e), ou eu peur en pensant à l'avenir ?					
5- Avez-vous été triste ?					
6- Avez-vous été dégoûté(e) ?					
7- Avez-vous été choqué (e), révolté (e), parce que vous voyez par ce qui se passe autour de vous ?					
8 -Avez-vous été sentie (e) fatigué (e) ?					
9- Avez-vous été pensif (ve) ?					
10- Avez-vous été inquiet (été) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...) ?					
Energie et vitalité					
1- Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?					
2- Avez-vous été en pleine forme plein(e) de viabilité ?					
3- Avez-vous eu le moral ?					
4- Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?					
5- Avez-vous eu confiance en vous ?					
6- Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?					
7- Avez-vous eu facilement le sourire ?					
8- Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?					
9- Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?					
10- Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?					
Amis					
1- Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?					
2- Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?					
3- Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?					
4- Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?					

encercler le numéro de la question ».

5- Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?					
6- Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?					
Parents					
1- Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?					
2- Vos parents ont-ils donné des conseils ?					
3- Avez-vous pu discuter avec vos parents ?					
4- Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?					
5- Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?					
6- Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?					
Loisirs					
1- Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire le fête...)					
2- Etes-vous allé(e) chez vos copains, copines ?					
3- Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast -food...)?					
4- Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vs copains, vos copines ?					
5- Etes-vous allé(e) jouer en dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers)					
Ecole					
1- Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?					
2- Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?					
3 Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?					

(Gras, 2009, pp. 105-107)

Annexe N° 6 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 de Dania

Echelle de CYRM-28 :

NOM : PRENOM : Dania

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gens. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gens qui vous entourent jouent dans la gestion des défit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

Annexe N° 7 : Résultats du questionnaire de VSP-A de Dania

Dania

Consigne

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais encrer le numéro de la question ».

	Jamais pas du tout	Rarement un peu	Parfois moyennement	Souvent beaucoup	Toujours énormément
Bien-être psychologique					
1- Avez-vous été angoissé (e) ?	✓				
2- Avez-vous été soucieux (e), incapable de réagir ?	✓				
3- Avez-vous été stressé (e) ?		✓			
4- Avez-vous été angoissé (e), ou eu peur en pensant à l'avenir ?	✓				
5- Avez-vous été triste ?		✓			
6- Avez-vous été dégouté(e) ?			✓		
7- Avez-vous été choqué (e), révolté (e), parce que vous voyez par ce qui se passe autour de vous ?	✓				
8 -Avez-vous été senti (e) fatigué (e) ?			✓		
9- Avez-vous été pensif (ve) ?					✓
10- Avez-vous été inquiet (été) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...)?	✓				
Energie et vitalité					
1- Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?					✓
2- Avez-vous été en pleine forme plein(e) de viabilité ?			✓		
3- Avez-vous eu le moral ?			✓		
4- Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?				✓	
5- Avez-vous eu confiance en vous ?					✓
6- Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?	✓				
7- Avez-vous eu facilement le sourire ?					✓
8- Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?					✓
9- Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?					✓
10- Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?			✓		
Amis					
1- Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?		✓			
2- Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?					✓
3- Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?					✓
4- Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?					✓

5- Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?		✓			
6- Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?	✓				
Parents					
1- Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?					✓
2- Vos parents ont-ils donné des conseils ?					✓
3- Avez-vous pu discuter avec vos parents ?					✓
4- Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?					✓
5- Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?					✓
6- Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?	✓				
Loisirs					
1- Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire la fête...)	✓				
2- Etes-vous allé(e) chez vos copains, copines ?	✓				
3- Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast -food...)?	✓				
4- Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vs copains, vos copines ?		✓			
5- Etes-vous allé(e) jouer en dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers)	✓				
Ecole					
1- Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?			✓		
2- Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?	✓				
3 Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?		?	✓		

Annexe N° 8 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 de Nina

Echelle de CYRM-28 :

NOM : PRENOM : *Nina*

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défiit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

Annexe N° 9 : Résultats du questionnaire de VSP-A de Nina

Consigne

Nina

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais encrer le numéro de la question ».

	Jamais pas du tout	Rarement un peu	Parfois moyennement	Souvent beaucoup	Toujours énormément
Bien-être psychologique					
1- Avez-vous été angoissé (e) ?			X		
2- Avez-vous été soucieux (e), incapable de réagir ?		X			
3- Avez-vous été stressé (e) ?				X	
4- Avez-vous été angoissé (e), ou eu peur en pensant à l'avenir ?		X			
5- Avez-vous été triste ?					X
6- Avez-vous été dégoûté(e) ?			X		
7- Avez-vous été choqué (e), révolté (e), parce que vous voyez par ce qui se passe autour de vous ?	X				
8 -Avez-vous été senti(e) fatigué (e) ?		X			
9- Avez-vous été pensif (ve) ?				X	
10- Avez-vous été inquiet (été) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...) ?				X	
Energie et vitalité					
1- Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?			X		
2- Avez-vous été en pleine forme plein(e) de viabilité ?		X			
3- Avez-vous eu le moral ?					X
4- Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?				X	
5- Avez-vous eu confiance en vous ?				X	
6- Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?			X		
7- Avez-vous eu facilement le sourire ?				X	
8- Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?		X			
9- Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?					X
10- Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?		X			
Amis					
1- Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?		X			
2- Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?			X		
3- Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?				X	
4- Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?					X

5- Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?				X	
6- Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?			X		
Parents					
1- Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?					X
2- Vos parents ont-ils donné des conseils ?					X
3- Avez-vous pu discuter avec vos parents ?					X
4- Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?				X	
5- Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?					X
6- Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?				X	
Loisirs					
1- Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire le fête...)				X	
2- Etes-vous allé(e) chez vos copains, copines ?			X		
3- Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...)?		X			
4- Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vs copains, vos copines ?		X			
5- Etes-vous allé(e) jouer en dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers)		X			
Ecole					
1- Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?				X	
2- Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?			X		
3- Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?		X			

Annexe N° 10 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 de Sérine

Echelle de CYRM-28 :

NOM : PRENOM : Sérine

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défiit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	(4)	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	(3)	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	(5)
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	(3)	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	(4)	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	(3)	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	(4)	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	(3)	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	(5)
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	(5)
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	(4)	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	(2)	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	(4)	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	(4)	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	(4)	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	(4)	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	(4)	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

Annexe N° 11 : Résultats du questionnaire de VSP-A de Sérine

Sérine

Consigne

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais encrer le numéro de la question ».

	Jamais pas du tout	Rarement un peu	Parfois moyennement	Souvent beaucoup	Toujours énormément
Bien-être psychologique					
1- Avez-vous été angoissé (e) ?		X			
2- Avez-vous été soucieux (e), incapable de réagir ?			X		
3- Avez-vous été stressé (e) ?		X			
4- Avez-vous été angoissé (e), ou eu peur en pensant à l'avenir ?			X		
5- Avez-vous été triste ?		X			
6- Avez-vous été dégoûté(e) ?			X		
7- Avez-vous été choqué (e), révolté (e), parce que vous voyez par ce qui se passe autour de vous ?		X			
8 -Avez-vous été senti(e) fatigué (e) ?		X			
9- Avez-vous été pensif (ve) ?			X		
10- Avez-vous été inquiet (été) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...) ?				X	
Energie et vitalité					
1- Avez-vous eu tendance à prendre la vie, du bon côté ?				X	
2- Avez-vous été en pleine forme plein(e) de viabilité ?				X	
3- Avez-vous eu le moral ?			X		
4- Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?			X		
5- Avez-vous eu confiance en vous ?				X	
6- Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?				X	
7- Avez-vous eu facilement le sourire ?				X	
8- Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?			X		
9- Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?		X			
10- Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?		X			
Amis					
1- Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?				X	
2- Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?				X	
3- Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?				X	
4- Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?				X	

5- Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?			X		
6- Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?			X		
Parents					
1- Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?		X			
2- Vos parents ont-ils donné des conseils ?		X	X		
3- Avez-vous pu discuter avec vos parents ?		X			
4- Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?		X			
5- Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?			X		
6- Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?		X			
Loisirs					
1- Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire le fête...)				X	
2- Etes-vous allé(e) chez vos copains, copines ?				X	
3- Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...)?				X	
4- Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vs copains, vos copines ?				X	
5- Etes-vous allé(e) jouer en dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers)		X			
Ecole					
1- Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?			X		
2- Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?			X		
3- Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?		X			

Annexe N° 12 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 de Faroudja

Echelle de CYRM-28 :

NOM : PRENOM : Faroudja.....

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

Annexe N° 13 : Résultats du questionnaire de VSP-A de Faroudja

Faroudja

Consigne

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais encercler le numéro de la question ».

	Jamais pas du tout	Rarement un peu	Parfois moyennement	Souvent beaucoup	Toujours énormément
Bien-être psychologique					
1- Avez-vous été angoissé (e) ?	α				
2- Avez-vous été soucieux (e), incapable de réagir ?	α				
3- Avez-vous été stressé (e) ?		α			
4- Avez-vous été angoissé (e), ou eu peur en pensant à l'avenir ?			α		
5- Avez-vous été triste ?	α				
6- Avez-vous été dégoûté(e) ?	α				
7- Avez-vous été choqué (e), révolté (e), parce que vous voyez par ce qui se passe autour de vous ?		α			
8- Avez-vous été senti(e) fatigué (e) ?		α			
9- Avez-vous été pensif (ve) ?					α
10- Avez-vous été inquiet (été) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...)?				α	
Energie et vitalité					
1- Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?				α	
2- Avez-vous été en pleine forme plein(e) de viabilité ?					α
3- Avez-vous eu le moral ?					α
4- Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?			α		
5- Avez-vous eu confiance en vous ?				α	
6- Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?			α		
7- Avez-vous eu facilement le sourire ?					α
8- Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?				α	
9- Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?					α
10- Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?			α		
Amis					
1- Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?					α
2- Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?	α				
3- Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?			α		
4- Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?				α	

5- Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?					α
6- Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?			α		
Parents					
1- Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?					α
2- Vos parents ont-ils donné des conseils ?					α
3- Avez-vous pu discuter avec vos parents ?					α
4- Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?				α	
5- Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?					α
6- Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?			α		
Loisirs					
1- Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire le fête...)		α			
2- Etes-vous allé(e) chez vos copains, copines ?		α			
3- Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...)?		α			
4- Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vs copains, vos copines ?		α			
5- Etes-vous allé(e) jouer en dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers)		α			
Ecole					
1- Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?			α		
2- Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?		α			
3- Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?				α	

Annexe N° 14 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 de Lynda

Echelle de CYRM-28 :

NOM : PRENOM : *Lynda*

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

Annexe N° 15 : Résultats du questionnaire de VSP-A de Lynda

Consigne

Lynda

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais encercler le numéro de la question ».

	Jamais pas du tout	Rarement un peu	Parfois moyennement	Souvent beaucoup	Toujours énormément
Bien-être psychologique					
1- Avez-vous été angoissé (e) ?				X	
2- Avez-vous été soucieux (e), incapable de réagir ?					X
3- Avez-vous été stressé (e) ?				X	
4- Avez-vous été angoissé (e), ou eu peur en pensant à l'avenir ?					X
5- Avez-vous été triste ?				X	
6- Avez-vous été dégoûté(e) ?			X		
7- Avez-vous été choqué (e), révolté (e), parce que vous voyez par ce qui se passe autour de vous ?				X	
8 -Avez-vous été senti(e) fatigué (e) ?					X
9- Avez-vous été pensif (ve) ?	X				
10- Avez-vous été inquiet (été) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...)?				X	
Energie et vitalité					
1- Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?	X				
2- Avez-vous été en pleine forme plein(e) de viabilité ?	X				
3- Avez-vous eu le moral ?				X	
4- Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?	X				
5- Avez-vous eu confiance en vous ?					X
6- Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?	X				
7- Avez-vous eu facilement le sourire ?		X			
8- Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?	X				
9- Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?	X				
10- Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?	X				
Amis					
1- Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?					X
2- Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?					X
3- Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?					X
4- Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?					X

Annexe N° 16 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 d'Amel

Echelle de CYRM-28 :

NOM : PRENOM : Amel

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

Annexe N° 17 : Résultats du questionnaire de VSP-A d'Amel

5- Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?				X	
6- Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?				X	
Parents					
1- Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?					X
2- Vos parents ont-ils donné des conseils ?					X
3- Avez-vous pu discuter avec vos parents ?					X
4- Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?				X	
5- Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?					Y
6- Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?				X	
Loisirs					
1- Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire la fête...)			X		
2- Etes-vous allé(e) chez vos copains, copines ?		X			
3- Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...)?			X		
4- Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vs copains, vos copines ?				X	
5- Etes-vous allé(e) jouer en dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers)					X
Ecole					
1- Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?				X	
2- Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?			X		
3 Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?		X			

Annexe N° 18 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 de Dyhia

Echelle de CYRM-28 :

NOM : PRENOM : Dyhia

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	<u>3</u>	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	<u>4</u>	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	<u>5</u>
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	<u>4</u>	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	<u>4</u>	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	<u>3</u>	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	<u>5</u>
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	<u>4</u>	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	<u>5</u>
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	<u>3</u>	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	<u>5</u>
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	<u>4</u>	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	<u>4</u>	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	<u>2</u>	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	<u>4</u>	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	<u>5</u>
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	<u>5</u>

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	<u>3</u>	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	<u>4</u>	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	<u>4</u>	<u>5</u>
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	<u>4</u>	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	<u>2</u>	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	<u>4</u>	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	<u>4</u>	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	<u>4</u>	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	<u>3</u>	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	<u>3</u>	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	<u>2</u>	3	4	5

Annexe N° 19 : Résultats du questionnaire de VSP-A de Dyhia

Dyhia

Consigne

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais encercler le numéro de la question ».

	Jamais pas du tout	Rarement un peu	Parfois moyennement	Souvent beaucoup	Toujours énormément
Bien-être psychologique					
1- Avez-vous été angoissé (e) ?				X	
2- Avez-vous été soucieux (e), incapable de réagir ?			X		
3- Avez-vous été stressé (e) ?				X	
4- Avez-vous été angoissé (e), ou eu peur en pensant à l'avenir ?		X			
5- Avez-vous été triste ?	X				
6- Avez-vous été dégoûté(e) ?		X			
7- Avez-vous été choqué (e), révolté (e), parce que vous voyez par ce qui se passe autour de vous ?		X			
8 -Avez-vous été senti (e) fatigué (e) ?				X	
9- Avez-vous été pensif (ve) ?				X	
10- Avez-vous été inquiet (été) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...)?		X			
Energie et vitalité					
1- Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?				X	
2- Avez-vous été en pleine forme plein(e) de viabilité ?		X			
3- Avez-vous eu le moral ?				X	
4- Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?.				X	
5- Avez-vous eu confiance en vous ?					X
6- Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?				X	
7- Avez-vous eu facilement le sourire ?					X
8- Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?			X		
9- Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?				X	
10- Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?			X		
Amis					
1- Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?				X	
2- Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?	X				
3- Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?			X		
4- Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?				X	

5- Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?				X	
6- Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?			X		
Parents					
1- Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?			X		
2- Vos parents ont-ils donné des conseils ?				X	
3- Avez-vous pu discuter avec vos parents ?				X	
4- Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?			X		
5- Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?				X	
6- Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?		X			
Loisirs					
1- Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire le fête...)			X		
2- Etes-vous allé(e) chez vos copains, copines ?		X			
3- Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...)?			X		
4- Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vs copains, vos copines ?		X			
5- Etes-vous allé(e) jouer en dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers)	X				
Ecole					
1- Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?				X	
2- Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?				X	
3 Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?		X			

Annexe N° 20 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 de Sarah

Echelle de CYRM-28 :

NOM : PRENOM : Sarah.....

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

Annexe N° 21 : Résultats du questionnaire de VSP-A de Sarah

Consigne

Sarah

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais encercler le numéro de la question ».

	Jamais pas du tout	Rarement un peu	Parfois moyennement	Souvent beaucoup	Toujours énormément
Bien-être psychologique					
1- Avez-vous été angoissé (e) ?		X			
2- Avez-vous été soucieux (e), incapable de réagir ?			X		
3- Avez-vous été stressé (e) ?			X		
4- Avez-vous été angoissé (e), ou eu peur en pensant à l'avenir ?				X	
5- Avez-vous été triste ?				X	
6- Avez-vous été dégoûté(e) ?			X		
7- Avez-vous été choqué (e), révolté (e), parce que vous voyez par ce qui se passe autour de vous ?			X		
8 -Avez-vous été sentie (e) fatigué (e) ?				X	
9- Avez-vous été pensif (ve) ?				X	
10- Avez-vous été inquiet (été) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...) ?					X
Energie et vitalité					
1- Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?				X	
2- Avez-vous été en pleine forme plein(e) de viabilité ?				X	
3- Avez-vous eu le moral ?			X		
4- Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?				X	
5- Avez-vous eu confiance en vous ?				X	
6- Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?				X	
7- Avez-vous eu facilement le sourire ?					X
8- Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?				X	
9- Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?			X		
10- Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?			X		
Amis					
1- Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?				X	
2- Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?			X		
3- Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?				X	
4- Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?			X		

5- Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?				X	
6- Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?					X
Parents					
1- Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?					X
2- Vos parents ont-ils donné des conseils ?				X	
3- Avez-vous pu discuter avec vos parents ?					X
4- Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?				X	
5- Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?					X
6- Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?	X				
Loisirs					
1- Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire la fête...)				X	
2- Etes-vous allé(e) chez vos copains, copines ?				X	
3- Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...)?				X	
4- Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vs copains, vos copines ?			X		
5- Etes-vous allé(e) jouer en dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers)				X	
Ecole					
1- Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?				X	
2- Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?					X
3- Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?		X			

Annexe N° 22 : Résultats de l'échelle de CYRM-28 de Fatima

Echelle de CYRM-28 :

NOM : PRENOM : *Fatima*

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

DATE DE L'EXAMEN.....

Consigne

« Vous trouvez un certains nombres de questions sur vous, votre famille votre communauté et vos relations avec les gents. Ces questions sont conçus pour mieux comprendre comment vous faite face à la vie quotidienne et quel rôle les gents qui vous entourent jouent dans la gestion des défit quotidiens. »

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Il y a des personnes que j'admire.	1	2	3	4	5
2. Je collabore avec les autres autour de moi.	1	2	3	4	5
3. L'éducation est une chose importante pour moi.	1	2	3	4	5
4. Je sais me comporter dans différentes situations sociales.	1	2	3	4	5
5. Mes parents/fournisseurs de soins me surveillent de près.	1	2	3	4	5
6. Mes parents/fournisseurs de soins me connaissent bien.	1	2	3	4	5
7. Si j'ai faim, j'ai assez à manger.	1	2	3	4	5
8. J'essaie de terminer ce que j'ai commencé.	1	2	3	4	5
9. Les croyances spirituelles sont une force pour moi.	1	2	3	4	5
10. Je suis fier de mon origine ethnique.	1	2	3	4	5
11. Les gens aiment être en ma compagnie.	1	2	3	4	5
12. Je parle à ma famille/mes fournisseurs de soins de ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. Je peux régler mes problèmes sans me faire de mal ou blesser les autres (ex. par la drogue ou la violence).	1	2	3	4	5
14. Je me sens soutenu par mes amis.	1	2	3	4	5
15. Je sais à qui m'adresser dans ma communauté pour obtenir de l'aide.	1	2	3	4	5
16. Je me sens à ma place à mon école.	1	2	3	4	5
17. Ma famille est à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5

18. Mes amis sont à mes côtés lorsque j'ai des difficultés.	1	2	3	4	5
19. Je suis bien traité dans ma communauté.	1	2	3	4	5
20. J'ai la chance de prouver aux autres que je suis maintenant un adulte et que je peux agir de manière responsable.	1	2	3	4	5
21. Je suis conscient de mes forces.	1	2	3	4	5
22. Je participe à des activités à caractère religieux.	1	2	3	4	5
23. Je crois qu'il est important d'être au service de ma communauté.	1	2	3	4	5
24. Je me sens en sécurité lorsque je suis en compagnie de ma famille ou mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
25. J'ai la chance de développer des compétences qui me seront utiles plus tard (pour un emploi ou pour aider les autres).	1	2	3	4	5
26. J'apprécie les traditions et la culture de ma famille/mes fournisseurs de soins.	1	2	3	4	5
27. J'apprécie les traditions de ma communauté.	1	2	3	4	5
28. Je suis fier d'être citoyen d'Algérie.	1	2	3	4	5

Annexe N° 23 : Résultats du questionnaire du VSP-A de Fatima

Fatima

Consigne

« Veuillez répondre à toutes les questions en choisissant la case qui vous semble la plus proche de ce que vous avez pensé ou éprouvé pendant les quatre dernières semaines. Aucune réponse n'est bonne ou mauvaise. Vous trouverez ci-dessous des questions qui ne s'appliquent pas à vous. N'y répondez pas mais encercler le numéro de la question ».

	Jamais pas du tout	Rarement un peu	Parfois moyennement	Souvent beaucoup	Toujours énormément
Bien-être psychologique					
1- Avez-vous été angoissé (e) ?		X			
2- Avez-vous été soucieux (e), incapable de réagir ?			X		
3- Avez-vous été stressé (e) ?		X			
4- Avez-vous été angoissé (e), ou eu peur en pensant à l'avenir ?	X				
5- Avez-vous été triste ?	X				
6- Avez-vous été dégoûté(e) ?		X			
7- Avez-vous été choqué (e), révolté (e), parce que vous voyez par ce qui se passe autour de vous ?	X				
8- Avez-vous été sentie (e) fatigué (e) ?			X		
9- Avez-vous été pensif (ve) ?		X			
10- Avez-vous été inquiet (été) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...) ?	X				
Energie et vitalité					
1- Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?					X
2- Avez-vous été en pleine forme plein(e) de viabilité ?					X
3- Avez-vous eu le moral ?					X
4- Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?				X	
5- Avez-vous eu confiance en vous ?					X
6- Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?					X
7- Avez-vous eu facilement le sourire ?					X
8- Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?				X	
9- Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?				X	
10- Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?					X
Amis					
1- Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?					X
2- Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?		X			
3- Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?			X		
4- Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?				X	

5- Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?					X
6- Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?				X	
Parents					
1- Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?					X
2- Vos parents ont-ils donné des conseils ?					X
3- Avez-vous pu discuter avec vos parents ?					X
4- Avez-vous l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?					X
5- Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?					X
6- Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?				X	
Loisirs					
1- Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire le fête...)				X	
2- Etes-vous allé(e) chez vos copains, copines ?			X		
3- Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...)?			X		
4- Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vs copains, vos copines ?		X			
5- Etes-vous allé(e) jouer en dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers)				X	
Ecole					
1- Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?					X
2- Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?					X
3 Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?	X				

Étude de résilience et la qualité de vie chez les adolescents asthmatiques

Résumé

Cette étude descriptive, porte sur « *la résilience et la qualité de vie chez les adolescents asthmatiques* ». Elle est réalisée auprès de dix adolescents asthmatiques, elle s'est appuyée sur une approche intégrative et une méthodologie bien précise. Elle a pour objectif d'interroger l'existence de la résilience et la nature de la qualité de vie chez les sujets concernés. Notre étude a été menée à l'hôpital d'Akbou et au collège Kaddoum Malek dans la ville d'Akbou. Nous avons utilisé la méthode clinique et l'étude de cas pour réaliser notre recherche. Nous avons également utilisé l'entretien de recherche semi-directif et les échelles CYRM-28 pour évaluer le niveau de résilience, ainsi que VSP-A pour mesurer la qualité de vie. Les résultats ont indiqué que la résilience est présente chez tous nos sujets de recherche, mais a des niveaux différents. Quant à la qualité de vie, tous nos cas ont une bonne qualité de vie. De ce fait, la prise en charge de l'adolescent malade paraît alors s'inscrire inéluctablement dans une stratégie thérapeutique où médecin et psychologue et la famille, principalement, ouvrent ensemble dans le but commun de favoriser le mieux-être de ces adolescents, une amélioration de la qualité de vie et une meilleure résilience du malade.

Mots clés: adolescents, asthmatiques, résilience, qualité de vie

Study of resilience and quality of life in adolescents with asthma

Abstract

This descriptive study focuses on « *resilience and quality of life in adolescents with asthma* ». It was carried out with ten asthmatic adolescents and was based on an integrative approach and a precise methodology. Its objective is to question the existence of resilience and the nature of quality of life in the subjects concerned. Our study was conducted at the Akbou hospital and at the Kaddoum Malek college in the town of Akbou. We used the clinical method and the case study to conduct our research. We also used the semi-structured research interview and the CYRM-28 scales to assess the level of resilience, as well as VSP-A to measure quality of life. The results indicated that resilience was present in all our research subjects, but at different levels. As for quality of life, all our cases have a good quality of life. Therefore, the management of the ill adolescent seems to be an inescapable part of a therapeutic strategy in which the doctor, psychologist and family, mainly, work together with the common goal of promoting the well-being of these adolescents, an improvement in the quality of life and a better resilience of the patient.

Keywords: adolescents, asthmatics, resilience, quality of life