



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane e Mira de Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du Diplôme de Master
en Psychologie Clinique.

Thème

**La résilience chez les personnes atteintes d'un
accident vasculaire cérébral (AVC)**

Etude clinique de quatre (04) cas

Préparé par :

LATRECHE Khaoula

MAZER Karima

Encadré par :

Mr MEBAREK BOUCHAALA Fatah

2020-2021

Remerciements

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans Dieu tout puissant. Et la contribution de plusieurs personnes que nous tenons à remercier chaleureusement :

- *Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et notre profond respect à notre encadreur Mr MEBAREK BOUCHAALA pour sa disponibilité à ses critiques et ses propositions d'amélioration.*

- *Et enfin, nous remercions nos proches qui ont toujours été présents et, qui nous ont entourés et soutenus depuis le début de notre travail.*

Merci à tous

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

□ A mes chers parents aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous n'avez cessé de me donner pour mon éducation, mon bien être, et pour mener à bien mes études.

□ A mes chères sœurs Samira et Zahra.

□ A mes chers frères Saadi et Lehcen et Halim et Lounis.

□ A ma cher binôme LATRECHE Khaoula.

□ A tous mes ami(es) Lydia, Hayat, wrida , Dyhia ,Selma ,Sassa,wissem ,et Hamou.

Mazer Karima

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

□ A mes chers parents aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que vous méritez pour tous les sacrifices que vous n'avez cessé de me donner pour mon éducation, mon bien être, et pour mener à bien mes études.

□ A mes chères sœurs Meryem et Chaima.

□ A mes chers frères Bilal et Choib et Zakaria.

□ A ma cher binôme MAZER Karima

□ A tous mes chers ami(es) Bouchera et Sabrina et Selma et Fadia.

Latreche Khaoula

La liste des abréviations

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVC H : Accident vasculaire cérébral

AVC I : Accident vasculaire cérébral ischémique

IMC: Indice de masse corporelle

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IRM: Imagerie par résonance magnétique

L'RS-R : L'échelle de résilience révisée

LDL : *Low density lipoprotein* (lipoprotéines de basse densité)

OMS : Organisation mondiale de la santé.

TCA: Temps de céphaline activée

TVC: Thrombose veineuse cérébrale

βHCG : β Hormone chorionique gonadotrope

Liste des tableaux

Tableau n°01	Tableau récapitulatif des caractéristiques de population d'étude	
Tableau n°02	Présentation et analyse des résultats d'RS-R de Wagnild et Young Cas n° :01	
Tableau n°03	Présentation et analyse des résultats d'RS-R de Wagnild et Young Cas n° :02	
Tableau n°04	Présentation et analyse des résultats d'RS-R de Wagnild et Young Cas n° :03	
Tableau n°05	Présentation et analyse des résultats d'RS-R de Wagnild et Young Cas n° :04	

Sommaire

Introduction-----

Le cadre général de la problématique

Problématique et hypothèses -----

Objectif de la recherche-----

Partie théorique

Chapitre I : La résilience

Préambule-----

1. Historique-----

2. Définition de la résilience -----

3. Origine de concept résilience -----

4. Les facteurs de protection de la résilience individuelle -----

5. La résilience familiale -----

.5.1. Résilience individuelle et résilience du « système » familial -----

6. La naissance de concept résilience -----

6-1-les facteurs de risques -----

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

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

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

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

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

7. La résilience en tant que processus -----

8. Processus d'évolution de la résilience-----

9. Les critères de la résilience-----

9-1- La conscience de son auto-estime -----

9-2- La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité-----

9-3- Un répertoire d'approche de résolution de problèmes sociaux-----

10. Limite de la résilience -----

Conclusion-----

Chapitre II : l'accident vasculaire cérébral

Introduction -----

1 Généralité sur l'accident vasculaire cérébral -----

2 L'accident vasculaire cérébral : -----	
2.1 Définition : -----	
2.2 Les différents types d'accident vasculaire cérébral -----	
2.2.1 Accident vasculaire cérébral ischémique : -----	
2.2.2 Accident vasculaire cérébral hémorragique -----	
2. 3.2 Hémorragie Cérébrale -----	
2.4 Les symptômes d'un accident vasculaire cérébral -----	
2.5 Diagnostic -----	
2.6 Facteurs de risque d'un accident vasculaire cérébral :-----	
2.6.1 Les facteurs de risque non modifiables -----	
2.6.2 Les facteurs de risques spécifiques du sujet jeune -----	
2.7 Traitement d'un accident vasculaire cérébral -----	
2.7.1 Anti thrombotiques-----	
2.7.2 Fibrinolyse -----	
2.7.3 Antiplaquettaire-----	
2.7.4 Traitement des thromboses veineuses cérébrales -----	
2.7.5 Neurochirurgical -----	
Conclusion-----	

Chapitre III : la partie méthodologie

Préambule-----	
La démarche de la recherche et la population d'étude -----	
1-1- La pré-enquête-----	
2-Méthode de recherche et technique de recueil des données -----	
2-1- La méthode clinique -----	
2-2-L'étude de cas-----	
3-Présentation des outils d'investigation -----	
3-1-L'entretien clinique-----	
3-2-l'entretien semi directif -----	
3-3-Le guide d'entretien -----	
3-4-Echelle de résilience de Wagnild et Young -----	
3-4-1 Présentation de L'RS-R de Wagnild et Young -----	
3-4-2 La consigne-----	
3-4-3 Le mode de passation -----	
3-4-4 Le score -----	

3-4-5 Validité de L'ER -----

4- la population d'étude. -----

5-Présentation de lieu de recherche -----

Chapitre IV : Présentation et discussion des résultats

Préambule-----

1. Présentation et discussion de l'entretien clinique des cas -----

1.1. Le cas (1) Saliha -----

1.2. Le cas (2) Mourad-----

1.3. Le cas (3) Kamel -----

1.4. Le cas (4) Sara -----

Discussion des hypothèses -----

Conclusion générale -----

La liste bibliographique

Les Annexes

Introduction

L'être humain est confronté chaque jour, à des obstacles qui sont soit d'ordre naturel ou individuel, qui peuvent être dans certains moments, des facteurs qui détournent l'individu de ses objectifs dans sa vie, soit du côté physique ou psychique. En parlant de ces obstacles, ils peuvent engendrer en lui plusieurs problèmes sur le plan psychique tels que les troubles de comportements, aussi sur le plan physique tels que les maladies chroniques et l'accident vasculaire cérébral.

Les maladies du système vasculaire cérébral contribuent grandement à la mortalité et à la morbidité partout dans le monde. La présentation la plus fréquente de la maladie cérébrovasculaire est l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique.

Les AVC touchent environ 145 personnes par 100 000 habitants à chaque année et représentent la troisième cause de mortalité dans la plupart des pays industrialisés.

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

L'un des objectifs principaux de notre travail de recherche sur 'la résilience chez les malades atteints d'un accident vasculaire cérébral' L'objectif est connaître l'impact de l'accident vasculaire cérébral sur l'état psychique du sujet, ainsi que de côté relationnelle, nous avons choisi comme terrain d'étude l'établissement hospitalisé Guessoum laïd de rééducation et de réadaptation qui répond aux objectifs de notre approche psychanalyse à service du cadre référentiel à notre étude qui avait porté quatre cas et nous avons focalisé notre recherche sur les techniques suivant l'entretien clinique et l'échelle de résilience de Wagnild et Young dans le but de voir la fiabilité de notre hypothèse de ce fait, notre recherche est appuyée sur trois parties afin de vérifier nos hypothèses.

La partie théorique est subdivisée en trois chapitres qui sont comme suite :

Chapitre I : la résilience.

Chapitre II : l'accident vasculaire cérébral.

Le chapitre III : la méthodologie de la recherche à travers laquelle on a développé les points suivants : la problématique et l'hypothèses, définitions des concepts et leur opérationnalisation, la méthode de la recherche utilisée, le pré enquête et lieu de stage, la population d'étude, les techniques utilisées. La partie pratique se focalisée sur la présentation et analyse du cas, discussion des hypothèses.

On a conclu notre travail par une conclusion générale et la fin on a inséré la liste bibliographie.et les annexes.

Problématique et hypothèse de la recherche

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

Le concept de résilience est d'abord introduit en 1969 par Fritz Redl. Dans les années 80, plusieurs ouvrages consacrés à la résilience ont paru puis des études furent conduites aux États-Unis dans les années 90 sous l'influence d'Emmy Werner et John Bowlby.

Aujourd'hui on compte des instituts de résilience en Hollande, des universités de résilience en Allemagne. Au Québec le chef de file des études sur la résilience est le docteur Michel Lemay et en France, à partir de ses recherches sur le comportement animal et humain et disciple de John Bowlby, Boris Cyrulnik s'impose comme spécialiste en la matière. Il pense la résilience en termes de série d'attitudes de protection et comme potentialité créatrice, développement de certaines facultés qui permettent la transformation psychique de la souffrance humaine.

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

Selon Marie Anat. : «la résilience désigne l'art de s'adapter aux situations adverses, (conditions biologiques et socio-psychologiques), en développant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (intrapsychiques) et externes (liens avec l'environnement social et affectif). D'après (Cyrulnik ; Duval et al), (2006), in la résilience «il faut qu'il y'ait une confrontation à un traumatisme ou à un contexte traumato gène »

Pour Delage (2012), on peut considérer la résilience familiale comme « ce qui permet à une famille de retrouver ou de maintenir une fonctionnalité

efficace de se dégager des expériences vécues». Anthony et al, (1982). La résilience ne se réduit pas à une simple capacité de résistance qui pourrait véhiculer l'idée d'une rigidité mais évoquer d'avantages les propriétés de souplesse et d'adaptation, il ne s'agit pas de réduire ce phénomène à l'invulnérabilité ; l'individu pourrait surmonter ses souffrances, en utilisant des ressources nécessaires qui vont lui permettre de canaliser cette souffrance tout en souplesse».

Par la suite, le concept de résilience a évolué selon différentes vagues. Les premiers auteurs ont davantage tenté de définir les caractéristiques spécifiques de l'individu résilient (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). D'autres se sont davantage intéressés au processus par lequel l'individu parvient à acquérir les qualités associées à la résilience (Anaut, 2005). Il existe également des différences dans la conception de la résilience selon le paradigme dans lequel les chercheurs se situent. Ainsi, en psychologie développementale, la résilience est un processus dynamique et modulable et n'est jamais acquise définitivement (Anaut, 2003). Les études sur le stress familial ont également influencé le développement du concept de résilience en précisant que la personne, la famille ou la communauté ne peuvent devenir résilientes que si elles ont été soumises à un risque (Gilgan, 1999).

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

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

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

Les psychologues collaborent à décrire et à découvrir le phénomène de résilience. L'objectif principal de tous ces travaux est de tenter de répondre à cette question : comment un individu peut-il résister à des situations adverses, à des traumatismes et poursuivre son développement harmonieux alors qu'un autre, confronté à des épreuves similaires sera submergé par des troubles psychopathologiques. (Amandine, 2006, p, 15).

L'étude de la résilience met aussi l'accent sur la diversité des facteurs à prendre en considération, qu'il s'agisse des facteurs de risque (la notion de risque implique la probabilité de subir un dommage ou une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure) (Delage, 2001, p, 23). La vulnérabilité (se définit comme l'état de moindre résistance aux nuisances et agressions et rend compte de la variabilité interindividuelle) mais aussi des facteurs de protection (qui modifient la réaction à la situation présentant un risque en diminuant l'effet du risque). De plus elle amène le praticien et le chercheur à avoir une approche intégrative dans laquelle les dimensions subjectives et intersubjectives sont en constante interaction : la résilience est la combinaison de facteurs autant internes qu'externes.

Michel Manciaux et al(2001) insistent particulièrement sur l'approche multifactorielle de la résilience :

« A chaque instant, la résilience résulte de l'interaction entre l'individu lui-même et son entourage entre les empreintes, sociales, humaine ». (Delage, 2006, p, 14).

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

Les maladies cérébraux-vasculaires (AVC) sont la 2^{ème} cause de mortalité dans le monde après les cancers et les maladies cardiovasculaires (OMS).

L'OMS (2011) estime que presque 23,6 millions de personnes mourront de maladies cardiovasculaires et cérébraux-vasculaires, et principalement de maladies cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux, d'ici 2030.

Les AVC représentent la première cause neurologique d'hospitalisation. Dans les pays industrialisés ils représentent la deuxième cause de mortalité, la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la première cause de handicap acquis chez l'adulte (Caplan, 2011).

Environ 70% des AVC sont d'origine ischémique, tandis que les hématomes intracérébraux et les hémorragies méningées représentent respectivement environ 20 et 10% des cas (Orgogozo, 1986).

La thrombose veineuse cérébrale (TVC) est un type rare de maladie cérébraux vasculaire qui peut se produire à tout âge, y compris chez les nouveau-nés, et représente 0 à 5% de tous les AVC (Bousser et Ferro, 2007).

L'incidence annuelle des thromboses veineuses cérébrales est estimée à 3 à 4 cas par million d'habitants (Stam, 2005).

Les différentes recherches qu'on a abordé précédemment sur la résilience et ses différents facteurs de risque et de protection nous ont motivé de chercher de ce qui fait d'une personnalité résiliente chez les malade atteints d'un accident vasculaire cérébrale poser les questions suivantes :

Question générale :

- 1- Est-ce que les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral sont résilients ?
- 2- quels sont les facteurs qui favorisent la résilience chez les malades atteints d'un accident vasculaire cérébrale ?

Hypothèses de recherche :

Les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral présente une résilience variable dépendante de certaines caractéristiques personnelles et de facteurs environnementaux.

Hypothèses partielles :

1- Les caractéristiques personnelles favorisant la résilience sont : une bonne estime de soi, les mécanismes de défense, les liens d'attachement.

2- Les facteurs environnementaux favorisant la résilience chez les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébrale sont : la présence de soutien familial, la présence du soutien social (amis, société, associations de malades, etc.), la prise en charge.

Définition des concepts

1. La résilience

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

2. Accident Vasculaire Cérébral

Accident Vasculaire Cérébral (AVC) : déficit neurologique de survenue soudaine en relation avec une lésion du parenchyme cérébral par infarctus ou par hémorragie.

Chapitre I

La résilience

Préambule

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

1. Historique :

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

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

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

Une revue de littérature permet de situer l'émergence de concept au début des années (1980). Michel Manciaux et al... (2001) font référence à l'utilisation de terme de résilience par Jhon bowbly pour désigner « le ressort morale, qualité d'une personne qui ne se décourage pas, ne se laisse pas abattre ». La psychologue Américaine Emmy Werner (1982)est reconnue comme ayant joué un rôle majeur dans l'approche de la résilience, à travers la recherche qu'elle a mené auprès des enfants de Kauai, autour et en parallèle de ces travaux, d'autres chercheurs se sont intéressés aux réponses adaptatives face au stress cumulé. Cependant le concept résilience a connu une évolution rapide et à l'attrait scientifique qui fait que plusieurs chercheurs ne travaillent pas sur la même définition de la résilience. Ainsi il se trouve 3épisodes principales dans son évolution :

1-Premièrement :

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

2-Deuxièmes :

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

3-Troisièmes :

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

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

2. Définition de la résilience :

Werner (1995), la résilience est un concept décrivant une adaptation réussie après une exposition à des facteurs de risque biologiques et/ou psychosociaux et/ou à des événements de vie stressants et impliquant l'attente d'une faible susceptibilité aux facteurs de stress futurs. La résilience est une caractéristique individuelle où interviennent des facteurs de protection incluant à la fois des caractéristiques individuelles et des caractéristiques environnementales.

Pour Boris Cyrulnik, qui est éthologue et psychanalyste a largement contribué à la diffusion de ce concept en psychologie. « Il s'agit d'un processus, d'un ensemble de phénomènes harmonisés où le sujet se faufile dans un contexte affectif, social et culturel. La résilience, c'est l'art de naviguer dans les torrents.... Il définit la résilience comme « la capacité à réussir à vivre et à se développer de manière acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue fatale » (B.Cyrulink,2001).

Vanistendael (1996) offre, pour sa part, une définition plus classique et voit la résilience comme « La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (Clés pour devenir : la résilience, Cahiers du BICE, Genève).

Luthar (2000) définit la résilience comme « un processus dynamique comprenant une adaptation positive au sein d'un contexte d'adversité significative ». Pour Sandler, Wolchik, MacKinnon, Ayers et Roosa (1997), la résilience est le fruit d'un développement positif se déroulant face à l'adversité. Et pour Barbarin (1994) parle de résilience en référence à la capacité de faire de son mieux face à une situation difficile, d'affronter des conditions de vie désorganisées, de survivre et de se développer en dépit de ressources limitées et d'un milieu défavorisé.

Guedeney (1998) note que : « la résilience est définie par le maintien d'un processus normal de développement malgré des conditions difficiles ». Il souligne que c'est un « processus complexe, un résultat, l'effet d'une interaction entre l'individu et son environnement. ».

Autrement dit, la résilience est la « tendance pour un enfant, un adulte ou une famille à se ressaisir après des circonstances ou événements stressants et à reprendre ses activités habituelles et son succès. La résilience est le pouvoir de récupération » (Golette Jourdan-Ionescu, 2001).

Selon Bettelheim, « Nous nous trouvons dans une situation extrême quand nous sommes soudain catapultés dans un ensemble de conditions de vie où nos valeurs et nos mécanismes d'adaptation anciens ne fonctionnent plus et que certains d'entre eux mettent même en danger la vie qu'ils étaient censés protéger » Le résilient serait donc celui qui a survécu à la situation extrême. Luc (2004) définit la résilience comme, « capacité d'affronter les obstacles et les difficultés, de faire face à l'adversité, voire à l'outrepasse, de se relever après des échecs et de faire face aux défis de la vie avec confiance et persévérance ».

Quant à S. Vanistendael et J. Lecomte ils définissent la résilience en ces termes : « La résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficile, de traumatismes parfois sévères.

Ainsi que, Georges Fischer (cité dans Cyrulnik, 1999) mentionne : « permet de rebondir dans l'épreuve en faisant de l'obstacle un tremplin, de la fragilité une richesse, de la faiblesse une force, des impossibilités un ensemble de possible. ». La résilience est définie aussi comme « Un phénomène manifeste par des sujets jeunes qui évoluent favorablement, bien qu'ayant éprouvé une forme de stress qui, dans la population générale, est connue comme comportement un risque sérieux de conséquence défavorable ». (Rutter M. 1993).

Enfin, pour Manciaux, (2000) « la résilience est à la fois la résistance à la destruction et la capacité à se construire une vie riche et une intégration socialement acceptable en dépit des circonstances difficiles, d'un environnement défavorable, voir hostile ».

3. Origine de concept résilience

Si le terme de résilience est employé couramment, ses significations s'appliquent à de nombreux domaines. On parle ainsi de résilience morale, résilience physique, résilience sociale, résilience culturelle...

Le concept de résilience est d'abord introduit en 1969 par Fritz Redl. Dans les années 80, plusieurs ouvrages consacrés à la résilience ont paru puis des études furent conduites aux États-Unis dans les années 90 sous l'influence d'Emmy Werner et John Bowlby.

Aujourd'hui on compte des instituts de résilience en Hollande, des universités de résilience en Allemagne. Au Québec le chef de file des études sur la résilience est le docteur Michel Lemay et en France, à partir de ses recherches sur le comportement animal et humain et disciple de John Bowlby, Boris Cyrulnik s'impose comme spécialiste en la matière. Il pense la résilience en termes de série d'attitudes de protection et comme potentialité créatrice, développement de certaines facultés qui permettent la transformation psychique de la souffrance humaine.

Par la suite, le concept de résilience a évolué selon différentes vagues. Les premiers auteurs ont davantage tenté de définir les caractéristiques spécifiques de l'individu résilient

(Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). D'autres se sont davantage intéressés au processus par lequel l'individu parvient à acquérir les qualités associées à la résilience Anaut, 2005.

Il existe également des différences dans la conception de la résilience selon le paradigme dans lequel les chercheurs se situent. Ainsi, en psychologie développementale, la résilience est un processus dynamique et modulable et n'est jamais acquise définitivement Anaut, 2003.

Les études sur le stress familial ont également influencé le développement du concept de résilience en précisant que la personne, la famille ou la communauté ne peuvent devenir résilientes que si elles ont été soumises à un risque Gilgan, 1999.

4. Les facteurs de protection de la résilience individuelle

Les facteurs de protection identifiés par les chercheurs peuvent être décomposés en facteurs internes, facteurs situationnels, et facteurs liés à l'environnement externe : Facteurs internes - La perception du trauma : la mise en place de mécanismes de résilience dépend fortement de « l'évaluation primaire » et du degré de danger perçu par le sujet Lazarus et Folkman, 1984.

1- Les caractéristiques individuelles :

Le quotient intellectuel, la confiance en soi, les liens d'attachement, l'existence d'un « locus of control » interne, peuvent jouer le rôle de facteurs de protection individuels Lighezzolo et de Tychey, 2004.

2- Les styles de coping :

Certains modes de coping, c'est-à-dire de « faire-face », comme le coping de type actif centré sur le problème semblent pouvoir plus que d'autres favoriser l'émergence d'une résilience Muller et Spitz, 2003.

3- Les mécanismes de défense :

Le recours à l'imaginaire (à conjuguer avec son contraire, le surinvestissement de la réalité favorisant la survie immédiate dans les premiers instants d'un trauma), la sublimation, l'humour, le clivage et l'intellectualisation sont considérés comme bénéfiques. Le déni par rapport à la signification affective d'une réalité insupportable est reconnu par Cyrulnik (2003), Vanistendael (1996) et Lecomte (2002) comme une solution à court terme, mais dont il faut savoir se défaire pour pouvoir évoluer et ne pas entraver la personnalité. L'important semble la

possibilité de faire évoluer ces mécanismes de défense, d'utiliser de préférence des mécanismes « constructifs matures dont le sujet peut tirer des bénéfices toute sa vie » (comme la sublimation) plutôt que des mécanismes immatures ou seulement adaptatifs dans un contexte de survie (Cyrulnik, 2003).

4- La mentalisation :

La capacité d'élaboration mentale et de recherche de sens est la plus adaptative du traitement des tensions (Bergeret, 1991). Facteurs situationnels Le soutien et surtout l'action des victimes pour aider l'organisation des secours pendant des situations traumatiques (catastrophes naturelles, attentats...) sont déterminants pour le vécu post-traumatique immédiat et même pour la résistance ultérieure Cyrulnik, 2008.

Facteurs liés à l'environnement externe

- Des relations sécurisantes avec au moins une figure d'attachement : elles permettent de fonder les fonctions cognitives et la mentalisation, conditions de la résilience future.

- Un tuteur de développement ou de résilience : l'existence d'un modèle servant de référence pour établir la résilience, avec qui le sujet établit un lien privilégié, est toujours nécessaire pour se construire, même si le sujet ne comprend son influence qu'a posteriori (Vanistendael, 1996 ; Manciaux, 2001 ; Cyrulnik, 2003 ; Lecomte, 2003). On peut distinguer le tuteur de développement, choisi parmi les modèles parentaux, et le tuteur de résilience, choisi parmi des modèles environnementaux Lighezzolo et de Tychev, 2004.

- L'interaction vertueuse des récits du sujet et de son entourage : la possibilité de se faire à soi-même un récit – une représentation – des événements et de le partager est centrale dans la structuration de la résilience. Mais le récit est à double sens, il se construit aussi à travers les réactions de l'environnement. L'acceptation de la blessure, l'empathie sans victimisation de l'entourage qui reçoit le récit d'un individu traumatisé lui permettent de revenir dans la société, de partager, de trouver du sens à ce qui lui est arrivé, lorsqu'il est en mesure de le faire. Il s'agit d'une interaction, réussie ou pas, qui donne à l'entourage un réel pouvoir sur le sujet – surtout lorsqu'il s'agit d'un enfant Cyrulnik, 2008.

- Le lien, la loi et le sens : parmi ces déterminants du processus de résilience, chaque élément influence l'autre par des liens de causalité, mais le plus important est le suivant : «

l'association du lien et de la loi de la part de l'adulte conduit le jeune à créer du sens » (Lecomte, 2004). Dans ce modèle, le lien est le lien affectif, l'amour ; la loi est l'ensemble de repères, le cadre qui permet de se structurer et de s'épanouir ; le sens est le fait de pouvoir donner une direction à sa vie, un sens à sa propre histoire.

5. La résilience familiale

.5.1. Résilience individuelle et résilience du « système » familial

Un traumatisme doit être appréhendé dans sa globalité, selon une logique complexe associant des victimes directes à des victimes indirectes, « par ricochet », suivant un principe d'onde de choc sur le plan émotionnel (Delage, 2008). Il doit donc être considéré selon deux points de vue liés entre eux, l'individuel et le groupal. Chez l'enfant, le développement de syndromes psycho-traumatiques est fortement déterminé par le comportement de l'entourage familial et notamment la rupture ou non de l'étayage parental (Anna Freud, 1944). En ce qui concerne l'adulte, le manque de soutien des proches figures parmi l'un des trois plus importants facteurs de risque dans le développement d'un syndrome de stress post-traumatique Brewin, Andrews et Valentine, 2000 ; Ionescu, 2006.

La victime d'un traumatisme est par conséquent toujours à considérer dans un contexte relationnel. Pour cette raison, la résilience semble par définition un concept intersubjectif. Il n'existe pas de résilience individuelle sans interaction avec les sphères concentriques autour de l'individu, qui peuvent soit accélérer le processus de résilience, soit au contraire aggraver les conséquences du traumatisme. Selon Wintgens et Hayez, « la résilience se construit dans l'interaction d'une personne avec son entourage » (Wintgens et Hayez, 2003).

Selon un modèle développemental contextuel (Bronfenbrenner, 1979), le second cercle, immédiatement après celui de l'individu et de ses caractéristiques, contient la famille.

Il existe plusieurs définitions de la famille, notion qui a existé dans toutes les sociétés humaines. Dans l'acception générale, il s'agit d'une communauté d'individus réunis par des liens de parenté, et possédant entre eux une obligation de solidarité morale et matérielle, qui peut varier selon les cultures et les périodes. La définition de Hanson nous semble intéressante à retenir pour notre étude : « Le concept de famille se réfère à deux individus ou plus, qui dépendent les uns des autres sur un plan émotionnel, physique et économique. Les membres de la famille se définissent eux-mêmes » (Hanson, 2001).

La famille a été un objet d'étude pour un des courants importants de la psychologie, à savoir la psychologie systémique, qui a influencé de nombreux modèles ultérieurs partant du principe qu'une famille doit être approchée comme un système à part entière. Pour bref rappel, la théorie générale des systèmes (Atlan, 1972 ; Bertalanffy Von, 1972 ; Luhmann, 1997) appliquée à la psychologie postule que dans un système existent des principes :

De totalité : un système ne se réduit pas à la somme de ses éléments car il inclut des interactions,

D'équifinalité : les processus relationnels, au centre de l'approche systémique, peuvent provoquer des effets semblables même s'ils sont différents,

Et d'homéostasie : le système s'organise dans un but de survie et de maintien d'un équilibre en mouvement entre lui-même et son environnement ; ce dernier principe implique des notions de circularité et de rétroactivité positive ou négative. La systémique s'appuie d'autre part sur :

La théorie de la communication développée par Bateson (1972) et explicitant l'existence de différents niveaux de communication et les axiomes concernant leur organisation,

La théorie de la complexité établissant les propriétés des systèmes complexes, par exemple « l'auto-organisation, l'autonomie, les phénomènes d'inséparabilité et d'interférence entre l'objet observé et le protocole d'observation, les capacités de réalisation, de potentialisation, de vitalisation des processus organisationnels et décisionnels et l'existence de phénomènes stochastiques soumis au jeu du hasard et de la nécessité » (Miermont, 1993).

Selon cette approche, la famille doit être vue comme un écosystème incluant tous ses membres (et non plus seulement la dyade mère-enfant, ou la triade parents-enfant) et ayant des relations et des échanges avec l'extérieur, famille élargie, proches, réseau social, etc. On peut d'ailleurs se demander si, dans le contexte de la maladie chronique rare d'un enfant, le médecin et les soignants ne font pas plus ou moins partie de l'écosystème.

2. Différents modèles pour approcher la résilience familiale A.

Les leçons de l'intervention en thérapie familiale S'appuyant sur sa clinique en thérapie familiale et observant que toute famille a des potentialités résilientes, le psychiatre Michel Delage a regroupé les facteurs de protection susceptibles de favoriser la résilience dans sept rubriques Delage, 2008:

- Le maintien d'un espoir partagé par tous,
- Le maintien d'une certaine prise sur la situation,
- La capacité familiale à continuer à fonctionner (ou fonctionnalité familiale),
- Le maintien d'une sécurité globale liée à la qualité des attachements intrafamiliaux et des liens avec l'extérieur,
- L'existence d'une éthique relationnelle au sein de la famille,
- L'existence ou le développement d'une dimension spirituelle,

Enfin, la capacité de mentalisation de chacun, au cœur du travail de la résilience.

6. La naissance de concept résilience :

6-1-les facteurs de risques

La notion de risque implique la probabilité de subir un dommage ou encore une perte, la possibilité d'être soumis à un danger, d'être exposé à une blessure. En psychologie, les facteurs de risques sont des variables liées à l'apparition ultérieure de pathologie ou d'organisation. Le plus souvent, les recherches en psychologie restent attachées à l'analyse des problèmes et des perturbations des enfants, voire des psychopathologies et ont pour but principal d'essayer de les comprendre en leur attribuant un sens. Aussi c'est à partir de l'étude de la pathologie individuelle, et éventuelle de celle de groupe d'appartenance, que la psychologie clinique va contribuer à esquisser des pistes en vue d'une prévention fondée essentiellement sur la mise en évidence d'indices ou facteurs de risques pour le devenir des enfants. Anaut, 2005, p, 23.

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

Dans cette perspective, il s'agit avant tout d'identifier des indices de risque permettant de comprendre les perturbations par les enfants et parfois leur entourage afin de participer au traitement des problèmes et éventuellement de les prévoir. Ainsi selon Norman Germezy (1996) un facteur de risque pourra être «un

évènement ou une condition organique ou environnementales qui augmente la probabilité pour l'enfant des problèmes émotifs ou de comportements ». (Cité par Anaut, 2005, p24).

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

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

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

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

Les facteurs de risques peuvent être regroupés selon trois catégories :

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

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

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

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

6-1-3- Les facteurs sociaux environnementaux :

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

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

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

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

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

- Une compréhension de soi.
- Un tempérament facile.

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

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

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

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

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

Selon Manciaux (2001) La valeur protectrice d'une caractéristique est relative en fonction de son degré de développement. Prenons l'exemple de soi qui est une caractéristique souvent citée comme un facteur protecteur de la résilience. Les facteurs de protection font référence aux influences qui modifient, améliorent ou transforment la réponse d'une personne face à un événement qui prédispose à une mauvaise adaptation. (Cité par Annaut, 2005, p, 27,28).

Ce n'est pas l'effet agréable du facteur de protection qu'il faut prendre en considération, mais bien les qualités positives qu'il entraîne. Le facteur de protection joue un rôle important, même en l'absence de situation pathogène, « leur rôle est de modifier la réponse à une futur adversité plutôt que de stimuler le développement normal ».

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

7. La résilience en tant que processus :

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

Selon les spécialistes, l'attitude résiliente est dynamique et passe par plusieurs phases de défense pour contrer les trajectoires négatives. Une personne résiliente passe par une révolte est un refus de se sentir condamné par le malheur. Viennent en suite le rêve et le déficit, c'est-à-dire le souhait de sortir d'un traumatisme plus fort, en atteignant un objectif. Aussi, l'attitude de déni qui consiste à se créer une image d'une personne forte afin de se protéger de la pitié de l'entourage, même si une fragilité intérieure demeure.

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

8. Processus d'évolution de la résilience

Actuellement, la perspective du concept résilience tel qu'un processus est une disposition appuyé par (M. Rutter ,1985).

La résilience n'est pas un processus stable et acquis de manière permanente, ce n'est pas une qualité fixe de l'individu, elle peut être soumise à des variations conséquentes selon les circonstances de la vie et les contextes environnementaux et les étapes de la vie. La résilience est vue comme une construction, comme un processus évolutif (Bessoles. 2001, P. 49).

La perspective du concept de résilience comme un modèle évolutif permet de se rendre compte des capacités d'évolution des personnes ayant souffert, cela dit, que la compétence repérée permet de sortir de l'impuissance apprise. A cet égard, palmer (1997) ayant travaillé sur les enfants d'alcooliques, décrit quatre étapes pour permettre une meilleure analyse de la situation, et qui sont :

La survie anémique : vivant dans un état de constant chaos, l'individu concentre toute son énergie sur sa survie et sa sécurité. Il ne fait pas très peu appel à ses ressources personnelles et à celles de son entourage, et à des pensées et des comportements destructeurs.

La résilience régénératrice : dans cette phase, se développe des compétences et des stratégies d'adaptation constructives. La personne découvre des moyens plus efficaces de gérer les défis que lui pose l'existence et commence à faire appel à ses ressources personnelles et à celles de l'entourage. Cette amélioration est cependant incomplète, les périodes de stabilité étant entrecoupées de fréquentes crises.

La résilience adaptative : les périodes stables sont assez longues malgré quelques coupures. La personne porte un regard positif sur elle-même et éprouve un sentiment personnel d'unité. Elle sait bien utiliser ses ressources personnelles et celles de son environnement, ce qui lui permet d'évoluer.

La résilience florissante : la personne s'adapte bien aux réalités de l'existence et utilise pleinement son énergie. Elle éprouve un profond sentiment d'intégration personnelle et considère que la vie a du sens et qu'elle-même peut la maîtriser. Palmer, 1997, P-P. 201,209.

Le champ marquant le processus résilient chez un sujet renvoie donc à la mise en forme des potentiels relevant de différentes dimensions (internes et externes), dont on peut percevoir certaines intrapsychiques et relevant de la construction de la personnalité, mais également du domaine des relations psychoaffectives, des liens et étayages familiaux et extra-familiaux, incluant la prise en compte des aspects cognitifs et sociaux dans la mise en place de processus. M. Anaut, 2002, P. 106.

9. Les critères de la résilience :

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

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

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

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

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

Michael Rutter (1985,1996), considère que ces personnes, face à des situations d'impuissance et d'absence d'aide qui accompagnent habituellement des situations de stress et d'adversité, mettent en place d'autres formes de comportements qui font appels à des modèles de fonctionnement spécifiques qui apprennent des appuis sur des mécanismes de d'élaboration de la pensée. Il a distingué trois caractéristiques chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables. Selon Rutter, la personne résiliente concilie trois caractéristiques :

9-1- La conscience de son auto-estime :

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

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

9-2- La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité

- Ayant le sentiment de sa propre valeur.
- De bonnes capacités d'adaptations relationnelles et d'empathie.
- Capable d'anticiper et de planifier.
- Ayant le sens de l'humour.

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

Michael Rutter (1985,1996), considère que ces personnes, face à des situations d'impuissance et d'absence d'aide qui accompagnent habituellement des situations de stress et d'adversité, mettent en place d'autres formes de comportements qui font appels à des modèles de fonctionnement spécifiques qui apprennent des appuis sur des mécanismes de d'élaboration de la pensée. Il a distingué trois caractéristiques chez les personnes qui développent un comportement de résilience face à des conditions psychosociales défavorables. Selon Rutter, la personne résiliente concilie trois caractéristiques :

9-1- La conscience de son auto-estime :

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

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

9-2- La conscience de son efficacité ou sentiment d'auto-efficacité

Cette caractéristique correspond chez un sujet, à la croyance et à la confiance dans ses capacités à faire la différence entre une action réussie et les étapes nécessaires pour y parvenir. L'individu résilient aurait donc tendance à avoir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir confiance dans ses capacités à résoudre la majorité des problèmes de son existence. Le sentiment d'auto-efficacité permet l'anticipation des problèmes et les projets, il renvoie à la conviction que possède l'individu d'avoir des capacités requises pour réussir une tâche déterminée.

9-3- Un répertoire d'approche de résolution de problèmes sociaux

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

Dans cette perspective certains auteurs considèrent que la résilience réside plus dans l'appartenance d'une personne à un contexte social et relationnel sur lequel elle prend appui. Les travaux de Michael Rutter et al (1985,1996), en prenant en compte les capacités pour le sujet résilient de trouver ses ressources en liaison avec le réseau social vont dans le sens de l'importance accordée à l'adaptation et à l'autonomie dans le processus de résilience. Cité par Anaut, 2003, p58.

10.Limite de la résilience :

Le modèle de la résilience offre l'avantage de concilier différentes approches et différents domaines qui concernent à mettre en évidence les potentiels et les modes de protection, d'un individu face à l'adversité. Cyrulnik et al (1998)

Considèrent que le concept de résilience permettrait d'harmoniser différentes disciplines connexes comme la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, la prévention sociale, pédiatrie... l'intérêt de cette approche est donc également de constituer un modèle fédérateur dont les résultats d'études convergent vers l'approche des facteurs protectifs des individus. Ces chercheurs considèrent que la qualité de la résilience s'appuie sur les expériences relationnelles et les possibilités de nouer les liens, ce qui lui confère un caractère variable selon les individus et chez un individu. Boris Cyrulnik (1999) s'inscrit, quant à lui, dans la prise en compte de l'histoire du sujet en affirmant : « ce qui détermine la qualité de la résilience et la qualité lien qui a pue se tisser avant le trauma et tout de suite après ». (Cité par Anaut, 2005, p,78).

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

Michael Rutter et NormanGarmezy (1996) soulignent que l'accumulation des facteurs de stress peut avoir un effet multiplicateur, et non pas seulement additionnel et que cela peut se traduire par des états de stress important pouvant conduire à des ruptures de résilience, lorsque la résilience avait été constatée dans un premier temps. cité par Bouteyre, 2004, p, 103.

Synthèse

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

Chapitre II

L'accident Vasculaire Cérébral

-AVC-

Introduction

Le lecteur doit comprendre ou connaître tous les principaux termes dans les détails. Le but de ce chapitre est de vous donner des informations sur les accidents vasculaires cérébraux (AVC) en général. La fin de ce chapitre vous aurez une bonne idée sur cette maladie que je vous aide à vous prévenir des facteurs d'origine humaine qui mènent à cette maladie et seulement cela, mais aussi vous connaîtrez les symptômes d'AVC qui mènent à comprendre la maladie et nous aider à soigner des patients pour un meilleur traitement.

1 Généralité sur l'accident vasculaire cérébral :

L'AVC est la première cause d'handicap acquis de l'adulte avec son coût socio-économique élevé, la 2ème cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la 3ème cause de mortalité Bejot et al, 2007.

L'accident vasculaire cérébral (AVC) se définit comme la survenue soudaine d'un déficit neurologique d'origine vasculaire, ce qui implique, d'une part, une lésion (ou un dysfonctionnement) du parenchyme cérébral responsable du déficit, et d'autre part, une lésion vasculaire sous-jacente Woimant, 2002.

L'AVC est une ancienne maladie découverte par la médecine égyptienne environ 3000 ans avant JC Greer, 2007.

Le premier AVC décrit était probablement celui d'un jeune africain n'excédant pas 45 ans Arezki, 2011 in Benabadji-Chiali, 2016.

2 L'accident vasculaire cérébral :**2.1 Définition :**

L'Organisation Mondiale De la Santé (OMS). Elle Définit l'AVC comme « Le développement rapide de signes cliniques localisés de déficit ou dysfonction cérébrale durant plus de 24 Heures ou conduisant à la mort, sans cause apparente autre qu'une origine vasculaire» .

Si la circulation sanguine vers le cerveau est interrompue, le cerveau n'est plus alimenté en oxygène Ni en éléments nutritifs. Il se produit une lésion du tissu cérébral qu'on appelle AVC OMS, 2006.

Les vaisseaux sanguins circulent dans différentes parties du corps humain afin de transporter différents nutriments sanguins (oxygène, dioxyde de carbone, hormones, cellules sanguines, glucose et autres) dans le processus appelé système circulatoire ou système cardiovasculaire ou système vasculaire. Le cerveau humain contrôle la plupart des activités humaines (maîtrise de soi, planification, raisonnement, pensée abstraite, vision, mouvement, locomotion et autres). Les organes sensoriels envoient l'information spécifique au cerveau qui traite, intègre et coordonne l'information reçue. Cette partie essentielle du corps humain a la circulation sanguine à travers deux paires d'artères (artère antérieure et artère postérieure). L'artère antérieure fournit du sang à la partie médiane et avant du cerveau qui se subdivise en artère carotide droite et artère carotide gauche, l'artère postérieure fournit du sang au tronc cérébral et à la partie arrière du cerveau qui se compose d'une artère vertébrale droite et d'une artère vertébrale gauche se joignent pour former Artère basilaire. L'artère communicante postérieure associe ces deux artères (artère antérieure et artère postérieure) est la partie du cercle de willis. La veine rassemblant le sang désoxygéné des différentes parties du corps vers le cœur, les veines jugulaires sont responsables du drainage veineux de la tête et du cou complet. Les veines du cerveau ont ces principaux vaisseaux sanguins dans le cerveau: veines cérébrales supérieures et veines cérébrales inférieures, veines cérébrales moyennes superficielles, veines cérébrales profondes, veines cérébrales internes et veines cérébrale supérieures et inférieures. Ce sont des vaisseaux sanguins majeurs dans le cerveau.

2.2 Les différents types d'accident vasculaire cérébral :

On distingue des accidents hémorragiques dans 20% des cas et des accidents ischémiques dans 80%. Alliez et al, 1995.

Les thromboses veineuses cérébrales (TVC) représentent moins de 1 % des accidents vasculaires cérébraux (AVC) Reiner et al , 2013.

2.2.1 Accident vasculaire cérébral ischémique :

L'accident ischémique est provoqué par une altération focale de la perfusion artérielle, provoquant une lésion cérébrale et des séquelles durables Barbieux M, et al., 2011.

L'infarctus cérébral est la résultante d'une diminution puis de l'arrêt de la perfusion du tissu cérébral ainsi que du dépassement des capacités des systèmes de suppléance. À l'échelon individuel, la gravité de l'expression clinique d'une occlusion artérielle est donc fortement dépendante d'une part de la qualité des réseaux anastomotiques et d'autre part des capacités de régulation du débit sanguin cérébral Deplanque D. 2003.

Traitement de l'AVC ischémique et des accidents ischémiques transitoires

Ces traitements peuvent être utilisés pour résoudre un problème dans ces deux types d'accident vasculaire cérébral: Médicaments, Nous savons que ces deux AVC provoqués par un caillot de sang à l'intérieur des vaisseaux sanguins, Le médicament appelé activateur de plasminogène tissulaire ou "tissu plasminogen activator" (TPA) sera injecté dans la veine du bras du patient. Ce médicament permet de dissoudre ou de contracter des caillots.

2.2.2 Accident vasculaire cérébral hémorragique :

Ils résultent de la rupture d'une malformation vasculaire ou d'une petite artère, favorisés par l'hypertension artérielle ou un traitement anti thrombotique.

Leur cause est la déchirure de la paroi d'un vaisseau sanguin, laquelle était souvent endommagée

avant l'accident et soumise à une pression sanguine trop forte. L'établissement de symptômes neurologiques a lieu par effet de masse sur le tissu nerveux ou par effet toxique du sang lui-même Masson et al, 1975.

3.2 Hémorragie Cérébrale :

Dans l'hémorragie cérébrale spontanée, la cause peut être une malformation vasculaire (anévrisme, angiome, cavernome), une lipohyalinose des perforantes en rapport avec une hypertension artérielle chronique, une angiopathie amyloïde, une thrombose veineuse ou des troubles de l'hémostase. L'hémorragie est responsable de lésions cérébrales par différents mécanismes : une destruction du

parenchyme, un refoulement du parenchyme par l'hémorragie, un engagement et une ischémie cérébrale secondaire à la baisse de la pression de perfusion cérébrale. En aucun cas, une pression artérielle élevée ne peut être la cause directe de l'hémorragie : l'hypertension artérielle chronique est responsable d'une lipohyalinose des perforantes qui fragilise ces artères de petit calibre et est responsable d'hémorragies, généralement profondes Leys et al,2002.

2.4 Les symptômes d'un accident vasculaire cérébral :

Selon l'OMS (organisation mondiale de la santé) : Il est fréquent qu'une maladie cardiovasculaire touchant les vaisseaux sanguins ne donne aucun symptôme. Un infarctus ou un AVC sont parfois le premier signe de la maladie sous-jacente. Le symptôme le plus courant d'un AVC est une sensation de faiblesse soudaine au niveau de la face, du bras ou de la jambe, le plus souvent sur un seul côté du corps. Un AVC peut aussi provoquer l'apparition brutale des symptômes suivants :

- Engourdissement de la face, du bras ou des jambes, en particulier d'un seul côté du corps ;
- Confusion, difficultés à parler ou à comprendre un discours ;
- Difficultés visuelles touchant un œil ou les deux ;
- Difficulté à marcher, étourdissement, perte d'équilibre ou de coordination ;
- Céphalées sévères sans cause connue et syncope ou perte de conscience.

Les signes cliniques d'une TVC varient en fonction de la localisation de l'extension, de l'étiologie, de l'âge du patient, de l'intervalle de temps entre le début des symptômes et le moment où sont posés le diagnostic et cette affection peut simuler un grand nombre d'autres maladies neurologiques.

La palette des symptômes cliniques varie de troubles non spécifiques jusqu'à un tableau clinique de survenue aiguë et potentiellement mortel, associant hypertension intracrânienne et hémorragie par congestion. Les symptômes cliniques dépendent indubitablement de la localisation du vaisseau obstrué (veines cérébrales internes, externes et/ou sinus) ; toutefois, la moitié des patients atteints de TVC présentent une occlusion de plusieurs vaisseaux, ce qui augmente en plus la variabilité de la symptomatologie déficitaire. (Urs et al, 2008)

2.5 Diagnostic :

Le diagnostic d'AVC, évoqué devant des troubles neurologiques focaux ou des troubles de la vigilance d'installation soudaine, doit être confirmé par l'imagerie cérébrale.

L'imagerie cérébrale :

(IRM, scanner) est nécessaire sans délai pour affirmer le diagnostic d'AVC et préciser sa nature ischémique ou hémorragique. Actuellement, l'IRM-séquences écho-planar (méthode permettant d'obtenir une coupe IRM dans un temps d'acquisition de l'ordre de 100 ms) est l'examen le plus performant car elle permet le diagnostic très précoce (dès la 1^{re} heure) de l'ischémie et de l'hémorragie cérébrale, ainsi que l'évaluation du caractère récent ou ancien, de l'étendue et de la sévérité des lésions. Elle permet, en outre, l'étude des vaisseaux ;

Le scanner cérébral sans injection de produit de contraste :

Permet le diagnostic en urgence d'hémorragie cérébrale. Les signes précoces d'ischémie cérébrale sont inconstants et d'interprétation difficile ;

L'IRM avec séquences d'angio RM veineuse :

Est l'examen non invasif le plus performant pour le diagnostic de thrombose veineuse cérébrale. Le diagnostic étiologique est une étape fondamentale qui conditionne à la fois la prise en charge immédiate et la prévention secondaire ANAES, 2002.

IRM

L'imagerie par résonance magnétique(IRM) est l'imagerie médicale qui utilise un champ magnétique fort, Les protons dans les noyaux d'hydrogène dans le corps humain principalement dans l'eau (H₂O) ont des directions aléatoires dans le corps, mais lorsque le champ magnétique fort appliqué, Ses directions changent et s'alignent avec la direction du champ magnétique.

Bilan biologique initial :

Formule de numération sanguine, une glycémie, bilan électrolytique, la CRP (c-réactive protéine), le fibrinogène, le TCA (temps de céphaline activé), le temps de Quick, la troponine, le bilan lipidique,(cholestérol, les triglycérides, HDL, LDL), le bilan hépatique, le bilan rénal, β HCG souvent dosés chez la femme ANAES, 2002.

2.6 Facteurs de risque d'un accident vasculaire cérébral :

Les facteurs de risque d'un accident vasculaire cérébral identifiés avec certitude sont l'âge.

2.6.1 Les facteurs de risque non modifiables

L'âge :

Car même s'il est vrai que c'est une pathologie qui touche d'avantage le sujet âgé, ces dernières années on a constaté comme évoqué précédemment une recrudescence du nombre d'AVC chez le sujet jeune Bejot Y, et al. 2013.

Les hormones sexuelles :

Ont un rôle dans la physiopathologie de l'AVC. Les hormones féminines (estrogènes et progestérone) sont à l'origine d'une vasodilatation qui agit par le biais du NO (Nitric Oxide) (A) facteur de l'inflammation, alors que la testostérone (hormone masculine) est responsable d'une vasoconstriction (D). Le rôle des œstrogènes dans l'inhibition de la formation de la plaque d'athérome est connu. Lemesle-Martin M, et al. 2006

Les taux d'incidences sont multipliés par 1,25 chez l'homme par rapport à ceux de la femme ; la femme vit plus longtemps que l'homme.

Le nombre annuel de décès par AVC chez l'homme est supérieur à celui de la femme. Bejot et al, 2007 in Benabadji-Chiali, 2016.

Génétique :

Les formes familiales d'AVC sont connues de longue date avec des mécanismes variables : le gène de l'ApoE4 favorise l'athérome, certains facteurs de risque ont un déterminisme génétique. Le risque d'AVC serait plus élevé chez les hommes dont les mères sont décédées d'un AVC, et chez les femmes qui ont un antécédent familial d'AVC. À partir d'études menées sur une base de population, les taux d'incidence sont multipliés par 2,4 chez les noirs et par 1,6 chez les hispaniques, par rapport aux blancs. Ces résultats, confortés par l'incidence élevée des AVC constatés chez les Chinois et les Japonais, pourraient suggérer un rôle important joué par les facteurs ethniques Bejot et al, 2007.

2.6.2 Les Facteurs de risque modifiables :

Hypertension artérielle (HTA)

L'élévation chronique de l'hypertension artérielle crée des lésions des petites artères (associant lipohyalinose et anévrismes de Charcot et Bouchard). Ces lésions touchent de façon préférentielle les artères de 40 à 200 µm de diamètre correspondant aux artères perforantes des artères sylviennes, du tronc basilaire et des artères cérébelleuses. Cela explique la topographie bien particulière des hémorragies intra parenchymateuses compliquant l'hypertension artérielle : hématomes profonds des noyaux gris centraux, de la capsule interne, du thalamus, de la protubérance et du cervelet Woimant, 2002.

Diabète :

Le diabète est un facteur de risque majeur et indépendant d'un infarctus dont il multiplie la fréquence par un facteur 2 à 5. L'existence d'une protéinurie accroît ce risque. Le risque d'AVC chez le diabétique est de 1,5 % par an. Chez le diabétique, les infarctus cérébraux surviennent à un âge plus jeune et ils sont très souvent de type lacunaire Bejot et al, 2007.

Dyslipidémie :

La relation entre une élévation du taux de cholestérol sanguin et la cardiopathie ischémique est connue depuis longtemps, et a fait l'objet de plusieurs études qui ont permis de démontrer que des niveaux élevés de triglycérides, des lipides ou de graisses qui circulent dans le sang, augmentent le risque d'accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire, et ont révélé que des niveaux plus élevés de HDL, le soi-disant «bon» cholestérol, ont été associés à un risque réduit d'AVC. Ainsi, l'utilisation des médicaments réduisant le cholestérol et les triglycérides, appelés statines, peut réduire le risque d'AVC. L'étude menée en Suède, qui a concerné une population de 23000 hommes et 26000 femmes âgés de 35-54ans entre 1974 et 1980 Verschuren, 1995.

L'obésité :

Est évaluée par l'indice de Masse Corporelle (IMC) obtenu par la formule : poids/ taille². Elle est définie par un indice de masse corporelle supérieur ou égale 30 Kg/m². L'ensemble des études montre une association entre obésité et IC aussi bien chez l'homme que chez la femme. Dans tous les cas, l'obésité représente aujourd'hui un facteur de risque pour les maladies

cardiaques et l'hypertension artérielle et il a été clairement démontré qu'une diminution du poids était associée à une réduction de la pression artérielle Hu et al, 2007.

Tabagisme :

En dépit du fait que le tabagisme soit établi comme étant un facteur de risque il y a toujours une grande proportion de fumeurs chez les 15-30ans. En effet, selon une étude de l'INPES publiée en septembre 2012, les jeunes de 15-30 ans sont les plus nombreux à fumer (44%) Beck et al, 2011.

Alcool :

La relation entre consommation d'alcool et risque d'AVC est biphasique. La forte consommation d'alcool commence à partir de cinq verres par jour. Une forte consommation d'alcool augmente le risque de toutes les variétés d'AVC, qu'ils soient hémorragiques (risque relatif multiplié par six) ou ischémiques (Risque relatif multiplié par trois) Lemesle-Martin M, et al. 2006.

2.6.3 Les facteurs de risques spécifiques du sujet jeune :

La plupart des facteurs de risque des sujets âgés (HTA, hypercholestérolémie, diabète) sont aussi des facteurs de risque chez le sujet jeune, mais certains sont spécifiques du sujet jeune (la contraception orale, la migraine, la grossesse, la prise de drogues) ils sont classés en facteurs de risque non modifiables et modifiables Benabadji-Chiali, 2016.

Migraine

Le risque d'ischémie cérébrale est multiplié par 3,5 en présence d'une migraine et par 6 en présence d'une migraine avec aura. Ce risque augmente en cas de tabagisme (multiplié par 10) ou de contraception orale (multiplié par 14). Toutefois, le risque absolu est faible à cet âge, sauf chez les femmes de plus de 35 ans, fumeuses et sous contraception orale. Le concept d'infarctus migraineux est discuté. Il suppose que le patient soit migraineux et que la symptomatologie déficitaire corresponde à une aura qui s'est prolongée. Pour retenir ce diagnostic, il faut une chronologie évocatrice des événements et aussi un bilan étiologique exhaustif et négatif, ayant en particulier écarté une dissection et une angiopathie toxique, et que le patient soit migraineux, avec aura. Il faut également suivre le patient car une autre étiologie peut être découverte à

distance et donc toujours retenir le diagnostic d'infarctus migraineux avec précaution Leys et al , 2004.

Contraception orale :

Sous contraception orale, même avec les formes faiblement dosées, le risque d'ischémie cérébrale est multiplié par 3. Ce risque est multiplié par 5 chez les fumeuses. Cette augmentation du risque disparaît chez les femmes ayant arrêté la contraception orale. En revanche, la contraception orale n'est qu'un facteur de risque d'ischémie cérébrale et non une cause : la survenue d'une ischémie cérébrale chez une femme sous contraception orale nécessite un bilan étiologique exhaustif Leys,2003.

La consommation de drogues :

Illicites les plus répandues actuellement sont le cannabis et la cocaïne, le risque pour le cannabis des patients présentant un AVC I est de 1,76, l'utilisation de la cocaïne est moins répandue BenabadjiChiali, 2016.

2.8 Traitement d'un accident vasculaire cérébral :

La première des choses est de contrôler les facteurs de risque. Selon l'**Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)** : L'AVC est une urgence diagnostique et thérapeutique.

2.8.1 Anti thrombotiques :

Un traitement antiplaquettaire par aspirine (à la posologie de 160 à 300 mg/j) est recommandé dès que possible après un AVC ischémique, sauf si un traitement thrombolytique est envisagé.

2.8.2 Fibrinolyse :

Un traitement thrombolytique par rt-PA (altéplase) par voie veineuse est recommandé chez les patients ayant un AVC ischémique à condition que le traitement puisse être instauré dans les 3 heures suivant l'apparition des symptômes d'AVC et qu'il n'existe pas de contre-indications à ce traitement.

2.8.3 Antiplaquettaire :

Ou par héparine est contre-indiqué au cours des 24 heures suivant l'administration de rt-PA. Le rtPA peut être utilisé chez les malades qui suivaient un traitement par l'aspirine au moment de l'AVC bien que le rapport bénéfice/risque soit incertain.

2.8.4 Traitement des thromboses veineuses cérébrales :

Un traitement anticoagulant à dose curative est recommandé chez tous les patients ayant une thrombose veineuse cérébrale certaine, y compris en cas d'aspect hémorragique à l'imagerie.

2.8.5 Neurochirurgical :

Il se discute dans des cas particuliers rares d'hémorragie cérébrale, d'infarctus cérébelleux et d'infarctus hémisphérique malin.

Synthèse

Comprendre les causes d'AVC, les symptômes, les diagnostics et les traitements aide à lutter contre cette maladie. Pas à pas, nous avons discuté des connaissances générales de l'AVC et à la fin de ce chapitre, vous pouvez contribuer en fonction de vos capacités, Par exemple vous pouvez éviter de fumer ou de consommer de l'alcool (L'homme a fait des causes d'accident vasculaire cérébral). L'AVC est l'une des maladies dangereuses dans le monde qui tue des milliers de personnes chaque année.

Chapitre III
Partie méthodologique

Préambule

La méthodologie est une partie intégrante de toute discipline qui se veut

Scientifique. Au cours de cette partie méthodologique, on va présenter l'ensemble des étapes suivies pour la réalisation de notre travail, à savoir la démarche de la recherche et la population d'étude.

1- La pré-enquête

La pré-enquête est une étape préparatoire pour l'enquête, qui nous permet d'avoir des informations et d'avancer des hypothèses sur le thème de recherche. Ça nous aide à désigner notre population d'étude avec laquelle, nous vérifierons nos hypothèses avancées préalablement.

Et pour cela, nous sommes présentés à «l'établissement hospitalisée Guessoum laid de rééducation et de réadaptation fonctionnelle», où nous avons rencontré le chef de service, et pour qui nous avons exposé l'objectif de notre étude et la nature de notre diplôme à préparer. Il nous a alors orienté vers le médecin chef qui nous oriente vers les sujets après leur accord, nous avons discuté également sur la disponibilité des cas, ensuite il nous a donné son accord pour commencer le plutôt possible après avoir bien sur signé les papiers nécessaires, et il a été prêt à nous aider de mieux que possible.

Le même jour, on a attendre, pour que ce psychologue arrive. En parlant avec lui, nous avons toutes expliqué, commençons du problème que nous avons rencontré dès le départ, et terminons par une idée générale sur notre thème. Ce dernier, nous a même proposé de réaliser une étude sur les malade attient d'un accident vasculaire cérébral, en nous rassurant qu'il fera de son mieux pour nous accompagner durant notre séjour de stage.

Après avoir ramené la lettre d'envoie de stage au niveau du bureau de stage de notre département, nous nous sommes représentés une deuxième fois à l'hôpital de Guessoum laid, nous avons rencontré la psychologue, mais cette fois ci, elle nous a informé qu'elle ne peut pas nous signer pour nous encadrer, vu qu'elle ne figure pas dans la liste des psychologues chargés de l'encadrement des stagiaires, étant donné qu'elle n'a pas encore l'expérience de ses 5 ans de travail, mais elle nous a donné une promesse pour nous aider et nous orienter au cours du stage. De ce fait, elle nous a dirigés vers une autre psychologue qui travaille dans ce même hôpital,

au niveau du service d'oncologie, qui nous a accueillis vivement et elle nous a donné son accord après avoir bien sur exposé notre thème et discuté sur toutes les conditions que nous allons respecter et suivre durant notre stage.

Nous avons alors commencé notre prés enquête, elle a duré un mois avec une fréquence de deux fois par semaine. Dès notre premier jour du stage, nous avons essayées de s'adapter et de se familiariser dans ce service, afin d'avoir une idée sur les particularités, les principes, et le mode de fonctionnement ainsi que les objectifs de ce service, et cela avec l'aide de La psychologue , grâce à laquelle nous avons effectué un certains nombres d'observations cliniques sur les différents cas qui étaient hospitalisés souffrants de ce maladies, que ça soit du côté femmes ou côté hommes, comme nous avons aussi rencontré des patients qui venaient seulement pour faire des soins.

Cette pré enquête, nous a permis de s'assurer de la faisabilité de notre recherche et les conditions d'étude, ainsi la possibilité d'obtenir le consentement des patients attient d'un accident vasculaires cérébral pour constituer notre groupe de recherche. Egalement, elle nous a aidé à élaborer notre guide d'entretien, de plus, cette dernière, nous a amené à poser des questions et à formuler des hypothèses, et pour les vérifier nous avons cherché avec la collaboration de notre promotrice, des outils d'évaluation qui apparaissent adéquats et compatibles avec notre approche théorique adoptées, qui pourraient nous permettre d'y répondre, et pour cela nous avons fait l'échelle de la résilience (RS-R) (1993), qui va nous servir à évaluer le niveau de la résilience de notre groupe de recherche.

2-Méthode de recherche et technique de recueil des donnés

2-1- La méthode clinique

La méthode clinique est une « méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il ya de typique et ce qu'il ya d'individuel chez un sujet, considère comme un être aux prises avec une situation déterminée » (Sillamy N.2003La méthode clinique vise donc à créer une situation avec un degrés faible de contraintes, en vue d'un recueil d'informations qu'elle souhaite le plus large et le moins artificiel possible en donnant au sujet des possibilités d'expression. La spécificité de cette méthode repose sur son refus d'isoler ces informations et sa tentative de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. Jean-Louis Pedinielli. 2005.

La « méthode clinique » répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité et de la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse. Elle est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes. Ibid. p. 12.

Et tout cela se fait par l'intermédiaire de ce qui est appelé « l'étude de cas »).

2-2-L'étude de cas

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou un groupe d'individus, l'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens font souvent référence ; c'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques, Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leurs évolutions.

Pour Lagache (1949), l'étude de cas est une « observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation ».

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques, mais aussi tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présente et passes. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passée. KH. Chahraoui et al, 2003, p125.

3-Présentation des outils d'investigation

Nous avons focalisé notre recherche sur les techniques suivantes :

l'entretien clinique qui nous permet d'avoir des informations personnelles concernant l'état psychologique et l'environnement familial et social et le test projectif afin de comprendre notamment la perception du patient de son corps.

3-1-L'entretien clinique

« L'entretien est l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. L'entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue ». « L'entretien clinique vise à appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique, d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime ses rêves et ses fantasmes ». H. Bénony et all, 1999, p11.

L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'information sur le sujet mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui – même. Par exemple, les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont restituées dans le cadre de référence l'histoire personnelle du sujet, son histoire familial la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité... etc. L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans le contexte :

- D'aide ou de soins psychologiques
- De diagnostic ou d'évaluation psychologique
- Ou de recherche clinique

L'entretien clinique est de trois types qui sont : l'entretien directif l'entretien non directif, et l'entretien semi directif auquel on s'est intéressé dans notre recherche. (Ibid, p13).

3-2-l'entretien semi directif

Le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associé sur le thème proposer sans l'interrompe. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure le clinicien où le chercheur propose un cadre et une trame permet au sujet de dérouler son récit. KH. Chahraoui et al2003, p143.

L'entretien semi directif est un compromis entre l'entretien directif et non directif. Il rend de grands services dans la recherche, lorsqu'il faut comparer les réponses d'un échantillon représentatif, par exemple, s'il s'agit de comparer le discours des mères d'enfants normaux, des mères d'enfants autistes, des mères d'enfants déshydratés ; le chercheur va établir des questions qu'il souhaite posé, dans le même ordre , à ces trois groupes de mères, pour pouvoir ensuite comparer termes à termes , leurs réponses. M. Castréde, 2003, p93.

Dans ce type d'entretien le clinicien dispose d'un guide d'entretien.

Il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation.

Les questions ne sont pas posées d'une manière hiérarchisée, ni ordonnée. Mais au moment opportun de l'entretien clinique. De même, dans ce type d'entretien le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet.

3-3-Le guide d'entretien

Notre guide d'entretien est constitué de (4) axes

Axe 1 : les informations personnelles.

Axe 2 : Histoire de la maladie.

Axe3: Information prélevés au prés des membres de la famille (environnement).

Axe 4 : la prise en charge et la vie quotidienne du malade.

3-4-Echelle de résilience de Wagnild et Young

3-4-1 Présentation de L'RS-R de Wagnild et Young

Les études sur la résilience se sont multipliées depuis les dernières années, et différentes échelles de mesure ont vu le jour (Ionescu & Jourdan-Ionescu, 2011 ; Windle, 2011). À l'origine, l'échelle de résilience a été élaborée auprès d'une population de femmes âgées (M = 78,1 ans), mais cet instrument a été utilisé auprès d'un large éventail de populations depuis les dernières années. (Beaudoin, 2013, p.58). C'est l'échelle de résilience dans sa version traduite en français (2010) par Ionescu et al, qui a été sélectionnée pour cette étude (voir l'annexe N°1), en raison de sa popularité, de son utilisation dans divers contextes et sa validité est bonne, de

sa définition conceptuelle de la résilience, qui est un trait de caractère favorisant l'adaptation et parce qu'elle permet de mesurer les traits de la résilience chez des sujets, ainsi de déterminer un score théorique individuel de ce processus.

3-4-2 La consigne

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

3-4-3 Le mode de passation

Le questionnaire est constitué de 25 items à compléter selon l'accord des sujets sur une échelle en sept points de type Likert (allant de très en désaccord à totalement en accord). (Beaudoin, 2013, p.58). Elle est bidimensionnelle: Compétences personnelles (17 items) et Acceptation de soi et de la vie (8 items). Elle permet d'expliquer 44 % de la variance de la résilience (Wagnild, 2009 ; Wagnild et Collins, 2009). Sa durée d'administration est de 5 à 10 minutes. Omolmo, 2016.

3-4-4 Le score

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. Beaudoin, 2013, p.58.

3-4-5 Validité de L'ER

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

pertinent dans le contexte multiculturel du Canada et pour de multiples groupes d'âge. Liebenberg et al, 2017.

Enfin, ces deux outils psychométriques que nous venons d'exposer, sont censés de nous permettre de mesurer quantitativement le vécu psychologique, et de produire ainsi une mesure chiffrée, comme ils permettent aussi de placer le sujet de notre recherche dans la dimension explorée pour en donner un indicateur de sévérité ou d'intensité. Ces outils permettent alors de mesurer la grandeur à partir des indicateurs qui sont les items. Nous allons s'attarder dans les prochains lignes sur les étapes du déroulement de notre recherche.

4- la population d'étude.

Les critères d'homogénéités retenus

- **L'âge** : qui est supérieur à 18 ans, âge adéquat c'est -à-dire tous les cas sont des adultes.

-**La langue des patients** : la langue d'entretien avec les patients est le français ou l'arabe Tous les cas sont des malade atteints d'accident vasculaire cérébral.

Il faut noter que notre enquête, ne concerne que les sujets atteints depuis plus d'un an, et cela pour éviter toute confusion psychique ou physique.

Les critères non pertinents pour la sélection

-**Le niveau socio-culturelle** : cette maladie peut toucher toutes les couches sociales de différents niveaux culturels et intellectuels et pour éviter toute sorte de ségrégation et de ne pas déroger à notre objectif cité en préambule, nous n'avons pas tenu compte de ce critère pertinent pour la sélection.

-**Le sexe** : dans notre enquête est aussi indifféremment, n'a pas pris en considération, la variable sexe.

4 Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude

Nom	Age	Etat civil	Niveaux d'instruction	Situation professionnel	Durée de traitement
Saliha	65	mariée	Licence physique	Retraité	8mois
Kamel	35	marié	3années Lycée	Policier	2ans
Mourad	51	marié	2 années lycée	Commerçant	5mois
Sara	30	mariée	3 années secondaires	Femme au foyer	5 ans

Tableau n°1: la récapitulation des caractéristiques de notre population d'étude.

5-Présentation de lieu de recherche

On a effectué notre recherche au sein du l'établissement hospitalisée Guessoum laid de rééducation et de réadaptation fonctionnelle a été crée par la arrêtee ministériel n : 05 du01 /02/2002 avec une capacité de 140 lits, dont 115 lits fonctionnels repartie comme suit :

Hospitalisation homme : 46 lits

Hospitalisation femme : 46 lits

Hospitalisation enfants : 23 lits

Chapitre IV
Partie pratique

1 -Cas de Saliha

1-1Présentation du cas de Saliha

Madame Saliha est âgée de 45ans, elle est mariée, et mère de 3 (garçon) et 1 (fille). Son niveau d'instruction est de 1 année secondaire, c'est une femme au foyer.

2-2-Les données et analyse de l'entretien

Durant l'entretien Saliha était calme, souriante, optimiste, le contact est très facile avec elle son discours est logique, Saliha nous raconte qu'elle est atteinte d'un accident vasculaire cérébral depuis 6 mois et souffre d'hypertension et de diabète.

Saliha a souligné qu'avant sa maladie elle se sentait en forme mais après sa maladie son corps est souvent en état de fatigue et l'apparition des complications comme incapacité de marcher surtout le pied gauche. Et une difficulté de parler avant les séances orthophoniques.

Elle n'exprime pas ce qu'elle ressent face aux autres et leurs regards et avec un air étonné dit que, des fois elle remarque des personnes quand ils la voient, ils la regardent avec un regard vif et sévère. Saliha est insatisfaite d'elle-même et préoccupée de voir les autres et nous affirme qu'elle ne se sent pas vraiment fière, ni satisfaite d'elle-même parce qu'elle a un manque de moyens, et qu'il ya pas mal de choses qui lui manquent dans sa vie et cela est du à son handicap, cela touche beaucoup notre sujet, parce qu'elle souhaite posséder ce qui lui manque.

Le sujet déclare « *après ma maladie j'aime me regarder dans le miroir et voir mon visage est ce que il a changé* ». En clinique cela désigne, une angoisse, le sujet se sent vraiment différent des autres et elle n'aime pas toutes les parties de son corps surtout le pied gauche, ce qui peut signifier en clinique que sa vision à l'égard de son corps est négative selon elle.

Elle construit une image dévalorisante d'elle et n'est pas satisfaite de son apparence. De ce fait, Le handicap a aussi un impact sur l'estime de soi et l'image de soi, en raison de la différence, de la solitude ou d'un sentiment de faiblesse.

A partir de là, nous pensons qu'elle manifeste une sorte de malaise et de signes de souffrance psychologique. elle trouve des difficultés à s'adapter à son état, elle se sent dévalorisé, cet état a créé en elle une perception négative de elle-même, ce qui a engendré en elle aussi une perception négative des autres.

Elle a honte de son corps et a un manque de confiance en soi, toujours déprimé et ne rigole pas, elle souhaite même la mort.

Sur le plan relationnel

Avec son entourage ses relations sont changée parce que elle a coupé le contact avec ses voisines mais avec sa famille ces relations sont habituelle et normale il n y aucun changement.

La projection d'avenir

Le sujet souhaite la réussite de ses enfants et de vivre pour voir le mariage de son fils.

1-Présentation et analyse des résultats d'RS-R de Wagnild et Young

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total
1	7		7		1	77
2	7		8	7		
3	7		10		1	
4	7		11		1	
5	7		12		1	
6	7		16		1	
9		1	21	7		
13		1	25	7		
14		1				
15		1				
17	7					
18		1				
19		1				
20		1				
22	7					
23		1				
24						
Score des dimensions	56	9	/	21	5	

Résultats, nous constatons qu'il a obtenu un score total qui est de 77, cela signifie que notre sujet présente un caractère peu résilient. (Annexe N°02).

Dans la première sous échelle (*compétences personnelles*), notre sujet a obtenu un sous score de 56 en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items (1, 2, 3, 4, 5, 6, 17,

23) « Lorsque je fais des projets je les mène à terme », « je peux compter sur moi plus que les autres », « s'il faut je me débrouille seul ». Egalement, il a enregistré un sous score de 9 en cochant sur la dimension *Très en désaccord* pour les items (9, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 24), « je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés », « je sais m'auto discipliner », « je m'intéresse à divers choses », « ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles ». Nous remarquons que notre sujet n'a pas de confiance en soi et qu'il ne possède pas des capacités afin de dépasser sa souffrance. Dans la deuxième sous échelle (*l'acceptation de soi*), notre sujet a obtenu un sou-score d'un degré de 21. Notre sujet a coché sur la dimension *Totalement en accord* pour les items (8, 21, 25) « je m'aime bien », « ma vie a un sens », « ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m'aiment pas ». Donc, nous remarquons que malgré son incapacité et son inaptitude à faire face aux situations difficiles, Saliha est arrivé à donner sens à sa vie et à son existence. Aussi, elle a répondu sur la dimension *Très en désaccord* pour les items (7, 10, 11, 12,16) « habituellement, j'arrive à m'adapter facilement », « je suis une personne déterminé », « je prends les choses comme elles viennent ». Nous déduisons que notre sujet ne s'habitue pas facilement aux situations et aux problèmes, car il se sent déterminé par sa souffrance.

2-Cas de Mourad

2-1-Présentation du cas de Mourad

Monsieur Mourad est un homme âgé de 51 ans, marié, père d'un garçon, son niveau intellectuel est moyen. Il travaille comme un commerçant.

2-2-Les données et analyse de l'entretien

Au début de l'entretien, Mourad a été hésite de le faire, car il n'a pas compris notre but de recherche, mais après qu'on a réexplique notre recherche et son objectif. Il a accepté de participer dans la recherche.

Lors de l'entretien Mourad, parle avec hésitation, il est un peu difficile à suivre mais son discours est logique. Mourad nous a raconté qu'il est atteint, d'un accident vasculaire cérébral depuis 5mois il souffre d'hypertension et paralysie brutale du visage et avant les scéances de la rééducation et d'orthophonie il souffre d'une faiblesse d'un bras et de jambe, Mourad avant sa maladie il déclare « *je marche trop, mais après être atteint, je me sens souvent fatigué, je ne peux ni trop marcher, ni trop conduire* ». Sa vision sur son image du corps selon lui est positive parce qu'il aime son corps, et aime aussi toutes les parties de son corps, le sujet avant son mariage, aime se regarder dans le miroir mais maintenant plus comme avant. Il se sent différent des autres, il a dit « *je me sens différent des autres parce que, je suis toujours obligé d'être accompagner de mon médicament, chose qui me dérange beaucoup*».

Mourad accepte sa maladie qui est selon lui est une fatalité« *j'accepte ma maladie el hamd'oulah* ».Mourad, avant il est calme, mais après sa maladie il est devenu nerveux et angoissé. Et a travers ces réponses je le trouve triste car il est plus comme avant, insatisfait de sa situation, honte et ressent qu'il est imparfait et impuissant et que peu le comprennent. Donc sa personnalité a un changement aussi il a un sentiment de manque, y a pas des problèmes au pris des décisions, ressent qu'il est aimé et apprécie mais il n'exprime pas se qu'il ressent face au autres, aussi le ton de sa voix et très faible, je ne l'entends pas presque, Pour l'acceptation ya pas une adaptation facile a des choses nouvelles et il n'accepte pas leur maladie a dit que sa confiance en soi s'été affaiblie est plus tard devenu normal, Mourad il n'est pas déprimé, mais aussi n'est pas heureux.

il été orienté par le médecin pour la rééducation, il m’a dit : je reste pendant 3 mois sans pouvoir bouger, pas de sortie de la maison et cela m'a ennuyé à cause de l'incapacité de marcher et de travailler, plus tard, j’ai commencé à bouger avec des béquilles et maintenant je me suis beaucoup amélioré en physiothérapie. Il m’a dit aussi qu’il réalise que la santé est très importante et connais sa valeur maintenant, et si la santé part, il n'ya plus rien.

Sur le plan relationnel

Pour Mourad être atteint d’accident vasculaire cérébral veut dire, dégradation, régression, recul, au niveau physique, dans le domaine du travail car il ne peut plus fournir d’effort comme avant. Il a coupé court à ses relations avec ses amis, même ses relations dans le domaine du travail, ont changé d’abord sur le physique, il ne fournit pas d’effort comme avant, pour lui sa maladie est un obstacle pour son travail, en suite sur le plan amical, professionnel, il s’entend mal avec ses responsables. Ses relations avec sa famille n’ont pas vraiment changé, même avec sa femme. Mourad a une baisse de confiance en soi car sa femme n’est pas au courant de sa maladie.

Projection d’avenir

Il souhaite vivre dans le calme et la paix.

1 Présentation et analyse des résultats de l’RS-R de Wagnild et Young

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	Total
1	7		7	7		154
2	7		8		1	
3	7		10	7		
4	7		11	7		
5	7		12	7		
6	7		16	7		
9	7		21	7		
13	7		25		1	
14	7					
15	7					
17	7					
18	7					
19	7					
20		1				
22	7					
23	7					
24	7					
Score des dimensions	112	1	/	42	2	

Le tableau ci-dessous représente les résultats de l'RS-R, par ces résultats nous remarquons que Mr Mourad a obtenu un score total élevé de 154, qui est supérieur à 146, ce qui signifie un caractère très résilient. (voir l'annexe N°03).

À propos de la première sous échelle qui présente *les compétences personnelles*, Mr Mourad a marqué un sous score de 112, en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items (1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 24), particulièrement à l'item 3 « *Je peux compter sur moi plus que les autres* », à l'item 9 « *Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois* », à l'item 15 « *Je m'intéresse à diverses choses* », à l'item 17 « *Ma confiance en soi me permet de traverser des périodes difficiles* » et à l'item 18 « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* » et un sous score très bas, qui est 1, relative à la dimension *Très en désaccord* pour l'item 20 « *Parfois je me force à faire certaines choses que cela me plaise ou non* ». D'après ces réponses, nous déduisons que notre sujet est une personne qui possède une bonne estime de soi, et une confiance en soi suffisante, avec une croyance en son efficacité Personnelle et la disposition d'un répertoire de solutions en répondant aux circonstances environnementales stressantes. Au regard de la deuxième sous échelle, qui est correspondante à *l'acceptation de soi*, Mr Mourad , a enregistré un sous score de 42, en répondant à la dimension *Totalement en accord* pour les items 7, 10, 11, 12, 16, 21, notamment à l'item 7 « *Habituellement j'arrive à m'adapter facilement* », à l'item 16 « *Je trouve toujours quelques choses qui me fais rire* », « *Ma vie a un sens* ». Cela montre que ce diabétique arrive à s'adapter facilement aux nouvelles conditions, ainsi il apprécie sa vie et il contient un sens de l'humour en soi. Tandis que, il a coché sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 8 et 25 « *Je m'aime bien* », « *Ça ne me dérange pas que certains personnes ne m'aiment pas* ». Ces deux réponses expliquent à la fois une sensation de haine envers soi, et une sensibilité envers les personnes qui éprouvent une des sentiments négatives envers lui.

2 Synthèse de L'RS-R du cas Mourad

À partir des résultats, et du score total qui Mr Mourad a enregistré, qui est de 154, supérieur à 146, cela signifie un caractère très résilient. De la sorte, nous déduisons que notre sujet, contient des capacités de résilience notamment à l'item 17 « *Ma confiance en soi me permet de traverser des périodes difficiles* », aussi, c'est une personne qui agit positivement et de manière efficace dans le contexte d'une grande adversité, ce qui signifie qu'il est en mesure de s'épanouir et de rebondir malgré les aléas de la vie, ainsi de tempérer les effets nuisibles des événements stressants, et cela grâce à son processus dynamique d'adaptation positive.

3 -Cas de Kamel

3-1Présentation de cas du Kamel

Monsieur «Kamel » est un homme âgé de 35ans, marié, père de deux enfants (garçon et fille). Son niveau d'instruction est de 3eme années lycée. Il travail comme policier.

3-2- Les données et analyse de l'entretien

Durant l'entretien, Kamel s'est montré coopératif avec un bon contact et une participation affective à l'entretien, son discours est structuré et logique, il évoque facilement des souvenirs (suite à un dépistage). Lors de l'entretien, il nous a raconté, qu'il est atteint d'un accident vasculaire cérébral depuis 2ans Kamel souffre d'une hypertension et lorsque il est tombé malade il a perdu la parole et atteint d'une paralysie sur le coté gauche et une paralysie brutale du visage. Il est devenue incapable de bouger et de mener à bien les activités quotidiennes, sa femme qui l'aide à se lever, bouger, manger, et changent ses vêtements et selon ses mots, il se sent mal à l'aise parce qu'ils se sent fatigués, et sent qu'il est devenu lourd pour elle. Il sent que sa vie est devenue vide et a perdu son travail et les personnes importantes dans sa vie. Donc sa personnalité va dans un changement, il a le sentiment de manque, il dit qu'il est difficile d'exprimer ce qu'il ressent au autres. Kamel accepte sa maladie et vit avec, car c'est une fatalité à laquelle on ne peut pas s'échapper. Il déclare « il faut avoir de la patience, car c'est un test divin ». Cette affirmation est interprétée comme un recours à la religion pour supporter sa maladie, qu'est un type de soutien, mais aussi de sens à sa situation, ce qui lui permet de trouver un étayage. Le sujet s'énervé et se stressé, mais il essaie toujours de l'éviter et de la dépasser (vaincre) cette sensation.

Sur le plan relationnel

Sur ses relations avec sa famille et son entourage, il déclare « *que toutes ces relations sont habituelles et normales, il n'ya aucun changement* ». L'accident vasculaire cérébral influence son travail et en ce qui concerne la relation conjugale, elle n'a pas changé, ses comportements à l'égard de sa femme. Mais par rapport à la relation sexuelle, il y a un changement. Le sujet a une baisse de l'appétit sexuelle, c'est-à-dire la baisse de libido.

La projection d'avenir

Le sujet souhaite la réussite de ses enfants, ce qui montre que Kamel investit sa famille.

1 Présentation et analyse des résultats de l'RS-R de Wagnild et Young

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	
1	7		7	7		105
2	7		8	7		
3	7		10		1	
4		1	11		1	
5	7		12	7		
6	7		16	7		
9		1	21	7		
13	7		25	7		
14		1				
15		1				
17	7					
18		1				
19	7					
20		1				
22		1				
23	7					
24		1				
Score des dimensions	63	8	/	42	2	

Ce tableau représente les résultats de Mr Kamel à l'RS-R, nous constatons qu'il a obtenu un score total de 105, nous pouvons dire donc que notre sujet est peu résilient.(Annexe N°04).

Par rapport à la première sous échelle (*Compétences personnelles*), Mr Kamel a obtenu un sous-score de 63, en répondant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 1, 2, 3, 5, 6, 13, 17, 19, et 23), « *Lorsque je fais des projets, je les mène à terme* », « *Je peux compter sur moi même plus que pour les autres* », « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que*

j'ai déjà vécu des difficultés », nous remarquons que ce sujet essaye de ne pas montrer sa souffrance, il s'est montré résistant et qu'il a traversé des moments plus difficiles, qui le laisse capable de surmonter l'expérience présente. Il a enregistré un sous score de 8 en cochant sur la dimension *Très en désaccord*, pour les items 4, 9, 14, 15, 18, 20, 22, et 24, « *Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois* », « *Je m'intéresse à diverses choses* », « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* », « *Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle* », « *J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire* » Par ces réponses, nous déduisons que notre sujet ressent qu'il est incapable et qu'il n'a pas assez d'énergie pour mener ses projets, nous pouvons dire aussi que la source de ce manque d'énergie et d'aptitudes viennent de la souffrance émotionnelle vécu.

Concernant la deuxième composante qui est *l'acceptation de soi*, Mr Kamel a obtenu un sous score de 42, où il a répondu sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 7, 8, 12, 16, 21, et 25 « *Ma vie a un sens* », « *Habituellement j'arrive à m'adapter facilement* », « *Je trouve toujours des choses qui me font rire* ». À partir de ces items, nous percevons que malgré la souffrance psychique et l'altération de l'image du corps, nous pouvons dire que notre sujet a pu tenir le coup en montrant son optimisme et en donnant un sens à sa vie et à son existence, cela en acceptant la situation, et en cherchant d'autres stratégies, qui vont lui permettent de vivre comme il souhaite. Dans la dimension *Très en désaccord*, il a obtenu un sous score de 2, en cochant sur les 10 et 11, « *Je suis une personne déterminé* », « *Je me demande rarement quel est le sens des choses* ».

Synthèse de l'RS-R du cas Kamel

À travers les résultats d'analyse de cette échelle (RS-R), nous avons déduis que le score total enregistré par Mr Kamel, qui est de 105, indique selon le manuel un caractère peu résilient. D'après ses réponses aux sous échelles (compétences personnelles, acceptation de soi), nous récapitulons que dans certains items, notre sujet se montre comme ayant des capacités et des compétences pour traverser les aléas de la vie, comme l'illustre cet item suivant « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés* », toutefois, dans ses réponses sur d'autres items où il a coché sur la dimension *Très en désaccord*, indiquent que Mr Kamel n'a pas de ressources, qui vont lui permettre de compter sur ses ressources afin de dépasser les circonstances difficiles « *En cas d'urgence, on peut généralement compter sur moi* ».

4-Cas de Sara

4-1 Présentation de cas du Sara

Madame Sara est âgée de 31ans, elle est mariée, et mère de 1 (garçon). Son niveau d'instruction est de 3 années secondaire, c'est une femme au foyer.

4-2-Données et analyse de l'entretien

Durant l'entretien Sara a été spontanée, calme et souriante, et prête à faire l'entretien, elle a été contente quand on a lui proposé de participer dans notre recherche. Elle a répondu « *sans problème, bien sûr* ». Lors de l'entretien le sujet nous a raconté qu'elle est atteinte d'un accident vasculaire cérébral depuis 5ans les conséquences de cette maladie une paralysie de coté droit et la perte la parole.

Avant sa maladie, elle se sentait toujours en forme même en travaillant mais après son corps est souvent en état de fatigue excessive, sans même fournir aucun effort physique, le sujet a dit « *quand je me lève le matin, je sens mes articulations qui se brisent et se détachent* ».

Elle nous a informé qu'elle a remarqué que son état n'était pas le même que celui d'avant, elle ressentait une faiblesse, car ne pouvait pas faire beaucoup d'effort que la majorité des personnes. Elle est impuissante, car elle ne peut pas a cause de l'incapacité de se déplacer spontanément, et librement, de faire les tâches ménagère quotidiennes, aussi de ne peut pas resté debout un bon moment, les insultes de la famille de son mari, est malgré ça elle ne ressent pas de honte.

D'après les réponses ,elle ne regrette pas ,sa personnalité ne changera pas trop ,sauf qu'elle a un sentiment de manque, et que les paroles de sa nouvelle famille la blesse ,elle m'a dit malgré qu'ils savent qu'elle ne peut pas faire certains travaux ménagers, mais ils tiennent à l'embarrasser, qu'elle est très lourd ,et que ce travail facile peut faire avec une seule jambe, elle a essayée autant que possible de compenser d'autres travaux tels que la cuisine ,car elle ne peut pas bouger trop, elle dit « ils ne m'ont pas aimé depuis le début et après l'accident vasculaire cérébral être plus ,dans ses yeux ,je suis une personne inutile » malgré tous Sara est satisfait et fière d'elle-même. On remarque qu'elle a une bonne image d'elle-même et elle a une pensée positive : elle se sent aimée par les personnes de son âge, et que les personnes qui lui renvoient une mauvaise image de lui, ne l'influence pas pour autant, elle confie :

«qu'elle éprouve une acceptation de son corps, ce qui nous laisse supposer qu'il construit une image valorisante de soi, le sujet aime se regarder dans le miroir après sa maladie, mais pour voir si elle est maigrie ou non, le sujet déclare « *j'aime ,toutes les parties de mon corps*, Sara au début a subi un choc émotionnel lors de la découverte de sa maladie, elle a déclaré « *au début je me sens pas à l'aise, je pleurais tous les temps, mais maintenant ça va* ». Le sujet semble avoir accepté sa pathologie.

Mais elle n'exprime pas facilement ce qu'il ressent face au autre même a son mari.

Sur le plan relationnel

Ses relations avec sa famille, aucun changement n'apparaît. Ses sœurs et les amis qu'ils l'ont soutenu, et ils sont tenus avec elle dans son épreuve « ils ne me laissent pas seule ». Sa relation avec sa voisine s'est détériorée car elle accuse son mari et se méfie d'elle. Mais avec les autres non. Sa relation a changé vis-à-vis de son mari et avec leur enfant car elle est devenue nerveuses et ne supporte pas les comportements de leur enfant. Le sujet développe un sentiment pénible vis-à-vis de son mari car elle n'arrive pas à satisfaire les besoins sexuels de son mari « *je me sens fatiguée et ce rapidement surtout pendant la relation sexuelle par contre à mon mari qu'est toujours en forme .il me demande souvent d'aller chez la coiffeuse* ».

La projection d'avenir

Elle souhaite maigrir et vivre une belle vie, elle a l'espoir de revenir comme avant

1 Présentation et analyse des résultats de L'RS-R de Wagnild et Young

Compétences personnelles	Totalement en accord	Très en désaccord	Acceptation de soi	Totalement en accord	Très en désaccord	
1	7		7		1	84
2		1	8	7		
3		1	10		1	
4	7		11		1	
5		1	12	7		
6		1	16	7		
9	7		21	7		
12		1	25		1	
13		1				
14	7					
15	7					
17		1				
18		1				
19	7					
20		1				
22	7					
23		1				
24	7					
Score des dimensions	56	9	/	28	4	

Le tableau ci-dessous représente les résultats de L'RS-R de Wagnild et Young, par ces résultats nous constatons que Sara a obtenu un score total de 84, qui est inférieur à 121, et cela indique un caractère peu résilient. (Voir l'annexe N°05).

En ce sens, un caractère est un aspect fondamental de la personnalité, il signifie un ensemble des habitudes, sentiments et idéaux qui rendent les réactions d'un individu relativement stable et prédictibles. (Dorant et Parot, 2013).

Sara a obtenu un sous score de 65. Il a coché sur la dimension *Totalement en accord* pour les items suivants : (1, 4, 6, 14, 15, 19, 22, 24), notamment à l’item 6 « *Je suis fière d’avoir réalisé des choses dans ma vie* », à l’item 15 « *Je m’intéresse à diverses choses* » et à l’item 24 « *J’ai assez d’énergie pour faire ce que j’ai à faire* ». D’après ces réponses nous percevons que Sara contient des capacités physiques et morales pour gérer sa vie. En répondant sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 2, 3, 9, 5, 11, 13, 17, 18, 23, et 25, particulièrement à l’item 2 « *En générale, je me débrouille d’une manière ou d’une autre.*», à l’item 5 « *S’il faut je peux me débrouiller seul*», aussi à l’item 13 « *Je peux traverser des périodes difficiles parce que j’ai déjà vécu des difficultés*», et l’item 17 « *Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles* », il a obtenu un score de 9. À travers ces réponses, nous déduisons que Sara, possède une faible estime de soi, et une confiance en soi insuffisante, ce qui traduit son incompétence à faire face pour affronter les situations difficiles et exigeantes qui le traverse. Pour la deuxième sous échelle, qui comprend *l’acceptation de soi*, qui selon les TCC, représente une dimension primordiale de la flexibilité psychologique, il s’agit de faire de la place et de façon délibéré et bienveillante à toutes les sensation physiques et toutes les émotions même désagréables, sans tenter de les contrôler ou de les éviter. Sara a enregistré un sous score moins élevé qui est 32, en cochant sur la dimension *Totalement en accord* pour les items 8, 12, 16, 21, « *Je m’aime bien* », « *Je prends les choses comme elles viennent*», « *Je trouve toujours quelque chose qui me fait rire*», « *Ma vie a un sens* ». À partir de ces réponses nous remarquons que notre cas arrive à donner un sens à son existence et à trouver des choses qui le rendent heureux. Sara a répondu également sur la dimension *Très en désaccord* pour les items 7, 10, 11, et 25 : « *Habituellement j’arrive à m’adapter facilement* », « *Je suis une personne déterminée* », « *Je me demande rarement quel est le sens des choses* », « *Ça ne me dérange pas que certaines personnes ne m’aiment pas*», celles-ci explique que ce ,maladie trouve des difficultés afin de s’adapter aux nouvelles situations, et il n’est pas sûr de soi même, ainsi qu’il est sensible aux sentiments négatifs d’autrui.

En conclusion, nous pouvons révéler que notre sujet présente un caractère peu résilient, avec un score total de 84, et aussi cela est bien clair à partir des résultats obtenus dans les sous échelles, où il a enregistré un sous score de 65 relatif aux compétences personnelles, et un sous score de 35 concernant l’acceptation de soi. De ce fait, nous déduisons que Sara ne possède pas des ressources internes et externes adéquates, qu’ils lui permettent de gérer de manière efficace son manque de confiance en soi, de courage et de lucidité pour surmonter le stress et de faire face aux obstacles de la vie.

Discussion des hypothèses :

Citant la base de nos hypothèses qui stipulent : Les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral présente une résilience variable dépendante de certaines caractéristiques personnelles et de facteurs environnementaux. « Les caractéristiques personnelles favorisant la résilience sont : une bonne estime de soi, les mécanismes de défense, les liens d'attachement.» «Les facteurs environnementaux favorisant la résilience chez les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébrale sont : la présence de soutien familial, la présence du soutien social (amis, société, associations de malades, etc.), la prise en charge» D'après la caractérisation des entretiens et les quotients acquérir à l'échelle d'RS-R de Wagnild et Young , donc nos hypothèses sont confirmés.

Certains malades atteintes d'un accident vasculaire cérébral marquent une bonne estime de soi, appartenue à divers facteurs tel que l'acquiescement de la maladie, l'envisagement pour l'avenir, de bonne relations familiales et sociales. Ce sont des sujets qui ont l'appréciation de leur spécifique force d'âme, se croient capables et appréciable.

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

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

Les pensées positives s'expriment à travers les expressions « je fais le meilleure travail possible », « je me comprend » ce qui affirme la nuance à avoir surtout les aspects positifs des épreuves qu'il rencontre dans sa vie et à avoir la certitude à résilier la majorités des problèmes de son existence. Ainsi le niveau des scores est élevé pour ces deux critères, pour ces sujets résilients.

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

L'AVC est un événement de vie majeur dont la survenue entraîne des bouleversements sur les plans psychologiques, mais aussi familial et social : changements dans le partage des tâches et dans les activités telles que les sorties, loisirs, activités culturelles, et dans la vie relationnelle/sociale avec les amis, en particulier dans le couple lorsque les séquelles touchent la sphère intime.

La continuité des soins à apporter quotidiennement à des personnes dont les séquelles touchent tant les déficiences motrices que neurologiques ou psycho-comportementales et la disponibilité nécessaire pour réaliser les tâches qui en découlent constituent pour les aidants informels un fardeau. Cette charge de travail, qu'elle soit objective ou même subjective, est associée à une satisfaction des conjoints des victimes d'AVC inférieure à la population générale, à l'égard de la vie, de leurs activités quotidiennes, des loisirs et contacts sociaux et de leur vie sexuelle et sentimentale avec leur partenaire. Réduction de leur champ d'indépendance, diminution de leurs activités de loisirs et temps passé à prodiguer des soins, les responsabilités nouvelles apparaissent comme des sources de stress, d'anxiété, de souffrances psychologiques et de dépression, d'autant plus si la santé des aidants informels était déjà fragile avant l'événement. La fréquence de la dépression est plus élevée chez les aidants que chez les patients, notamment s'ils vivent en couple avec la victime d'AVC. Quant aux membres des familles, ils modifient leur manière de résoudre les problèmes, de communiquer, de s'impliquer affectivement et de définir leurs rôles.

Conclusion

Ce travail de recherche nous a permis d'enrichir nos connaissances que nous avons apprises durant les cours théoriques à l'université et de vérifier la fausseté ou la véracité de nos hypothèses, notre enquête sur la maladie chronique «l'accident vasculaire cérébral nous a permis de dégager les différentes conséquences subies par les sujets.

Nous rendons compte de la gravité de cette maladie qui prend l'ampleur dans le monde, elle touche environ 17 millions de la population mondiale, et en particulier en Algérie le nombre de personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral est 60000 personnes.

Il est considéré comme la première cause de handicap physique de l'adulte , la deuxième cause de démence après la maladie d'Alzheimer et la troisième cause de mortalité après l'infarctus du myocarde et les cancers.

L'incidence annuelle des AVC (nombre de cas par an) augmente avec l'âge : 5% surviennent avant 40 ans, 75% après 60 ans.

Dans notre recherche intitulé «la résilience chez les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral », que nous avons réalisé dans un établissement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle «Guessoum laid», où on s'est intéressé à comprendre et à aider les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral à surmonter leur état de santé et supporter leur maladie.

Pour réaliser notre recherche, on s'est appuyé sur l'entretien clinique semi-directif pour avoir des résultats la vérification de nos hypothèses nous avons eu recours à l'entretien semi-directif et à l'échelle de résilience de Wagnild et Young. Ces outils permettent une approche complémentariste. Pour cela nous les avons appliqués pour les sujets de notre recherche. Dans le but d'affirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

D'après l'analyse des cas cliniques présentés et les résultats de notre travail on a constaté que pour nos cas en majorité, nous avons abouti à la confirmation de nos hypothèses.

Nous espérons que par le biais de cette recherche nous avons contribué à comprendre les souffrances des malades, et réussi à caractériser et comprendre l'état psychologique de cette catégorie de malade.

Bibliographie

1. Anaut. M, (2003), La résilience, surmonter les traumatismes ,1ère édition Nathan, Paris.
2. Anaut. M (2005), La résilience, surmonter les traumatismes, 2ème édition Armand, Paris.
3. Amandine.T, (2006), Approche psycho dynamique de la résilience, Université de Nancy.
4. Arezki M., 2011 Stroke in young Africans. Xxth wcn (world congress neurology) Marrakech.
5. Alliez B, Bertrand ED, Juhan CL, 1995. Urgences cardiovasculaires.
6. Bejot Yannick, Caillier Marie, Rouaud Olivier, Benatru Isabelle, Maugras Cécile, Osseby Guy-Victor, Giroud Maurice, 2007.Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux.
7. Benabadji-Chiali Souad, 2016. Profil épidémiologique des Accidents Ischémiques Cérébraux du sujet jeune dans la région de Tlemcen ; Thèse doct sci med,.
8. Barbieux M, Veran O, Detante O., 2011. Accidents vasculaires cérébraux ischémiques du sujet jeune et toxiques.
9. Bejot Y., 2013. L'expérience du registre dijonnais des AVC. 1ere journée des registres cardio-neuro-vasculaires en aquitaine.
10. Beck F, Guignard R, Richard J.B, Wilquin J.L, Peretti-Watel P., 2011. Augmentation Récente Du Tabagisme En France : Principaux Résultats Du Baromètre Santé, France 2010.
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire N° 20 - 21.
11. Bénony.H, Chahraoui .Kh (1999), L'entretien clinique, Dunod, Paris
12. Benabadji-Chiali Souad, 2016. Profil épidémiologique des Accidents Ischémiques Cérébraux du sujet jeune dans la région de Tlemcen ; Thèse doct sci med,.
13. Bessoles.P, (2001), Processus originaires et facteurs de résilience, Synapse.
14. Boteyre.E, (2004), Résilience et réussite scolaire chez l'enfant de migrant, Dunod, paris.
15. Coopersmith.S, (1994), Inventaire d'estime de soi, Copiright,Paris.
16. Chahraoui.Kh,Benony,H,(2003) ,Méthoded'évaluation et en recherche en psychologie clinique, Dunod, Paris.

17. Castrède. M. F (2003), « *Introduction à la psychologie clinique* », Paris Edition Belin.
18. Deplanque D., 2003. Physiopathologie de l'ischémie cérébrale. Dževdet smajlović, 2015 strokes in young adults: epidemiology and prevention. Vasc health risk manag; 11: 157–164.
19. Delage,M,Cyrulnik,B, (2010) , *Famille et résilience* , Odile Jacob,Paris.
20. Ferari.P,Epelbaum.J, (1993), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* , Paris.
21. Greer M.D, 2007. *Acute ischemic stroke*. Ed. John Wiley & Sons,.
22. Leys D et Pruvo JP., 2002. *Strategie pratique en urgence face a un accident vasculaire cérébral*. Encycl med chir (éditions scientifiques et médicales Elsevier sas, paris, tous droits réservés), neurologie ;.
23. Lemesle- Martin M, Benatru I, Rouaud O, et al., 2006. *Épidémiologie des accidents vasculaires cérébraux : son impact dans la pratique médicale*. Emc (Elsevier sas, paris), neurologie .
24. Leys D, Lucas C, Gautier C, Hachulla E, Pruvo J.-P., 2004. *Accidents ischémiques cérébraux du sujet jeune*. Encyclopédie médico-chirurgicale 17-046-b-13.
25. Leys D., 2003. *Les accidents ischémiques cérébraux du sujet jeune*. La revue de médecine interne 24, 585–593.
26. Lighezzolo. J, De Tychev.C, (2004), *La résilience chez l'enfant maltraité*, Edition inpress, France.
27. Lighezzolo,J.& De Tychev, C. (2004).*la résilience se reconstruire après le traumatisme*. France, Edition In Press.
28. Masson M, Cambier J, Dehen H, et al., 1975. *Abrégé de neurologie*.
29. Khemessi.S, (2010), *La résilience, éducation thérapeutique*, CESEL, Paris.
30. Reiner P, Crassard I, Lukaszewicz A.-C., 2013. *Thrombose veineuse cérébrale, réanimation*.
31. Rutter, M. (1993).*la résilience :Some conceptual Considerations*, journal of Adolescent Health.
32. Rutter. M, (2002), *Larésilience en face l'adversité, facteur de protection etrésistance aux désordres psychiques, étude la mort*,.

33. Thromboses veineuses cerebrales. Forum med Suisse.
34. Urs Fischer, Krassen Nedeltchev, Jan Gralla, Caspar Brekenfeld, Marcel Arnold, 2008.
35. u G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Sarti C, Mannisto S, & Jousilahti P., 2007. Body Mass index, waist circumference, and waist-hip ratio on the risk of total and type specific stroke. *Archives of internal medicine*.
36. Verschuren Monique W.M, Kromhout D., 1995. Total cholesterol concentration and mortality at a relatively young age; do men and women differ? *British medical journal*.

Annexes

Annexe 1 : Echelle de Wagnild et Young

Echelle de wagnild et Young 1993 Traduction de Joneseu et al ..2010	d Très en désaccor						Totalem ent en accord
1. Lorsque je fais des projets .je les men a terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général je me débrouille dune manier ou dune autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur mois plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sil le faut je peux me dérouiller seul(e)	1	2	3	4	5	6	7
6je suis fier (e) d'avoir réalisé des choses dans la vie	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement j'arrive m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup des choses a la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminer.	1	2	3	4	5	6	7
11.je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. je peux traverse des périodes difficiles .parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto- discipliner	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse a déverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque choses que me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. Habitude. j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Par fois je me force a faire certain choses que cela me plais ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses que sont hors de non contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile je peux généralement.	1	2	3	4	5	6	7
24. j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ca ne dérange pas certaines personnes m'aiment.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 2 : Cas de Saliha

Veillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord)

Echelle de Wagnild et Young 1993 Traduction de Jones et al ..2010	Très en désaccord						Total en ent en
1. Lorsque je fais des projets je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si il le faut je peux me dérouiller seul(e)	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis fier (e) d'avoir réalisé des choses dans la vie	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto-discipliner	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose que je fais rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. Habituellement j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parfois je me force à faire certaines choses que cela me plaît ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile je peux généralement.	1	2	3	4	5	6	7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ça ne dérange pas certaines personnes m'aiment.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 3 : Cas de Morad

Veillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord)

Echelle de Wagnild et Young 1993 Traduction de Jones et al ..2010	Très en désaccord							Total ent en
1. Lorsque je fais des projets ,je les men a terme.	1	2	3	4	5	6	7	7
2. En général je me débrouille dune manier ou dune autre.	1	2	3	4	5	6	7	7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7	7
5. Sil le faut je peux me dérouiller seul(e)	1	2	3	4	5	6	7	7
6je suis fier (e) d'avoir réalisé des choses dans la vie	1	2	3	4	5	6	7	7
7. Habituellement j'arrive m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup des choses a la fois.	1	2	3	4	5	6	7	7
10. Je suis une personne déterminer.	1	2	3	4	5	6	7	7
11.je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7	7
13. je peux traverse des périodes difficiles ,parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7	7
14. Je sais m'auto- discipliner	1	2	3	4	5	6	7	7
15. Je m'intéresse a déverses choses.	1	2	3	4	5	6	7	7
16. Je trouve toujours quelque choses que me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7	7
18. En cas d'urgence on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7	7
19. Habitude. j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7	7
20. Par fois je me force a faire certain choses que cela me plais ou non.	1	2	3	4	5	6	7	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses que sont hors de non contrôle.	1	2	3	4	5	6	7	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile je peux généralement.	1	2	3	4	5	6	7	7
24. j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai faire.	1	2	3	4	5	6	7	7
25. Ca ne dérange pas certaines personnes m'aiment.	1	2	3	4	5	6	7	7

Annexe 4: Cas de Kamel

Veillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord)

Echelle de Wagnild et Young 1993 Traduction de Jones et al ..2010	Très en désaccord						Total ent en
1. Lorsque je fais des projets, je les mène à terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général je me débrouille d'une manière ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur moi plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si le faut je peux me débrouiller seul(e)	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis fier (e) d'avoir réalisé des choses dans la vie	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement j'arrive à m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup de choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminée.	1	2	3	4	5	6	7
11. Je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto-discipliner	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse à diverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque chose que me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. Habituellement, j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parfois je me force à faire certaines choses que cela me plaît ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses qui sont hors de mon contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile je peux généralement.	1	2	3	4	5	6	7
24. J'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai à faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ça ne dérange pas certaines personnes m'aiment.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe 5 : Cas de Sara

Veillez indiquer quel est votre degré d'accord pour chacun des énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à votre réponse (1 signifiant que vous êtes très en désaccord et 7 très en accord)

Echelle de Wagnild et Young 1993 Traduction de Jones et al ..2010	Très en désaccord						Total en accord
1. Lorsque je fais des projets ,je les men a terme.	1	2	3	4	5	6	7
2. En général je me débrouille dune manier ou dune autre.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je peux compter sur mois plus que sur les autres.	1	2	3	4	5	6	7
4. L'important pour moi est de garder de l'intérêt pour certaines choses.	1	2	3	4	5	6	7
5. Sil le faut je peux me dérouiller seul(e)	1	2	3	4	5	6	7
6je suis fier (e) d'avoir réalisé des choses dans la vie	1	2	3	4	5	6	7
7. Habituellement j'arrive m'adapter facilement.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je m'aime bien.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que je peux faire beaucoup des choses a la fois.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je suis une personne déterminer.	1	2	3	4	5	6	7
11.je me demande rarement quel est le sens des choses.	1	2	3	4	5	6	7
12. Je prends les choses comme elles viennent.	1	2	3	4	5	6	7
13. je peux traverse des périodes difficiles ,parce que j'ai déjà vécu des difficultés.	1	2	3	4	5	6	7
14. Je sais m'auto- discipliner	1	2	3	4	5	6	7
15. Je m'intéresse a déverses choses.	1	2	3	4	5	6	7
16. Je trouve toujours quelque choses que me fait rire.	1	2	3	4	5	6	7
17. Ma confiance en moi me permet de traverser des périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En cas d'urgence on peut généralement compter sur moi.	1	2	3	4	5	6	7
19. Habitude. j'examine une situation sous tous ses angles.	1	2	3	4	5	6	7
20. Par fois je me force a faire certain choses que cela me plais ou non.	1	2	3	4	5	6	7
21. Ma vie a un sens.	1	2	3	4	5	6	7
22. Je ne m'attarde pas sur les choses que sont hors de non contrôle.	1	2	3	4	5	6	7
23. Lorsque je suis dans une situation difficile je peux généralement.	1	2	3	4	5	6	7
24. j'ai assez d'énergie pour faire ce que j'ai faire.	1	2	3	4	5	6	7
25. Ca ne dérange pas certaines personnes m'aiment.	1	2	3	4	5	6	7

Résumé

Notre recherche aborde la question de «la résilience chez les personnes atteintes d'un accident vasculaires cérébral

Notre recherche est de connaître la résilience chez les personnes atteintes d'un accident vasculaires cérébral.

L'accident Vasculaire Cérébral (AVC) déficit neurologique de survenue soudaine en relation avec une lésion du parenchyme cérébral par infarctus ou par hémorragie.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons opté pour l'étude de cas, nous nous sommes servis l'entretien clinique semi directif et L'échelle de résilience de Wagnild et Young. Ainsi les résultats obtenus, ont pu confirmer notre hypothèse générale. Les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébral présente une résilience variable dépendante de certaines caractéristiques personnelles et de facteurs environnementaux et nos hypothèses partielles. Les caractéristiques personnelles favorisant la résilience sont : une bonne estime de soi, les mécanismes de défense, les liens d'attachement. - Les facteurs environnementaux favorisant la résilience chez les personnes atteintes d'un accident vasculaire cérébrale sont : la présence de soutien familial, la présence du soutien social (amis, société, associations de malades, etc.), la prise en charge

Mots clés : L'accident Vasculaire Cérébral, la résilience