

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Sociales et Humaines
Département de psychologie et d'orthophonie**



MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE
En vue de l'obtention de diplôme de Master
Option : psychologie clinique

THEME

**Le rôle de la résilience chez les femmes Traumatisées
par le décès d'un parent**

Etude de quatre (4) cas

**Réalisé au niveau du cabinet de psychologie clinique ZERRAD.O
situé à Akbou**

Réalisé par :

- Mansouri Missipsa
- Melaab Ounissa

Encadré par :

***Dr. Ait aldjet Megdouda**

Année Universitaire : 2024/2025

REMERCIEMENT

On remercie dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

Tout d'abord, ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide et l'encadrement de Mme **AIT ALDJET MEGDOUDA**, Je la remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa rigueur et sa disponibilité malgré la période difficile qu'elle a passée durant la préparation de ce mémoire.

Je remercie mon binôme **MELAAB OUNISSA**, pour son travail, ses efforts, sa patience, son partage d'idées, et son rôle crucial pendant dans le développement de ce mémoire.

Je remercie aussi Mme **ZERRAD OUERDIA** ainsi que **ROZA**, pour leur aide pratique, et leurs encouragements.

Je remercie infiniment les professeurs(e) de m'avoir accompagné tout au long de mon parcours universitaire je vous oublierez jamais.

Mes sincères remerciements vont également aux membres du jury qui ont accepté d'examiner notre recherche et de l'enrichir par leurs propositions. Je les remercie pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre travail.

Merci a ma famille, Mon père **Hafit**, Ma belle-mère **Zoulikha**, Mes Sœurs **Dihia** et **Rima**, mon Frère **Massi** et sa Femme **Souhila**, qui ont joué un rôle important pendant toute la période de mes études, pour leurs soutien et leurs amour qui se fini jamais.

Merci infiniment a mes amis **Fafou**, **Dadou**, **Dehman**, pour leur encouragement et leur amitié.

MISSIPSA

REMERCIEMENT

Nous tenons tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant, qui nous a donné la force et le courage et la patience et la volonté de continuer mes études supérieures, d'accomplir ce travail.

En second lieu, nous tenons à remercier notre encadrant, **AIT ALDJET MEGDOUDA**, Je tiens à exprimer ma profonde gratitude envers elle qui a témoigné d'une présence indéfectible à mon égard, par ses nombreux conseils, sa disponibilité à toute heure, et son soutien. Ses encouragements, ses remarques pertinentes, et l'orientation qu'il m'a donnée ont été essentiels. La confiance et la patience dont il a fait preuve ont constitué un apport considérable sans lequel ce travail n'aurait pas pu être mené à bon port. Nos remerciements s'étendent également à **ZERRAD.O**, pour son partage d'informations qui nous ont éclairées le chemin de la recherche et sa collaboration avec nous dans ce travail.

Nos vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Nous tenons à exprimer nos sincères remerciements à tous les professeurs qui nous ont enseigné et qui par leurs compétences nous ont soutenus dans la poursuite de nos études. Enfin, cette étude n'aurait pu avoir lieu sans la collaboration de la psychologue **ZERRAD.O**, sans laquelle notre recherche n'aurait pas pu se faire et se confirmer, et nous adressons un vif remerciement aux sujets de recherche qui ont accepté de participer à la réalisation de notre recherche.

Nous remercions toutes les personnes de près ou de loin, qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Ounissa

Dédicace :

Je dédie ce travail à :

A ma famille, elle qui m'a doté d'une éducation digne, son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui :

Particulièrement mon père et sa femme, mes deux sœurs, mon frère et sa femme.

A mon binôme qui a partagé ce fameux travail.

A mes amis fafou, dadou et dehman.

A tout ce qui m'ont aidés à réaliser cette recherche.

MISSIPSA

Dédicace

Je dédie ce travail à :

A mon cher papa Younes que j'adore vraiment qui n'a pas de la chance Malheureusement d'assister à la soutenance de sa première fille, paix a ton âme mon ange.

À ma très chère maman Dalila, qui m'a tout donné pour que je puisse construire mon avenir, pour son encouragement a continué mes études et ma soutenance, en récompense à son sacrifice et sa clairvoyance qui m'a servi et me serviront tout au long de ma vie, que Dieu la garde et la protège.

A mes chers frères « Salim, Nacer, Fouad, Aymen »

A ma cher sœur «Salima qui ma encourager et aider»

A toute ma famille « maternelle Adjou et paternelle Melaab. »

A ma cher cousine «Zahra » elle m'veraiment encouragé, soutenue durant tout mon parcours.

A mon cher cousin «Yanis qui m'a soutenue et encouragé, m'aider durant tout mon parcours de vie.

A mes amies thelili et Thiziri et Tassadit qui m'ont vraiment aidé,
M'ont beaucoup soutenu »

A toutes les personnes de près ou de loin qui ont contribué à la réalisation de ce travail .A mon cher binôme : « missipsa qui m'a vraiment encouragé et ma soutenue qui m'a supporté pendant toute cette année »

Ounissa

SOMMAIRE

Remerciements	
Dédicace	
Liste des abréviations	
Liste des tableaux	
Liste des annexes	
Introduction	13

Carte général de la recherche

1. Problématique.....	16
2. Les hypothèses de la recherche.....	21
3. Définition et opérationnalisation des concepts.....	21
4. Les raisons du choix du thème.....	22
5. Les objectifs de recherche.....	23
6. Les études antérieures.....	23

Partie théorique

Chapitre I : La résilience psychologique

Préambule	29
1. Histoire de la résilience.....	29
2. Définition de la résilience psychologique.....	33
3. Les étapes dans l'étude de la résilience et évolution du concept	35
4. Certains concepts liés à la résilience psychologique	37
5. Certains concepts de la résilience liés a la santé	40
6. Les trois pôles de protections facilitant la résilience	43
7. Dimension de la résilience psychologique.....	44
8. Les étapes de la réaction cérébrale au stress aigu	45
9. Les facteurs de risques universels	50
10. Facteurs de vulnérabilité	52

11. Les différentes stratégies de coping.....	54
12. Les modèles théoriques.....	55
13. Renforcement de la résilience	57
14. Rôle de la resiliance psychologique	57
15. Mesures de la résilience psychologique.....	59
16. Les approches thérapeutiques pour les femmes en deuil	62
Synthese	63

Chapitre II: Deuil et trauma

Préambule	65
1. Definition des concepts de deuil et trauma	65
2. Différences entre stress et trauma.....	68
3. Deuil traumatique	69
4. Le deuil post-traumatique	71
5. Le deuil associé a un traumatisme.....	73
6. Les etapes du deuil (modele de kubler – ross).....	73
7. Critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique (TSPT).....	75
8. Effets à court et long terme des symptomes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) 78	
9. L'impact de la perte.....	80
10. Processus de deuil.....	80
11. Stratégies d'adaptation et de résilience	82
12. L'importance du soutien social	83
13. L'état de deuil traumatique	84
Synthèse	85

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de recherche

Préambule	88
-----------------	----

1. Pré-enquête.....	88
2. Méthode de recherche	89
3. Lieu de recherche	90
4. Population d'étude et les caractéristiques de la recherche	90
5. Présentation des cas	91
6. Les outils d'investigation	91
7. Le déroulement de l'enquête	95
8. Les difficultés rencontrées	96
9. les limites de la recherche	97
Synthèse	97

Partie pratique

Chapitre IV : Présentation, Analyse et discussion des hypothèses.

Préambule	100
1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien et le questionnaire de résilience CD-RISC	100
2. Discussion des hypothèses	113
Synthèse	117
Conclusion	119
Liste bibliographie.....	122
Annexes	
Résumé	

Liste des abréviations :

TSPT	Trouble stress post-traumatique.
HHS	Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien.
CRH	Corticotropin releasing hormone.
ACTH	Adrenocorticotrophic hormone.
NMDA	N-methyl-D-aspartate.
GABA	Acide gamma-aminobutyrique.
CCK	Cholécystokinine.
NPY	Neuropeptide Y.
BDNF	Brain-Derived Neurotrophic factor.
CD-RISC	Connor-Davidson Resilience scale.
RSA	Résilience squalé for adults.
READ	Resilience scale for adolescents.
CYRM	Child and youth Resilience Measure.
CIC	Coping and Individual Competence.

La liste des tableaux :

N° du tableau	Titre	Page
Tableau N° 01	Présentation des cas.	91
Tableau N° 02	Présentation des 5 points.	94
Tableau N° 03	Interprétation de chaque item.	95
Tableau N° 04	Présentation des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du cas Lamia.	101
Tableau N° 05	Présentation des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du cas Salima.	104
Tableau N° 06	Présentation des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du cas Kahina.	107
Tableau N° 07	Présentation des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du cas Sabrina.	110
Tableau N° 08	Récapitulatif des résultats de nos 04 cas au questionnaire de résilience CD-RISC.	115

Liste des annexes

Numéro de l'annexe	Titre de l'annexe
01	Guide d'entretien
02	Questionnaire de résilience de Connor et Davidson CD-RISC
03	Cas N° 01 Lamia
04	Cas N° 02 Salima
05	Cas N° 03 Kahina
06	Cas N° 04 Sabrina

Introduction

La perte d'un parent constitue l'une des épreuves les plus douloureuses que peut traverser un individu, laissant des séquelles psychologiques profondes, notamment chez les femmes qui entretiennent souvent des liens affectifs complexes avec leurs parents. Ce traumatisme peut engendrer des troubles anxieux, une dépression, ou un deuil compliqué est « un phénomène d'effraction du psychisme, et le débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu ». (Josse, 2019), remettant en question leur équilibre émotionnel et social, cependant face à l'adversité, certaines femmes parviennent à surmonter cette épreuve et même à en tirer une force renouvelée, grâce à un mécanisme psychologique essentiel : la résilience, Du point de vue psychologique, la résilience se révèle face à des stress importants et/ou cumulés, face à des traumatismes ou des contextes à valeur traumatique. (ANAUT, 2005, p. 4), Elles cherchent aussi les stratégies d'adaptation variées, qui leur permettent de donner un nouveau sens à leur vie, à avoir de nouvelles ressources de vie, à accepter ce qu'elles ont vécu et vivre en paix, garder leurs relations proches, de profiter de son entourage, s'adapter émotionnellement face à ce traumatisme, de continuer leurs projets professionnels.

En guise de présentation, nous avons repartie notre travail en deux parties précédé du cadre méthodologique, théorique et pratique.

Premièrement, en ce qui concerne le cadre méthodologique, en adopté, la problématique, les hypothèses de la recherche, les objectifs de la recherche, les définitions opérationnelles des concepts et les raisons du choix de thème.

Deuxièmement, débute une partie théorique qui contient deux chapitres, le premier traitant le deuil et le traumatisme, aborde les éléments suivants : Préambule, Définition des concepts de deuil et trauma, Qu'est-ce qu'une mort traumatique, Deuil traumatique, Le deuil post-traumatique, Importance de l'étude du lien entre les deux, Différences entre stress et trauma, Le deuil associe à un traumatisme, Les étapes du deuil (modèle de kuber-ross), Critères diagnostiques trouble stress post-traumatique (tspt), Etre victime d'une perte dans des conditions traumatiques, Effets à court et long terme, Impact de la perte, Processus de deuil, Stratégies d'adaptation et de résilience, Importance du soutien social, Synthèse.

Le deuxième chapitre concerne La résilience, aborde les éléments suivants : préambule, histoire de la résilience, étapes dans l'étude de la résilience et évolution du concept, définition de la résilience psychologique, certains concepts de résilience liée à la santé, concepts liés à la

Introduction

résilience psychologique, les trois pôles de protections facilitant la résilience, les différentes stratégies de coping, adaptation et compétences comportementales et sociales, les facteurs de risques universels, facteurs de vulnérabilité, renforcement de la résilience, dimensions de la résilience psychologique, modèles théoriques, rôle de la résilience psychologique, les étapes de la réaction cérébrale au stress aigu, mesures de la résilience psychologique, es approches thérapeutiques pour les femmes en deuil, Synthèse.

Troisièmement et pour conclure, nous avons intégré cela dans la partie pratique, qui se divise en deux chapitre. Le premier chapitre aborde la méthodologie de recherche comprenant : Préambule, Pré-enquête, Méthode de recherche, Lieu de recherche, Population d'étude et les caractéristiques du choix, Présentation des cas, Les outils d'investigation, Le déroulement de l'enquête, Les difficultés rencontrées, Synthèse.

Le second chapitre présente une introduction aux quatre cas étudiés et discute des hypothèses formulés.

Nous finissons notre travail par la bibliographie détaillant toute la documentation consultée ainsi les annexes.

Carte général de la recherche

1. Problématique

Le décès d'un parent constitue une expérience profondément traumatisante pouvant engendrer des répercussions émotionnelles, psychologiques et sociales. La victime de ce traumatisme rentre dans un état de choc, elle devient impuissante face à l'évènement en se disant que se décès m'a arraché ce que j'avais de plus précieux au monde. La personne entre dans un débat psychologique à remettre en question le comment et le pourquoi en ressentant de la colère, donc c'est un événement fragile, déprimant, perturbant, en particulier chez les femmes qui sont un élément sensible et fragile dans le contexte familial, et en raison de leur sensibilité émotionnelle, leur intensité du stress, leur facilité de tomber dans une dépression, et qui peuvent faire face à d'autres atteintes socioculturelles particulière en matière de deuil qui se vit dans la souffrance, bien qu'il soit un phénomène normal et universel. Les femmes sont considérées comme le sexe tendre, ayant une plus grande clairvoyance émotionnelle, c'est-à-dire une plus grande réactivité émotionnelle, et également une plus grande empathie et sensibilité pour les sentiments des autres. Elles sont également considérées comme étant plus disposées à exprimer leurs émotions. (Paula Niedenthal, 2012)

Dans ce contexte la résilience émerge comme un facteur crucial influençant la manière dont ces femmes réagissent et s'adaptent à cette perte, elle aide les femmes à suivre des habitudes positives afin de faire face à toute situation qui les rappelle du défunt. « Le tournant est donné par Michael Rutter, qui postule qu'il est possible d'avoir une vie saine dans un environnement « malsain ». Car le processus de résilience est caractérisé par l'interaction constante entre des facteurs de risque et de protection qui le facilitent ou l'entravent (Rutter, 1993, p. 626) ».

La résilience se manifeste chez les femmes en situation de deuil sous forme d'accommodation lorsque les femmes parviennent à réguler l'hébététe occasionnée par le traumatisme, en mettant à contribution des modes de protection révélant des ressources internes et externes, notamment l'environnement affectif et sociale. Ces modalités défensives permettront de réussir les conditions nécessaires à la reconstruction psychique et à la reprise d'un nouveau développement. Elle a un impact positif chez femmes qui sont en deuil, dans le plan psychologique, la santé mentale et les relations interpersonnelles, car les femmes résilientes, peuvent gérer les situations stressantes et les défis de la vie. Cela se traduit par une réduction des niveaux d'anxiété et de dépression, car elles sont capables de faire face aux situations difficiles de manière plus constructive. Cela peut éviter les risques d'avoir des troubles mentaux, la résilience favorise des relations interpersonnelles plus solides, Les femmes

résilientes sont généralement ouvertes à établir des connexions profondes avec les autres et une bonne communication ce qui renforce leur soutien social. Ces relations peuvent offrir un espace de partage et de compréhension, réduisant ainsi le sentiment d'isolement et augmentant le bien-être émotionnel. Une résilience élevée chez les femmes contribue à une meilleure estime de soi et à une plus grande confiance en soi. Les femmes qui se sentent résilientes ont souvent une facilité à exprimer leurs besoins et à défendre leurs droits. Cela peut mener à des opportunités professionnelles et personnelles enrichissantes, renforçant ainsi leur bien-être global. selon « l'étude Résilience et qualité de vie, dans le processus thérapeutique, après un double traumatisme, corporel et psychique ». (Benalia Ouahiba, 2023)

La résilience caractérise une personne ayant vécu ou vivant un événement à caractère traumatisant ou de l'adversité chronique, qui fait preuve d'une bonne adaptation (Ionesco, 2011, p. 8).

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

La résilience est la capacité de conserver un état d'équilibre normal dans des circonstances extrêmement défavorables. Les caractéristiques internes favorisant la résilience sont : l'estime de soi, la confiance, l'ingéniosité, le sentiment d'efficacité, le locus de contrôle interne, des liens affectifs solides, le sens de l'humour, le sentiment de maîtrise, l'optimisme et des capacités interpersonnelles, telles que les compétences sociales, les compétences de résolution de problème et le contrôle des impulsions. Au nombre des facteurs externes, mentionnons : la sécurité, l'appartenance religieuse, les modèles de comportement solides et le soutien émotionnel degré de compréhension, de compassion, d'appartenance et d'estime de soi se dégageant des relations du sujet avec autrui (Ahmed, 2007). (D re Diane Whitney, 2015, p. 9)

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

Freud suppose une acception restreinte de l'approche du processus résilient qui s'articule essentiellement avec la gestion du traumatisme. En effet, dans cette conception, la résilience

renvoie avant tout à l'aptitude du sujet à surmonter le traumatisme. Dans cette optique, l'atteinte traumatogène est considérée comme le préalable à l'émergence du processus résilient. Dès lors, on ne saurait parler de résilience pour des contextes relevant seulement des stress d'ordre banal de la vie. Pour que l'on puisse attester de la résilience d'un individu, il faut donc qu'il ait été confronté à un traumatisme ou à un contexte traumatogène tel qu'il a exposé le sujet à un danger majeur. (Freud,2006, p69)

Dans un cadre cognitivo-comportemental, Patterson souligne l'équivalence entre stressors environnementaux et traumatisme en posant la résilience comme « l'aptitude à fonctionner de manière adaptative et à être compétent quand on a à faire face aux stress de la vie ». (Patterson,2006, p03).

Le processus de résilience est un construit multifactoriel qui résulte du maillage complexe entre des aptitudes individuelles (psychiques, cognitives, comportementales) et des compétences psychoaffectives familiales. Ces dernières peuvent être complétées, ou éventuellement suppléées, par des ressources issues de l'environnement social. (Anaut,2012, p53)

Parmi les facteurs de protection que possèdent les femmes ont une place prépondérante qui dévolue aux liens affectifs, dans la mesure où ils interagissent avec chacun des trois domaines à l'œuvre dans le fonctionnement résilient. En effet, le processus résilient prend appui sur un tripode composé de facteurs d'ordre interne (particularités singulières, capacités et aptitudes cognitives, éléments de personnalité, modalités défensives...), de facteurs d'ordre familial et psychoaffectif (soutien et qualité des relations familiales et périfamiliales...) et de facteurs relevant du contexte socio-environnemental (étayages amicaux et sociaux, soutiens communautaires, religieux, idéologiques...). Chacune ces trois piliers va contribuer à l'élaboration du processus défensif menant à la résilience, en jouant un rôle plus ou moins important ou efficace en fonction du contexte de vie des femmes et des phases de son développement et de ses attaches affectives.

Les sept caractéristiques qui seraient présentes, à des degrés divers, dans le fonctionnement résilient. Ces auteurs décrivent la construction d'un soi résilient (resilient-self) composé des caractéristiques suivantes : la perspicacité, l'indépendance, l'aptitude aux relations, l'initiative, la créativité, l'humour et la moralité. Celles-ci arriveraient à maturité chez le sujet adulte, après avoir traversé des modalités intermédiaires au cours des étapes

développementales depuis l'enfance jusqu'à la fin de l'adolescence. Pour ces auteurs, les sept facteurs qui participent à la résilience chez les individus constituent des forces qui conduisent un être humain à se protéger et à s'adapter face à l'adversité. (Steven et al,1993, p61)

Le processus de résilience se met en place dans l'intersubjectivité, dans la relation à l'autre, dans la singularité d'un contexte de vie et de ses caractéristiques psychoaffectives. Dès lors, le tissu relationnel peut permettre de trouver des étayages extérieurs qui vont renforcer les ressources internes et parfois remédier aux défaillances personnelles, lorsque les ressources internes s'épuisent et trouvent leurs limites. Ainsi, on peut considérer que les attaches affectives sont l'une des composantes essentielles du processus de reconstruction après les traumatismes.

La contribution de la famille peut être analysée selon plusieurs entrées. Il y a, d'une part, les liens établis durant l'enfance qui vont constituer ce qu'il est convenu d'appeler des liens d'attachement. Il s'agit de liens intériorisés qui vont constituer une base de sécurité sur laquelle pourra s'appuyer le sujet pour construire sa résilience. D'autre part, nous pouvons identifier un certain nombre de caractéristiques des structures familiales et de leurs fonctionnements qui facilitent le processus de résilience, La famille va se souder face à l'adversité et trouver ou recréer des liens familiaux de solidarité, de soutien et de cohésion. Ainsi, l'événement va réveiller les solidarités familiales. Le soutien social est un échange actif deux individus, soit la personne qui reçoit le soutien et la personne qui est en mesure de le lui offrir. (Mamprin, 2019)

La notion de soutien social peut être définie de deux manières. Tout d'abord, d'un point de vue sociologique, il consiste en la présence d'un réseau social de contraintes et d'obligations mutuelles entourant la personne, et qui lui procure une assistance en cas de besoin. Ensuite, d'un point de vue psychologique, il fait référence à la disponibilité de "relations aidantes" et à la qualité de celles-ci.

Les facteurs culturels et contextuels peuvent aussi influencer la manière dont les femmes vivent leur deuil et développent leurs résiliences, en agissent comme des catalyseurs. Au sein des facteurs culturels, on a l'estime de soi qui est fortement associé à une bonne santé et à une bonne qualité de vie, on a aussi l'identité de groupe qui définit le rôle et l'importance des femmes dans la société, la religion qui est un rapport personnel sacré qui prend une place importante dans la vie des femmes où elles parlent directement avec dieu sans intermédiaires

cela les aide à sortir tout ce qu'elles ont à l'intérieur. À côté, il y a les facteurs contextuels comme les expériences personnelles où les femmes ont déjà vécues des événements traumatiques. Ceci peut les aider facilement à développer une résilience. Le concept de solidarité féminine qui rentre dans le contexte du soutien social des femmes qui se définit sous forme d'associations dans les sociétés où les femmes se réunissent et font des activités, des réunions de discussions, ...etc.

La résilience peut faciliter l'adaptation émotionnelle et psychologique après la perte d'un parent en permettant aux personnes de mieux gérer leur chagrin et les émotions difficiles. L'adaptation émotionnelle et l'adaptation psychologique sont deux représentations interconnectées qui jouent un rôle essentiel dans la façon dont les femmes confrontent les événements traumatiques, comme la perte d'un parent. L'adaptation émotionnelle implique l'acceptation des émotions liées au deuil, telles que la tristesse, la colère ou la confusion et pleure. Les femmes qui s'adaptent émotionnellement peuvent trouver des moyens de traiter leurs émotions, que ce soit par l'expression verbale, de l'écriture, ou de l'engagement dans des activités qui les reconfortent. D'un autre côté, l'adaptation psychologique fait référence à la manière dont une personne ajuste ses pensées, ses croyances et ses comportements face à une perte. Les femmes qui s'adaptent psychologiquement peuvent également rechercher du soutien, que ce soit par des amis, des conseillers ou des groupes de soutien, renforçant ainsi leur résilience globale.

La résilience influence les stratégies de coping chez les femmes pour s'adapter ou s'ajuster aux situations difficiles ou aversives qu'elles rencontrent. Cependant, les recherches sur le coping ont également pour objectif de déterminer comment les individus peuvent réduire l'impact psychologique d'événements stressants, de manière à préserver leur bien-être émotionnel. Elles s'intéressent à l'identification des stratégies d'adaptation des personnes mais également à l'étude de leur efficacité.

Une résilience élevée a des effets positifs sur le bien-être psychologique, la santé mentale et les relations interpersonnelles des femmes, en régulant mieux leurs émotions, en gardant une attitude positive, elle prévient les troubles psychiques, elle les adapte à faire face au stress, elle les aide à faire face à un traumatisme, elle les soutient à garder leurs relations sociales et à bien communiquer. Car les femmes résilientes. Edith Grotberg définit la résilience comme l'interaction de facteurs à trois niveaux : soutien social, compétences et force interne du sujet (M.C. Garcia-Vesga & E. Domínguez, 2013). Le soutien social

indique que l'environnement ne génère pas seulement des risques.((<https://bice.org/fr/la-resilience-au-coeur-de-notre-action/histoire-du-concept-de-resilience/>, Depuis 2008 (renouvellement en 2023),)

Premièrement elles ont l'habitude a gérer les situations stressantes et les défis de la vie et cela peut éviter les risques d'avoir des troubles mentaux, Deuxièmement elles sont généralement ouvertes a établir des connexions profondes avec les autres, à une bonne communication ceci peut les aider a avoir un soutien social plus fort. Donc une résilience élevée contribue à une meilleure santé mentale, a des relations interpersonnelles solides et a un bien-être psychologique.

Question :

- Quel est le rôle de la résilience chez les femmes traumatisées par le décès d'un parent, et comment elle cela influence t-il leur processus de deuil et leurs rétablissement émotionnel ?

2. Les Hypothèses de la recherche

- Les femmes qui développent des mécanismes de résilience plus forts sont mieux à même gérer leur chagrin et de trouver un sens à leur perte.
- Les différences individuelles, telles que l'âge, le niveau d'éducation et les croyances culturelles affectent la manière dont les femmes vivent leur résilience après une perte.

3. Définition et opérationnalisation des concepts

Parent :

- Le père ou la mère, c'est une personne qui a donné naissance à une fille ou un garçon.
- Il désigne le père et la mère d'une personne. (Dubuc, J.(2001). p.1)

Décès :

- Synonyme du mot « Mort », et cela veut dire la fin de vie d'une personne.

Cadre général de la recherche

- Depuis 2012, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la mort comme « la disparition permanente et irréversible de la capacité de conscience et de toutes les fonctions du tronc cérébral ».

Décès d'un parent :

- C'est la perte d'une mère ou d'un père.

Traumatisme :

- C'est un événement qui provoque un choc, et qui a des conséquences émotionnelles pénibles et physique.

- Selon de dictionnaire Larousse, c'est « ensemble des troubles psychiques ou psychosomatiques provoqués accidentellement par un agent extérieur au sujet. »

Femme :

- C'est un être humain de sexe féminin, qui peut être adulte.

- selon Larousse, c'est « un Être humain du sexe féminin. »

Résilience :

- C'est une aptitude qu'adapte une personne afin de se reconstruire après avoir vécu un événement traumatique.

- c'est bien rebondir, aller de l'avant, après avoir subi un choc ou un traumatisme. C'est aussi résilier un contrat avec l'adversité. (Cyrluk, B. & al (2000). p. 10)

4. Les raisons du choix du thème

Notre thème de recherche est intitulé « le rôle de résilience chez les femmes traumatisées par le décès d'un parent », et toute recherche doit avoir une raison précise.

On a choisi ce thème pour les raisons suivantes :

- C'est un thème qui n'a pas été traité auparavant.
- C'est un thème original et d'actualité.

- C'est un thème très intéressant.

5. Les objectifs de la recherche

- Détecter l'utilité de la résilience chez les femmes traumatisées par le décès d'un parent.
- Comprendre c'est quoi le rôle de la résilience chez les femmes traumatisées par le décès d'un parent.
- Voir les manifestations qui rendent les femmes résilientes face au traumatisme du décès d'un parent.
- Explorer les facteurs favorisant la résilience environnement familial, culture, personnalité, spiritualité, etc.
- Proposer des pistes d'accompagnement pour aider les femmes en deuil à activer leur potentiel résilient thérapie, groupes de paroles, etc.

6. Les Etudes antérieures

1- Etude de Daigneault et al. (2007) :

Dans une étude menée auprès de 160 adolescentes québécoises victimes d'agression sexuelle, un niveau de résilience élevé était lié à plus de sentiments d'empowerment et une plus grande utilisation de stratégies d'adaptation positive chez ces victimes (Daigneault et al. 2007).

2- Etude de Koudou. O et al (2016) :

Ils ont rencontrés trois victimes qui, en dépit des souffrances vécues, ont malgré tout gardé une estime haute d'elles-mêmes. Ces femmes ont subi les mêmes agressions sexuelles voire même pire que certaines victimes et elles vivent au village dans des conditions précaires. Cependant, il ressort que ces femmes malgré ces traumatismes psychologiques adoptent une attitude positive qui les amène à bâtir de bonnes relations avec les autres. Cette conduite a pour avantage de favoriser leur équilibre psychologique. Celles-ci envisageaient leur avenir de manière positive et entretenaient de bons rapports avec leur entourage. Ces femmes développaient de la bonne humeur autour d'elles. Cette attitude résiliente se percevait dans leur langage. Nous relatons quelques propos de ces victimes lors des entretiens avec elles.

« Il pensait qu'il allait me tuer mais je suis encore là », « Ma vie sera meilleure et Mon histoire ne se limite pas à cela », « Tant que je suis vivante, je peux être heureuse. Cet

évènement fait partie de mon passé, il faut que j'aie de l'avant pour construire une vie meilleure pour mes enfants et moi », « Ma vie n'est pas foutue et tant qu'il y a la vie, l'espoir est permis ».

Ces propos démontrent leur détermination à donner une trajectoire positive à leur vie. Cette nouvelle attitude au regard de ce qu'elles ont subi nous amène à nous interroger sur les facteurs qui ont participé à la résilience chez ces victimes. Qu'est-ce qui a favorisé la résilience chez ces trois ? De quelles ressources ont-elles disposé pour se libérer des répercussions des symptômes psycho-traumatiques ? Après l'analyse de leur histoire, trois grands facteurs concomitants se distinguent : la décision personnelle de la victime, la prise en charge holistique et le soutien familial et social.

- **Décision personnelle :** Chacune de ces femmes a pris conscience de la nécessité de se libérer des traumatismes du viol sur leur vie. Elles ont donc décidé de solliciter des prises en charge tant médicale que psychosociale, se sont dirigées vers les services adéquats et ont exposé toutes les souffrances qu'elles vivaient depuis leur agression. Par exemple dans le cas de Madame S.A, elle s'est adressée à la Croix Rouge afin de bénéficier d'une aide médicale suite aux maladies répétitives qu'elle présentait depuis son agression. Lorsque les examens médicaux ont diagnostiqué le VIH/SIDA, elle a accepté d'entamer un accompagnement psychologique pour supporter non seulement les conséquences psychologiques de son agression mais également, elle a accepté de suivre un traitement médical à vie. En ce qui concerne Madame S.B, elle n'a pas hésité à solliciter un soutien psychologique dès son retour au village du fait des cauchemars répétitifs qu'elle faisait suite au viol collectif subi et au meurtre de son mari.

En résumé, ces femmes ne se sont pas isolées. Elles ont décidé de se faire aider par de spécialiste pour évacuer leur problème à travers une prise en charge psychologique et médicale. C'est la capacité de ces femmes à demander de l'aide qui a été le déclic dans leur processus de résilience.

- **Prise en charge holistique :** Comme nous l'avons mentionné plus haut, le bien être social et le bien être psychique sont indissociables pour le rétablissement des victimes de violences sexuelles liées au conflit. Pendant que l'on veille à la disparition des conséquences psychiques du traumatisme, il faut assurer à la victime les conditions favorables à un épanouissement social. Et cela implique une prise en charge efficace qui prend en compte les besoins

spécifiques de la victime. Les femmes résilientes ont eu l'avantage de bénéficier de cette prise en charge que l'on pourrait qualifier d'holistique.

De manière concrète, les femmes ont d'abord eu accès gratuitement à des soins médicaux adéquats, ensuite elles ont été suivies psychologiquement par des psychologues dans des délais brefs. Une fois qu'elles ont présenté un état de santé physique et mentale stable, elles ont bénéficié d'un financement pour commencer une activité génératrice de revenu permettant de subvenir à leurs besoins ainsi ceux de leur famille respective.

• **Soutien familial et social** : Tout aussi important que les deux premiers éléments, le soutien familial et social a été un facteur important pour surmonter le traumatisme vécu. Le soutien familial et social est perceptible dans l'affection des enfants, les encouragements des parents, l'affection du conjoint et l'acceptation l'entourage dans la reconstruction psychologique des victimes. Ces marques de soutien selon les survivantes, ont constitué le seul rempart à une dépression après les atrocités qu'elles ont vécues. Ces facteurs socio-familiaux ont été un catalyseur dans l'adoption d'une attitude résiliente chez ces femmes victimes de viol. (Koudou. O et al, 2016, pp 17,19)

3- Etude de Dupouy. J et al (2021) :

Ont noté qu'elles ont su rebondir malgré la souffrance. Ce ne fut pas immédiat, cela leur a demandé d'effectuer un important travail de reconstruction. Ce cheminement n'est sans doute jamais terminé, mais elles sont arrivées à un stade où le niveau de qualité de vie permet une certaine sérénité et un bien-être satisfaisant pour elles. Par ailleurs, la résilience se construit grâce à diverses ressources. Aussi, les pratiques apprenantes « thérapeutiques », tournées vers la compréhension du traumatisme et même les pratiques apprenantes dérivatives constitueraient des ressources de la résilience. Pour autant, ces femmes ont également usé de ressources plus largement étudiées dans le champ de la résilience, tel.le.s que les tuteur.rice.s de résilience, par exemple. (Dupouy. J et al, 2021, p. 12)

4- Etude de Laperle. Ph (2022) :

S'intéresser en profondeur à l'expérience de chaque individu et non uniquement aux tendances générales permet de mettre de l'avant une pluralité de vécus. Le contexte du décès influence le deuil à travers les souvenirs, sensations et traces laissés dans l'esprit de la personne. Ces empreintes peuvent être source d'apaisement ou de souffrance et peuvent être plus ou moins ancrées et omniprésentes. Le deuil peut alors prendre différentes formes et directions en fonction de la nature et du poids des empreintes qui habitent l'endeuillé.e. Certaines personnes composent avec des empreintes source de souffrance, d'autres surtout avec des représentations apaisantes et certaines composent à la fois avec le difficile et le plus apaisant, alternant entre différents vécus qui peuvent apparaître parfois contradictoires et même générer une tension interne. (Laprele.Ph, (2022), p 1).

1- 5- Etude d'Ammar. A et al (2022) :

Au total, 199 étudiants ont participé (âge ^ moyen : 20,94 § 1,71 ans) avec une prédominance féminine (sex- ratio=0,353) et 43 % étaient inscrits au premier cycle. Leur niveau socioéconomique était moyen dans 83,4 % des cas. Les conduites additives étaient décrites dans 18,6 % des cas. Le score global moyen de la résilience était de 66,4 § 15,28 avec des scores moyens respectifs des étudiants du 1^{er} et 2^e cycle de 67,6 § 15,6 et 65,4 § 15,4 sans différence significative ($p=0,3$). Les scores moyens des 1^{er}, 2^e, 3^e, 4^e, et 5^e facteurs sont respectivement : 22,6 § 5,5 ; 16,7 § 4,8 ; 13,5 § 3,2 ; 7,3 § 2,6 et 6,2 § 1,8. (Ammar, A. et al (2022). P 1)

6- Etude de Benalia. O et al (2023) :

Elles ont obtenues 5 facteurs de résilience :

- Persistance / ténacité et sens d'efficacité personnelle (72,6%).

- Contrôle émotionnel et cognitif sous la pression (58,4).

Capacité de rebondir (70%).

- Contrôle et sens (62.1).

- Spiritualité (75,5). (Benalia.O et al, 2023, pp 1029,1030)

Partie théorique

Chapitre I : La résilience psychologique

Préambule

Selon Kobassa, la résilience est comme une disposition de la personnalité, appelée hardiness, qui permet à un individu à résister aux effets délétères du stress. Le stress est une réaction au changement ou à des situations que l'on juge menaçantes, Il peut être associé à des expériences positives (mariage, venue d'un enfant, etc.) ou négatives (soucis financiers, perte d'emploi, décès d'un proche, etc.),

Dans ce chapitre de la résilience psychologique, nous allons aborder un aperçu historique de la résilience, ensuite la définition de la résilience et certains concepts liés à la résilience et à la santé, après les trois pôles de protections, les différentes stratégies de coping, adaptation et compétences comportementales et sociales, le rôle du soutien social, les facteurs de risques, facteurs de vulnérabilité, renforcement de la résilience, les dimensions de la résilience psychologique, puis les modèles théoriques de la résilience psychologique, le rôle de la résilience psychologique, les étapes de la réaction cérébrale au stress aigu, les mesures de la résilience psychologique, à la fin les approches thérapeutiques pour les femmes en deuil.

1. Histoire de la résilience

Les premières approches de la résilience sont nées dans les années 1940 avec les études menées par René Spitz et Anna Freud, sur les enfants placés en orphelinat ayant vécu des traumatismes pendant la Seconde Guerre mondiale. Ces observations ont montré comment le développement de l'enfant a tendance à cesser suite à une carence affective (Cristina Castelli, 2015). Par la suite, dans les années 1970, la théorie de John Bowlby (1980) sur le lien d'attachement dessine la voie vers l'élaboration du concept de résilience qui apparaît pour la première fois en 1984 dans l'étude longitudinale d'Emmy Werner (Stanislaw Tomkiewicz, 2004).

Le résumé historiographique qui suit est guidé par les idées d'invulnérabilité, de sujet actif et d'influence de l'environnement. Cela nous permet de visualiser l'évolution de la résilience à travers cinq générations, chacune se concentrant sur un aspect qui sera complété par la génération suivante, donnant forme à ce que nous comprenons aujourd'hui comme la résilience. (bice bureau international Catholique de l'enfance dignité et droits de l'enfant)

1.1.1^{ère} génération : adaptation et invulnérabilité (années 1980)

Les études des années 1970 et 1980 se concentrent sur l'enfance. Elles utilisent l'adjectif « invulnérable » pour décrire un enfant qui parvient à s'adapter aux situations de vulnérabilité. Un enfant qui n'est pas affecté par les influences négatives de son environnement (Suniya S. Luthar et al., 2000 ; S. Tomkiewicz, 2004). L'objet d'étude de cette génération est donc l'identification des traits qui facilitent l'adaptation. Et ce, afin de prédire qui serait résilient et qui ne le serait pas. En d'autres termes, ces chercheurs émettent l'hypothèse que l'« on naît résilient ». Il est nécessaire de souligner que ce premier groupe parle d'adaptation, sans faire de différence entre l'adaptation en tant que survie et l'adaptation positive qui implique l'apprentissage ou la croissance, comme le proposeront les générations suivantes (María Cristina Garcia-Vesga & Elsy Domínguez, 2013).

L'aspect révolutionnaire de cette génération est son approche de la personne. Elle ne la considère plus comme un sujet passif, à la merci des risques, mais comme un sujet actif dans la manière de faire face au risque et/ou à une situation de vulnérabilité auxquels il est exposé. Une vision innovante si on la compare aux études précédentes qui se concentraient uniquement sur l'identification des symptomatologies et de leurs conséquences négatives (Ann S. Masten & Jenifer L. Powell, 2003).

De cette génération, on retiendra les études longitudinales menées par Emmy Werner (1982) et Norman Garmezy (1973 ; 1984) auprès d'enfants ayant vécu des situations de vulnérabilité. Des situations liées à des maladies psychiatriques ou des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme de leurs parents. Ces études se sont concentrées sur les qualités personnelles des enfants résilients ; identifiant l'autonomie et l'estime de soi comme des piliers de ces personnalités résilientes (M.C. Garcia-Vesga & E. Domínguez, 2013 ; S.S Luthar et al., 2000). (bice bureau international Catholique de l'enfance dignité et droits de l'enfant)

1.2. 2^{ème} génération : résilience en tant que capacité (1980-1990)

L'attention de cette génération reste centrée sur la personne. Mais, contrairement à la précédente, elle va au-delà de la théorie de l'« invulnérabilité ». Elle comprend la résilience comme une capacité ou une aptitude humaine qui permet de s'adapter dans des contextes de risque ou de vulnérabilité. La personne renforce ses capacités de résilience.

Les études de cette époque proviennent de la psychiatrie ; le traumatisme en est l'élément déclencheur (N. Garmezy, 1987 ; A.S. Masten et al., 1988 ; Michael Rutter, 1987). Ces études se sont attachées à définir le concept de résilience, en étudiant les sujets qui avaient des réponses positives face au risque ou à l'adversité par rapport à ceux qui n'en avaient pas (Samuel Goldstein et al., 2013 ; Sandra Prince-Embry, 2014). A ainsi été identifiée une série de facteurs ou de qualités permettant la résilience : capacités intellectuelles ; bon tempérament ; autonomie ; auto-efficacité ; stratégies d'adaptation adéquates ; aptitudes à la communication et compétences sociales (R. Brooks, 1994 ; S.S Luthar& Edward Zigler, 1991 ; M. Rutter, 1987 ; Margaret O'Dougherty Wright & A.S. Masten, 1997).

La résilience commence alors à être comprise comme un mécanisme plus complexe. M. Rutter (1993) la définit comme une réponse dynamique de l'individu face au risque, dans laquelle les mécanismes de protection interagissent (M.C. Garcia-Vesga& E. Domínguez, 2013 ; GemaPuig& José Luis Rubio, 2011 ; S. Tomkiewicz, 2004). Edith Grotberg définit la résilience comme l'interaction de facteurs à trois niveaux : soutien social, compétences et force interne du sujet (M.C. Garcia-Vesga& E. Domínguez, 2013). Le soutien social indique que l'environnement ne génère pas seulement des risques. (bice bureau international Catholique de l'enfance dignité et droits de l'enfant)

1.3. 3^{ème} génération : la résilience comme processus (années 1990)

Cette génération consolide l'idée de la résilience comme un processus dynamique, dans lequel le sujet et son environnement interagissent. Ce dernier est vu comme une entité qui génère des risques mais aussi des ressources. De cette façon, la personne et son environnement commencent à être objets d'étude, à part égale (A.S. Masten& Dante Cicchetti, 2010).

Le tournant est donné par Michael Rutter, qui postule qu'il est possible d'avoir une vie saine dans un environnement « malsain ». Pourquoi ? Car le processus de résilience est caractérisé par l'interaction constante entre des facteurs de risque et de protection qui le facilitent ou l'entravent (Rutter, 1993).

À ce stade, il est clair qu'il n'existe pas de personnes invulnérables au risque, ni de personnes nées résilientes, puisque l'environnement joue un rôle important dans la résilience, facilitant ou entravant son processus (S.S. Garcia-Vesga& E. Domínguez, 2013 ; S.S. Luthar& E. Zigler, 1991 ; A.S. Masten, 2007). Par conséquent, la recherche s'attache à déterminer les facteurs de protection internes (tempérament, attitudes cognitives, estime de soi), les facteurs

externes (famille, contexte social, école) et les facteurs relationnels (enseignants, opérateurs sociaux).

Enfin, la résilience dépasse le champ strictement psychiatrique pour s'ouvrir à des contextes socio-éducatifs, psychosociaux, éducatifs, voire économiques, urbains, etc. Il est également établi que si ce processus dynamique peut être étudié, son développement peut également être promu. (S.S. Garcia-Vesga & E. Domínguez, 2013 ; Zulay Ortega González, Brizeida Mijares Llamozas et al., 2018). Ceci pose les bases pour la 4^e génération, qui se concentre alors sur la promotion de modèles de résilience. (bice bureau international Catholique de l'enfance dignité et droits de l'enfant)

1.4. 4^{ème} génération : conception de modèles pour promouvoir la résilience (années 1990-2000)

Les nouvelles générations s'appuient donc sur le fait que l'environnement peut représenter un facteur clé du processus de résilience. Et se concentrent sur le renforcement de ce processus dans l'environnement socio-éducatif et psycho-social. Les chercheurs commencent à construire des modèles et des programmes pour promouvoir la résilience. L'idée n'est pas d'éviter le risque, mais de transformer l'expérience difficile en un défi et/ou un apprentissage (Z. Ortega González, B.M. Llamozas et al., 2018). Les programmes s'appuient ainsi sur la promotion des facteurs de résilience de la personne et de son environnement. Ils ouvrent la voie à des modèles d'intervention de résilience communautaire et au croisement avec d'autres disciplines (A. Melillo, 2001).

Cette approche porte un message d'espoir ; car elle repositionne la personne comme protagoniste. De plus, les études ne sont pas orientées vers le diagnostic de déficiences ou de traumatismes irrémédiables. Mais plutôt vers la recherche de facteurs de protection personnels, familiaux et socio-environnementaux. Facteurs à renforcer d'un point de vue préventif ou curatif (G. Puig et J.L. Rubio, 2011).

La conception de programmes favorisant la résilience induit alors l'étude et la création d'instruments permettant de la mesurer et de mieux comprendre l'impact de ces programmes (recherche à méthodes mixtes). Ces derniers commencent de surcroît à prendre en compte différents éléments socioculturels. Ils sont capables de s'adapter à des réalités diverses en écoutant les besoins des bénéficiaires et du personnel travaillant directement sur le terrain. Aujourd'hui, les interventions plus flexibles et participatives prévalent sur les modèles

préétablis (Michael Ungar, 2019). (bice bureau international Catholique de l'enfance dignité et droits de l'enfant)

1.5. 5^{ème} génération : nouvelles frontières (années 2010)

Cette dernière génération, qui coexiste avec la quatrième, se caractérise par l'utilisation des avancées scientifiques. Elle intègre en effet dans ses recherches d'autres sciences telles que les neurosciences et la biologie. Cela permet de mieux comprendre le processus de résilience sans perdre de vue l'influence de l'environnement (S. Goldstein et al., 2013 ; A.S. Masten, 2007).

Aujourd'hui, la résilience peut être analysée selon différentes approches, qui tiennent toutes compte de la manière dont les individus et leurs communautés s'adaptent au changement. Cette complexité a conduit les chercheurs à utiliser les nouvelles technologies pour mesurer et analyser le processus de résilience au niveau individuel ou communautaire. Les contributions de la neurobiologie et de la neuropsychologie liées à la plasticité cérébrale se démarquent, montrant le potentiel résilient de la créativité artistique pour surmonter les expériences traumatiques.

Ces observations confirment que le traumatisme peut bloquer le flux communicatif entre les deux hémisphères cérébraux, empêchant l'intégration des aspects émotionnels-sensoriels (hémisphère droit) et linguistiques-sémantiques (hémisphère gauche) (Richard Williams, 2009 ; SilkaSchauder, 2012 ; Roberto Antonietti et al., 2011). De même, les neurosciences démontrent la malléabilité du cerveau humain et sa relation avec l'environnement, ce qui ouvre de nouvelles frontières dans l'apprentissage et le développement dès les premières années de l'être humain. (bice bureau international Catholique de l'enfance dignité et droits de l'enfant)

2. Définition de la résilience psychologique

La Résilience : Désigne l'art de s'adapter aux situations adverses, c'est-à-dire à des conditions biologiques et socio-psychologiques défavorables ou pathogènes, en montrant des capacités qui mettent en jeu des ressources internes (caractéristiques intrapsychiques, cognitives et sociales du sujet) et externes (liens et supports de l'environnement social et affectif). La résilience réfère donc à un processus complexe résultant de l'interaction entre l'individu et son environnement. C'est un processus multifactoriel qui permet de sortir

vainqueur d'une épreuve traumatique et de continuer à se construire et à se développer de manière harmonieuse. (Anaut, 2015, p. 43)

- Est définie comme la capacité de chacun des membres de la famille à se prendre en charge, à être proactif et à s'engager dans le processus de transformation individuelle et familiale pour faire face à la situation de stress, lui donner un sens constructif et permettre à chacun de trouver un nouvel équilibre pour lui-même afin de participer au renouvellement du bien-être familial. (Hélène Lefebvre, 2005, p. 83)

-Un processus de protection et d'élaboration qui permet la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme. Ce processus met à contribution des ressources relevant de compétences internes et de compétences externes à l'individu, ce qui permettra de réunir les conditions pour la reconstruction psychique et la reprise d'un néo-développement malgré l'adversité. Ainsi, le processus de résilience peut être appréhendé comme un phénomène multifactoriel, qui comprend des dimensions individuelles (caractéristiques de l'individu), des dimensions socio-affectives (familiales, amoureuses, amicales) et enfin des dimensions contextuelles ou socio-environnementales. (Anaut, 2015, p. 4)

- Est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères.(Boris Cyrulnik, 2006, pp. 102,103)

- Est une Adaptation positive dans des conditions de risques ou d'adversité, capacité d'un système dynamique à résister ou à se remettre d'un défi important qui menace sa stabilité, sa viabilité ou son développement (Masten, 2011;O'Dougherty et al. 2013, p . 8).

- Maintien d'un niveau relativement stable, ou normal, de fonctionnement physique et psychologique et capacité à générer des expériences et des émotions positives à la suite d'un événement traumatique (Bonnano, 2004, p . 8).

-Est un Processus d'adaptation aux stressors, à l'adversité, au changement et aux opportunités qui résulte en l'identification, le renforcement et l'enrichissement des facteurs de protection personnels ou environnementaux.(Richardson, 2002; traduction de Michallet, 2009, p . 8)

-Est la capacité ou le résultat d'une adaptation réussie malgré un défi ou des circonstances menaçantes (Masten et al, 2007 , p . 8).

-Qualités personnelles qui permettent à l'individu de grandir à la suite d'une période d'adversité (Connor, 2006;Connor et Davidson, 2003 , p . 8).

-Est un Processus dynamique qui résulte en une adaptation dans un contexte d'adversité. (Luthar et al, 2000,Tusaie et Dyer, 2004;Anaut, 2004 , p . 8)

-Habilités psychologiques d'une personne et capacité d'un individu de recourir au support familial, social et externe afin de mieux gérer les événements stressants. (Campbell-Sills et al, 2006,Friborg, 2005. 8 , p)

-Est une Capacité d'une personne à bien se développer et à se projeter dans l'avenir en dépit de situations difficiles ou traumatiques (Manciaux et al.2001 , p . 8).

-Est L'habileté d'individus qui font face à une lésion physique sévère à maintenir des niveaux de santé psychologique et de fonctionnement social relativement stable et à maintenir des émotions positives, de même qu'une perception positive de soi et du futur.

(Quale et Schanke, 2010 , p . 8).

La résilience individuelle est la capacité d'une personne à faire face, la capacité à pouvoir se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse (Block, 1980 , p. 8).

3. Les étapes dans l'étude de la résilience et évolution du concept

La résilience commence à devenir objet de recherche au milieu du XXe siècle lorsque Jack Block (1950) et Jeanne Block (1951) soutiennent leurs thèses de doctorat à l'Université Stanford. Leurs travaux conduisent à l'apparition du concept de résilience du Moi dont le sens est précisé en 1980 quand Block et Block le définissent comme un des facteurs sous-jacents à l'adaptation . La résilience du Moi correspondrait à la capacité à s'adapter de manière flexible et ingénieuse aux facteurs externes et internes générateurs de stress. De manière plus spécifique, elle représenterait une ressource liée à la personnalité qui permet aux individus de modifier leur niveau de contrôle du Moi et leur mode habituel d'expression de ce contrôle, de manière à affronter les contextes environnementaux immédiats et, à long terme, de fonctionner dans ces contextes et de les façonner. L'étude proprement dite de la résilience a

commencé avec une série de trois grandes recherches visant des enfants qui vivaient dans des conditions considérées comme pouvant affecter leur développement :

- L'étude longitudinale, sur l'île de Kauai de l'archipel de Hawaïi, d'une cohorte de 837 nouveau-nés, dont la majorité a été suivie jusqu'à l'âge de 40 ans. Cette recherche, effectuée sous la direction d'Emmy Werner (professeur de psychologie à l'université de Californie à Davis) et Ruth Smith (psychologue clinicienne à Kauai), a conduit à la parution, de 1971 à 2001, de cinq monographies, dont la plus connue est intitulée *Vulnérables mais invincibles. Étude longitudinale d'enfants et jeunes résilients* (1982).
- Les études menées, entre 1971 et 1982, par le psychologue Norman Garmezy et ses collaborateurs, dans le cadre du projet « Minnesota Risk », sur le développement des enfants dont les parents avaient reçu le diagnostic de schizophrénie .
- Les études épidémiologiques et cliniques réalisées, à la fin des années 1970 et au début des années 1980, par le psychiatre Michael Rutter, sur les enfants vivant dans les quartiers défavorisés de Londres et dans une région rurale de l'île de Wight.

Ces recherches, à orientation dominante phénoménologique, ont permis, d'une part, de répertorier les facteurs de risque et les facteurs de protection et, d'autre part, de définir des critères opérationnels d'adaptation. Elles ont, aussi, permis de démontrer la réalité de la résilience, par la découverte d'enfants qui présentaient un développement normal et étaient bien adaptés par la suite, malgré l'adversité, sort adverse résultant de conditions qui interfèrent avec le déroulement normal du développement psychologique ou qui le menacent. Par la suite, les résultats des recherches menées dans les perspectives développementale et écosystémique ont permis de quitter la vision initiale, statique, de la résilience et de la concevoir comme un processus résultant des interactions entre l'individu et son environnement, processus lui permettant de faire face à des situations à caractère traumatique (pour les cliniciens d'orientation psychanalytique) ou à des situations stressantes (pour les cliniciens qui ont adopté la théorie du stress comme référentiel théorique). De surcroît, cette deuxième période dans le développement de la recherche sur la résilience se caractérise par une série d'autres évolutions : (Boris Cyrulnik, 2012, pp. 22,23)

- la résilience est étudiée dans la perspective du cycle de vie et non seulement au cours de l'enfance ;

- au-delà de son étude au niveau individuel, la résilience est abordée au niveau des groupes (et, en particulier, de la famille), des communautés et de la société ;
- les chercheurs s'intéressent aux mécanismes universels et culturellement spécifiques de la résilience ;
- à partir des travaux de Wagnild et Young publiés en 1993 sont élaborés différents instruments d'évaluation de la résilience ;
- les situations dans lesquelles le processus de résilience est considéré se diversifient en soulevant, notamment, des questions chez certains professionnels quant à la sphère de ce concept.

L'étape actuelle dans l'évolution du concept est celle du passage de la recherche à la pratique sous la forme de la résilience assistée (Ionescu). Sur la base des connaissances obtenues par l'étude de ce qu'on pourrait considérer comme un processus de résilience naturelle se développe une nouvelle forme de pratique basée sur la prévention, sur le développement des facteurs de protection, sur le partenariat avec les personnes subissant l'effet de facteurs de risque ou vivant des situations à caractère traumatique, sur l'accompagnement de ces personnes. La recherche sur la résilience connaît un développement continu et remarquable. Le 19 août 2010, 4 641 documents ayant comme sujet la résilience figuraient dans la principale base de données en psychologie (PsycINFO). Le fait que, parmi ces documents, figurent 1 023 thèses de doctorat réalisées à partir de 1968 indique clairement qu'il s'agit d'un champ de recherche très fructueux. (Boris Cyrulnik, 2012, pp. 29,32)

4. Certains concepts liés à la résilience psychologique

En parlant du mot « résilience », plusieurs autres mots doivent être mentionnés

4.1. Pseudorésilience

Ou résilience de façade, utilisé pour la première fois, en 1987, par le psychanalyste américain Anthony. Contrairement à la vraie résilience, présente chez les personnes dont le fonctionnement intrapsychique témoigne de flexibilité, d'une intégration des processus psychiques et de maturité, la pseudorésilience s'associe à une organisation rigide de la personnalité, à la présence d'une illusion de puissance, d'immunité au stress et de bien-être.

Pour Anthony, le personnage de L'Étranger de Camus, Meursault, constitue le prototype du pseudorésilient.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 23)

4.2. L'invulnérabilité

Apparaît, lui aussi, dans les travaux d'Anthony, qui décrit en 1974 le « syndrome de l'enfant psychologiquement invulnérable 4 ». Dans la métaphore des trois poupées de Jacques May, cet enfant correspond à la poupée en acier qui reste intacte lorsqu'elle reçoit un fort coup de marteau. Le concept d'invulnérabilité est de moins en moins utilisé en raison de son caractère plutôt statique (qui l'éloigne de la réalité clinique) et du risque de valoriser les plus forts.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 23)

4.3. L'endurance

Il fait son apparition en 1967, dans une publication de Maddi⁵. Décrite par Kobasa en 1979, l'endurance caractérise les personnes qui ont le sentiment de contrôler leur vie, qui s'engagent dans les activités qu'elles mènent et qui considèrent le changement comme un défi plutôt que comme une menace. Le concept d'endurance a été utilisé jusqu'en 2003 dans le Thésaurus de la banque de données PsycINFO pour désigner la résilience psychologique.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 23)

4.4. Sens de la cohérence

Apparaît dans le contexte de l'orientation salutogénétique inaugurée par Antonovski, orientation qui s'intéresse aux origines de la santé. En situation de stress, les personnes utilisent des ressources dites de résistance généralisée qui facilitent la compréhension du sens des facteurs de stress auxquels elles sont confrontées. Le sens de la cohérence correspond justement au sentiment durable de confiance que ce qui se passe est intelligible, que la personne soumise au stress est capable de gérer les situations rencontrées, qu'aux plans cognitif et affectif les événements vécus ont un sens qui permet de les vivre comme des défis et non pas comme des fardeaux.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 24)

4.5. L'épanouissement

Fait référence à quelque chose de plus qu'un simple retour à la situation telle qu'elle était avant l'action du stress. En 1995, O'Leary et Ickovics, qui sont à l'origine de ce nouveau concept, considèrent qu'il s'agit d'une valeur ajoutée : un individu ou une communauté

peuvent non seulement survivre ou récupérer après une situation à caractère stressant, mais peuvent même aller mieux qu'avant, peuvent s'épanouir. (Boris Cyrulnik, 2012, p. 24)

4.6. L'adaptation

Est, comme le souligne Fröhlich⁹, emprunté à la biologie et à la physiologie, et ses expressions sont de complexité croissante, allant des tropismes à l'adaptation sociale. Pour certains auteurs, comme Masten¹⁰, la résilience fait référence à une adaptation réussie, en dépit du risque et de l'adversité. Dans cette perspective, pour considérer un individu comme résilient, il est nécessaire d'évaluer son niveau d'adaptation, démarche qui soulève la question, très débattue, des critères.

Dans un texte plus récent, intégré dans un volume consacré au développement après le traumatisme, Lepore et Revenson (2006) conçoivent la résilience comme un concept multidimensionnel. Ils identifient trois dimensions ou formes distinctes de résilience : la récupération ou le rétablissement, la résistance et la reconfiguration ¹¹. Ces trois formes de résilience sont décrites à l'aide d'une métaphore qui indique ce qui se passe lorsqu'un arbre est atteint par un fort coup de vent. Dans le cas de la récupération, l'arbre se penche et reprend, ensuite, sa position verticale. Lorsqu'il s'agit de résistance, l'arbre reste droit face au vent. Enfin, lorsqu'il y a reconfiguration, l'arbre ne fait pas que s'accommoder temporairement en revenant à sa position initiale mais, de surcroît, il change de forme. (Boris Cyrulnik, 2012, pp. 24,25)

4.7. La récupération

Décrit, donc, un retour au fonctionnement antérieur à l'action du stress ou du traumatisme. Une des questions centrales dans cette situation est de savoir en combien de temps doit s'effectuer ce retour. Si, pour Bonanno ¹² (2004), le retour doit être immédiat, Lepore et Revenson considèrent, eux, que, même si le retour au fonctionnement antérieur est lent, les personnes respectives peuvent être considérées comme résilientes en raison de la récupération. (Boris Cyrulnik, 2012, p. 25)

4.8. La résistance

Qualifie, selon Bonanno, la présence d'un fonctionnement normal avant, au cours et après (et longtemps après) l'action du stress. Cette manière de concevoir la réaction de certaines personnes face au stress suscite, comme le soulignent Lepore et Revenson, bien des réserves.

Elle se heurterait à ce que de nombreux cliniciens considèrent et que Lepore et Revenson décrivent comme des mythes dominants : la souffrance est inévitable après un traumatisme ou un stress ; le fait de ne pas souffrir dans ces conditions est pathologique ; le travail psychologique suite au stress et au traumatisme est important et nécessaire ; progressivement, la souffrance va diminuer, et les personnes en question vont atteindre un état de résolution de leur souffrance. Les preuves en faveur de ces assertions sont, selon les données disponibles actuellement, faibles et contradictoires.(Boris Cyrulnik, 2012, pp. 25,26)

4.9. La reconfiguration

Est rencontrée chez les personnes qui sont capables de reconfigurer leurs cognitions, croyances et comportements d'une manière qui leur permet de s'adapter aux situations traumatisantes et peut-être même de résister aux traumatismes futurs. Pour Lepore et Revenson, la résilience de type reconfiguration est semblable, à certains égards, au développement post-traumatique. Cependant, si le développement post-traumatique fait référence, de manière spécifique, aux éléments positifs résultant de la transformation, la reconfiguration peut inclure des changements qui peuvent être aussi bien positifs que négatifs.(Boris Cyrulnik, 2012, p. 26)

5. Certains concepts de la résilience liés à la santé

5.1. Résistance psychologique et auto-efficacité

Le concept de résistance fait l'objet d'une attention particulière de la part des psychologues positivistes. Dans ce cadre, la résistance est définie comme une combinaison d'attitudes et de croyances qui donnent à un individu la motivation et le courage de pouvoir bien performer et de manière stratégique face à des situations stressantes et difficiles et d'essayer de s'adapter ; par conséquent, il peut avancer vers sa croissance et son développement à travers des événements défavorables et catastrophiques (Maddi, 2002).(2016, p. 48)

Kobasa, Maddi et Zola (1983) ont défini la résistance comme une combinaison de croyances sur soi-même et sur l'univers qui est composée d'éléments tels que l'engagement, le contrôle et la compétitivité.(2016, p. 48)

Maddi, Wadha et Haier (1996) ainsi que Kobasa et Puccetti (1983) pensent que les caractéristiques psychologiques de la résistance telles qu'une curiosité remarquable, une

tendance à vivre des expériences intéressantes et significatives, l'expression de soi, la vivacité et la croyance que le changement dans la vie est naturel peuvent aider les individus à s'adapter aux événements stressants de la vie.(2016, p. 48)

L'auto-efficacité est une construction clé de la théorie sociale cognitive (Bandura, 2006).La théorie sociale cognitive est issue d'une perspective agentique dans laquelle le comportement des individus est perçu de manière intentionnelle et prévisible, et ils régulent leur motivation et leur comportement par une auto-évaluation active.Selon cette perspective, les individus qui croient en leur auto-efficacité peuvent contrôler leurs sentiments et leur comportement en utilisant leurs croyances à travers un modèle de travail, et le comportement des individus est prévisible grâce à ces croyances (Bandura, 2004).(2016, p. 48)

Bandura (2004) estime que l'auto-efficacité ou le jugement de l'individu sur ses capacités et ses aptitudes à contrôler les événements de sa vie a le plus grand impact sur ses actions et son autorégulation.(2016, p. 48)

Maddi, Wadha et Haier (1996) ainsi que Kobasa et Puccetti (1983) pensent que les caractéristiques psychologiques de la résistance telles qu'une curiosité remarquable, une tendance à vivre des expériences intéressantes et significatives, l'expression de soi, la vivacité et la croyance que le changement dans la vie est naturel peuvent aider les individus à s'adapter aux événements stressants de la vie.(2016, p. 48)

5.2. Résistance psychologique et locus de contrôle

Le locus de contrôle a été introduit par Rotter (1990) à partir de son expérience en théorie de l'apprentissage social. Il a postulé que les individus dotés d'un locus de contrôle interne sont plus susceptibles de croire qu'ils peuvent contrôler les événements de leur vie. À l'inverse, les individus dotés d'un locus de contrôle externe sont plus susceptibles de croire que des forces externes, telles que le destin, le hasard et la chance, influencent les événements de leur vie (Rotter, 1990). Les individus dotés d'un locus de contrôle interne font généralement preuve de responsabilité personnelle, de compétences participatives, de capacité à résoudre des problèmes, de choix souhaitables, de persévérance, d'auto-efficacité et d'altruisme (Burroughs et Mick, 2004 ; Corbett, 2005 ; Joo, Joung et Sim, 2011 ; Ojedokun, 2011). De plus, des recherches ont montré que les individus dotés d'un locus de contrôle interne sont plus susceptibles de s'engager dans des actions conscientes pour réduire le gaspillage (Ojedokun, 2011). Lorsque les individus maîtrisent leur environnement et leur personne, ils peuvent

améliorer ces deux aspects. Des études antérieures ont montré qu'un locus de contrôle externe peut engendrer de la frustration, ce qui peut contribuer à un comportement destructeur pour l'environnement (Mehrabian et Diamond, 1971 ; Ojedokun, 2011). Ainsi, le locus de contrôle joue un rôle important dans la prévention ou la production de déchets. Il semble concevable qu'un locus de contrôle interne soit associé positivement à de meilleurs comportements de prévention des déchets. (Abbas Abdollahi, 2015, p. 9)

5.3. Résistance et résilience psychologique

Connor et Davidson conceptualisent la résilience comme une « capacité à gérer le stress » ou la capacité à se remettre rapidement de situations difficiles (Connor et Davidson, 2003). Des recherches antérieures ont montré qu'une plus grande résilience est associée à un bien-être mental et physique plus élevé (Bullock et al., 2019). Les résultats d'une vaste étude de population ont également révélé que les indicateurs subjectifs de bien-être, tels que la satisfaction à l'égard de la vie, l'espoir et le moral, sont positivement corrélés à la résilience (Kimhi et al., 2020). De plus, il est prouvé que la résilience est un prédicteur du bien-être, même chez les personnes ayant vécu des événements négatifs (Aswini et Deb, 2017). La résilience et l'épanouissement sont également négativement corrélés à l'adversité précoce, comme l'ont montré un large échantillon transversal d'enfants américains (Bethell et al., 2019). Français De plus, une résilience élevée a été identifiée comme un prédicteur potentiel d'anxiété, de dépression et de stress plus faibles (Hjemdal et al., 2011 ; Morote et al., 2017 ; Song et al., 2021). La résilience a également été récemment proposée comme facteur de protection contre la dépression et l'anxiété au cours des premiers stades de la pandémie de COVID-19 sur la base de fortes corrélations mises en évidence entre ces variables (Song et al., 2021). La forte relation positive observée entre la résilience et le bien-être, ainsi que le lien avec les symptômes de santé mentale, suggèrent donc que la résilience psychologique pourrait être un facteur de protection fiable. (Anne E. Chuning, 2024)

La résistance psychologique est un concept similaire à la résilience, souvent associé à celle-ci. Bartone décrit les personnes résistantes comme ayant « un sens élevé de la vie et de l'engagement professionnel, un plus grand sentiment de contrôle et une plus grande ouverture au changement et aux défis de la vie » (Bartone, 1999). La résistance est positivement corrélée à l'espoir et au bien-être spirituel chez les patients atteints de cancer (Abdollahi et al., 2019 ; Hoseini et al., 2017), à la capacité d'adaptation axée sur les problèmes et au bien-être émotionnel chez les recruteurs militaires (Bartone et Bowles, 2020), au bien-être mental des

étudiants (Saxena, 2015) et à la santé cardiovasculaire des adultes d'âge moyen (Bartone et al., 2016). La résistance est également positivement corrélée aux stratégies d'adaptation, à l'affect positif et à la satisfaction de vivre (Crowley et al., 2003). À l'inverse, la résistance est négativement corrélée au stress perçu (Abdollahi et al., 2019), à la dépression (Tadayon et al., 2018) et à l'anxiété (Kalantar et al., 2013). (Anne E. Chuning, 2024)

6. Les trois pôles de protections facilitant la résilience

6.1. Facteurs individuels

- Tempérament actif, doux, un bon naturel (gentillesse).
- Genre : être une fille avant l'adolescence ou un garçon durant l'adolescence.
- Age (jeunesse).
- QI élevé, ou bon niveau d'aptitudes cognitives.
- Sentiment d'auto-efficacité et une estime de soi élevée.
- Compétences sociales, sociabilité
- Conscience des relations interpersonnelles (proche de l'intelligence sociale).
- Sentiments d'empathie.
- Locus de contrôle interne (attribution causale interne)
- Humour, sens de l'humour
- Attractivité sociale (empathie, charme, charisme).

6.2. Facteurs familiaux

- Parents chaleureux et soutien parental (au moins un des parents).
- Bonnes relations parents/enfants
- Adéquation relationnelle/éducative
- Harmonie parentale (entente).

6.3. Facteurs extra-familiaux

- Réseau de soutien social (pairs, communauté d'appartenance idéologique, religieuse, spirituelle, etc.).
- Expériences de succès scolaires (ou autres réussites extrascolaires). (Garmezy et Masten, 1991 & Masten, 2013, p. 66)

7. Dimensions de la résilience psychologique

Les deux dimensions essentielles de la résilience sont :

- L'apparition d'un traumatisme consécutivement à la survenance d'un choc subi unique ou répété. Il est important de préciser que le contexte du trauma est marqué par la confrontation à des risques de nature différente (brefs, intenses, cumulatifs, ou de longue durée) : « L'effet immédiat d'un traumatisme dont on ne peut venir à bout aussitôt est la fragmentation [...] chaque fragment souffre pour lui-même, l'unification insupportable est éliminée ». On peut définir le trauma comme une violence externe et son effraction. On peut définir le traumatisme comme l'effet du trauma sur le sujet » rappelle Ferenczi.
- L'aptitude de la personne à surmonter le trauma à l'origine de la blessure. « Le résilient doit faire appel aux ressources internes imprégnées dans sa mémoire, il doit se bagarrer pour ne pas se laisser entraîner par la pente naturelle de ses traumatismes qui le font bourlinguer de coups en coups, jusqu'au moment où une main tendue lui offrira une ressource externe, une relation affective, une institution sociale ou culturelle qui lui permettra de s'en sortir. » (Cyrulnik, 2001, p. 261).

La dynamique de résilience va mobiliser l'ensemble des cognitions du système neuro-moteur des individus. La capacité à réinventer un parcours de vie, par la création, présuppose probablement la mobilisation de la fameuse plasticité du cerveau, au cœur des recherches actuelles. « Le sujet reçoit des informations de la réalité externe et réagit au travers d'une action. Mais il existe également une réalité interne du sujet. Celle-ci est composée d'une part consciente (formée de l'apprentissage et de nos souvenirs) et d'une part inconsciente. C'est la part inconsciente qui est prépondérante. » [...] « Ainsi, nos différents stimuli ne produisent pas seulement des actions mais également des états internes qui sont inscrits dans notre cerveau. Ainsi, si le même stimulus est appliqué une nouvelle fois par la suite, il produira une réponse différente car l'état interne a été transformé. Chaque expérience transforme notre état

interne qui lui-même influence la façon dont nous réagissons à un stimulus. Nous sommes biologiquement déterminés pour être imprévisibles. C'est tout le paradoxe de la plasticité du cerveau de permettre une détermination de l'imprévisible. » Nous allons maintenant nous intéresser dans la section suivante aux antécédents de la résilience, observables dans la littérature en entrepreneuriat. (Marie-Josée Bernard, pp. 18,19)

8. Les étapes de la réaction cérébrale au stress aigu

8.1. La réponse immédiate d'alerte ou « que se passe-t-il ? »

La perception de cette alerte cérébrale active en quelques secondes l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS). Elle repose sur la libération intracérébrale rapide des monoamines : noradrénaline, sérotonine et dopamine. Son échelle de temps va de la milliseconde à la minute. Les effets sont purement synaptiques. L'hypothalamus largue dans un petit système sanguin qui irrigue l'hypophyse un peptide – le CRH – qui induit la libération par l'hypophyse antérieure de l'ACTH qui va stimuler les glandes surrénales au-dessus des reins. Celles-ci libèrent aussitôt un torrent d'adrénaline dans la circulation générale, mais à la durée de vie heureusement courte de quelques minutes et qui est responsable de toutes les manifestations physiologiques variées du stress : augmentation du rythme cardiaque, du tonus musculaire allant jusqu'au tremblement, de la respiration, sudation des paumes pour une meilleure adhérence, arrêt de la digestion et redistribution du sang digestif vers les muscles périphériques, éveil cérébral maximal avec suranalyse des perceptions, etc. Le tout place l'individu en attitude de combat/fuite immédiate afin d'assurer sa sauvegarde et sa mise en sécurité en attente de la perception exacte du danger couru. L'ampleur de la réponse dépend du sexe, avec une plus grande réactivité féminine, de l'heure de la journée et de la nouveauté de l'événement. (Boris Cyrulnik, 2012, p. 40)

L'affinité différente des types de récepteurs cérébraux explique la variation graduée ou modifiée de la réponse avec l'augmentation progressive, stress-dépendante, du niveau de libération d'un neurotransmetteur donné et, donc, les changements de comportement gradués et parfois opposés, mais toujours adaptés à la gravité du moment. La noradrénaline active immédiatement l'éveil cérébral pour une meilleure perception sensorielle de l'environnement. La dopamine, surtout libérée dans le cortex préfrontal, va améliorer l'évaluation des risques et la prise de décision stratégique. La sérotonine, libérée quelques minutes plus tard, minimisera l'anxiété post-traumatique. La libération de ces monoamines dépasse de peu la durée

d'exposition au stress et détermine la stratégie comportementale immédiate du sujet pour y faire face et lui survivre.(Boris Cyrulnik, 2012, pp. 40,41)

Le glutamate et le NMDA, renforçateurs non spécifiques de ces effets, agissent pendant le stress en amplifiant le fonctionnement neuronal, principalement dans les zones qu'active le stress, par un effet phasique, vite épuisant pour les cellules. Ils portent une très forte responsabilité dans les effets cérébraux délétères et destructeurs du stress chronique et des séquelles que l'on constate par imagerie cérébrale chez l'homme ou l'animal. On leur impute, ainsi qu'aux récepteurs GABA, les réactions comportementales d'épuisement et d'hébétéude post-traumatiques plus ou moins séquellaires et qui reposent sur des atteintes neuronales sévères et étendues. Néanmoins, un stress minime ne dépassera pas ou dépassera peu ce niveau d'alerte, et la trace cérébrale mémorisée s'intégrera sans autres troubles dans les données mnésiques formant l'expérience du sujet. Aucune résilience ne sera nécessaire dans ce cas.(Boris Cyrulnik, 2012, p. 41)

8.2. La réponse retardée ou « comment faire face ? »

Les surrénales continuent à libérer de leur cortex des minéralocorticoïdes – hormones à visée rénale qui bloquent la sécrétion d'urine formée à partir du plasma dont le besoin peut devenir vital en cas d'hémorragie – et à libérer de leur zone interne une abondance de cortisol. Ces sécrétions ont aussi été initiées dès le début par une stimulation nerveuse orthosympathique immédiate et directe des deux glandes surrénales. Le tout se superpose à une sécrétion basale nyctémérale à pic matinal. Selon leur affinité, qui varie d'un facteur dix au moins, certains types de récepteurs cérébraux sont déjà stimulés et saturés normalement dans la journée ou à l'éveil ; d'autres, moins affins, ne le sont qu'en cas de stress. C'est particulièrement le cas de l'hippocampe, du septum et de l'amygdale, qui contrôlent notre comportement cognitif et émotionnel, comportement immédiatement modifié par le stress. Ce cortisol cible aussi en périphérie principalement le foie, où il induit une puissante fabrication de glucose, une gluconéogenèse à partir des acides gras libres libérés par nos cellules adipeuses stimulées par l'adrénaline. Cela permet un apport énergétique complet pour tous les organes mis en jeu dans l'attitude de combat/fuite adoptée si celle-ci perdure.(Boris Cyrulnik, 2012, p. 41)

À cette étape d'un stress plus long ou plus grave, une multitude de facteurs trophiques agissent ensemble en additionnant ou en inhibant leurs effets pour adapter les réseaux neuronaux à ce changement d'environnement qui perdure. Dès quelques minutes de stress, le

réseau neuronal s'adapte et s'en trouve modifié. De réelles traces adaptatives apparaissent au niveau synaptique, sous-tendant la rationalisation de l'événement et l'évaluation de la stratégie de réaction. La trace cérébrale provoquée par l'agression durable crée une aptitude à un type de réponse active ou émotionnelle. La rationalisation consiste à donner une forme verbale à ces réponses neuronales. Chaque type de stress déclenche son panel de sous-systèmes réactifs, donc ses quantités propres de neurofacteurs permettant une modulation sensible de la réponse qui prendra ainsi en charge, dans l'urgence, une infinité de facteurs externes contingents. C'est surtout là que s'individualise notre réaction particulière au stress, donc à ses dégâts, et là que les choses changent beaucoup entre un futur résilient ou un futur traumatisé psychique. C'est encore là, par un développement cognitif orienté avant le stress ou par une psychothérapie immédiate, que le futur de l'individu peut être modifié. (Boris Cylrulnik, 2012, p. 42)

Le CRH, déjà cité comme activateur de l'hypophyse, cible l'amygdale centrale, le locus coeruleus, la strie terminale et les interneurons pyramidaux de l'hippocampe via deux types de récepteurs, CRH1 activateur et CRH2 modérateur, contrôlant l'importance et la durée de l'émotion et de l'anxiété dues au stress, ainsi que sa trace mnésique. (Boris Cylrulnik, 2012, p. 42)

Les trois urocortines moduleront le passage et la chronicisation des effets du stress, ouvrant la porte, en cas de sécrétion prolongée, à la dépression réactionnelle et au syndrome post-traumatique, par renforcement de l'effet du CRH sur le cerveau ; un niveau de libération modéré leur permet ainsi de contrôler l'adaptation au stress. (Boris Cylrulnik, 2012, p. 42)

La vasopressine contrôle surtout la mémoire sociale, la crainte et l'émotivité relationnelle par son action sur l'hypothalamus, la strie terminale et l'amygdale. Elle renforce le CRH et, donc, la libération d'ACTH en périphérie, provoquant une surstimulation de la surrénale et une plus grande réaction physique au stress. (Boris Cylrulnik, 2012, p. 42)

L'orexine, avec ses deux types de récepteurs dans l'hypothalamus latéral, agit sur l'appétit et la régulation du sommeil, très sensibles au stress. (Boris Cylrulnik, 2012, p. 42)

Le neuropeptide Y, avec ses trente-six acides aminés, est le plus abondant des neuropeptides du système nerveux central. Il a quatre types de récepteurs Y1, Y2, Y4, Y5 et a été conservé au cours de l'évolution animale. (Boris Cylrulnik, 2012, p. 42)

Les récepteurs Y1 et Y2 sont les plus abondants dans le cortex, l'hippocampe et l'amygdale. Ces trois régions jouent donc un rôle clé dans la réaction et l'adaptation au stress, mais aussi dans les troubles de l'humeur et la dépression par exemple. Les récepteurs Y4 et Y5 contrôlent principalement les processus émotionnels. Une variation génétique naturelle de ces récepteurs, donc héritable, est responsable d'une susceptibilité individuelle au stress.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 43)

CRH, VGF, cholecystokinines CCK, substance P et NPY ont tous un rôle renforçateur dans le contrôle positif de l'émotion, de l'anxiété et sont remarquablement conservés à travers l'évolution animale.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 43)

Le BDNF a un rôle crucial et fondamental dans l'ampleur des dégâts psychiques séquellaires d'un stress auxquels il s'oppose en modulant l'action des autres facteurs neurotrophiques. Le polymorphisme des gènes de son récepteur cérébral conditionne le ressenti individuel anxiogène d'un traumatisme psychique, l'hédonie et une éventuelle dépression majeure post-traumatique.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 43)

Le NMDA et le glutamate ont une action forte sur la volonté d'agir, de vaincre et surstimulent les réponses concomitantes.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 43)

Le GABA intervient par exemple sur la trace mnésique et la dédramatisation de l'événement.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 43)

Les dynorphines font partie de l'important système des opioïdes endogènes. Ce système répond au stress par une libération marquée et immédiate de six dynorphines qui se lient aux récepteurs kappa (et mu) du système nerveux central et périphérique. Elles freinent l'activité neuronale qui en est la cible. Le résultat en est une analgésie rapide et transitoire bienvenue en attitude de combat/fuite, par blocage des fibres ascendantes de la moelle qui amènent la douleur au cerveau. L'effet central kappa se caractérise par la création d'une dysphorie, d'un état de malaise très déplaisant avec une forte aversion à l'état perçu qui pousse à réagir et à échapper promptement et complètement à la menace. C'est une modification comportementale rapide qui se révèle très efficace du point de vue motivationnel.(Boris Cylrulnik, 2012, p. 43)

La prolongation de cette réaction kappa en cas de stress chronique dépasse son but immédiat et produit des changements persistants qui aboutissent inversement à la dépression et au

désespoir a-réactif face à la menace. Cet état est caractérisé par une anhédonie complète, une indifférence au plaisir, quel qu'en soit le moyen. Le système des dynorphines contrôle l'amplification et la sensibilité individuelle au stress et, donc, la vulnérabilité de l'individu au stress répétitif. Leur rôle fondamental a été démontré par de nombreuses manipulations pharmacologiques : mesures d'expression locale des récepteurs kappa, imagerie et tests psychométriques divers chez l'animal comme chez l'homme. On aboutit à l'extrême à un abandon de la réaction initiale au stress afin de ne pas épuiser complètement les capacités de survie de l'individu surexposé au stress dont il devient le spectateur passif. (Boris Cyrulnik, 2012, pp. 43,44)

Cet effet comportemental globalement inhibiteur des dynorphines en excès cible en particulier le système limbique où se croisent les réseaux mésocortico-limbiques dopaminergiques et sérotoninergiques dont les rôles sur l'humeur sont bien documentés. Leur atteinte explique l'anhédonie et la dépression difficilement curable induite par le stress chronique. L'inhibition d'un frein naturel de l'activité de l'amygdale cérébrale et du locus coeruleus provoque un fort sentiment d'anxiété suscité par le stress. L'action inhibitrice des dynorphines sur l'hippocampe résulte aussi en des troubles de la mémoire majeurs. Cet effet est bénéfique au premier abord pour minimiser l'effet traumatisant du stress une fois le problème réglé avec succès par un comportement immédiat adapté, mais son activation répétitive est cumulative et devient néfaste en bloquant les remaniements synaptiques nécessaires à toute mémorisation. (Boris Cyrulnik, 2012, p. 44)

L'apport socioculturel ou relationnel post-traumatique lors de cette deuxième étape réactionnelle peut déclencher, par le soutien que donnent au stressé de petites victoires, la stimulation de réseaux neuronaux reliés au comportement dont l'activation itérative s'accompagnera d'un néo-développement et d'un renforcement trophique. L'automatisation de la pensée laisse évidemment une trace sur son substratum neuronal et induit un renforcement des contacts synaptiques qui peuvent remodeler les séquelles du stress cérébral. L'imagerie humaine comme la pratique psychothérapeutique nous en donnent tous les jours la preuve. Nous reviendrons sur cette fenêtre thérapeutique importante plus loin. (Boris Cyrulnik, 2012, p. 44)

8.3. La réponse adaptative ou « on ne m'y prendra plus ! »

Les corticoïdes agissent au long terme en intracérébral comme en périphérie pour changer l'expression de gènes cibles mis en jeu dans l'adaptation au stress et dans la mise en mémoire de l'événement vécu, de sa parade, ainsi que du résultat global de l'action. C'est l'apprentissage final de la crainte liée à cet événement stressant. Dans les syndromes psycho-traumatiques, la moindre information réveille la mémoire de l'événement. C'est encore à cette phase que quelques neuropeptides et d'autres facteurs trophiques à l'action plus longue vont aussi remanier complètement les circuits cérébraux en renforçant leur seuil d'activation ou en limitant leurs effets inhibiteurs ou activateurs sur les autres systèmes. Ces réseaux sont variés, mais ont tous des noyaux cibles bien précis dont l'activation conditionne un ou quelques traits de notre comportement face au stress ou, en fonctionnant en activité basale, de notre caractère. Les points chauds sur lesquels ces facteurs trophiques agissent sont des croisements stratégiques et de convergence des réseaux de réponse au stress. (Boris Cyrulnik, 2012, pp. 44,45)

Tout stress chronique ou important aura donc sa trace génétique, modulable partiellement pendant la deuxième phase suscitée, mais vite définitive pour les séquelles de cette troisième phase génique. La résilience consistera à tourner autour du « trou noir » que forment les modifications neuronales du stress pour retrouver, par un néo-développement du réseau neuronal altéré, une fonctionnalité satisfaisante, mais évidemment différente. La plasticité neuronale dont le cerveau humain est capable à tout âge permet cette rééducation cérébrale, cette résilience si les conditions externes voulues sont rassemblées. (Boris Cyrulnik, 2012, p. 45)

9. Les facteurs de risques universels

- Naissance prématurée, anomalies congénitales, faible poids à la naissance ou exposition prénatale ou postnatale à des toxines environnementales.
- Absence de prise en charge par au moins un tuteur constant et réceptif au cours des premières années de la vie.
- Perte ou manque d'opportunités de développer la capacité de résolution de problèmes, d'apprentissage et d'adaptation.

- Perte ou absence d'opportunités d'acquérir des compétences et des connaissances en croissance séquentielle selon les exigences de la culture.
- Besoins fondamentaux non satisfaits (tels qu'un accès limité à une alimentation adéquate, à un abri, à de l'eau potable, à des vêtements adaptés au climat et à des soins médicaux).
- Séparation familiale, temporaire ou permanente, due au décès ou à l'incapacité de poursuivre la prise en charge de la part d'un ou plusieurs parents ou des principaux tuteurs (par exemple, à la suite d'un déplacement forcé, d'une incarcération, d'une déportation, d'un conflit armé, de privations ou de persécutions extrêmes, d'une blessure ou d'une maladie physique ou mentale).
- Exposition à la violence structurelle, sociale ou interpersonnelle (y compris le racisme, la discrimination et la marginalisation liées à la caste ou à l'ethnie, la discrimination basée sur le genre, la violence parrainée par l'État, la violence communautaire, la violence familiale ou entre partenaires intimes, ou les abus physiques, sexuels ou émotionnels).
- Absence ou perte d'accès à une éducation formelle et non formelle efficace.
- Perte des liens communautaires.
- Normes sociales ou de genre néfastes.
- Absence ou non-application des cadres juridiques et normatifs destinés à protéger les enfants contre les abus, la négligence, l'exploitation et la violence.
- Déplacement résultant d'une migration forcée ou de la perte du domicile. (Celina Jensen, 2021, pp. 15,16)

10. Facteurs de vulnérabilité

10.1 Facteurs de vulnérabilité de l'adulte(1)

Caractéristiques individuelles

Antécédents :

- Dépression (Mic, 2017, Nasen, 2017)
- Troubles émotionnels (Nann 2014)
- Pathologies psychiatriques (aka 20131006, 2010)

Personnalité

- Faible sentiment de contrôle interne (Zech 2013)
- Niveau bas d'optimisme (Thomas, 2014)
- Type d'attachement (Fasse, 2013, Zech)
- Insécure, anxieux,
- Dépendant, ambivalent, désorganisé

Coping de deuil dysfonctionnel (ex: addictions om 2018)

- Histoire personnelle (lasse, 2013)
- Pertes antérieures, expériences difficiles
- Anxiété de séparation (Nann, 2014)
- Succession de deuils difficiles/deuils anciens (Hon résolu Oppenheim, 2015)

Caractéristiques sociodémographiques (Jeune ägeraten 2013 Zech 2013)

- Sexe/genre femmes plus à risque (Mic2017:Fumanda 2017)

10.2 Facteurs de vulnérabilité de l'adulte (2)

Caractéristiques individuelles

- Spécificités induites par la maladie et ses traitements (Fass, 2013)

Faible préparation au décès (diupo 34 Travail de deuil en amont Caserta, 2017, Kim 2018)

- Qualité de l'annonce déficiente
- Caractéristiques individuelles

Contexte traumatique (han 2014) (ex: suicide)

- Soudaineté du décès (Zech 2013) Complications inattendues LATA

Expérience du proche aidant (Passe, 2012. Ta2016)

- Sentiment de fardeau, surtout émotionnel (Grolle 2018)
- Impact du soin sur l'emploi du temps de l'aidant (Thomas, 2014)
- Perception négative de la situation de mort (Tsar. 2016)
- Épuisement du proche aidant (Fasse, 2013 Fernandez 2017, Zech, 2013)

Absence de prise en charge en soins palliatifs (Fassa 2013)

- Qualité des soins et d'accompagnement de fin de vie déficiente (Km. 2018)

10.3 Facteurs de vulnérabilité de l'adulte (3)

- Dynamique familiale dysfonctionnelle (Thomas, 2014)
- Statut du défunt: enfant, conjoint(o), fratrie (Fernandez, 2017, Nielsen, 2017, Thomas, 2014, Bacqué 2013: Mic, 2017 Nove Jossarano. 201)

Nature du lien**Dynamique relationnelle**(Fause, 2013, Zech, 2013)

- Statut du défunt: enfant, conjoint(o), fratrie (Fernandez, 2017, Nielsen, 2017, Thomas, 2014, Bacqué 2013: Mic, 2017 Nove Jossarano. 201)
- Qualité des relations, des souvenirs réconfortants ou Rancourt, des modèles d'attachement parentaux
- Relations conflictuelles et évitantes

Caractéristiques socio-économiques et environnementales

- Difficultés à prendre soin de soi, mauvaise alimentation (Allen, 2013)
- Faible niveau d'éducation (Alen, 2013)

- Difficultés dans la réalisation des activités quotidiennes (Mic, 2017).

11. Les différentes stratégies de coping

SerbanIonescu et al. (2012) types de stratégies de coping qui se déclinent et se différencient selon quatre dimensions principales :SerbanIonescu et al. (2012)

- le coping centré sur l’émotion, qui vise la régulation de la détresse émotionnelle ;
- le coping centré sur le problème, qui vise à gérer le problème qui se trouve à l’origine de la détresse du sujet ;
- le coping évitant, qui permet au sujet, par des stratégies passives (éviter, fuite, déni, résignation, etc.), de réduire la tension émotionnelle ;
- le coping vigilant, qui permet, par des stratégies actives (recherche d’informations, de soutien social, de moyens, etc.) d’affronter la situation pour la résoudre.

Afin de rendre compte des stratégies de coping des individus, des échelles d’évaluation ont été mises au point comme par exemple : The Ways of coping Scale (Folkman et Lazarus (1981) ; le Coping Strategies Inventory (Tobin, 1984 ; 2001) ; ou bien encore L’échelle des comportements de coping (Chipp et Scherer, 1992). Ces méthodes d’évaluation sont composées de questions destinées à mettre en évidence les stratégies d’ajustement choisies par les individus pour faire face à des situations problèmes.

Parmi les réponses adaptatives des individus, on peut ainsi relever le recours à :

la résolution rationnelle du problème (recherche d’informations),

- La recherche de soutien social,
- Le réaménagement positif (ou réévaluation positive) de la situation,
- La fuite-éviter,
- La répression cognitive (prise de distance ou minimisation des menaces),
- Le recours à la pensée magique,
- L’auto-accusation,
- L’expression des affects,
- La répression des affects,
- L’esprit combatif ou l’acceptation de la confrontation,

- La maîtrise de soi, etc.

Les différentes approches du coping montrent que ce concept peut concerner des stratégies et des comportements variés, qui relèvent tantôt des stratégies comportementales externes et conscientes, tantôt des processus psychiques et de caractéristiques plus inconscientes et internalisées. Par ailleurs, le mode de coping ou d'ajustement d'un individu peut être considéré, soit comme un trait de personnalité stable, soit comme la réponse à des situations stressantes spécifiques et donc variables en fonction du contexte et de la nature du stress. Si beaucoup de recherches sur le coping concernent surtout des approches essentiellement centrées sur les réponses comportementales, cependant, des études récentes sur le coping intègrent de plus en plus la prise en compte qualitative des modalités adaptatives des sujets et de leurs potentiels psychiques défensifs face à l'adversité.

Les études actuelles sur le coping vont donc concerner l'identification des stratégies d'adaptation des personnes et tenter d'évaluer leur efficacité dans un contexte environnemental donné, en prenant en compte éventuellement d'autres variables pouvant interagir entre les stratégies utilisées et le bien-être ressenti ou attendu. Dans cette perspective, ce concept cherche à rendre compte des moyens utilisés par les individus pour faire face à des situations problématiques en intégrant les aspects du contexte (environnement social et relationnel) et les éventuelles dispositions internes de l'individu. Ce qui rend ces recherches très proches de celles de certaines conceptions de la résilience.(ANAUT, 2015, pp. 89,90)

12. Les Modèles théoriques

L'approche cognitivo-comportementale utilise la notion de stress plutôt que celle de traumatisme. Elle privilégie l'étude des processus mentaux conscients dans les modes d'affrontement (coping) et de résolution des difficultés. Des questionnaires d'autoévaluation tels que ceux proposés par Richard Lazarus et Susan Folkman ou par Isabelle Paulhan permettent de classer les attitudes face à l'adversité.(Boris Cyrulnik P. D., 2006, p. 165)

La psychologie environnementale s'intéresse davantage aux interactions entre les sujets et leur entourage social, familial, ainsi qu'aux réponses institutionnelles.(Boris Cyrulnik P. D., 2006, p. 165)

La psychanalyse n'a pas recouru massivement à la notion de résilience, en tout cas en France, car elle avait développé des outils spécifiques pour étudier les traumatismes. Lorsqu'elle y recourt, c'est pour établir des équivalences entre la notion de résilience et la dynamique des réorganisations psychiques après un trauma. La psychanalyse s'intéresse au destin des traumas, c'est-à-dire aux effets psychiques inconscients des traumas, à la façon plus ou moins pathologique dont s'effectuent des réorganisations psychiques dans le temps. La psychanalyse travaille sur les processus psychiques inconscients, c'est sa spécificité, mais toute thérapie passe par la parole, et donc aussi par la mentalisation et la symbolisation, qui sont des processus conscients. (Boris Cyrulnik P. D., 2006, p. 165)

Dans le modèle compensatoire, le facteur compensatoire est une variable qui neutralise la présence du risque sans interagir directement avec celui-ci. Tel est le cas par exemple de l'estime de soi ou du narcissisme. (Boris Cyrulnik P. D., 2006, p. 51)

Dans le modèle du challenge, un certain niveau de stress et de facteurs de risque est perçu comme représentant un potentiel susceptible de stimuler les compétences du sujet en favorisant, de fait, une bonne adaptation. Cependant, dans ce domaine, l'adaptation sociale est en relation curviligne avec le stress : trop peu de stress ne stimule pas le sujet à relever les défis, un trop grand niveau de stress inhibe son potentiel adaptatif et met également l'individu en difficulté, tandis que seul un niveau intermédiaire de stress peut s'avérer structurant. (Boris Cyrulnik P. D., 2006, p. 51)

Dans le modèle des facteurs de protection, enfin, les facteurs de protection interagissent avec les facteurs de risque pour réduire la probabilité des effets négatifs du stress.

Dans ce modèle, ni les facteurs de risque ni les facteurs de protection n'ont d'impact significatif direct sur l'adaptation sociale. Seule leur interaction a une influence sur la capacité adaptative, et, parmi les facteurs de protection, on peut probablement citer les compétences cognitives et les compétences sociales elles-mêmes. (Boris Cyrulnik P. D., 2006, pp. 51,52)

L'approche psychosociale de la résilience est liée à l'existence de facteurs sociaux de risque (pauvreté, désorganisation de la structure familiale, etc.) et de protection (habiletés sociales, disponibilité du soutien social et des réseaux de soutien, etc.). (Boris Cyrulnik P. D., 2006, p. 29)

L'importance de l'approche développementale est liée au fait que plusieurs contributions majeures ont résulté de recherches longitudinales et que la perspective cycle de vie (allant de la naissance, et même avant, jusqu'à la fin de la vie) est étroitement liée au concept de résilience. (Boris Cyrulnik P. D., 2006, p. 27)

13. Renforcement de la résilience

Le renforcement de la résilience implique le développement de capacités dans des contextes fragiles. Il est essentiel de renforcer les trois capacités de résilience suivantes:

- **Capacités de stabilisation** : Le renforcement des capacités de stabilisation permet aux personnes vulnérables de subvenir à leurs besoins fondamentaux et aux Structures de conserver leur Et d'assurer leur survie en Cas de crise.

- **Capacités d'adaptation** : Le renforcement des capacités d'adaptation permet aux personnes et aux structures de s'adapter aux changements de long terme, d'amortir les répercussions négatives et, au mieux, de les minimiser.

- **Capacités de transformation** : Le renforcement des capacités de transformation permet aux personnes et aux structures de s'attaquer aux causes sous-jacentes des problèmes et de conduire des changements structurels pour assurer Des moyens de subsistance durables. La prévention des crises et la préparation, c'est-à-dire la préparation structurelle à la survenue de catastrophes, sont également importantes dans la gestion de crises. Personnes et structures peuvent ainsi évaluer les risques et prévenir les crises futures. Dans ce contexte, on entend par risque la probabilité d'apparition de crises et de leurs effets négatifs. Une délimitation claire des capacités de résilience n'est pas toujours possible. La capacité de transformation ou d'adaptation d'une intervention particulière dépend du contexte et du groupe cible. Il importe que cela soit analysé, pris en compte et précisé dans la planification et la conception des programmes. (Berlin, 2021)

14. Rôle de la résilience psychologique

L'exposition à des événements stressants entraîne beaucoup de stress et d'excitation du système nerveux. Avec une exposition continue au stress, la sensation de stress augmente et des réponses chroniques se produisent, ce qui conduit à son tour à l'épuisement des énergies de l'individu et à l'exposition à divers formes de souffrance.

La résilience joue plusieurs rôles positifs pour réduire la forme de réponses de stress chroniques et réduire la sensation d'épuisement, ce qui conduit à son tour à protéger l'individu de l'exposition aux maladies psychologiques et physiques. Ces effets protecteurs de la résilience psychologique sont évidents dans quatre aspects principaux, qui sont :

- A. Modifiés les évaluations initiales des événements stressants : avec l'explication de l'auteur (c Allred, K and Tiomthy, S. 1989, pp 257-265).
- B. Des méthodes d'adaptation efficaces : (Bartone. 1989, pp 657-663).
- C. Soutenir l'effet protecteur de certaines ressources sociales : (Kobassa, S and Puccetti, M. 1983, pp 847-850).
- D. Réduire la résilience psychologique, des troubles psychologiques et physiques. (Albehbahani, M. 2014, p 490).

Certains auteurs (Waller, 2001 ; Richardson, 1990) ont identifié des facteurs de protection pouvant jouer un rôle dans la capacité d'être résilient pour certaines personnes ou systèmes. Ces facteurs peuvent être individuels, comme être positif et confiant en soi, familiaux, comme la bonne entente des parents et la responsabilisation des enfants pour certaines tâches de la maison, ou communautaires, comme la sécurité du quartier et la présence de services adéquats. Bien que la présence ou l'absence de ces facteurs ne permettent pas de prédire avec exactitude quelles personnes et quels systèmes pourront être résilients, il semble qu'ils permettent de favoriser la résilience.(Crête, 2010, p. 39)

En contrepoint de ces facteurs de protection, il y a ce que certains (Waller, 2001; Richardson, 1990) nomment les facteurs de risque. Tout comme les facteurs de protection, les facteurs de risque peuvent être individuels, familiaux ou communautaires. Les écrits indiquent que ces différents facteurs se conjuguent de deux façons pour favoriser ou entraver le processus de résilience. Delage (2008) parle de la balance de vulnérabilité. Selon cette théorie, le fait d'avoir plus de facteurs de protection favoriserait le processus de résilience, alors que l'inverse l'entraverait. Toutefois, une deuxième relation entre ces facteurs entre aussi en jeu. En effet, Waller (2001) propose l'image de l'effet de vagues (ripple effect) pour expliquer qu'un facteur isolé peut prendre une ampleur plus ou moins importante, selon le contexte. Comme une pierre jetée dans l'eau, les vagues qu'un élément crée peuvent prendre de l'ampleur si rien ne les interceptent. Ainsi, peu importe le nombre réel de facteurs de risque par rapport à ceux de protection, leur importance relative pour l'individu et le système familial est ce qui aurait le plus d'impact sur la capacité de rebondir. (Crête, 2010, p. 39)

15. Mesures de la résilience psychologique

15.1. Mesure de la résilience en tant que trait de personnalité

La résilience était mesurée par l'Échelle de résilience de Connor et Davidson (Chaudieu et al., 2001; version française du Connor-Davidson ResilienceScale [CD-RISC]; Connor et Davidson, 2001; 2003). Le CD-RISC était utilisé parce qu'il mesure les caractéristiques de la résilience de façon directe et exhaustive et qu'il est considéré comme une mesure de choix (Campbell-Sills et al., 2006; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2011; Windle et al, 2011). Cet instrument est un questionnaire autorapporté qui contient 25 items tels J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves et Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas. Le participant doit indiquer si les items s'appliquent à sa situation en répondant selon une échelle de Likert en cinq points, allant de Pas du tout (cote 0) à Pratiquement tout le temps (cote 4). Le score total varie entre 0 et 100, un score élevé illustrant une plus grande résilience. La durée nécessaire pour remplir le CD-RISC est d'environ cinq minutes.

La version originale du CD-RISC présente une bonne cohérence interne, avec un alpha de Cronbach de 0,89 (Connor et Davidson, 2003). Cet instrument présente également une bonne fidélité temporelle tel qu'indiqué par un coefficient de corrélation intraclasse de 0,87 (Connor et Davidson, 2003). De plus, le CD-RISC démontre une validité convergente illustrée par une corrélation positive statistiquement significative avec une mesure autorapportée de la personnalité résistante au stress ($r = 0,83$; $p < .0001$) et des corrélations négatives statistiquement significatives avec des mesures autorapportées de stress perçu ($r = -0,76$; $p < 0.001$) de vulnérabilité au stress ($r = -0.32$; $p < 0.00001$) et d'incapacité Omega = -0.62 $p < 0.0001$ Connor et Davidson, 2003). (Liebenberg, L et al, 2017, p.31).

15.2. Mesures de la résilience en tant que processus développemental

15.2.1. L'échelle de résilience des adultes (RSA)

L'échelle de résilience des adultes (RSA) a été élaborée auprès d'une population adulte de Norvège et met l'accent sur les facteurs de protection intra et interpersonnels. Les auteurs entendent par résilience les facteurs, processus et mécanismes de protection qui, malgré

l'expérience de stressseurs que l'on sait comporter un risque important de psychopathologie, contribuent à l'obtention d'un bon résultat [traduction] (p. 34).

La version d'origine comptait six sous-échelles correspondant aux éléments suivants la compétence personnelle, la perception de l'avenir (supprimée depuis), la compétence sociale, la cohésion familiale, les ressources sociales et le style structuré. Les 33 questions sont évaluées à partir d'une formule sémantique de réponses de type différentiel

L'examen effectué par Windle et colla mis en relief l'excellence de la cohérence interne, de la validité du concept et de la fiabilité de la reproductibilité de la mesure et le caractère adéquat de la validité de son contenu. La validation de l'échelle s'est poursuivie en Belgique, au Brésil, en Italie, en Iran", en Lituanie et en Turquie. Ce travail corrobore la validation initiale de la mesure Ces études attestent la pertinence de l'échelle d'une culture et d'un contexte à l'autre. Ce qui semble témoigner de la pertinence de son utilisation dans le cas d'une population adulte canadienne.(Liebenberg, L et al, 2017,p.34).

15.2.2. L'échelle de résilience des adolescents (READ)

L'échelle de resilience des adolescents (READ) a été adaptée de la RSA et s'inspire, de ce fait, de la même définition (voir ci-dessus) en plus d'évaluer les mêmes facteurs de protection intra et interpersonnels. Elle comporte 28 éléments notes sur une échelle de Likert en cinq points. Les études de validation initiales réalisées en Norvège ont relevé une structure à cinq facteurs la compétence personnelle, la compétence sociale, la cohésion familiale, les ressources sociales et le style structuré

L'examen effectué par Windle et colla mis en relief le caractère solide de la validité du contenu et de la validité du concept de la READ ainsi que le caractère adéquat de sa cohérence interne. Les conclusions d'autres études attestent la validité de la mesure malgré les variations de sa structure factorielle. L'échelle a été validée pour fin d'usage en Irlande, au Mexique et en Italie, ce qui semble témoigner de la pertinence de son utilisation dans le cas d'une société multiculturelle.(Liebenberg, L et al, 2017,p.34,35).

15.2.3. La mesure de la résilience des enfants et des jeunes (CYRM)

La mesure de la resilience des enfants et des jeunes (CYRM-28) a été élaborée au moyen de données qualitatives recueillies à 14 endroits dans le monde (dans 11 pays), dont trois au Canada. Elle reflète l'idée selon laquelle la résilience correspond, lors d'épreuves difficiles, à

la capacité qu'ont les individus d'obtenir les ressources psychologiques, sociales, culturelles et physiques nécessaires à leur bien-être ainsi qu'à leur capacité individuelle et collective de faire en sorte qu'on les leur fournisse et d'en faire l'expérience dans le respect de leur culture[traduction] (p. 225).

La CYRM vérifie la présence de composantes socioécologiques dans les processus de résilience des enfants et des jeunes, en l'occurrence les atouts individuels (compétences personnelles, soutien des pairs et compétences sociales), les ressources relationnelles (la prestation par l'aidant principal de soins physiques et de soins affectifs et psychologiques) ainsi que les ressources contextuelles (spirituelles, éducatives et culturelles). La CYRM comporte 28 éléments notés sur une échelle de Likert en cinq points. Les auteurs de l'échelle en ont produit une version à 12 éléments (CYRM12). La version à 28 éléments a été adaptée pour être utilisée auprès de populations adultes (la RRC-ARM) 30

Il ressort de l'examen effectué par Windle et coll. que la validité du contenu de la mesure à 28 éléments est forte et que sa cohérence interne est adéquate. Après la publication de l'examen de Windle, les auteurs de la version originale ont continué d'en démontrer la cohérence interne, la fiabilité, la reproductibilité et l'absence d'effets de plancher et de plafonnement. Ces conclusions ultérieures s'appliquent à un échantillon de jeunes anglophones du Canada comprenant de jeunes Autochtones de la côte Est du Canada. Les constatations d'autres études ont confirmé la validation initiale de la cohérence interne de la mesure et en ont démontré la validité du concept. Bien que sa structure factorielle varie d'un endroit à l'autre, la mesure a été validée pour être utilisée auprès des jeunes francophones du Canada, d'une population de jeunes Néo-Zélandais et de jeunes Iraniens.

La CYRM-12 a été validée auprès d'un échantillon de jeunes Canadiens et possède une structure à facteur unique témoignant des ressources socioécologiques de la résilience. Ce travail de validation a également démontré la validité du contenu et la cohérence interne de la mesure. Comme pour la version à 28 éléments, tous les éléments de celle-ci sont mesurés sur une échelle de Likert en cinq points. La CYRM-12 a également été validée pour être utilisée auprès d'un échantillon chinois de jeunes, l'analyse de validation en ayant confirmé la cohérence interne.

Les premières études de validation de la RRC-ARM, réalisées en Irlande, ont permis de cerner une structure possiblement à cinq facteurs : inclusion sociale et communautaire ; attachement et

soutien familial; identité spirituelle: identité nationale et culturelle; et compétences personnelles. Elles démontrent que la validité du contenu, la validité du concept et l'intelligibilité de cette version sont solides, que sa cohérence interne est adéquate et qu'aucun effet de plancher ou de plafonnement n'y est associé. Une étude de validation menée en Turquie révèle que la validité du contenu, la cohérence interne et la fiabilité de reproductibilité de la mesure sont bonnes. Cette analyse a relevé une structure à quatre facteurs (atouts individuels, ressources relationnelles, ressources familiales et ressources contextuelles et culturelles).

La CYRM, compte tenu de ses origines multiculturelles (le Canada en faisant partie) et de sa validité croissante d'un groupe d'âge à l'autre, est un instrument d'usage pertinent au Canada. (Liebenberg, L et al, 2017,p.35,36).

16. Les approches thérapeutiques pour les femmes en deuil

De multiples prises en charge psychologiques ou psychiatriques existent, qu'elles soient individuelles ou de groupe, s'étayant sur des socles théoriques variés :

- **Approche psychanalytique** : s'appuyant notamment sur la notion de « travail de deuil » et de la dimension symbolique de la perte.
- **Approche cognitivo-comportementale**: utilisant Notamment l'exposition (aux souvenirs du défunt par exemple), la restructuration cognitive, les techniques de méditation de pleine conscience
- **Approches centrées sur la personne (Carl Rogers)** : Thérapies centrées sur le sens aider l'endeuillé à mettre en sens la perte, et à retrouver du sens à son existence (Neimeyer, 2002)
- **Approche médicamenteuse**: psychotropes pour traiter les symptômes (Living with grief, 2012)
- **Autres thérapies**:hypnothérapie, EMDR, relaxation thérapeutique"... (LOMBARD.I et al, 2018, p.54)

Synthese

A la lumière de ce chapitre, nous pouvons dire que la résilience est la capacité d'une personne à se préparer à des perturbations brusque, à récupérer de chocs et de stress intenses, et à s'adapter et se développer à partir d'une expérience perturbatrice en acceptant l'événement, elle englobe l'adaptation des compétences solides et un bon soutien social, elle est influencée par des facteurs individuels, familiaux, et sociaux.

La résilience joue un rôle clé dans le bien-être, elle aide à surmonter les difficultés, à maintenir l'équilibre émotionnel et trouver un sens à la vie.

Chapitre II: Deuil et trauma

Préambule

Le deuil et le traumatisme sont des phénomènes distincts. Si le deuil apparaît comme une expérience douloureuse et transitoire consécutive à une perte, le traumatisme est la blessure psychique provoquée par un événement insupportable. Il n'est pas rare, toute fois, qu'une perte brutale provoque un traumatisme, ou qu'un événement catastrophique cause une perte, si bien que deuil et traumatisme se conjuguent et se compliquent mutuellement. Pour la personne, il s'agit d'ailleurs d'une expérience unique dont les aspects deuil et traumatisme sont initialement indissociable.

dans ce chapitre on va éclairer brièvement, le deuil et le trauma, en commençant par la définition des concepts de deuil et trauma puis qu'est ce qu'une mort post-traumatique, deuil traumatique, le deuil post-traumatique, importance de l'étude du lien entre les deux et le deuil associe a un traumatisme, les étapes du deuil (modèle du deuil modèle de kubler-ross), critères diagnostiques trouble stress post-traumatique (TSPT), être victime d'une perte dans des conditions traumatiques, effets a court et long terme des symptômes du trouble de stress post-traumatique (tspt), impact psychologique du trauma (impact de la perte), comment le trauma peut compliquer le processus de deuil (processus de deuil), stratégies d'adaptation et de résilience, a la fin l'importance du soutien social.

1. Définition des concepts de deuil et trauma

Le deuil selon Sigmund Freud (1917) est décrit comme une étape normale et adaptative permettant à la libido de se détacher progressivement de l'objet aimé pour se réinvestir dans de nouveaux objets, conduisant ainsi à la résolution du deuil. En revanche, la mélancolie était considérée par l'auteur, comme une réaction pathologique et destructrice à la perte, se traduisant par une déstabilisation de la libido et une incapacité à identifier clairement la perte subie. Ainsi, dans cette approche, le chagrin ressenti lors du deuil est ici considéré comme une réponse normale, tandis que la mélancolie, en raison de sa nature pathologique et de ses symptômes dépressifs, était considérée comme Sigmund Freud une réponse anormale à un événement similaires.(BUI, 2023, p. 03)

- Est une réaction psychologique à une perte affective qui va évoluer dans le temps en plusieurs étapes vers une réorganisation de l'économie psychique du sujet endeuillé. (Christian lachal, 2003, p. 177)

- Est employé pour désigner la douleur que l'on éprouve suite à la mort de quelqu'un, la mort d'un proche ou encore pour faire référence aux signes extérieurs (de deuil) « consacrés par l'usage » (Le Robert, s.d.).(BUI, 2023, p. 03)
- Est la perte définitive par la mort d'une personne à laquelle on est significativement attaché et qui constitue une figure irremplaçable. (sauteraud, 2012, p. 12)
- Est certainement l'une des épreuves les plus difficiles à traverser au cours d'une vie. Il s'agit d'un « état affectif douloureux provoqué par la mort d'un être aimé » et de « la période de douleur et de chagrin qui suit cette disparition ». Cependant, bien que cette définition désigne la réaction au décès d'un proche, toute perte ou transition marquant la vie d'une personne peut représenter un deuil. (thibault, 2017, p. 1)

Le traumatisme est la blessure psychique provoquée par un événement insupportable. Le traumatisme n'est pas l'événement mais son impact sur le psychisme. Et la souffrance qui en découle relève de sentiments de menace (retour de l'événement critique), d'impuissance, de vulnérabilité. L'émotion de l'expérience traumatique est l'effroi.(mormant, 2009, p. 218)

- est donc un choc psychologique important, généralement lié à une situation où une personne a été confrontée à la mort ou à la menace de mort, à des blessures graves ou au péril de tels dommages, à des violences sexuelles ou au risque de telles agressions. (JOSSE, 2019, p. 38)
- Est un effondrement de l'illusion de sens et de significations autrefois échangées, stabilisées, dont l'immense treillis se prêtait généralement à tous (Barrois, 1998). (JOSSE, 2019, p. 38)
- N'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie (Freud, 1917). (JOSSE, 2019, p. 38)
- Comme toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet (Freud, 1920) (JOSSE, 2019, p. 38)
- résulte d'une rencontre avec le "réel" de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous

savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant (Lebigot, 2006; voir aussi De Clercq, Lebigot, 2001; Lebigot, 2005). (JOSSE, 2019, p. 38)

-Qu'est-ce qu'une mort traumatique

Si l'on considère que la mort naturelle de l'homme se produit par usure, après un certain vieillissement, la mort traumatique n'est pas naturelle. Elle est en général inattendue, brutale et violente. Une mort traumatique provoque souvent des complications du deuil. La période de sidération habituelle après la nouvelle de la mort se prolonge, la recherche du mort et son souvenir sont souvent évités, la dépression tarde à se mettre en place, des réactions extrêmes se rencontrent: délire, terreurs, quête récurrente. Se représenter la mort de l'autre est en effet à la fois repoussé et en même temps nécessaire pour tolérer la séparation. Etablir des liaisons entre le temps d'avant (souvenirs, images mentales) et l'absence actuelle devient difficile, imaginer derniers moments de la personne est trop cruel, construire un sens autour de la disparition. D'autres aspects s'ajoutent aux conséquences individuelles de la mort, ils concernent les restes des effets habituellement positifs du groupe social (buffering effect », effet tamponnant ou protecteur). Les rites n'ont parfois pas lieu en raison des circonstances extrêmes de la mort (pas de corps, désorganisation sociale), mais il arrive fréquemment que l'endeuillé ne partage pas le soutien collectif offert car il reste en état de choc, ou il refuse le lien social à cause d'un sentiment d'hostilité ressenti à l'égard de tous. Pour résumer, une mort est traumatique en raison de:

-sa violence, sa brutalité, l'impréparation dont elle fait l'objet (accident, issue brutale d'une maladie); et des

Sentiments d'injustice qu'elle engendre, comme dans le cas de la mort de jeunes enfants, de personnes reconnues pour leurs qualités morales, ou uniques;

- si elle se produit dans des circonstances générales défavorables au deuil collectif, comme dans le cas d'une désorganisation du groupe familial ou de la société (catastrophe naturelle, attentat, guerre);

- si ses conséquences sont désastreuses pour l'individu (perte de niveau économique, de rôle social);

- si les conséquences de la mort sont niées, doivent être cachées (cas fréquent du suicide ou de l'homicide, ou cas de guerre, de chaos social lié à une épidémie);

-enfin, si aucun soutien psychologique et social ne peut être obtenu (rites interdits ou impossibles, secrets ou tabous dans certaines familles qui empêchent l'expression des émotions et des sentiments).

La mort traumatique entraîne des perturbations, des complications du travail de deuil indispensable à l'intégration psychique de la perte de l'autre. Parmi ces complications, nous trouvons:

- le deuil post-traumatique, deuil compliqué d'un syndrome psychotraumatique;

-le deuil traumatogène: la perception violente ou incompréhensible de la mort, le jeune âge, un déficit mental ou physique de l'endeuillé entraînent une dépendance affective à l'égard du défunt. De même, sur le plan psychopathologique, une relation narcissique au défunt engendre une souffrance traumatique, provoque un deuil traumatogène (ou e traumatic grief pour H.G. Prigerson, 1997). Ce deuil traumatogène ne doit pas être assimilé au deuil post-traumatique, bien que la souffrance qu'il provoque soit intense. Le deuil traumatogène a, en général, une étiologie interne due à la constitution de la personnalité alors que le deuil post-traumatique repose essentiellement sur une cause externe.(M.-F. Bacqué.2006.p,358)

2. Différences entre stress et trauma

Le stress (pression en anglais) déclenche un « écrasement » de l'appareil psychique, dont la traduction clinique est à la fois souffrance et activation des défenses contre les pressions « hostiles » (agression, menace) venant de l'extérieur.

Le trauma n'est pas un écrasement mais une traversée (effraction) du système pare-excitation décrit par Freud (sentiment d'autoprotection donné au tout-petit enfant par sa mère dans un premier temps, puis dotant l'individu d'une confiance définitive en lui-même, mise à mal, comme nous allons le voir, après un traumatisme, mais permettant une certaine forme de récupération ou résilience, selon Rutter [1985,2002]). Le plus souvent, stress et trauma combinent leurs effets, comme par exemple dans la guerre. Il y a alors accroissement de la charge énergétique protectrice du stress, mais ses vertus adaptatives sont inemployées, alors que les images traumatiques viennent s'incruster à l'intérieur de l'appareil psychique. En

situation non traumatique, lorsque la pression de l'écrasement du stress disparaît, l'appareil psychique reprend progressivement sa forme initiale et la souffrance psychique disparaît naturellement.

Mais en cas de traumatisme, la souffrance psychique change de nature car les dommages sont dorénavant de l'ordre de la perte (perte de l'intégrité physique ou de la santé, perte de proches).

Dans le traumatisme, les images traumatiques sont incluses dans l'appareil psychique et peuvent y séjourner le restant de la vie. Dans le stress, la déformation initiale se corrige.

Si les débuts de la psychanalyse sont marqués par l'idée que l'étiologie des névroses se trouve dans les expériences traumatiques passées, S. Freud a redonné une coloration psychique à la névrose traumatique qui semblait, jusqu'à présent, ne pas s'intéresser à la souffrance.

La névrose traumatique (Barrois, 1988) découle d'un choc émotionnel dans lequel le sujet a senti sa vie menacée. Elle se manifeste par une crise anxieuse paroxystique pouvant provoquer un état d'agitation, de stupeur ou de confusion mentale. Deux types d'évolution sont possibles :

- le traumatisme déclenche ou révèle une structure névrotique préexistante ;
- le traumatisme détermine le contenu même du symptôme : ressassement de l'événement, cauchemar répété, trouble du sommeil. Il apparaît comme tentative de « lier » ou « d'abrégier » le trauma. Une « fixation au trauma » s'accompagne d'une inhibition plus ou moins généralisée de l'activité du sujet.(M.-F. Bacqué.2006.pp359,360).

3. Deuil traumatique

Dans les complications du deuil, la notion de deuil traumatique a fait l'objet d'une attention particulière chez certains auteurs (Priegeron et al., 1995, 1997, 2001; Horowitz, 1993, 1997) qui en ont proposé des critères diagnostiques afin de faciliter l'identification et le traitement de ces troubles. Ainsi, cette notion a été développée par Priegeron et son équipe (1995) qui ont voulu montrer la spécificité des réactions de deuil traumatique en mettant en évidence deux dimensions: 1) les difficultés de séparation à la suite du deuil, et 2) l'impact traumatique du décès. Ces deux dimensions ont conduit à proposer des critères diagnostiques précis

(Angladette et Consoli, 2004; Tarquinio et al, 2009) qui ont été formalisés de la manière suivante (Prigerson et al., 2001) :

Critères diagnostiques des réactions de deuil traumatique (d'après Prigerson et al. 2001)

Critère A1: expérience d'une perte d'un autre significatif

Critère A2 (difficultés de séparation), présence d'au moins 3 des 4 symptômes suivants :

1. intrusions répétitives de pensées concernant le disparu
2. sentiment que le disparu manque
3. comportement de recherche du disparu
4. sentiment excessif de solitude

Critère B (Impact traumatique du décès), présence d'au moins 4 des 8 symptômes suivants:

1. sentiment d'un avenir sans but ou vain
2. sentiment de détachement ou restriction des affects
3. difficulté à reconnaître la mort (incrédulité)
4. sentiment d'une vie vide ou dépourvue de sens
5. sentiment d'avoir perdu une partie de soi
6. bouleversement de la vision du monde (perte des sentiments de sécurité, de confiance et de contrôle)
7. appropriation de symptômes ou de comportements du disparu
8. irritabilité, amertume ou colère vis-à-vis du décès

Critère C:

- Les symptômes (critères A et B) évoluent depuis au moins 6 mois

Critère D:

- Les symptômes induisent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Dans la clinique du deuil traumatique, le sujet reste sidéré par la perte et présente des manifestations proches de la reviviscence traumatique comme les symptômes d'intrusion, l'irritabilité, la colère et la fixation au choc initial. De plus, l'impact traumatique associe une dimension de non-sens et d'incompréhension par rapport à la mort violente avec une incapacité à intégrer et à croire en la réalité du décès. L'angoisse de séparation est aussi présente, avec une dimension de manque très importante et un vécu de nostalgie douloureux, impossible à dépasser. La disparition du proche est aussi vécue comme une perte de soi avec un véritable écroulement narcissique. Le sujet perd ainsi confiance dans le monde, s'isole, et est dans l'incapacité de reprendre le cours normal de son existence et de réinvestir autrui. Ces fixations traumatiques nécessitent un suivi psychologique spécifique afin de comprendre tous les processus psychiques en jeu dans un tel vécu, et d'amener ainsi le sujet à une élaboration et à une résolution de cette crise de deuil.

La clinique nous confronte souvent à des formes complexes de deuil traumatique qui peuvent s'associer à d'autres psychopathologies comme des états de stress post-traumatique, des idées délirantes, des crises d'agitation, des somatisations, des épisodes de conversion, des états dépressifs ou mélancoliques.(chahraoui, 2014, pp. 106,108)

4. Le deuil post-traumatique

Le deuil post-traumatique survient lorsque la perte d'autrui est concomitante d'une menace mortelle pour la personne (accident collectif, assassinat de co-otages, survie lors d'une catastrophe avec de nombreux morts ; par extension, on rencontre aussi des deuils post-traumatiques chez des personnes qui ont failli s'embarquer avec autrui, mais qui y ont renoncé au dernier moment, dans un avion, un bateau, etc.). Autrui n'est d'ailleurs pas forcément lié au témoin de la scène, il peut même être une personne totalement étrangère. En effet, l'idée de partager un sort potentiellement commun et d'y échapper, par chance, confère une proximité avec les autres victimes, soit par empathie, soit par projection. La mort brutale d'un proche, l'annonce totalement imprévue de la disparition d'un être cher, sans qu'aucune menace directe de mort ne soit proférée à l'encontre de l'endeuillé, est également une contrainte majeure qui peut aboutir à un traumatisme. Les sentiments d'impuissance, la rupture brutale des liens affectifs ne peuvent s'accepter puis s'intégrer qu'après une confrontation à la réalité, une reconnaissance familiale et sociale. Si le travail de deuil s'avère compliqué dans un

premier temps et principalement ralenti par les aspects traumatiques, il pourra reprendre un cours plus habituel par la suite. En revanche, la psychopathologie du lien affectif aura pour conséquence un deuil traumatogène marqué par la prolongation du déni ou une dépression sans fin. La mort de l'autre est, en effet, perçue inconsciemment comme la mort de soi et produit un écroulement narcissique qui nécessite un soutien psychothérapique.

Dans les deuils post-traumatiques, les troubles, proches de ceux du syndrome psycho-traumatique, compliquent, voire empêchent le travail de deuil. Le processus de deuil est bloqué par la sidération inhérente à la menace de mort. La culpabilité d'avoir survécu, le sentiment de perte d'identité dû à la menace mortelle, au nombre de morts ou à la violence particulière de la mort entravent ou limitent la verbalisation. Les affects dépressifs restent masqués par le côté spectaculaire des conséquences de l'événement. L'exclusion sociale qui s'ensuit ou l'auto-exclusion du sujet lui-même entraînent souvent une forme de victimisation qui aboutit, soit à une focalisation sur l'événement douloureux et sa réparation, soit à une démentalisation, en l'absence de soutien psychologique. Le deuil post-traumatique montre une forme de concurrence entre le traumatisme (qui agit par le vide et l'aspiration vers le néant des représentations de la scène traumatique) et le deuil qui est habituellement une recherche des souvenirs et des symboles qui aboutiront, autant que faire se peut, à la mise en narration de l'histoire de la relation passée.

Sur le plan psychopathologique, la distinction entre deuil et traumatisme est donc évidente. Dans le travail de deuil, nous assistons à un processus, qui, s'il est difficile à identifier dès les débuts, se traduit par une nostalgie intense et par une recherche des souvenirs. Le deuil s'appuie au départ sur des objets concrets et sur des témoignages d'autrui, puis par une évocation des perceptions passées (si désirées qu'elles évoquent parfois des phénomènes d'illusions confondus avec des hallucinations), et enfin par une mise en sens de la situation, généralement aidée par la communauté sociale. À distance de la perte, la reconstruction du lien est développée à nouveau, mais conjuguée au passé, donnant finalement lieu à une certaine créativité et inventivité (idéalisation du passé, regrets, mais aussi sublimation). Le travail de deuil est exemplaire de la mise en place de la mentalisation de la perte, c'est-à-dire de l'articulation progressive du lien affectif avec l'objet et de toutes ses représentations pour aboutir à son intériorisation.(M.-F. Bacqué.2006.pp.360,361).

5. Le deuil associé a un traumatisme

On parle de deuil associé à un traumatisme (Bacqué, 2002) lorsqu'un événement entraîne simultanément une perte et une effraction traumatique : vision du corps, de l'agonie (le terme de « deuil post-traumatique » est à éviter, le deuil n'est pas consécutif au trauma, les deux phénomènes sont simultanés). C'est le cas pour les témoins d'agressions mortelles, sur les scènes d'attentats, lors d'accidents de la voie publique, lors de la découverte du corps d'un proche. La vision est encore plus effractante quand les corps sont abîmés. En un instant, le sujet est confronté à la fois au néant en lui (l'effroi du traumatisme) et au vide et à la désolation du deuil. Ces situations sont de traitement difficile puisqu'il y a finalement deux processus d'élaboration à mener: concernant le trauma et la perte, et l'évocation de l'un renvoie toujours à l'autre. La dimension post-traumatique est souvent sur le devant de la scène initialement, mais ce n'est pas systématique.(Fernandez, 2020, p. 56)

6. Les étapes du deuil (modèle de kubler – ross)

6.1. Étape 1 : Le déni

Il n'est pas inhabituel de réagir au deuil et aux sentiments soudains en prétendant que la perte ou le changement n'est pas réel. Le nier vous donne le temps d'absorber plus progressivement les nouvelles et de commencer à les traiter. Il s'agit d'un mécanisme de défense courant qui vous aide à vous engourdir face à l'intensité de la situation. Cependant, à mesure que vous sortez du stade du déni, les émotions que vous avez cachées commenceront à monter. Vous serez confronté à beaucoup de chagrin que vous avez nié. Cela fait également partie du parcours du deuil, mais cela peut être difficile.

6.2. Étape 2 : La colère

La colère cache bon nombre des émotions et de la douleur que vous ressentez. Cette colère peut être redirigée vers d'autres personnes, comme la personne décédée, ou vers la situation dans son ensemble. Vous pouvez même centrer votre colère sur des objets inanimés. Même si votre cerveau rationnel sait que l'objet de votre colère n'est pas à blâmer, vos sentiments sont trop intenses à ce moment-là pour ressentir cela. La colère peut se cacher dans des sentiments comme l'amertume ou le ressentiment. Ce n'est peut-être pas une fureur ou une rage évidente. Tout le monde ne vivra pas cette étape, mais certains peuvent s'y attarder.

6.3. Étape 3 : Le marchandage

Pendant le deuil, vous pouvez vous sentir vulnérable et impuissant. Dans ces moments d'émotions intenses, il n'est pas rare de chercher des moyens de reprendre le contrôle ou de vouloir sentir que vous pouvez influencer le résultat d'un événement. Au stade du marchandage, vous pouvez vous retrouver à créer beaucoup d'énoncés du genre « et si » et/ou « si seulement ». Il n'est pas rare non plus que des personnes religieuses essaient de conclure un pacte ou de faire une promesse à Dieu ou à un pouvoir supérieur en échange de la guérison ou du soulagement du deuil et de la douleur. Le marchandage est une ligne de défense contre les émotions du deuil. Cela vous aide à reporter la tristesse, la confusion ou la douleur.

6.4. Étape 4 : La dépression

Alors que la colère et le marchandage peuvent sembler très « actifs », la dépression peut sembler être une étape « tranquille » du deuil. Durant les premiers stades de la perte, vous pouvez fuir les émotions, en essayant de garder une longueur d'avance sur elles. À ce stade, cependant, vous pourrez peut-être les accepter et les traiter d'une manière plus saine. Vous pouvez également choisir de vous isoler des autres afin de faire face pleinement à la perte. Cependant, cela ne veut pas dire que la dépression est facile ou bien définie. Comme les autres étapes du deuil, la dépression peut être difficile et désordonnée. Elle peut sembler accablante. Vous pouvez vous sentir dans le brouillard, lourd et confus. La dépression peut sembler être le point d'atterrissage inévitable de toute perte. Cependant, si vous vous sentez coincé ici ou si vous ne parvenez pas à dépasser cette étape du deuil, parlez-en à un expert en santé mentale. Un thérapeute peut vous aider à traverser cette période d'adaptation.

6.5. Étape 5 : L'acceptation

L'acceptation n'est pas nécessairement une étape heureuse ou inspirante du deuil. Cela ne signifie pas que vous avez dépassé le chagrin ou la perte. Cela signifie cependant que vous l'avez accepté et que vous en êtes venu à comprendre ce que cela signifie dans votre vie actuelle. Vous pouvez vous sentir très différent à ce stade. C'est tout à fait attendu. Vous avez vécu un changement important dans votre vie et cela bouleverse la façon dont vous ressentez bien des choses. Considérez l'acceptation comme un moyen de voir qu'il peut y avoir plus de bons jours que de mauvais, mais qu'il peut encore y avoir des mauvais jours et c'est normal. N'oubliez pas que le deuil est un processus. Au fur et à mesure que vous vivez votre deuil, vous constaterez que vos sentiments s'adoucissent en intensité avec le temps et que vous pouvez enfin profiter des doux souvenirs de votre être cher, sans la douleur. Lorsque cela se

produit, vous saurez que vous avez vécu votre deuil et que vous avez pu accepter la perte dans votre vie.(Kübler-Ross, 1970)

7. Critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique (TSPT)

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. *lashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.

5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).

2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne »,

« le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).

3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.

4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).

5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.

3. Hypervigilance.

4. Réaction de sursaut exagérée.

5. Problèmes de concentration.

6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. Dépersonnalisation : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).

2. Déréalisation : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats). (Marc-Antoine Crocq, 2012-2013, pp. 350,353)

8. Effets à court et long terme des symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT)

Si les effets du stress disparaissent dès la fin de l'action de l'agent stressor, l'image traumatique, elle, installe au cœur du psychisme du sujet une véritable « menace interne » qui produira ses effets dans l'immédiat mais aussi à long terme. Installée dans le psychisme du sujet, cette image du réel de la mort ne trouve pas de représentation pour la porter.

LEBIGOT nous précise « qu'elle ne se comportera pas comme un souvenir » elle restera intacte, au détail près et, lorsqu'elle surgira à la conscience, ce sera toujours au temps présent. Comme un événement en train de se produire.

BARROIS définit le trauma comme rupture des liens avec le monde, envahissement par l'angoisse de la néantisation, bris de l'unité de l'individu et cessation de sens. Son impossibilité à se référer à des signifiants vient de ce que la mort vraie, à laquelle il vient d'être confronté, n'a pas de représentation dans son psychisme.

CROCQ estime qu'il faut dans une optique phénoménologique, réintroduire la Question du sens et du non-sens.

Conséquences du trauma blessure psychique irrémédiable se manifestant par des troubles psychiques importants.

Ce qui fait traumatisme psychique n'est pas la qualité de l'évènement traumatique, mais la réalité de cette rencontre avec le réel de la mort.

La preuve de la nature réellement traumatique d'un événement ne sera apportée qu'après coup, par la survenue d'un syndrome de répétition. Si celui-ci s'accompagne, comme le stress, d'une hyperactivité neurovégétative, il ne s'agit pas, comme pour le stress, d'une réaction d'adaptation/désadaptation face à la menace extérieure. Dans le cas du traumatisme psychique la menace est interne et non plus externe. Il s'agit de cet état de qui-vive permanent face à un danger intérieur qui est de l'ordre de l'horreur.

Façons : L'affrontement d'un événement exceptionnellement grave peut se dérouler de deux

- I- La confrontation avec la menace de mort réactions de « stress » et d'angoisse. Parfois très importantes.

2- La rencontre avec le réel de la mort traumatisme psychique. L'impact du trauma sur le sujet peut se décomposer en deux moments

- Premier moment de la rencontre avec le réel de la mort qui s'accompagne d'effroi, mais peut cependant être suivi de réactions d'angoisse et de stress.

Apparition d'un syndrome de répétition traumatique qui viendra confirmer la réalité d'un traumatisme psychique symptomatologie pathognomonique.

Dans le DSM IV, il y a non prise en compte de cette différence clinique fondamentale : il ramène tout à la question du stress escamotant l'enjeu essentiel du traumatisme psychique.

Même s'il s'en sort indemne physiquement, le traumatisé psychique n'a pas échappé à la mort. (Lebigot et al, pp. 4,5)

9. L'impact de la perte

L'impact de la perte laisse une profonde et durable impression de désespoir qui atteint l'identité du survivant et submerge ses défenses habituelles. Comme dans le PTSD, on retrouve dans le deuil traumatique de Prigerson, la diminution des relations, sociales, professionnelles et autres. Mais, ce qui les différencie le plus, ce sont les pensées intrusives habituellement rejetées par le traumatisé, qui sont au contraire recherchées par l'endeuillé, pour y retrouver l'être aimé. Ce que rejette l'endeuillé, c'est plutôt l'intense impression de solitude et de désespoir provoquée par la perte. Les aspects traumatiques de la perte ne sont pas déniés, mais ses conséquences provoquent une souffrance quasi inconsolable. Dans sa dernière version du deuil traumatique, Prigerson insiste sur le fait que, c'est la séparation qui est typiquement traumatique et qui inclue des symptômes comme les comportements de recherche et la nostalgie intense de la présence de l'être aimé. Les symptômes du PTSD, comme l'évitement et l'hyper-vigilance, jouent en revanche, un rôle bien moindre. De fait, l'absence du défunt est plus angoissante que l'idée de ré-expérimenter le traumatisme initial et l'hyper-vigilance s'avère plus nécessaire pour rechercher des traces aimées du défunt. (BACQUÉ, 2003, pp. 122,123)

10.Processus de deuil

Une partie de la difficulté à placer le deuil dans les classifications existantes des maladies vient du fait qu'il est un processus et non un état. Le deuil n'est pas une succession de symptômes qui débutent après une perte puis s'estompent peu à peu. Il comporte une série de signes cliniques qui se mélangent et se remplacent les uns les autres. Dans ce livre, nous allons voir comment l'engourdissement de la première phase cède la place au languissement, qui, à son tour, devient désorganisation et désespoir. C'est seulement après cette étape de désorganisation que viendra le rétablissement. Ainsi, à différents moments, une personne peut développer un de ces quatre tableaux cliniques très différents.

Chacune de ces phases de deuil a ses propres caractères et il y a des différences considérables d'une personne à l'autre tant pour la durée que pour la forme de chaque phase. De plus, les gens peuvent avancer et reculer dans ces phases si bien que, des années après le deuil, la découverte d'une photo oubliée dans un tiroir ou la visite d'un vieil ami provoque un nouvel épisode de nostalgie. Toutefois, il existe des traits communs que l'on retrouve très souvent sans difficulté, ce qui justifie de considérer le deuil comme un processus psychique distinct.

J'ai déjà dit que le deuil n'est pas un stress habituel dans la vie de la plupart d'entre nous. En parlant ainsi, j'aurais peut-être dû écrire le mot deuil avec un grand D. Nous subissons tous des pertes, bien sûr. Si l'on admet que la douleur est la réaction à une perte, alors elle doit être courante. Mais le terme deuil n'est pas le terme habituellement employé lorsqu'on perd son vieux parapluie. Il est le plus habituellement réservé à la perte d'une personne, essentiellement une personne aimée. C'est donc ce type de deuil qui est le sujet de ce livre et ce type de perte n'est pas un événement fréquent dans la vie de la plupart d'entre nous.

Même le deuil à la suite d'un décès n'est pas un stress aussi simple que l'on pourrait l'imaginer au premier abord. Dans n'importe quel deuil il est rarement évident de discerner exactement où se trouve la perte. La perte d'un mari, par exemple, peut ou non signifier la perte d'un partenaire sexuel, d'un compagnon, d'un comptable, d'un jardinier, d'un garde d'enfants, d'une personne attentive, d'une « bouillotte » et ainsi de suite ! Cela dépend des rôles habituellement joués par le mari. Du reste, une perte entraîne souvent des pertes secondaires. La perte d'un mari s'accompagne d'une diminution importante des revenus, ce qui se traduit souvent par la vente de la maison, le changement d'emploi de la veuve (si elle travaille) et le déménagement vers un environnement inconnu. Elle a besoin d'assumer d'autres rôles sans l'encouragement de celui sur lequel elle s'est toujours appuyée et ceci à un moment où d'autres membres de sa famille (surtout les enfants) sont en deuil et ont besoin de soutien. Cette situation alourdit le fardeau qu'elle porte en plus de son propre deuil.

Un décès a lieu à un moment et à un endroit précis. Bien sûr, on l'avait peut-être anticipé. Une maladie peut s'éterniser et quelquefois la personne est morte du point de vue de ses fonctions bien avant sa mort physique. Cependant, dans mon expérience, il est rare qu'il n'y ait aucune réaction au moment même du décès. Même lorsqu'un mourant est sans connaissance depuis des semaines et que les médecins, dans leur désaffection, le considèrent comme déjà mort, les proches viennent le voir et espèrent toujours ! Et lorsque ces mêmes personnes reconnaissent qu'il n'y a plus d'espoir, ils expriment leur attente de pouvoir conserver ou sauver peut-être quelque chose de leur relation d'antan. Habituellement on ne se rend pas compte qu'ils continuent à penser ainsi après le décès. Mais il y a de sérieuses raisons de considérer le décès en lui-même comme l'événement crucial qui déclenche normalement le deuil. En raison de tout ce que j'ai déjà dit, les endeuillés ont assez de choses en commun pour regarder le deuil comme un tout et réaliser le cours des événements qui vont suivre.

À côté de la douleur, deux autres facteurs jouent toujours un rôle déterminant dans l'ensemble de la réaction du deuil: la stigmatisation et le manque.(Parkes, 2003, pp. 28,31)

11.Stratégies d'adaptation et de résilience :

Les facteurs de résilience sont associés à une meilleure santé psychologique. Les recherches montrent que la présence de certains facteurs de résilience peut diminuer les effets de stress dans l'environnement, favorise une meilleure santé mentale et prévient le développement de troubles psychopathologiques (Luthar, Cichetti et Becker, 2000). En effet, plusieurs corrélations négatives de taille moyenne (significatives à $p < 0.001$) entre la résilience et l'anxiété ont été rapportées dans un échantillon d'adolescents de 16 ans (Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, et Stiles, 2011). Ces auteurs identifient des corrélations entre le score de résilience total et l'anxiété perçue (-0,34), entre le facteur de résilience de compétence personnelle (première catégorie du modèle de Grotberg [Je peux]) et l'anxiété perçue (-0,33), entre le facteur de résilience de ressources sociales (troisième catégorie du modèle de Grotberg [J'ai]) et l'anxiété perçue (-0,31) (Hjemdal et al., 2011). Des travaux récents rapportent que l'anxiété face aux tests plus précisément est régulée par la résilience (Liu et al., 2021;Trigueros et al., 2020). En effet, la collecte de données de Liu et al. (2021) réalisée auprès de 1266 universitaires en médecine permet d'observer une corrélation négative significative entre la résilience et l'anxiété face aux tests ($r = 0.382$, $p < 0.01$). Les travaux de Trigueros et al. (2020) permettent aussi d'identifier le même lien négatif entre la résilience et l'anxiété face aux tests avec un échantillon de 1347 universitaires âgés de 19 à 27 ans ($B = 0.48$, $p < 0.001$).

La littérature rapporte aussi que les individus résilients s'adaptent plus facilement et rapidement que les autres à des événements de vie majeurs ainsi que lors des transitions de vie stressantes (Beasley et coll., 2003). La résilience permet entre autres aux individus de trouver un sens à des situations autrement sans but et hautement stressantes (Tugade et Fredrickson, 2007 ; Waugh et coll., 2008). Une étude américaine menée auprès d'une population étudiante postsecondaire (Johnson, Taasobshirazi, Kestler, et Cordova, 2015) montre que les jeunes adultes résilients, des individus qui persévèrent dans des situations difficiles, utilisent des stratégies adaptatives telles que la gestion du temps que l'on peut associer au deuxième facteur du modèle de Zucherman et Gagne, soit la façon d'approcher le problème. Ces jeunes adultes utilisent également l'autorégulation émotionnelle que l'on peut apparenter au premier facteur du modèle de Zucherman et Gagne, soit celui des efforts personnels pour s'aider pour bien performer sur le plan scolaire. La résilience et les stratégies d'adaptation revêtent une importance notable dans le milieu scolaire et méritent un plus ample approfondissement.

En effet, on sait que de meilleures stratégies d'adaptation sont liées à un meilleur rendement scolaire (Duncan et McKeachie, 2005 ; Swanson, Valiente, Lemery-Chalfant et O'Brien, 2011 ; Johnson et coll., 2015). La résilience représente aussi une caractéristique personnelle avantageuse à posséder dans un contexte éducatif (Swanson et coll., 2011). En 2010, Elizondo-Omaña et ses collègues rapportent cependant que la résilience constituerait un faible prédicteur direct du rendement scolaire et que des construits psychologiques pourraient être médiateurs de la relation. Ils soulèvent que le rendement scolaire dépendrait plutôt d'autres facteurs tels que la capacité intellectuelle, la motivation intrinsèque et extrinsèque ainsi que la personnalité. On propose maintenant (Johnson et coll., 2015) que la résilience d'une étudiante ou d'un étudiant ait un effet direct sur les stratégies d'étude adaptatives et un effet indirect sur le rendement scolaire. Johnson et ses collaborateurs (2015) appuient les résultats de Elizondo-Omaña et ses collaborateurs (2010) selon lesquels le simple fait d'être résilient n'entraîne pas des résultats scolaires plus élevés, mais qu'il s'agit plutôt d'être une étudiante ou un étudiant résilient employant des stratégies de régulation adaptatives qui s'avère être le meilleur prédicteur de résultats scolaires plus élevés. Sachant aussi que la résilience est une ressource qui protège contre le développement de problèmes. De santé mentale et que c'est une importante influence dans l'adaptation saine à la suite d'événements de vie stressants (Friborg et coll., 2003), les résultats de Johnson et ses collaborateurs (2015) ainsi que ceux d'Elizondo-Omaña et ses collaborateurs (2010) sont intéressants et renforcent l'idée que les stratégies d'adaptation pourraient aider à expliquer le lien entre la résilience et l'anxiété face aux tests.

Comme mentionné précédemment, les années d'études collégiales sont une période où les évaluations deviennent plus importantes et cette période coïncide avec la transition à l'âge adulte, donc il s'avère important de mieux détailler cette étape de la vie pour mieux la comprendre en lien avec les concepts d'anxiété face aux tests, de résilience et de stratégies d'adaptation. (HAMAOU, 2022, pp. 14,16)

12.L'importance du soutien social

Le soutien émotionnel apporte un sentiment de protection, de réconfort ou même d'amour, en particulier dans les moments difficiles, comme un échec sur le plan professionnel (une promotion refusée) ou un coup dur sur le plan personnel (une maladie par exemple).

Dans la vie courante, l'être humain a besoin de relations stables (besoin fondamental d'affection et sentiment d'appartenance). Le soutien social est également associé à une meilleure santé et plus spécialement à une espérance de vie plus longue. Ainsi, par exemple,

les personnes les plus isolées ou les moins intégrées socialement sont physiquement et psychologiquement en moins bonne santé, et risquent de mourir plus jeunes.

Dans le milieu de travail, le soutien social est également important. Il s'avère tempérer les facteurs de stress. Ainsi, dans une situation de travail exigeante, un travailleur envisagera et ressentira moins les effets négatifs lorsqu'il percevra que son organisation, ses collègues et/ou son supérieur se soucient de son bien-être et valorisent sa contribution.

En effet, une étude menée en 2006 par la direction générale Humanisation du travail (SPF Emploi, travail et concertation sociale) stipule que « le soutien social peut faire office de tampon contre les circonstances stressantes, et limiter les phénomènes relatifs au stress ».(Malchaire, 2010, p. 1)

13.L'état de deuil traumatique :

La perte d'un être cher peut survenir dans des conditions traumatisantes ou être, en soi, traumatisante, si bien que l'état de deuil et l'état traumatique s'enchevêtrent. Ces deux états, nous l'avons vu, sont des expériences pénibles dont le psychisme tente de se protéger par divers mécanismes dont certains leur sont communs.

Ils se distinguent pourtant par leur orientation opposée : le deuil tend vers le détachement alors que le traumatisme contraint à l'attachement (répétition de la scène traumatique). Dans l'économie du deuil, ces deux mouvements se contrarient et peuvent compliquer le dépassement de la douleur.

L'état de choc s'accompagne des symptômes dissociatifs déjà décrits (sidération, incrédulité, dépersonnalisation, etc.), de pensées intrusives concernant le défunt, de sentiments d'imprévisibilité, d'insécurité et d'incontrôlabilité, d'angoisse (réaction à quelque chose qui est advenu) plutôt que d'anxiété (réaction d'anticipation), d'irritabilité ou de colère.

Outre la détresse et le désespoir, la perte déclenche des sentiments de vide, de solitude, de vanité et d'absurdité de la vie. La nostalgie donne lieu à des comportements d'imitation et de recherche du défunt. Selon Vitry, dans ce tableau de deuil traumatique, se superposent "la détresse de séparation, avec les préoccupations nostalgiques concernant le défunt, et la détresse traumatique, caractérisée par un état de choc, de stupéfaction et un sentiment de vide"(MORMONT, 2009, pp. 220,221).

Synthèse

Ce chapitre explore la complexité des réactions émotionnelles face à la perte d'un être cher, en soulignant que le deuil peut devenir un processus traumatique, surtout en cas de perte soudaine ou violente, il décrit les différentes phases du deuil, telles que le déni, la colère, et l'acceptation, tout en notant que ces étapes ne sont pas nécessairement linéaires. Les impacts psychologiques du deuil, notamment la perte de sens et les difficultés relationnelles, peuvent être exacerbés par les symptômes de stress post-traumatique. Ainsi, Ce chapitre insiste aussi sur l'importance du soutien social et des approches thérapeutiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale, pour aider les personnes à naviguer dans ces expériences douloureuses et à trouver un chemin vers la guérison.

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de recherche

Préambule

Cette partie présente la méthodologie employée pour étudier le rôle de la résilience chez les femmes traumatisées par le décès d'un parent, elle décrit les étapes de la recherche, dont : La pré-enquête, La méthode de recherche, Le lieu de recherche, La population d'étude et les caractéristiques du choix, La présentation des cas, Les outils d'investigations, Le déroulement de l'enquête, et la fin les difficultés rencontrées.

1. Pré-enquête

Avant de mener l'étude principale, une pré-enquête a été réalisée sous forme d'entretiens exploratoires avec un petit échantillon (04 personnes) afin de :

- Identifier comment les femmes vit subjectivement la perte d'un parent.
- Affiner les questions et outils d'investigation.
- Valider la pertinence de la problématique.

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'information, qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase d'investigation préliminaire, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables argumentée et justifiés, de même la pré-enquête permet de fixer en meilleure connaissance de causes, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réaliser pour vérifier ses hypothèses (Aktouf, 1978, p20).

Donc notre pré-enquête a été effectuée au niveau du cabinet de psychologie clinique **ZERRAD.O de Akbou.**

Nous sommes passés au cabinet, On s'est présenté en tant qu'étudiant en master 2 pour avoir accès au stage, Concernant notre thème de recherche « **Le rôle de la résilience chez les femmes traumatisées par le décès d'un parent** », pour préparer notre travail de fin de cycle, à l'université de Abderrahmane Mira de Bejaia et pour obtenir un diplôme de master.

Le premier jour on est allé au cabinet de la psychologue à 9h00 du matin, on s'est présenté avec notre problématique de recherche, notre guide d'entretien, le questionnaire de la résilience, pour faire un point sur tout ça, elle nous a expliqué que c'est une bonne

problématique et qu'il ya 6 cas sur notre thème de recherche, elle nous a demander de chercher 2 cas et de les amener avec nous au cabinet afin de mettre notre guide d'entretien ainsi que le questionnaire en pratique pour nous habitué et comprendre comment on utilise ce guide d'entretien et le questionnaire.

Donc on a trouvé ces 2 cas, ils sont accepter notre demande en montrant un intérêt a notre thématique, après qu'on a expliqué notre thématique et sont objectif, et la psychologue à appeler 2 autres cas.

On s'est rendu le deuxième jour avec nos 2 cas, en arrivant on à trouver les 2 autres cas, eux aussi ont montré un intérêt a notre thématique. La psychologue a commencé a nous expliquer la pratique de ces deux outils, Ca s'est bien passé où elle nous a laisser son bureau, nos cas ils étaient a l'aise avec nous. Donc voilà comment ça s'est passé notre pré-enquête.

2. Méthode de recherche

Le choix de la méthode de recherche revêt une importance capitale dans le travail scientifique. Pour notre étude, nous avons opté pour l'utilisation de l'étude de cas, une méthode descriptive qui s'aligne parfaitement avec notre sujet de recherche et nos objectifs.

Cette approche nous permettra de décrire en détail l'ensemble des sujets d'études, tout en permettant la vérification des hypothèses avancées à travers l'analyse des résultats obtenus à partir de L'échelle de résilience de Connor et Davidson CD-RISC Et du guide d'entretien.

-selon "Lagache" 1949, le clinicien envisage la conduite dans sa perspective propre, relevé aussi fidèlement que possible la manière d'être humain concret et complète aux prises avec la structure, et la genèse, déceler les conflits qui les motivent et démarches qui tendent à résoudre ces conflits (Chaharaoui et Benony, 2003, p.16)

Elle nous permet d'observer et d'entrer en contact avec la personne, de comprendre l'expérience de la personne, de recueillir des informations, d'examiner et d'interpréter les données qu'on a eues. Elle vise principalement à répondre aux besoins concrets de chaque individu concerné et se concentre sur le cas particulier, c'est-à-dire sur son individualité. Une attention particulière est accordée à la parole du sujet et aux informations qu'il fournit. De plus, la spécificité de la méthode clinique réside dans son refus d'isoler ces informations, cherchant plutôt à les intégrer dans la dynamique individuelle (Pedenielli, 2006, p.67)

L'étude de cas correspond à deux étapes déferentes répondant à des opérations spécifiques, la première étape est celle du travail clinique concret et s'apparente à une procédure de recueil des informations adoptées à chaque sujet et la deuxième étape et l'élaboration de ces informations sous forme d'une construction répondant à des principes fondamentaux (Pedeneilli, 2006, p.67)

Nous avons choisi la méthode descriptive afin de se concentrer sur le « quoi » et le « pourquoi » du sujet de la recherche, elle nous permet de décrire le phénomène, et de bien observer notre sujet, et d'analyser nos données quantifiables. Et l'étude de cas c'est pour enrichir notre recherche, cela veut dire pour avoir un maximum d'informations, avoir des données valides, elle nous a permis d'utiliser l'enregistrement audio afin de bien analyser nos données recueillies.

3. Lieu de recherche

Nous avons effectué notre recherche au niveau du cabinet de psychologie clinique **ZERRAD.O** à **Akbou**. Notre enquête s'est réalisé auprès des femmes adultes traumatisées pas le décès d'un parent.

On trouve le cabinet de psychologie clinique **ZERRAD.O** exactement à « **IghilMesoudAguelmim CNE de Akbou** », Rue 1^{er} novembre Thizrit, Wilaya de Bejaïa-Algérie.

Dés votre arrivé(e) a l'adresse cité, vous trouver une plaque dans le bâtiment où elle se situe. elle se trouve en 3éme étages dés que vous rentrez vous allez trouver :

- Une salle d'attente pour femmes et hommes
- deux bureaux, un sur la gauche et un sur la droite.
- celui de la gauche est un bureau réservé aux cas adultes.
- celui de la droite réservés aux cas enfants.

4. Population d'étude et les caractéristiques de la recherche

La détermination de la population d'étude est très importante pour mener une recherche scientifique. Elle est un ensemble d'éléments ayant une ou plusieurs caractéristiques en

commun qui les distinguent d'autres éléments et sur lesquels porte l'investigation. (Angers, 2014, p 98)

Notre travail de recherche s'est centré sur les femmes ayant perdu leurs parent (s). Ainsi notre groupe de recherche qui est composé de 4 cas à l'âge 25 ans jusqu'à 45 ans, a fin d'étudier le rôle de la résilience chez les femmes traumatisées par le décès de leurs parent (s). Dans notre pratique nous avons changé les noms des patients afin de garder leurs anonymats et nous les avons remplacés.

5. Présentation des cas

Tableau N° 01 : Présentation des cas

Prénom	Age	Situation matrimoniale	Situation professionnel	Le parent décédé	La date de passation	La relation avec le parent décédé
Lamia	26ans	Célibataire	Etudiante	Le père	10 février 2025	Très bonne
Salima	42ans	Mariée	Femme au foyer	Le père et la mère	16 mars 2025	Un peu distante
Sabrina	25ans	Célibataire	Etudiante	Le père	19 mars 2025	Très bonne
Kahina	39ans	Mariée	Salariée	La mère	16 mars 2025	Très bonne

6. Les outils d'investigation

Afin d'obtenir plus d'informations précises de la part de nos cas, et Pour vérifié nos hypothèses sur le terrain, on s'est basés sur deux techniques :

- **Un guide d'entretien.**
- **Questionnaire de résilience de Connor et Davidson CD-RISC.**

6.1 Guide d'entretien

-Ici, on entre en communication verbale avec le sujet et on transcrit ses réponses par écrit sur un support approprié en papier. Les questions sont inscrites dans un certain ordre sur un support appelé guide d'entretien ou d'interview. Les questions sont lues au sujet enquêté Les réponses peuvent aussi être enregistrées sur un bloc note ou un support magnétique.et ses

réponses sont inscrites par l'enquêteur, sur les espaces destinés à les recevoir. (M.TOURE, 2007, p. 119).

-Est un document qui regroupe l'ensemble de vos questions à poser ou vos thèmes à aborder lors d'une entrevue. (Claude, 2019)

Dans cette optique il existe plusieurs types d'entretien parmi eux : **L'entretien semi-directif**, que nous avons décidé de choisir et d'utiliser pendant notre recherche.

Il nous permet de nous adapter aux réponses de nos cas, tout en leur demandant de justifier leurs réponses, et en observant la façon dont elles réagissent, et elle nous aide à décrire finement le sujet de notre recherche.

Notre guide d'entretien se compose de 21 questions (voir annexe 1), qui est basé sur les informations sur le sujet en premier lieu et deux (2) axes.

-Les informations sur le sujet sont : L'âge, niveau d'instructions, situation matrimoniale, la profession, le parent décédé, la relation avec le parent décédé.

AXE 1 : a pour titre « **Traumatisme** », Vous trouverez un total de huit (8) questions, dans le but de comprendre comment ces femmes ont vécues ce choc, cet événement traumatisant, et si cela a un impact sur leur cheminement de vie, et si cela les a aidé à tirer des leçons pour la continuité de leur vie.

AXE 2 : a pour titre « **Résilience** », Vous trouverez sept (7) questions, dans l'objectif de recueillir des informations sur le rôle de la résilience après cette expérience douloureuse, et si ces femmes ont accepté de vivre avec, et si le soutien social est important dans cette étape, et comment cela les a aidé à accepter ce traumatisme.

La consigne : « Nous allons vous poser des questions sur votre vécu lors du décès de votre parent pour comprendre comment vous avez dépassé cela et nous aimerions que vous répondiez ».

Pendant notre entretien avec nos cas, on a utilisé **l'enregistrement audio**, qui nous a permis de bien analyser nos données recoltées, et avec le consentement éclairé de nos cas.

6.2 Présentation de questionnaire de la de résilience de connor et davidson CD-RISC

Le concept de résilience a émergé suivant l'observation d'individus qui, face à un trauma, présentaient peu de conséquences psychologiques graves (Richardson, 2002). La résilience est généralement définie comme étant le résultat d'une interaction entre des traits personnels et l'adversité (Ahern et al., 2009). Bonanno (2004) la définit comme étant la capacité à garder un bon fonctionnement psychologique et physique et à ressentir des émotions positives malgré un évènement traumatique. Selon d'autres chercheurs, la résilience serait plutôt la combinaison de comportements et de stratégies d'adaptation (« coping strategies ») adéquates face au stress chronique associé aux événements de la vie (Lamond et al., 2008; Rutter, 1985). Richardson (2002) stipule que la résilience est plutôt une force motivationnelle qui pousse l'individu à la sagesse, l'actualisation de soi et l'altruisme. (Arianne Jean-Thorn, 2020, p. 40)

L'évaluation de la résilience a fait l'objet de la conception et de l'adaptation de plusieurs outils psychométriques (Guihard, 2018, p.69).

L'échelle de résilience élaborée par Connor et Davidson (2003), constituée de 25 items (CD-RISC), fait partie des quelques instruments mesurant la résilience (Windle et al., 2011). Connor et Davidson (2003) se sont basés sur les travaux de Kobasa (1979), Rutter (1985) et Lyons (1991) pour mesurer la résilience définie ici comme étant la capacité à faire face aux événements traumatiques. Les 25 items se regroupent en cinq facteurs qui selon Connor et Davidson (2003) définissent la résilience, soit la compétence personnelle, la tolérance des affects, l'acceptation du changement, le sens du contrôle interne et la spiritualité. Toutefois, la constitution multifactorielle du CD-RISC a été contestée par plusieurs études (Burns & Anstey, 2010; Campbell-Sills & Stein, 2007). (Arianne Jean-Thorn, 2020, p. 41)

L'échelle comporte 25 énoncés répartis en 5 catégories de facteurs :

1. La compétence personnelle, des standards élevés et la ténacité ; les items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25).
2. La confiance en ses propres intuitions, la tolérance aux affects négatifs et les effets fortifiants du stress ; qui comprend 7 items, sont : (6, 7, 14, 15, 18, 19, 20).
3. L'acceptation positive du changement et les relations interpersonnelles positives ; qui comprend 5 items sont : (1, 2, 4, 5, 8).

4. Le sentiment de contrôle, elle comprend 3 items qui sont (13, 21, 22).

5. La spiritualité, elle comprend 2 items sont : (3 et 9).

La cotation :

Cette échelle est auto administrée par le participant et chaque item est évalué sur une échelle de Likert en 5 points (0 : Pas du tout ; 1 : Rarement ; 2 : Parfois ; 3 : Souvent ; 4 : Pratiquement tout le temps) pour un total sur 100 points. Plus le score obtenu est élevé, plus le niveau de résilience est élevé (Duchesne et al. 2017, p.164).

Connor-Davidson (2003) ont également rapporté que les scores du CD-RISC étaient corrélés avec des mesures de robustesse ou de capacités de résistance et à de faibles niveaux de vulnérabilité au stress perçu suggérant une validité concurrente adéquate. Selon la première étude sur l'élaboration et la validation de la CD-RISC, celle-ci présente une bonne fiabilité. Globalement, elle a produit une cohérence interne élevée ($\alpha=0,89$) et la fiabilité test re-test a révélé un CIC de 0,87 (Patry, 2016, p.29).

Tableau N° 02 : Présentation des 5 points

Pas du tout	Rarement	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

Interprétation :

Le score total calculé par addition, les scores plus élevés indiquent une plus forte résilience (Mboua, 2021, p. 813).

Tableau N° 03 : L'interprétation de chaque item.

Dimensions	Nombre d'items	Score par item	Score total possible	Score moyen (référence)	Score élevé (Résilience forte)
Compétence personnelle	8	0-4	0-32	~20-25	≥ 26
Confiance en soi	7	0-4	0-28	~15-20	≥ 21
Adaptation au stress	5	0-4	0-20	~10-14	≥ 15
Contrôle personnel	3	0-4	0-12	~6-9	≥ 10
Spiritualité	2	0-4	0-8	~3-5	≥ 6
Total général (25items)	25	0-4	0-100	50-79	≥ 80

- 0-49 : Résilience faible (difficultés à faire face au stress).
- 50-79 : Résilience modérée (capacités d'adaptation moyenne).
- 80-100 : Résilience élevée (forte capacité de rebondir et gestion de stress).

7. Le déroulement de l'enquête

Notre stage s'est effectué dans une période de 45 jours (6 février 2025 au 22 mars 2025), On a eu l'accord des femmes qui participé dans notre recherche pour partager leurs expérience. Concernant l'entretien, ça s'est dérouler dans un lieu calme, en respectant toute les règles que doit faire un psychologue, La psychologue nous a permis de faire nos entretiens dans son bureau.

On a également assurer la formulation du consentement éclairé pour la participation de nos sujets dans notre recherche, donc dans un premier temps on s'est présenter comme étudiants en master 2 en psychologie clinique, nous avons expliquer l'objectif de notre recherche en présentant le thème de la recherche et dans ce cas nous avons obtenu le consentement éclairé oralement, On lui garantissant l'anonymat et la confidentialité de leurs informations personnelles et que ces informations sont utiliser que pour notre recherche scientifique.

Nous avons effectué notre entretien de recherche semi-directif, avec nos sujets, en donnant la consigne suivante : « Nous allons vous poser des questions sur votre vécu lors du décès de votre parent pour comprendre comment vous avez dépassé cela et nous aimerions que vous répondiez ». Afin de recueillir les données nécessaires à la réalisation de notre travail.

Après la consigne, Nous avons demandé aux sujets si elles peuvent nous autoriser d'utiliser un enregistrement audio afin de nous aider à bien analyser les données, en leurs disant : « est ce que nous pourrions utiliser un enregistrement audio, qui va nous aider a très bien analyser les données », et elles l'ont accepté, et nous avons aussi utilisé des feuilles blanches pour noter certains détails et positions non-verbaux et observé.

A propos de la durée des entretiens, ça s'est passé entre 30minutes a 45minutes, ça dépend d'un cas a un autre, Nos sujets de recherches ont trouvé une certaine liberté dans la parole, et elles étaient soulagées à la fin des entretiens, et c'est ce qui nous a aidé à collecter pleins d'informations.

Pour la langue de notre guide d'entretien, nous avons utilisé langue française, dont le guide contient des mots simples, Pendant les entretiens nous traduisons toujours chaque question qu'on pose a elles, et surtout on a observés quelque fois ou nos cas nous pose la question « sa veut dire quoi », « Dachouzaama ».

Après l'entretien, On a aussi utilisé « L'échelle de résilience de Connor et Davidson CD-RISC », qu'on a choisi par rapport a notre thème de recherche, le CD-RISC nous a permis de comprendre l'état psychologique de nos cas concernant la perte de leurs parents (s).

8. Les difficultés rencontrées

Les difficultés qu'on a rencontrées pendant notre stage pratique sont :

- La disponibilité de nos cas à venir.
- Les dates d'entretiens en remarquant dans le **tableau 1 : présentation des cas**. Vous allez trouver un décalage entre les dates d'entretiens.

9. les limites de la recherche

- L'étude s'est portée sur 4 femmes traumatisées par le décès d'un parent.
- La période de stage s'est limitée du 6 février 2025 au 22 mars 2025.
- Notre recherche s'est déroulée au cabinet de psychologie clinique Zerrad.O à akbou, Wilaya de Bejaïa.
- Outils de la recherche : Entretien clinique (semi-directif), Questionnaire de résilience CD-RISC.

Synthèse

Dans notre recherche pour collecter les données, nous avons utilisé l'entretiens semi-directif accompagné de l'échelle de résilience pour approfondir notre compréhension de l'état psychologique et du ressenti des participants. L'objectif principal de notre recherche est de confirmer nos hypothèses.

Partie pratique

Chapitre IV : Présentation, Analyse et discussion des hypothèses.

Préambule

A la suite du chapitre méthodologique, cette section présente l'analyse des cas étudiées, les participants ayant tous consenti à notre recherche, ont pris part à des entretiens cliniques approfondis et ont complété le questionnaire de la résilience CD-RISC. Nous exposerons ici leurs profils ainsi que les principaux résultats issus de ces deux outils complémentaires.

1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien et le questionnaire de résilience CD-RISC

1.1 Cas clinique N°1

1.1.1. Présentation de l'entretien du premier cas

-Information personnelle du patient :

Le jour de l'entretien Lamia s'est présentée en souriant, dont elle montrait un intérêt pour notre thématique. Nous l'avons rencontrée vers 10h du matin, l'entretien a duré 35 minutes.

Lamia, est une jeune femme de 26 ans, étudiante, Célibataire, Le parent décédé est son père, dont elle a eu une très bonne relation avec.

- Informations liées à la santé du patient :

Avant l'événement, Lamia a été préparée psychologiquement, en disant : « Oui j'étais préparée psychologiquement, aktideḥkuṬ tagi, ulac wina itizran, ila un cadre deg uxxam 3emmi, ass-nni feḥseṬed le cadre nni txus yiwet n la photo, niṬas tagi d la place n baba, imagine 1 mois yemmut, ḥusseṬ ass-nni beli d lḥaḡa n diri mais nekki qevleṬt ». Oui j'étais préparée psychologiquement, je te raconte celle-là, il y a personne qui est au courant, il y a une carte dans la maison de mon oncle, ce jour là je l'ai bien analysé ce carte, il manque une photo, je me suis dit que c'est la place de mon père, imagine 1 mois après, il est décédé, j'ai senti ce jour là que c'est une mauvaise chose, mais moi je l'ai accepté. En entendant l'annonce du décès de son père elle était choquée, en disant : « Amaken c'est un choc ». C'est comme un choc. Depuis l'événement elle n'a pas remarqué des changements dans sa santé, en disant : « depuis l'événement urḥusseṬ ara des changements deg la santé ynu négativement, d saḥ traumatiziṬ mais s3iṬ le courage, qarṬas maci kan yemut urqareṬ ara, ur xedmeṬ ara, le contraire nekki imi yemmut la moyenne idewiṬ nekk ur zriṬ ara amek i

tidewiY amek iruḥeY s3eddaY en troisième année CEM, et bain wiYed dix de moyenne, donc anecta ixedmiyid le courage ». Depuis l'événement j'ai pas senti des changements dans ma santé négativement, c'est vrai que j'étais traumatisé mais j'ai du courage, je me suis dit que ce n'est pas à cause de son décès que je ne vais pas étudier, que je ne vais pas travaillé, le contraire moi quand il est mort, la moyenne que j'ai eu moi-même je ne sais pas comment je l'ai eu, je ne sais pas comment je suis partie passer les examens en troisième année CEM, et bain j'ai eu dix de moyenne, donc cela ma fait du courage. Pour elle le deuil a eu un impact plus positif que négatif sur sa santé mentale, en disant : « deg lḥaḡa ayi ad ilint les positifs, ad ilint les négatifs, mais beaucoup plus les positifs, déjà leqraya ynu suliyid ». Dans ce cas, il y'a des positifs, et il y'a des négatifs, mais beaucoup plus les positifs, déjà je me suis développé du côté études. D'après elle, elle a dépasser le deuil, En disant : « Ih dayen s3edaYid, talayeY Yer yemma, atmaten-iw, par exemple ur ilaq ara ayedwalin truY, tseyiY le maximum amek ur dsebyaneY ara, par exemple asma ad zreYyemma tettru qareY-as ilaq at talet Yer nekni ur ilaq ara akmidenzer tettruḍ xedmeY-asend le courage, même deg uxxam akit xedmeY-asend le courage ». Oui je l'ai dépassé, je regarde ma maman, mes frères et sœurs, par exemple il n'e faut pas qu'ils me voient entrain de pleurer, j'essaie le maximum de ne pas montrer mes larmes, par exemple quand je vois ma maman pleurer je lui dis de voir de notre côté, qu'il ne faut pas qu'on la voit entrain de pleurer, je lui fais du courage, même toute la famille je leurs fait du courage. Elle avait un soutien qui l'a aidé à dépasser cette période de deuil, en disant : « Tela la famille, ila mis 3emmi daYen i3awniyi ». Il y'a la famille, il y'a mon cousin aussi il ma aider. La résilience l'a influencé positivement sur son cheminement de vie, en disant : « adeYliY, adekreY, adeYliY, adekreY, mais toujours tkemileY ». Je tombe, et je me relève, je tombe, et je me relève, mais je continue. Actuellement elle a un bon équilibre de vie, en disant : « aka tura twaliY kulec en couleurs ». Maintenant, je vois tout en couleurs.

1.1.2. Présentation et discussion des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du 1^{er} cas

Tableau N° 04 : Présentation des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du 1^{er} cas.

Dimensions	Nombres d'items	Score par item	Score total	Résultats
Compétence personnel	8	0-4	32/32	≥ 26
Confiance en soi	7	0-4	27/28	≥ 21
Adaptation au stress	5	0-4	19/20	≥ 15
Contrôle personnel	3	0-4	12/12	≥ 10
Spiritualité	2	0-4	8/8	≥ 6
Total général (25 items)	25	0-4	98/100	≥ 80

D'après les scores, Lamia a obtenue un score trop élevé 98, ce qui signifie qu'elle est une personne qui a une forte capacité de rebondir et gestion de stress ≥ 80 .

A propos du premier facteur qui représente La compétence personnelle, Lamia a obtenue un score de 32/32 (score élevé ≥ 26), En répondant par presque tout le temps aux items (10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25). D'après ses réponses, Lamia a de bonnes capacités internes, elle cherche l'excellence, et qu'elle n'abandonne pas face aux difficultés.

Concernant le deuxième facteur, qui représente La confiance en soi, Lamia a obtenue un score de 27/28 (score élevé ≥ 21), en répondant par presque tout le temps aux items (7, 14, 15, 18, 19, 20). Et par souvent à l'item (6) « J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e) ». D'après ses réponses, Lamia fait confiance à son intuition, elle sait gérer ses émotions dans des situations difficiles, et que souvent elle tire du stressé que du positif.

Et pour le troisième facteur, Adaptation au stress, Lamia a obtenue un score de 19/20 (score élevé ≥ 15), en répondant par presque tout le temps aux items (1, 4, 5, 8,). Et par souvent à l'item (2) « j'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressé(e) ».

D'après ses réponses, Lamia a une capacité d'adaptation, et une acceptation positive, et qu'elle reçoit souvent de l'aide par ses proches.

Le quatrième facteur, Contrôle personnel, Lamia a obtenue un score de 12/12 (score élevé ≥ 10), En répondant par presque tout le temps aux items (13, 21, 22), D'après ses réponses, Lamia contrôle bien ses actions internes et externes qui veut dire qu'elle a une forte résilience, compétences, responsabilité et qu'elle fait face aux défis.

En parlant du dernier facteur, Spiritualité, Lamia a obtenue un score de 8/8 (score élevé ≥ 6), En répondant par presque tout le temps aux items (3, 9). D'après ses réponses, Lamia est une personne qui croit en dieu et au destin, et que toute chose qui arrive dans sa vie a une raison.

Synthèse du 1^{er} cas :

D'après ce qu'elle nous a raconté et à l'aide du questionnaire de résilience CD-RISC, On peut dire que Lamia a une forte résilience, d'où elle a confiance en elle, un bon soutien sociale, un bon équilibre de vie, des capacités d'adaptation, ainsi qu'un score de 98/100 (≥ 80) qui nous résulte une forte résilience.

1.2. Cas clinique N°2

1.2.1. Présentation de l'entretien du premier cas

-information personnelle du patient :

Le jour de l'entretien Salima s'est présentée en souriant, dont elle a montée un intérêt pour notre thématique. Nous l'avions rencontrés l'après midi à 13h, l'entretien a duré 30minutes.

Salima est une femme de 42ans, femme au foyer, Mariée, C'est les deux parents qui sont décédés, dont elle a eu une relation un peu distante avec eux.

- Informations liées à la santé du patient :

Avant l'événement, Salima elle n'était pas préparée psychologiquement, en disant : « Non je n'étais pas préparée psychologiquement, c'était comme un choc, bon yemma nenum atekcem Yer sbitar adefeY, atekcem adefeY, mais on s'est pas préparé, surtout nekki liY dina tema liY dides deg l'hôpital, J'avais 14ans c'était très très difficile, 3useYt obligé. Mayela d baba imut deg uxxam hedeY daYen, c'était très difficile, mais hamdullah ». Non je n'étais

pas préparer psychologiquement, c'était comme un choc, bon ma maman on s'est habitué elle rentre a l'hôpital et elle sort, elle rentre et elle sort, mais on s'est pas préparé, surtout moi j'étais avec là-bas donc j'étais avec elle a l'hôpital, J'avais 14ans c'était très très difficile, je l'ai gardé obligé. Concernant mon papa il est décédé à la maison j'étais présente aussi, c'était très difficile, mais dieu merci. En entendant l'annonce du décès de ses deux parents : « Deg uqeroy-iw qarṬas d lekdev, parce que nekki je m'attendais adeqel yemma deg svitar, d'ailleurs le faite skecmentid deg senduq ur taleṬ ara même pas Ṭures, J'avais tellement peur qimeṬ zdefir n yiwet n temṬart, freṬ zdefir-s rien que pour éviter de la voir, parce que qarṬas d lekdev maci d nettat, donc baba imut deg uxxam, ihlek 3 jours avant adimet, uritet ara niṬas i wletma beli baba ihlek cava pas et tout, ikecmed gma ncey3it asedyawi le médecin, le temps iroḥ asedyawi le médecin baba yemmut, donc concernant baba j'étais préparer un peu, parce que ivaniyid ». Dans ma tête je me dit que c'est pas vrai, parce que moi je m'attendais qu'elle rentre ma maman de l'hôpital, d'ailleurs le faite que ils l'on rentrer dans le cercueil je n'ai pas regarder même pas son visage, J'avais tellement peur je me suis assise derrière une vieille dame, e me suis cacher derrière elle rien que pour éviter de la voir, parce que je me suis dit que c'est pas vrai c'est pas elle, donc mon père il est décédé a la maison, il était malade 3 jours avant de mourir, il ne mange pas j'ai dit a ma sœur que mon père est malade il n'est pas bien et tout, mon frère est rentrer on l'a envoyer chercher le médecin, le temps qu'il est parti chercher le médecin mon père est mort, donc concernant mon père j'étais préparer un peu, parce que je l'ai senti. Depuis l'événement, elle a ressenti des changements psychologiquement, en disant : «j'ai remarqué des changements psychologiquement, de se retrouver a l'âge de 14ans, amaken ḥesbiyi comme une maman deg uxxam, et pourtant j'étais la plus jeune, j'avais deux sœurs yiwet mariée a 19ans, tayet taxeddamt, donc c'est moi qui a abandonné les études 3laḡal w uxxam ». J'ai remarqué des changements psychologiquement, de se retrouver a l'âge de 14ans, considère moi comme une maman dans la maison, et pourtant j'étais la plus jeune, j'avais deux sœurs, une elle est mariée et l'autre elle travailler, donc c'est moi qui a abandonné les études pour la maison. Pour elle le deuil a eu un impact négatif sur sa santé mentale, en disant : « C'est sur c'est toute a fait normal, tu va te retrouver a l'âge de 14ans iman-iw et a l'âge de 15ans sans papa, rnuyas iḥersaṬ mon grand frère ur ntefeṬara, genre ivṬa aṬiḥader, netta inwa tayi id la solution bac aṬiḥader ». C'est sur c'est toute a fait normal, tu va te retrouver a l'âge de 14ans seule et a l'âge de 15ans sans papa, en plus notre grand frère est dure avec nous, on ne sort pas, genre il veut nous protégé, et lui il trouve que c'est la solutions pour nous protégé. D'après elle, elle a dépassée le deuil, en disant : « oui j'ai dépassé la situation du deuil, s la

force imaniw kan et y'avais personne, j'étais toute seule deg uxxam, qarVas yemma atan Ver rebbi sebhanu, donc je suis obligé de dépasser ça, anect-nni ifkayid le courage kemleV i baba, après imi yemut baba qarVas lwacul c'est ma responsabilité malgré j'étais la plus jeune obligé ahenhadreV wasenxedmeV aken isentxedem yemma, nutni urhussen ara i le manque des parents aken inhus nekenti s teqcicin ». Oui j'ai dépassé la situation de deuil, avec la force et seule et y'avais personne, j'étais toute seule a la maison, je me suis dit que ma maman elle est avec dieu tout puissant, donc je suis obligé de dépassé ça, et cela ma donné du courage pour continué pour mon père, après quant il est décédé mon père je me suis dit que les enfants c'est ma responsabilité pour les protégés et faire comme maman faisais, Eux ils ressentaient pas le manque des parents comme nous les filles. Selon ses paroles elle a dépassée son deuil toute seul, en disant : « Non, j'avais personne l3emriw kan ». Non, j'avais personne j'étais toute seule. La résilience l'a influencé positivement sur son cheminement de vie, en disant : « s3iV la force bezzaf tura, amaken tesbediyid, qleV zemreV ad qevleV kulec, je peux affronter n'importe quel problème, parce que uffiV beli ilaq atilit aka sinon ateVlit ». J'ai beaucoup de force maintenant, c'est comme si elle ma levé, maintenant je peux tout accepter, je peux affronter n'importe quel problème, parce que j'ai trouvé qu'il faut être comme ça sinon tu va tomber. Actuellement elle a un bon équilibre de vie, en disant : « bien, pour l'instant hamdullah ». Je vis bien, Pour l'instant dieu merci.

1.2.2. Présentation et discussion des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du 2ème cas

Tableau N° 05 : Présentation des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du 2ème cas

Dimensions	Nombres d'items	Score par item	Score total	Résultats
Compétence personnel	8	0-4	31/32	≥ 26
Confiance en soi	7	0-4	25/28	≥ 21
Adaptation au stress	5	0-4	19/20	≥ 15
Contrôle personnel	3	0-4	12/12	≥ 10
Spiritualité	2	0-4	8/8	≥ 6
Total général (25 items)	25	0-4	95/100	≥ 80

D'après les scores, Salima a obtenue un score trop élevé 95, ce qui signifie qu'elle est une personne qui a une forte capacité de rebondir et gestion de stress ≥ 80.

A propos du premier facteur qui représente La compétence personnelle, Salima a obtenue un score de 31/32 (score élevé ≥ 26), En répondant par presque tout le temps aux items (10, 11, 16, 17, 23, 24, 25), Et par souvent à l'item (12) « Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas ». D'après ses réponses, Salima a de bonnes capacités internes, elle cherche l'excellence, et que souvent elle n'abandonne pas face aux difficultés.

Concernant le deuxième facteur, qui représente La confiance en soi, Salima a obtenue un score de 25/28 (score élevé ≥ 21), En répondant par presque tout le temps aux items (7, 14, 15, 18, 19), Et par souvent à l'item (6) « J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e) », Et par parfois à l'item (20) « Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi ». D'après ses réponses, Salima voit souvent le côté humoristique des choses, et que parfois elle réagit intuitivement face aux problèmes, elle sait gérer ses émotions dans des situations difficiles, et que elle tire du stress que du positif.

Et pour le troisième facteur, Adaptation au stress, Salima a obtenue un score de 19/20 (score élevé ≥ 15), En répondant par presque tout le temps aux items (1, 2, 4, 8). Et par souvent à l'item (5) « Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés ». D'après ses réponses, Salima a une capacité d'adaptation, et une acceptation positive, et qu'elle reçoit de l'aide par ses proches, et que souvent les succès passés lui donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.

Le quatrième facteur, Le sentiment de contrôle, Salima a obtenue un score de 12/12 (score élevé ≥ 10), En répondant par presque tout le temps aux items (13, 21, 22), D'après ses réponses, Salima contrôle bien ses actions internes et externes qui veut dire qu'elle a une forte résilience, compétences, responsabilité et qu'elle fait face aux défis.

En parlant du dernier facteur, La spiritualité, Salima a obtenue un score de 8/8 (score élevé ≥ 6), En répondant par presque tout le temps aux items (3, 9). D'après ses réponses, Salima est une personne qui croit en dieu et au destin, et que toute chose qui arrive dans sa vie a une raison.

Synthèse du 2eme cas

D'après ce qu'elle nous a raconté et à l'aide du questionnaire de résilience CD-RISC, On peut dire que salima a une forte résilience, d'où elle a confiance en elle, un bon équilibre de vie,

des capacités d'adaptation, elle a dépasser son deuil toute seule ce qui montre aussi qu'elle a une forte personnalité et courageuse, ainsi qu'un score de 95/100 (≥ 80) qui résulte une forte résilience.

1.3. Cas clinique N°3

1.3.1. Présentation de l'entretien du troisième cas

-information personnelle du patient :

Le jour de l'entretien Kahina s'est présentée en souriant, dont elle a montrée un intérêt pour notre thématique. Nous l'avons rencontrés l'après midi à 13h, l'entretien a duré 30minutes.

Kahina est une femme de 39ans, salariée, Mariée, C'est la mère qui est décédée, dont elle a eu une très bonne relation avec elle.

- Informations liées à la santé du patient :

Avant le décès de son parent en disant : « Temmut jida le 01/01/2009. Jida yemmas n yemma d wagi i yellan d le choc amezwaru deg ddunit-iw. Jida d yemma ar ghur i. Hemmley-tt atas netta, Deg wass mi temmut jida, fehmeɣ d acu i d lmeena n lmut agi, neɣ azegzaw ara yeɣ widak akk i d-yemmuten, azeytara af midin akut ». la mort de ma grand-mère était le 1er janvier 2009 ma grand-mère c'est la mère de ma mère, c'est le premier choc dans ma vie, ma grand-mère c'est ma mère pour moi, je l'aime vraiment, depuis la mort de ma grand-mère j'ai compris c'est quoi la mort aussi pour tout le monde. En entendant l'annonce, elle a dit : « D le choc ɣur-i ameqqran, ttruy, ttruy, uɣaleɣ ar leqaea ». c'est un grand choc pour moi, j'ai pleuré vraiment, puis je suis tombé par terre. Depuis le décès de ma mère elle a dit : « Deg mi i temmut yemma fecleɣ, ssarheɣ ak imi-w, ttruy kan shiy argaz-iw d warraw-iw, waxreɣ i lmakla, ttizeɣaffayɣ rapide, kan akka cwiya ad ttruy ». depuis la mort de ma mère je suis fatiguée je me suis abandonnée, je pleure tout le temps, j'ai oublié mon mari et mes enfants, je mange pas, je m'énerve rapidement, je pleure toujours. Pendant le processus de deuil elle a dit : « Le vide ameqqran, d manque ameqqran deg lehyat-iw, yedram lesas-iw, qimeɣ iman-iw ulac iwumi aɣkuy tura ». C'est un grand vide et un grand manque dans ma vie, ça ma brisé le cœur, je suis rester seule, j'ai personne à qui raconter. Par rapport l'impact de deuil sur la santé mentale, elle dit : « Tizaɣafayagh rapide, hemleɣ ad qimeɣ waɣdi, ttarguy yema s waɣtas ». je m'énerve rapidement, j'aime rester seule et je rêve beaucoup ma mère.

D'après elle, elle a dépassé la période du deuil, en disant: « obligé ankeml dunith nagh a3lajel n waraw-iw d wargaz-iw, ixxdem-iw, koulch yettrajuyagh ankeml l'avenir nagh ». Obligé de continuer notre vie pour mes enfants et mon mari, et mon travail, toute les choses nous attendent pour continuer notre avenir. Dans la question, si elle a quelqu'un compte, elle a dit : « vava le3ali id ixdemem l courage akou d wargaz iw, d waraw iw ». Mon père qui me fait de Courage mon mari et et mes enfants. Et sur l'influence de la résilience sur son cheminement de vie, elle a dit : « tharnayid le courage d leqwa ad qavlagh akuth ayen idettdoun deg dounith- iw ». Elle rajouté du courage et la force pour faire face a toute les choses qui vont venir dans ma vie, actuellement elle a dit: « lwaqt nni imi temout kulech yakhrev mayela tura ham doulallah ya rebbi koulck yeq3d oughalagh ar ixxdim-iw ttehlagh d waraw iw d wargaz iw ». Quant elle est décédée tout s'est basculé, mais maintenant dieu merci, tout va bien, j'ai retrouvé mon travail, je m'occupe de mes enfants et de mon mari.

1.3.2. Présentation et discussion des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du 2ème cas

Tableau N° 06 : Présentation des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du 3ème cas

Dimensions	Nombres d'items	Score par item	Score total	Résultats
Compétence personnel	8	0-4	28/32	≥ 26
Confiance en soi	7	0-4	15/28	≥ 14
Adaptation au stress	5	0-4	10/20	≥ 9
Contrôle personnel	3	0-4	6/12	≥ 5
Spiritualité	2	0-4	7/8	≥ 6
Total général (25 items)	25	0-4	66/100	50 – 79

D'après les scores, Kahina a obtenue un score modérée 66/100, ce qui signifie qu'elle a une capacité d'adaptation moyenne (50-79).

A propos du premier facteur qui représente La compétence personnelle, kahina a obtenue un score de 28/32 (score élevé ≥ 26), En répondant par 'presque tout le temps' aux items (10, 11,

12, 24, 25), Et par 'souvent' aux items (16,17), et par 'parfois' à l'item (23). D'après ses réponses, Kahina a de bonnes capacités internes.

Concernant le deuxième facteur, qui représente La confiance en soi, kahina a obtenue un score de 15 /28 (score élevé ≥ 21), En répondant par 'souvent' aux items (7, 14, 15, 19), Et 'rarement' aux items (6, 20,18). D'après ses réponses, Kahina sait gérer ses émotions dans des situations difficiles, et que souvent elle tire du stress que du positif.

Et pour le troisième facteur, Adaptation au stress, Kahina a obtenue un score de 10/20 (score moyen $\sim 10 - 14$), En répondant 'parfois' aux items (2, 4, 5). Et 'rarement' à l'item (1), Et par souvent à l'item (8). D'après ses réponses, elle a une capacité d'adaptation au stress moyenne.

Le quatrième facteur, Le sentiment de contrôle, Kahina a obtenue un score de 6/12 (score moyen $\sim 6 - 9$). En répondant par 'rarement' à l'item (13), Et par parfois à l'item (21), Et par 'souvent' à l'item (22). D'après ses réponses, Kahina a un sentiment de contrôle moyen.

En parlant du dernier facteur, La spiritualité, a obtenue un score de 7/8 (score élevé ≥ 6). En répondant 'presque tout le temps' à l'item (3). Et 'souvent' à l'item (9). D'après ses réponses, Kahina est une personne qui croit en dieu et au destin, et que toute chose qui arrive dans sa vie a une raison.

Synthèse du 3eme cas

D'après ce que kahina nous a raconté sur la mort de son père, elle est vraiment touchée, car elle est très attachée à lui et son départ il a laissé un grand manque dans sa vie parce que pour elle c'est lui le plus cher malgré ça Sabrina arrive à dépasser et faire face à tout qui vient vers elle.

1.4. Cas clinique N° 4

1.4.1. Présentation de l'entretien du troisième cas

-information personnelle du patient

Le jour de l'entretien Sabrina s'est présentée en souriant, dont elle a montré un intérêt pour notre thématique. Nous l'avons rencontrée l'après midi à 14h, l'entretien a duré 45 minutes.

Sabrina est une jeune femme de 25ans, Etudiante, Célibataire, C'est son père qui est décédé, dont elle a eu une très bonne relation avec lui.

- Informations liées à la santé du patient

Avant le décès de son père, Elle n'était pas préparée psychologiquement, en disant : « xati ur hegagh ara iman-iw axater ligh mecetuhagh ». Non je n'étais pas préparée parce que j'étais petite. En entendant l'annonce du décès de son père elle a dit : « ligh deg uxxam, xedmen lejanaza nekki imiren ur sinegh ara, après 3emmi yewiyi saxxam-is, uqvel atawin yewted 3emmi yenayid Vavam yemuth. qimgh akeni outtrogh ara je me souviens pas de la douleur mais après 40 jours thekuyid bli trugh la3ca axatar ar ghures iganegh, amaken targit yemuth Vava ».j'étais a la maison, ils ont fait l'enterrement, mais moi je ne connais pas tout ça, puis mon oncle m'a ramener chez lui, avant qu'ils vont l'amener pour l'enterrer, mon oncle ma dit que ton père est mort, j'ai pas pleuré, je me souviens pas de la douleur, mais après 40 jours ma mère me racontée que je pleurée la nuit parce que je dort tjr avec lui, c'est comme un rêve que mon père est mort. Depuis l'évènement, elle dit : « imiren ur tettegh ara, toujours dimettawen, mais toura hamdullah ». je mangeais, je pleuré toujours, mais maintenant dieu merci. Pour elle le deuil a eu un impact négatif sur sa santé mentale, en disant : « tagadegh, ulach Vava win id3dan ayihqar, koul ma tili ljanaza ad ruhagh yemuth vavas n wav3ad terugh amkeni d Vava igmuten ». J'avais peur, mon père n'est pas là et les gens me rabaissent, je vais a chaque enterrement quand un père de quelqu'un meurt, je pleur comme si c'est mon père qui est mort.

Après le décès, si elle est dépassée la situation du deuil elle a dit : « Malgré tout ça kemlagh dounit-iw axater qevlagh beli Vava ulachit yemmut ».Malgré tout ça j'ai continuer ma vie car j'ai accepté le faite que mon père n'est pas là et qu'il est mort. Elle avait un soutien qui l'a aidée a dépasser cette période de deuil, en disant : « yemma ut ytedji ara akuth d ldjar nni negh Laarbi i hesvagh amaken daraw- is ». Ma maman ne ma pas laisser avec notre voisin Laarbi il nous considérait comme ses propre filles. La résilience l'a influencé positivement sur son cheminement de vie, en disant: « t3awniyi mlih deg dunit-iw, ad fahmagh beli ayen idyoussan atqevlagh ». Elle m'a beaucoup aidée à comprendre que toute choses qui vient dans ma vie, il faut l'accepter. Actuellement elle a dit : « aqlin qaragh harchagh, tura kulec yeq3ed deg dunit-iw ». J'étudie très bien, actuellement tout est régler dans ma vie.

1.4.2. Présentation et discussion des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du 2^{ème} cas

Tableau N° 07 : Présentation des résultats du questionnaire de résilience CD-RISC du 2^{ème} cas

Dimensions	Nombres d'items	Score par item	Score total	Résultats
Compétence personnel	8	0-4	21/32	≥ 20
Confiance en soi	7	0-4	12/28	≥ 11
Adaptation au stress	5	0-4	16/20	≥ 9
Contrôle personnel	3	0-4	8/12	≥ 7
Spiritualité	2	0-4	5/8	≥ 4
Total général (25 items)	25	0-4	62/100	50 – 79

D'après les scores, Sabrina a obtenue un score modérée 62/100, ce qui signifie qu'elle a une capacité d'adaptation moyenne (50-79).

A propos du premier facteur qui représente La compétence personnelle, Sabrina a obtenue un score de 21/32 (score moyen ~20 – 25), En répondant par 'souvent' aux items (10, 11, 16, 17, 24, 25), Et par 'parfois' à l'item (23), et par 'rarement' à l'item (12). D'après ses réponses, Sa compétence personnelle est moyenne.

Concernant le deuxième facteur, qui représente La confiance en soi, Sabrina a obtenue un score de 12 /28 (score faible), En répondant par 'parfois' aux items (7, 14, 15, 20), Et 'rarement' à l'item (18), et par 'pas du tout' à l'item (6), et par 'souvent' à l'item (19). D'après ses réponses, Sabrina a une faible confiance en soi.

Et pour le troisième facteur, Adaptation au stress, Sabrina a obtenue un score de 16/20 (score élevé ≥ 15), En répondant par 'presque tout le temps' aux items (1, 4, 5, 8,). Et 'souvent' à l'item (2). D'après ses réponses, elle a une capacité d'adaptation au stress élevé.

Le quatrième facteur, Le sentiment de contrôle, Sabrina a obtenue un score de 8/12 (score moyen ~6 – 9). En répondant par 'souvent' à l'item (21,22), Et par 'parfois' à l'item (13). D'après ses réponses, Sabrina a un sentiment de contrôle moyen.

En parlant du dernier facteur, La spiritualité, sabrina a obtenue un score de 5/8 (score moyen~3 – 5). En répondant ‘parfois’ a l’item (9).Et ‘souvent’ a l’item(3). D’après ses réponses, sabrina a une spiritualité moyenne.

Synthèse du 4eme cas

D’après ce que Sabrina nous a raconté sur la mort de son père, elle est vraiment touché, car elle est très attaché à lui et son départ il a laissé un grand manque dans sa vie, parce que pour elle c’est lui le plus cher malgré ça Sabrina arrive a dépassé et faire face a tout qui viens vers elle.

2. Discussion des hypothèses

La dernière partie de ce chapitre, nous mènera à faire une discussion de nos hypothèses que nous avons proposé au départ, qui vont être confirmées ou infirmées. Grâce aux outils que nous avons utilisés (l'entretien semi-directif et le questionnaire de la résilience CD-RISC) au cabinet de psychologie clinique ZERRAD.O à Akbou et à travers la présentation et l'analyse des résultats recueillis.

- Les femmes qui développent des mécanismes de résilience plus forts sont mieux à même de gérer leur chagrin et de trouver un sens à leur perte.

Notre étude repose sur deux hypothèses initiales, et nous commencerons par examiner la première. Pour la vérifier, nous avons croisé les données quantitatives du questionnaire de résilience CD-RISC avec les résultats qualitatifs issus d'entretiens cliniques semi-directifs menés auprès de quatre (04) cas sélectionnés selon des critères précis. On a observé auprès de nos cas qu'ils ont une capacité à rebondir face au décès, et après avoir analysé les résultats du questionnaire appliqué à chaque cas de la population étudiée, nous avons constaté que chaque un de nos cas développe des mécanismes de résilience afin de gérer leur chagrin et de trouver un sens à leur perte. Les résultats montrent que les deux premiers cas ont une résilience élevée (une forte capacité de rebondir et gestion de stress), et par rapport aux scores (cas n°1 : 98/100, cas n°2 : 95/100), et aux normes du questionnaire (≥ 80), et les deux derniers ont une résilience modérée (capacité d'adaptation moyenne) par rapport aux scores (cas n°3 : 66/100, cas n°4 : 62/100), et aux normes de questionnaire (50 – 79), pour cela cette première hypothèse est partiellement confirmée.

Pour la deuxième hypothèse :

- Les différences individuelles, telles que l'âge, le niveau d'éducation et les croyances culturelles affectent la manière dont les femmes vivent leur résilience.

Pour la deuxième hypothèse, nous avons analysé les données quantitatives du questionnaire de résilience CD-RISC avec les résultats qualitatifs issus d'entretiens cliniques semi-directifs menés auprès de quatre (04) cas sélectionnés selon des critères spécifiques. On a constaté qu'il y a des différences individuelles entre nos cas, telles que l'âge (1er cas : 26ans, 2ème cas : 42ans, 3ème cas : 25ans, 4ème cas : 39ans), le niveau d'instruction (1er cas : étudiante, 2ème cas : femme au foyer, 3ème cas : étudiante, 4ème cas : salarié), les croyances culturelles où nos cas croient en Dieu, leurs relations avec leur parent décédé et par rapport à leur vécu.

Et après avoir analysé les résultats du questionnaire appliqué à chaque cas de la population étudiée, nous avons constaté qu'il y a une différence de degré de résilience chez ces femmes en se référant aux résultats de notre questionnaire qui nous montre que les deux premiers cas ont une résilience élevée (une forte capacité de rebondir et gestion de stress) et par rapport aux scores (cas n°1 : 98/100, cas n°2 : 95/100), et aux normes du questionnaire (≥ 80), et les deux derniers ont une résilience modérée (capacité d'adaptation moyenne), par rapport aux scores (cas n°3 : 66/100, cas n°4 : 62/100), et aux normes de questionnaire (50 – 79), pour cela cette deuxième hypothèse est partiellement confirmée.

Tableau N° 08 : Confrontation des résultats de nos 04 cas au questionnaire de résilience CD-RISC

N° des cas	Prénom	Interprétation des résultats
Cas N° 01	Lamia	Forte capacité de rebondir et gestion de stress.
Cas N° 02	Salima	Forte capacité de rebondir et gestion de stress.
Cas N° 03	Kahina	Capacité d'adaptation moyenne.
Cas N° 04	Sabrina	Capacité d'adaptation moyenne.

Dans ce tableau ci-dessus, nous pouvons voir que les deux premiers cas ont le même résultat, et que les deux autres cas ont le même résultat.

- Confrontation des résultats de notre recherche avec les études antérieures :

1. les résultats de notre étude :

Les hypothèses de notre étude :

- Les femmes qui développent des mécanismes de résilience plus forts sont mieux à même gérer leurs chagrin et de trouver un sens à leur perte.
- Les différences individuelles, telles que l'âge, le niveau d'éducation et les croyances culturelles affectent la manière dont les femmes vivent leur résilience.

Les résultats :

Les résultats montrent que les deux premiers cas ont une résilience élevée (une forte capacité de rebondir et gestion de stress), et par rapport aux scores (cas n°1 : 98/100, cas n°2 : 95/100), et aux normes du questionnaire (≥ 80).

- Les résultats de l'étude d'Ammar, A. et al (2022) :

Sur niveau de resiliance chez les etudiants en medecine et ses facteurs associés.

Au total, 199 etudiants ont participer (age ^ moyen : 20,94 § 1,71 ans) avec une predominance féminine (sex- ratio=0,353) et 43 % étaient inscrits au premier cycle. Leur niveau socioéconomique était moyen dans 83,4 % des cas. Les conduites addictives étaient décrites dans 18,6 % des cas. Le score global moyen de la resiliance était de 66,4 § 15,28 avec des scores moyens respectifs des étudiants du 1 er et 2e cycle de 67,6 § 15,6 et 65,4 § 15,4

sans différence significative ($p=0,3$). Les scores moyens des 1er, 2e , 3e , 4e , et 5e facteurs sont respectivement : 22,6 § 5,5 ; 16,7 § 4,8 ; 13,5 § 3,2 ; 7,3 § 2,6 et 6,2 § 1,8. (Ammar, A. et al (2022). P 1)

Les résultats de notre étude ne correspondent pas aux résultats de cette étude antérieure.

2. Les résultats de notre étude :

Les hypothèses de notre étude :

- Les femmes qui développent des mécanismes de résilience plus forts sont mieux à même gérer leurs chagrin et de trouver un sens à leur perte.
- Les différences individuelles, telles que l'âge, le niveau d'éducation et les croyances culturelles affectent la manière dont les femmes vivent leur résilience.

Les résultats :

Les deux derniers ont une résilience modérée (capacité d'adaptation moyenne), par rapport aux scores (cas n°3 : 66/100, cas n°4 : 62/100), et aux normes de questionnaire (50 – 79), pour cela cette deuxième hypothèse est partiellement confirmée.

- Les résultats de l'étude de Benalia. O et al (2023) :

Sur la Résilience et qualité de vie, dans le processus thérapeutique, après un double traumatisme, corporel et psychique.

Elles ont obtenues 5 facteurs de résilience :

- Persistance / ténacité et sens d'efficacité personnelle (72,6%).
- Contrôle émotionnel et cognitif sous la pression (58,4).
- Capacité de rebondir (70%).
- Contrôle et sens (62.1).
- Spiritualité (75,5). (Benalia.O et al, 2023, pp 1029,1030)

Analyse des résultats: Nous avons obtenu cinq facteurs de résilience : Les valeurs du facteur« Persistance/ Ténacité et sens d'efficacité personnelle» sont très élevées 72,6% ce qui

renvoie à un équilibre psychologique et une force de caractère qui rassure. Car le traumatisme altère la personnalité des sujets atteints et ces valeurs renvoient à un facteur de résilience très important. Les valeurs du facteur « Contrôle émotionnel et cognitif sous la pression » sont moins élevées que le reste des facteurs de l'échelle de résilience utilisée 58,4%. Ces valeurs expriment la sensibilité de notre patiente, qui persiste. Le processus de travail de deuil n'est pas encore arrivé à son terme et c'est normal que les émotions de Zineb ne soient pas encore très contrôlables. Mais le fait d'avoir des valeurs, liées à ce facteur, qui dépassent la moyenne, nous sommes assez rassurés et ce n'est qu'une question de temps, pour qu'elle puisse se contrôler plus. Le facteur « Capacité de rebondir » exprime le mécanisme d'a résilience elle-même, avec des valeurs qui atteignent 70%, nous ne pouvons que confirmer les capacités de Zineb et ses atouts concernant la résilience. Avec des valeurs aussi élevées, qui dépassent largement la moyenne, nous attestons de leurs congruences avec les résultats cliniques, où des perspectives sont tracées avec une volonté incroyable. Toujours quand il s'agit de contrôler les résultats de notre patiente diminuent, ainsi nous réalisons que les valeurs du facteur « Contrôle / sens » sont également assez basses 62,1%, et sont proches des valeurs facteur « Contrôle émotionnel et cognitif sous la pression », ceci exprime la validité de l'outil d'un côté et d'un autre côté, la sensibilité de Zineb qui persiste. Quant aux valeurs du facteur « Spiritualité » qui sont les plus élevées par rapport aux autres facteurs. Notre patiente est très pieuse et le recours à la spiritualité pourrait être un élément de résilience majeur qui puisse ressourcer la personne et lui permet de rebondir lors des moments pénibles, et la soutenir voire, consolider son processus de résilience. Sa motivation de vouloir réaliser ses ambitions est fondée sur son souhait de parvenir à faire plaisir à son défunt père.

Les résultats de notre étude correspondent aux résultats de cette étude antérieure.

Synthèse

Notre étude faite sur le rôle de la résilience chez les femmes traumatisées par le décès d'un parent de quatre (04) cas qui nous ont permis d'obtenir les résultats que nous avons utilisés lors de la discussion des hypothèses de départ dans le but de les infirmer ou de les confirmer, Donc nos hypothèses sont partiellement confirmées.

Conclusion

Conclusion

Tout au long de notre étude, Nous avons porté notre attention d'étudier le rôle de la résilience chez les femmes traumatisées par le décès d'un parent, Nous avons tenté de décrire les différents facteurs de la résilience qui joue un rôle crucial chez les femmes afin de rebondir après avoir eu un événement traumatisant et stressant, notamment, le décès d'un parent.

Le chapitre abordé précédemment nous a permis d'évaluer les réponses de nos cas et de les analyser, qui sont étaient retenue par notre entretien et notre questionnaire, nous avons identifié les facteurs qui permettent l'émergence du processus de la résilience, et cela par rapport aux différences individuelles qui affectent la manière dont les femmes vivent leur résilience après une perte.

De ce fait, grâce a la méthode, qu'on a choisi d'utiliser dans notre recherche « L'étude de cas », Nos hypothèses sont partiellement confirmées, Parce que chaque femme a des différences individuelles qui ne sont pas similaire d'une femme à une autre.

Pour conclure, il est important de savoir que la perte d'un parent entraine souvent un choc dévastateur au plus intime de soi, Où la souffrance devient centrale, c'est l'une des émotions du deuil, qui est certainement l'une des épreuves les plus difficile a traverser au cours d'une vie, et pour cela il faut beaucoup de temps pour se remettre d'une telle épreuve, Les femmes possèdent des capacités a faire face a ce traumatisme, a rebondir avec des stratégie d'adaptation, une bon soutien social, un bon équilibre de vie, des capacités mentales, savoir contrôler ses émotions, tout ces éléments jouent un rôle a se relever, et retrouver un sens a leurs vie.

Suite a la présentation de notre recherche, On souhaite que notre étude a ouvert des pistes aux recherches futures, du fait que la perte d'un parent traumatise fortement les femmes, notre objectif est de donner une vision sur se traumatisme pour instaurer une sensibilisation approfondie. Et nous encourageants les étudiants à s'intéresser au thème de la résilience que nous considérons comme un thème d'actualité, qui a une visé positive pour les individus.

Cette recherche reste une excellente expérience en terme d'apprentissage et de découverte sur le plan pédagogique et humaine.

Conclusion

Les recommandations

- Former les soignants à repérer les signes de deuil compliqué.
- Encourager la participation à des groupes de parole pour partager l'expérience du deuil.
- Intégrer des techniques de pleine conscience pour gérer l'anxiété et les souvenirs intrusifs.

La liste bibliographique

Ouvrages :

- Anaut, M. (2015). Psychologie de la résilience Marie Anaut, 3^{éd}. Paris, Armand Colin.
- Caron, V. (2021). RESILIENCE un guide complet, pratique et efficace pour combattre le stress, maîtriser ses émotions et vivre en paix.
- Chahraoui, K. (2014). 15 Cas Cliniques en Psychopathologie du traumatisme: Vulnérabilités et sens du trauma psychique. Dunod.
- Coutanceau, R & Bennegadi, R. (2014). Resilience et relations humaines. DUNOD.
- Cyrulnik, & Philippe. (2006). Psychanalyse et résilience. Paris, Odile Jacob.
- Cyrulnik, B & al. (2000). La résilience : le réalisme de l'espérance. Paris, Fondation pour l'enfance.
- Cyrulnik, B & Jorland, G. (2012). Résilience ;Connaissances de Base. Odile Jacob.
- Delage, M & Cyrulnik, B. (2010). FAMILLE ET RESILIENCE. Paris, Odile Jacob.
- Dozio. E & al. (2020). Le traumatisme psychique chez l'adulte. Paris, ÉDITIONS IN PRESS.
- Kübler-Ross, E. (1970). On death and dying. Collier Books / Macmillan Publishing Co.
- Lombard, I & al. (2018). LE DEUIL. France, Référentiels inter Régionaux en Soins Oncologiques de Support.

Articles :

- Abdollahi, A & al. (2015). Locus of control, Hardiness, and Emotional Intelligence as Predictors of Waste Prevention Behaviours. Romanian Journal of Applied Psychology.17, 8-16. <https://www.researchgate.net/publication/280942093>.
- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. Recherche En Soins Infirmiers, N° 82(3), 4–11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>.
- Bacqué,M. (2003). DEUIL POST-TRAUMATIQUE ET CATASTROPHES NATURELLES. Études sur la mort, n° 123, 111-130.
- Bernard, M & al. (2016). La résilience, une nouvelle approche de la dimension émotionnelle. Entreprendre & Innover, n° 29(2), 16–26. <https://doi.org/10.3917/entin.029.0016>.
- Bossick,B. (2008). AN EMPIRICAL EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN POSTTRAUMATIC GROWTH AND THE PERSONALITY TRAITS OF HARDINESS, SENSE OF COHERENCE, LOUCS OF CONTROL, SELF-EFFICACY, RESILIENCE, AND OPTIMISM. UMI Microform.N° 3338472, 40-43.

Liste bibliographique

- Crête, J. (2009). Le calme après la tempête : du choc à la résilience. *Frontières*, 22(1-2), 35–41. <https://doi.org/10.7202/045025ar>.
- Guihard, G. et Al. (2018). Evaluer la résilience des étudiants en santé en France : adaptation et mesure de l'invariance de l'échelle CD-RISC 10. *Mesure et évaluation en éducation*, 41(2), 67-96.
- Hamdam, M & al. (2016). The Effectiveness of Group Training of CBT-Based Stress Management on Anxiety, Psychological Hardiness and General Self-Efficacy among University Students. *Global Journal of Health Science*, Vol. 8, No. 6. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p47>.
- Hanus, M. (2009). Deuil et résilience : différences et articulation. *Frontières*, 22(1-2), 19–21. <https://doi.org/10.7202/045022ar>.
- Lefebvre, H. & Levert, M.-J. (2005). Traumatisme craniocérébral : de la souffrance à la résilience. *Frontières*, 17(2), 77–85.
- Tychev, C. (2016). L'évaluation de la résilience : quels critères diagnostiques envisagés ?. *Perspectives Psy*, 43, 3, 226-233. <https://www.researchgate.net/publication/270841643>.

Sites internet :

- <https://shs.cairn.info/revue-entreprendre-et-innover-2016-2-page-16?lang=fr>
- <https://bice.org/fr/la-resilience-au-coeur-de-notre-action/histoire-du-concept-de-resilience/#:~:text=Les%20premi%C3%A8res%20approches%20de%20la,pendant%20la%20Seconde%20Guerre%20mondiale>

Thèses :

- Ammar, A. (2022). Etude du niveau de résilience chez les étudiants en médecine et ses facteurs associés. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Pages S221-S222.
- Benalia, O & al. (2023). Résilience et qualité de vie, dans le processus thérapeutique, après un double traumatisme, corporel et psychique. *Université de Bouira*. 8 / N°1. P 1021-1033
- Daigneault & al. (2007). Résilience chez les adolescentes victimes d'agression sexuelle : liens avec l'empowerment et les stratégies d'adaptation. *Revue canadienne de service social*. 24(1).
- Dupouy, J & al (2021). APPRENTISSAGE ET PRATIQUES APPRENTISSANTES : FACTEURS DE RÉSILIENCE ? LE CAS DE FEMMES AYANT ÉTÉ VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES. Université Paris Nanterre, CREF - Centre de Recherche Education et Formation (France). *TransFormations – Recherches en Éducation et Formation des Adultes*, n°21.

Liste bibliographique

- JEAN-THORN, A & al. (2020). Validation d'une échelle de résilience (CD-RISC 10) auprès des mères d'enfants victimes d'agression sexuelle. Université de Québec à Montréal. Revue Internationale de la résilience des enfants et des adolescents.
- Koudou, O & al. (2016). Traumatisme, réinsertion psychosociale et résilience chez des femmes victimes de viol pendant les conflits armés en cote d'Ivoire. Cote d'Ivoire. Vol.5, N.1.
- Laperle, Ph. (2022). Regard sur les expériences de deuil de proches ayant perdu un être cher par aide médicale à mourir ou par mort naturelle accompagnée de soins palliatifs. Université de Montréal. Scholaris.
- Potemski, P. (2022). Le rôle des femmes dans la résilience des sociétés humaines. Sciences de l'Homme et Société. Université de Technologie de Troyes (UTT), Français. ffnnt : 2022TROY0027ff. fftel-04413625f.
- Roseline, M. (2015). LES STRATÉGIES DE COPING COMME PRÉDICTEURS DE LA RÉSILIENCE ET DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ DES PERSONNES VIVANT AVEC UNE LÉSION À LA MOELLE ÉPINIÈRE. Université du Québec à Montréal.

Annexes

Annexe 01 : Guide d'entretien

INFORMATIONS SUR LE SUJET :

- 1)- Quel âge avez-vous ?
- 2)- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3)- Quel est votre situation matrimoniale ?
- 4)- Quel est votre profession ?
- 5)- Quel est le parent qui est décédé ?
- 6)- Comment était votre relation avec votre parent décédé ?

AXE N° 01 : TRAUMATISME.

- 7)- Avez-vous déjà vécu un événement traumatisant à part celui du décès de votre parent ? Si oui, pouvez-vous en parler ?
- 8)- Pouvez-vous décrire les circonstances entourant le décès de votre parent ?
- 9)- Est-ce que vous étiez préparé psychologiquement avant le décès de votre parent ?
- 10)- comment était votre réaction après avoir entendu l'annonce ?
- 11)- Avez-vous remarqué des changements dans votre santé depuis cet événement ?
- 12)- Quelles émotions avez-vous ressenties pendant le processus de deuil ?
- 13)- pensez-vous que le deuil a eu un impact sur votre santé mentale ? Si oui, de quelle manière ?
- 14)- Quelles leçons ou réflexions avez-vous tirées de cette expérience ?

AXE N° 02 : RESILIENCE.

- 15)- Avez-vous dépassé votre situation de deuil ? Si oui comment ?
- 16)- Y'avait-il quelqu'un sur le quel vous comptez ? Si oui, qui est-il ?
- 17)- Est-ce que vos expériences de vie vous à aidé à surmonter cet événement ?
- 18)- Comment la résilience a-t-elle influencé votre cheminement depuis la perte ?
- 19)- Est-ce que vous avez accepté le fait que votre parent est décédé ?
- 20)- Avez-vous un bon équilibre de vie actuellement ?
- 21)- Quels conseils donneriez-vous à d'autres femmes traversant une situation similaire ?

Annexe 02 : Questionnaire de résilience de Connor et Davidson CD-RISC

A l'aide de l'échelle ci-dessous indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse soyez le plus spontanée possible

Pas du tout	Rarement	parfois	souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	
2) J'ai au moins une relation proche et sure qui m'aide lorsque je suis stressé(e).	
3) Lors qu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent m'aider.	
4) Je peux gérer toutes les situations qui présentent à moi.	
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e).	
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	
10) Je fais de mon mieux quel que sois le résultat.	
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	
14) Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement.	
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie.	
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	
19) je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur et la colère.	
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	
22) Je sens que je maîtrise ma vie.	
23) J'aime les défis.	
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soit les obstacles que je rencontre sur ma route.	
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	

Annexe 03 : Cas N° 01 Lamia

Lamia

Echelle de résilience de Connor et Davidson CD-RISC

A l'aide de l'échelle ci-dessous indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse soyez le plus spontanée possible

Pas du tout	Rarement	parfois	souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	4
2) J'ai au moins une relation proche et sure qui m'aide lorsque je suis stressé(e).	3
3) Lors qu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui présentent à moi.	4
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	4
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e).	3
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	4
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	4
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	4
10) Je fais de mon mieux quel que sois le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	4
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	4
14) Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement.	4
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	4
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	4
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie.	4
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	4
19) je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur et la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	4
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	4

22) Je sens que je maîtrise ma vie.	4
23) J'aime les défis.	4
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soit les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audrey,2015,p84)

Annexe 04 : Cas N° 02 Salima

Salima

Echelle de résilience de Connor et Davidson CD-RISC

A l'aide de l'échelle ci-dessous indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse soyez le plus spontanée possible

Pas du tout	Rarement	parfois	souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	4
2) J'ai au moins une relation proche et sure qui m'aide lorsque je suis stressé(e).	4
3) Lors qu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui présentent à moi.	4
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	3
6) J'essaie de voir le coté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e).	3
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	4
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	4
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	4
10) Je fais de mon mieux quel que sois le résultat.	4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	3
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	4
14) Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement.	4
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	4
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	4
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie.	4
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	4
19) je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur et la colère.	4
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	4

22) Je sens que je maîtrise ma vie.	4
23) J'aime les défis.	4
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soit les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audrey,2015,p84)

Annexe 05 : Cas N° 03 Kahina

Kahina

Echelle de résilience de Connor et Davidson CD-RISC

A l'aide de l'échelle ci-dessous indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse soyez le plus spontanée possible

Pas du tout	Rarement	parfois	souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4

1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.	1
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressé(e).	2
3) Lors qu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent m'aider.	4
4) Je peux gérer toutes les situations qui présentent à moi.	2
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.	2
6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e).	1
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).	3
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.	3
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.	3
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.	3 4
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.	4
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.	4
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.	1
14) Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement.	3
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.	3
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.	3
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie.	3
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.	1
19) je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur et la colère.	3
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.	1
21) Je sais où je veux aller dans la vie.	2

22) Je sens que je maîtrise ma vie.	3
23) J'aime les défis.	2
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soit les obstacles que je rencontre sur ma route.	4
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	4

(Audrey,2015,p84)

Annexe 06 : Cas N° 04 Sabrina

Echelle de résilience de Connor et Davidson CD-RISC

A l'aide de l'échelle ci-dessous indiquez à quel point chacune des affirmations suivantes s'applique à votre cas. Pour chaque réponse soyez le plus spontanée possible

Pas du tout	Rarement	parfois	souvent	Presque tout le temps
0	1	2	3	4
1) Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.				4
2) J'ai au moins une relation proche et sûre qui m'aide lorsque je suis stressé(e).				3
3) Lors qu'il n'y a pas de solution précise à mes problèmes, parfois le destin ou dieu peuvent m'aider.				3
4) Je peux gérer toutes les situations qui présentent à moi.				4
5) Les succès passés me donnent confiance pour gérer de nouvelles difficultés.				4
6) J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté(e).				0
7) Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort(e).				2
8) J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.				4
9) Bonnes ou mauvaises, je crois que les choses ne se produisent pas sans raison.				2
10) Je fais de mon mieux quel que soit le résultat.				3
11) Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.				3
12) Même lorsque les choses semblent sans espoir, je n'abandonne pas.				1
13) En période de stress/crises, je sais où me tourner pour trouver de l'aide.				
14) Sous pression, je reste concentré(e) et je réfléchis clairement.				2
15) Je préfère prendre les choses en main pour régler les problèmes plutôt que de laisser les autres prendre toutes les décisions.				2
16) Je ne suis pas facilement découragé(e) par l'échec.				3
17) Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté(e) aux défis et aux difficultés de la vie.				3
18) Si cela est nécessaire, je peux prendre des décisions difficiles et impopulaires qui affectent les autres.				1
19) je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur et la colère.				3
20) Lorsqu'on fait face aux problèmes de la vie il est parfois nécessaire d'agir intuitivement sans savoir pourquoi.				2
21) Je sais où je veux aller dans la vie.				3

22) Je sens que je maîtrise ma vie.	3
23) J'aime les défis.	2
24) Je travaille pour atteindre mes objectifs quels que soit les obstacles que je rencontre sur ma route.	3
25) Mes réussites me procurent de la fierté.	3

(Audrey,2015,p84)

Résumé

Le sujet de notre recherche est « le rôle de la résilience chez les femmes traumatisées par le décès d'un parent », elle a pour objectif de voir les manifestations qui rendent les femmes résilientes face au traumatisme du décès d'un parent, Pour vérifier nos hypothèses, nous sommes présentes au cabinet de psychologie clinique : ZERRAD.O à Akbou. Et nous avons illustré notre recherche avec 04 cas. Pour bien mener ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique descriptive et l'étude de cas ainsi que l'entretien semi-directif et le questionnaire de résilience CD-RISC. Pour ce, Nos hypothèses sont partiellement confirmées.

Mots clés : Résilience, Femmes, Traumatisme, Décès d'un parent.

Summary

The subject of our research is "the role of resilience in women traumatized by the death of a parent", it aims to see the manifestations that make women resilient to the trauma of the death of a parent, to verify our hypotheses, we are present at the clinical psychology office: ZERRAD.O in Akbou. And we illustrated our research with 04 cases. To carry out this work well, we opted for the descriptive clinical method and the case study as well as the semi-directive interview and the CD-RISC resilience questionnaire. For this, Our hypotheses are partially confirmed.

Keywords: Resilience, Women, Trauma, Death of a parent.