

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



MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master 2 en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

THEME

**L'estime de soi après un accident vasculaire cérébral
(AVC)**

(Étude de 10 cas âgés entre 45 et 72 ans réalisée à l'hôpital et au cabinet de rééducation de Souk El Tenine)

Réalisé par :

SAIDI Yasmine

BERKANE Dehia

Encadré par

Dr. CHIBANI Leila

Année universitaire : 2024-2025

Remerciements

Nous remercions Dieu, le Tout-Puissant, de nous avoir donné la santé et la volonté nécessaires pour mener à bien ce mémoire.

Nos sincères remerciements vont à nos parents pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de notre parcours universitaire.

Nous exprimons toute notre gratitude à Dr. Chibani pour son encadrement de qualité, sa patience et sa disponibilité.

Nous remercions les psychologues cliniciennes de l'EPH de Souk El Tenine, Madame Kendjouh et Madame Tairi, pour leur aide précieuse et leur soutien moral.

Nos remerciements s'adressent également à Madame la Directrice et à tout le personnel de l'EPH pour leur accueil chaleureux et les conditions favorables à notre stage.

Nous remercions Monsieur Rabhi Nassim, kinésithérapeute, pour son accueil et son aide précieuse sur le terrain.

Enfin, nos remerciements vont à toute l'équipe pédagogique de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales, en particulier au département de psychologie et d'orthophonie, ainsi qu'à toutes les personnes qui nous ont soutenues de près ou de loin.

Liste des abréviations

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

AIT : Accident Ischémique Transitoire

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

TPA : Activateur Tissulaire du Plasminogène

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

LDL : Low-Density Lipoprotein (mauvais cholestérol)

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

ASPECTS : Alberta Stroke Program Early CT Score

HLH : Hémianopsie Latérale Homonyme

EPH : Établissement Public Hospitalier

RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale (Échelle d'Estime de Soi de Rosenberg)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Liste des tableaux et des annexes

Liste des tableaux

Tableau	Titre	page
Tableau n°1	Récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude	60
Tableau n°2	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°1	70
Tableau n° 3	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°2	72
Tableau n°4	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°3	76
Tableau n°5	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°4	79
Tableau n°6	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°5	82
Tableau n°7	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°6	85
Tableau n°8	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°7	88
Tableau n°9	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°8	92
Tableau n°10	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°9	95
Tableau n°11	Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°10	98

Liste des figures

Figure	Titre	Page
Figure n°1	AVC ischémique	18
Figure n°2	AVC hémorragique	19

Liste des Annexes

Annexes	Titre
Annexe n°1	Guide d'entretien
Annexe n°2	Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Sommaire

Remerciements

Liste des tableaux et des annexes

Liste des annexes

Introduction générales1

Chapitre I : cadre général de la problématique

1. La problématique :	4
2. Les hypothèses :	8
3. Les objectifs de la recherche.....	8
4. L'importance de la recherche.....	8
5. Les raisons de choix de thème :	9
6. Les études intérieures :	10
7. Analyse comparative des études antérieures :.....	11
8. Opérationnalisation des concepts :	12

Partie Théorique

Chapitre II : L'accident vasculaire cérébral

Préambule.....	15
1.Les définitions des concepts clés.....	15
2.Prévalence	16
3.Les types d'un accident vasculaire cérébrale.....	17
4. Causes et facteurs de risque d'un accident vasculaire cérébral.....	18
5.Les symptômes d'un accident vasculaire cérébral.....	22
6.Les conséquences d'un accident vasculaire cérébral.....	22
7. Les séquelles d'un accident vasculaire cérébral.....	24

8. Diagnostic.....	26
9. Prise en charge.....	27
10. Prévention.....	30
Synthèse	33

Chapitre III : L'estime de soi

Préambule	35
1. Définition des concepts	35
2. Histoire de l'estime de soi	37
3. La construction de l'estime de soi	40
4. Les théories de l'estime de soi.....	43
5. Les trois piliers de l'estime de soi.....	46
6. La différence entre l'estime de soi et la confiance en soi	48
7. Haute et basse estime de soi.....	49
8. L'importance de l'estime de soi.....	50
9. Composante de l'estime de soi.....	51
10. Conséquence d'une faible estime de soi	53
Synthèse	55

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	58
1. Présentation de Lieu de recherche :	58
2. Groupe de recherche :	59
3. La méthode et les techniques utilisés :	61
3.1. La méthode utilisé :.....	61
3.2. Technique d'investigation :.....	61
3.2.1. L'entretien clinique :.....	61

3.2.2. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg.....	63
4.Le déroulement de la recherche sur le terrain :.....	65
Synthèse :.....	66

Chapitre V : *présentation et analyse des résultats*

Préambule :	68
1. Présentation des cas :	68
• Cas N°1 : Mme S	
• Cas N°2 : Mme H	
• Cas N°3 : Mme K	
• Cas N°4 : Mme B	
• Cas N°5 : Mme R	
• Cas N°6 : Mr F	
• Cas N°7 : Mr Y	
• Cas N°8 : Mr M	
• Cas N°9 : Mr A	
• Cas N°10 : Mr N	
2. Synthèse des résultats et discussion des hypothèses.....	100
<i>Synthèse</i> :	102
<i>Conclusion générale</i> :	103
<i>Liste bibliographique</i>	
<i>Les Annexes</i>	
<i>Résumé</i>	

Introduction

L'être humain est un être en perpétuel devenir, façonné par ses expériences, ses relations, son histoire et les épreuves qu'il traverse. Il se construit psychologiquement tout au long de la vie, dans une dynamique d'adaptation constante au monde qui l'entoure. Parmi les éléments fondamentaux de cette construction intérieure figure l'estime de soi, c'est-à-dire la valeur que l'on s'accorde en tant qu'individu, la perception de sa propre dignité, de ses compétences et de son importance. Cette estime n'est jamais figée : elle évolue au fil du temps, influencée par l'environnement familial, affectif, social et professionnel, ainsi que par les événements marquants de l'existence.

Certaines expériences de vie, plus que d'autres, viennent heurter de plein fouet cette perception de soi. L'accident vasculaire cérébral (AVC) en est un exemple particulièrement significatif. Survenant de manière brutale, il interrompt le cours habituel de l'existence, laissant derrière lui des séquelles souvent visibles — troubles moteurs, de la parole, de la mémoire — mais aussi d'autres, invisibles, tout aussi dévastatrices : solitude, perte de rôle social, et surtout altération de l'image de soi. Lorsque le corps ne répond plus comme avant, lorsque la parole devient hésitante ou que l'autonomie est compromise, l'individu se retrouve face à une réévaluation douloureuse de qui il est, de ce qu'il vaut, et de ce qu'il peut encore accomplir.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2023), l'AVC constitue l'une des principales causes d'incapacité dans le monde. Ses conséquences ne sont pas uniquement médicales ; elles touchent de plein fouet la sphère psychique et identitaire. Après un AVC, les patients sont confrontés à une forme de « rupture existentielle » : leur vie « d'avant » semble lointaine, parfois irréversible, et leur vie « d'après » demande des efforts constants d'adaptation. Dans ce contexte, l'estime de soi peut être fragilisée, voire profondément remise en question, notamment lorsqu'apparaissent la dépendance, l'isolement, ou le sentiment d'être devenu un fardeau pour autrui.

Or, l'estime de soi joue un rôle essentiel dans le processus de réadaptation post-AVC. Elle influence la motivation à s'investir dans la rééducation, le rapport à la douleur, l'acceptation des pertes fonctionnelles, mais aussi la capacité à reconstruire des liens sociaux et à redonner du sens à sa nouvelle condition de vie. Une estime de soi suffisamment préservée peut ainsi

Introduction

agir comme un facteur de protection psychique, tandis qu'une estime de soi fragilisée peut aggraver les risques de dépression, de retrait social et freiner la réhabilitation.

C'est à partir de cette problématique que s'inscrit notre travail de recherche, qui porte sur l'estime de soi chez les personnes ayant vécu un accident vasculaire cérébral. Nous chercherons à comprendre comment cette estime est modifiée après un tel événement, quels facteurs internes et externes influencent son évolution, et quelles sont les ressources mobilisables pour la restaurer ou la préserver. Cette étude s'inscrit dans une perspective à la fois clinique et humaine, soucieuse d'éclairer les enjeux psychiques vécus par les patients au-delà des aspects biomédicaux.

Ce mémoire s'articule autour de deux grandes parties. La première partie, théorique, est consacrée à l'accident vasculaire cérébral : sa définition, sa prévalence, ses causes, ses conséquences physiques et psychiques, sa prise en charge et les séquelles à long terme. La deuxième partie explore en profondeur le concept d'estime de soi : ses définitions, son histoire, ses mécanismes de construction, ses composantes, ainsi que ses expressions cliniques lorsqu'elle est haute ou basse. Cette double approche vise à articuler les connaissances théoriques avec la réalité vécue des patients, afin de mieux cerner les enjeux psychologiques liés à l'estime de soi après un AVC.

Chapitre I

Cadre générale de la problématique

1. Problématique

La santé représente l'un des fondements essentiels de la vie humaine. Elle ne se limite pas à l'absence de maladie, mais englobe un état de bien-être global, incluant les dimensions physique, mentale et sociale. Cet équilibre, bien que souhaité par tous, peut être mis à l'épreuve par divers événements de la vie. Des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux ou environnementaux peuvent venir fragiliser cet état, parfois de façon soudaine et bouleversante.

Parmi les événements susceptibles de perturber la santé d'un individu, les maladies graves et les accidents occupent une place centrale. Lorsqu'ils surviennent, ils n'affectent pas uniquement le corps, mais touchent également la personne dans son identité, son quotidien, ses relations et sa perception d'elle-même. C'est notamment le cas des maladies chroniques et invalidantes, comme l'accident vasculaire cérébral (AVC), qui entraîne fréquemment des séquelles durables et profondes.

Dans le cas des accidents vasculaires cérébraux (AVC), cette interaction entre les dimensions physique, psychologique et sociale est particulièrement visible. L'AVC est une pathologie grave qui touche chaque année des millions de personnes dans le monde et qui entraîne des séquelles importantes pouvant impacter profondément l'estime de soi des survivants.

L'AVC est l'une des principales causes de mortalité et de handicap dans le monde, avec des conséquences physiques, psychologiques et sociales graves. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 15 millions de personnes souffrent d'un AVC chaque année, dont 5 millions gardent des séquelles permanentes (OMS, 2020). En 2018, la wilaya de Blida a enregistré 828 cas d'AVC chez les personnes âgées de 25 ans et plus, dont 85,1 % étaient ischémiques et 13,5 % hémorragiques. Parmi ces cas, 17,3 % étaient des AVC récidivants, tandis que 70,5 % étaient des premiers épisodes. L'incidence globale des AVC était de 130,3 pour 100 000 habitants par an, avec un taux plus élevé chez les hommes (143,6) que chez les femmes (116,9). L'âge moyen de survenue était de 69 ans, avec un risque qui augmentait considérablement avec l'âge, étant multiplié par plus de 120 chez les 75 ans et plus par rapport aux 25-34 ans. Les AVC étaient plus fréquents chez les hommes jusqu'à 74 ans, tandis que chez les plus de 75 ans, les femmes étaient plus touchées en nombre de cas, bien que les taux d'incidence ne diffèrent pas significativement (Bezzaoucha et al, 2018, P.9).

Les effets de l'AVC sont variés et souvent dévastateurs, allant de séquelles physiques comme la paralysie et les troubles de la parole à des impacts psychologiques tels que la dépression, l'anxiété et une perte significative de l'estime de soi (Hackett et Pickles, 2014). En Algérie, les survivants d'AVC font face à des défis supplémentaires pour retrouver leur dignité et leur bien-être, car les ressources en réhabilitation et en santé mentale restent encore limitées dans certaines régions (Benamer et Grosset, 2015). Les conséquences d'un AVC sont multiples et dépendent de la région cérébrale affectée. Elles peuvent inclure des déficits moteurs, des troubles du langage, des altérations cognitives et des modifications du comportement. Au-delà de ces manifestations physiques et cognitives, l'AVC a un impact psychologique significatif, notamment sur l'estime de soi des patients.

L'estime de soi est un pilier fondamental de la santé mentale et du bien-être, mais elle est souvent mise à mal après un AVC en raison des changements brutaux dans les capacités physiques, cognitives et émotionnelles. Les survivants peuvent éprouver un sentiment de perte d'identité, notamment si leur rôle social, professionnel ou familial est altéré. Par exemple, une personne qui était auparavant autonome et active peut se retrouver dépendante des autres pour les tâches quotidiennes, ce qui peut générer un sentiment d'inutilité ou de dévalorisation (Baumeister et al., 2003). Cette perte d'autonomie est souvent vécue comme une atteinte à l'intégrité personnelle, ce qui affecte profondément l'estime de soi. De plus, les troubles cognitifs ou émotionnels, tels que la dépression, l'anxiété ou les difficultés de concentration, peuvent exacerber ces sentiments négatifs. La dépression post-AVC, qui touche environ un tiers des survivants, est particulièrement préoccupante car elle est étroitement liée à une baisse de l'estime de soi (Hackett et Pickles, 2014). Ces facteurs psychologiques peuvent créer un cercle vicieux : une faible estime de soi entrave la motivation à participer à la réadaptation, ce qui limite les progrès et renforce les sentiments de dévalorisation (Bandura, 1997). Ainsi, l'estime de soi apparaît comme un enjeu central dans le processus de réadaptation, influençant non seulement la qualité de vie des survivants, mais aussi leur capacité à retrouver une place active dans la société.

Pour comprendre l'estime de soi après un AVC, il est essentiel de s'appuyer sur les principales approches théoriques qui ont façonné la compréhension de ce concept. L'estime de soi a été étudiée sous différents angles, notamment à travers les approches psychodynamiques, humanistes, cognitives et sociocognitives. L'approche psychodynamique, initiée par Freud, met l'accent sur l'influence de l'inconscient et des expériences passées sur l'estime de soi. Selon cette perspective, l'estime de soi est en grande partie déterminée par les relations précoces avec

les figures d'attachement, comme les parents. Un manque d'amour ou de validation durant l'enfance peut entraîner une faible estime de soi à l'âge adulte (Freud, 1914). Après un AVC, les survivants peuvent revivre des sentiments d'abandon ou d'insécurité liés à ces expériences précoces, ce qui peut exacerber les difficultés à maintenir une image positive de soi. L'approche humaniste, développée par Carl Rogers, met quant à elle l'accent sur le concept de soi et la congruence entre l'image que l'on a de soi et l'idéal de soi. Rogers soutient que l'estime de soi est influencée par le regard des autres et par la capacité à s'accepter tel que l'on est (Rogers, 1959). Après un AVC, les survivants peuvent éprouver un décalage entre leur image de soi avant et après l'accident, ce qui peut entraîner une baisse de l'estime de soi. Un environnement bienveillant et empathique, comme celui proposé par la thérapie centrée sur la personne, peut aider à réduire ce décalage et à renforcer l'estime de soi. L'approche cognitive, développée par Aaron Beck, met l'accent sur les pensées et les croyances qui influencent l'estime de soi. Selon Beck, les distorsions cognitives, comme la tendance à se focaliser sur les échecs ou à minimiser les succès, peuvent entraîner une faible estime de soi (Beck, 1976). Après un AVC, les survivants peuvent développer des pensées négatives sur leurs capacités et leur valeur personnelle, ce qui peut affecter leur estime de soi. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) vise à identifier et à modifier ces pensées négatives pour renforcer l'estime de soi. Enfin, l'approche sociocognitive, développée par Albert Bandura, met l'accent sur le concept d'auto-efficacité, c'est-à-dire la croyance en sa capacité à accomplir des tâches spécifiques. Selon Bandura, l'estime de soi est étroitement liée à l'auto-efficacité, car les individus qui se perçoivent comme compétents ont tendance à avoir une meilleure estime d'eux-mêmes. Après un AVC, les survivants peuvent perdre confiance en leurs capacités, ce qui peut affecter leur estime de soi. Des interventions visant à renforcer l'auto-efficacité, comme la fixation d'objectifs réalistes et la célébration des petits succès, peuvent aider à améliorer l'estime de soi. Ces différentes approches théoriques offrent des perspectives complémentaires pour comprendre et intervenir sur l'estime de soi après un AVC, en tenant compte des dimensions psychologiques, relationnelles et comportementales.

L'AVC provoque un ensemble de séquelles qui varient selon la localisation et la gravité de l'attaque cérébrale. Les séquelles physiques, comme la paralysie, les troubles moteurs ou de la parole, ainsi que les déficits cognitifs, sont souvent les premiers facteurs observés par les patients. Cependant, ce qui reste souvent ignoré, mais qui est tout aussi important, ce sont les effets psychologiques, en particulier l'altération de l'estime de soi. Un des premiers signes de cette altération est la perception de soi comme étant dévalorisé, en raison de la perte

d'autonomie et des difficultés à accomplir les tâches quotidiennes qui étaient auparavant simples.

La perte de fonction, surtout lorsqu'elle touche des aspects visibles comme la parole ou la mobilité, a un impact direct sur l'image corporelle des survivants d'AVC. Par exemple, une paralysie faciale peut affecter l'apparence physique et renforcer une image négative de soi. L'incapacité de réaliser des activités sociales ou professionnelles comme avant peut également mener à une perte d'identité, car ces activités faisaient partie intégrante de leur rôle dans la société. Ce changement brutal peut induire une remise en question existentielle profonde, particulièrement chez les jeunes adultes ou les personnes en plein épanouissement social et professionnel.

Les troubles cognitifs, comme les déficits de mémoire ou d'attention, ont eux aussi un impact majeur sur l'estime de soi. Ils peuvent engendrer des frustrations et des sentiments d'inutilité, car les individus ne se perçoivent plus capables d'accomplir des tâches qui étaient autrefois faciles. De plus, la dépression post-AVC, qui touche environ un tiers des survivants, exacerbe la baisse de l'estime de soi en alimentant des pensées négatives et des croyances limitantes sur les capacités personnelles.

Comprendre les facteurs qui influencent l'estime de soi après un AVC a des implications importantes pour la pratique clinique. Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle crucial en aidant les survivants à identifier et à renforcer leurs ressources internes et externes. Des interventions psychologiques, telles que la thérapie cognitivo-comportementale ou les groupes de soutien, peuvent être particulièrement utiles pour travailler sur l'estime de soi et la résilience (Beck et al., 1979). Ces interventions permettent aux survivants de développer des stratégies pour faire face aux défis post-AVC et de retrouver un sentiment de contrôle sur leur vie. De plus, une approche holistique, qui prend en compte les dimensions physiques, psychologiques et sociales de la réadaptation, est essentielle pour favoriser le bien-être à long terme (World Health Organization, 2001). Enfin, il est important de sensibiliser les proches et la société aux défis rencontrés par les survivants d'un AVC, afin de créer un environnement plus inclusif et soutenant. Cela passe par des campagnes de sensibilisation, des programmes de formation pour les aidants familiaux et une meilleure intégration des survivants dans la communauté.

A partir de là, les questions que nous nous posons est les suivantes :

- Comment les survivants d'un AVC parviennent-ils à maintenir ou à reconstruire leur estime de soi face aux bouleversements physiques, psychologiques et sociaux engendrés par ces événements ?
- Quel est le niveau d'estime de soi des personnes ayant subi un AVC ?

2.Hypothèses de la recherche

- Les survivants d'un AVC maintiennent ou reconstruisent leur estime de soi grâce au soutien social, à la rééducation, et à une redéfinition positive de leur identité malgré les limitations. Ils mobilisent souvent des stratégies d'adaptation comme l'acceptation, la résilience et la valorisation des progrès.
- Le niveau d'estime de soi des personnes ayant subi un AVC varie, mais tend à être fragilisé, notamment en phase aiguë. Toutefois, il peut s'améliorer avec le temps en fonction du soutien

3.Les objectifs de la recherche :

Toute recherche scientifique comprend des objectifs et des finalités qui poussent le chercheur à étudier et à réaliser un travail rigoureux afin d'atteindre le but recherché. Ainsi, notre recherche vise les objectifs suivants :

- L'objectif principal de ce travail est d'approfondir notre analyse du niveau d'estime de soi chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC), en s'appuyant sur l'échelle de Rosenberg.
- Confirmer ou infirmer notre hypothèse selon laquelle l'AVC entraîne une atteinte significative à l'estime de soi.
- Étudier le lien entre l'estime de soi et les conséquences psychiques de l'AVC.
- Mettre en lumière les difficultés psychologiques, sociales et identitaires que rencontrent les personnes victimes d'AVC dans leur vie quotidienne reçue, de la récupération fonctionnelle et de la perception de soi.

4. L'importance de la recherche

Cette recherche revêt une importance particulière à plusieurs niveaux, tant sur le plan scientifique que clinique et humain.

Sur le plan scientifique, l'étude de l'estime de soi chez les personnes ayant subi un AVC reste encore peu développée, notamment dans le contexte algérien. En croisant des outils quantitatifs (échelle de Rosenberg) et qualitatifs (entretiens cliniques), cette recherche contribue à enrichir la compréhension des conséquences psychiques de l'AVC, au-delà des seules dimensions physiques ou neurologiques généralement explorées.

Sur le plan clinique, cette recherche permet de mettre en lumière les vécus subjectifs des patients et les effets profonds que les séquelles peuvent avoir sur leur image de soi, leur identité et leur rapport au monde. Ces éléments peuvent aider les psychologues, les médecins et les rééducateurs à mieux adapter leurs prises en charge en intégrant la dimension psychique dans les suivis post-AVC.

Enfin, sur le plan humain et social, donner la parole aux patients et comprendre leurs ressentis favorise une approche plus empathique et globale de la personne malade. Cela permet aussi de sensibiliser l'entourage et les professionnels de santé à la souffrance invisible liée à la perte d'autonomie et aux changements identitaires.

5. Les raisons de choix de thème

Le manque d'études portant sur l'estime de soi chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) nous a poussés à aborder ce thème, dans le but de recueillir de nouvelles connaissances.

6. Études antérieures

- **En Algérie**

Dans sa thèse soutenue à l'Université Aboubekr Belkaïd de Tlemcen en 2021, Dr. Djaouad Bouchenak-Khelladi souligne que les patients victimes d'AVC présentent souvent une baisse de l'estime de soi, liée aux séquelles physiques, cognitives et émotionnelles. Cette altération de l'image de soi entrave la rééducation et l'autonomie. L'auteur insiste sur la nécessité d'une prise en charge globale, incluant un soutien psychologique. Il recommande d'intégrer l'estime de soi dans les dispositifs thérapeutiques. Cela permettrait d'améliorer la qualité de vie et la récupération globale des patients (Bouchenak-Khelladi, 2013).

- **Corée du Sud – Kim et al. (2016)**

En Corée du Sud, Kim et al. (2016) ont étudié les déterminants psychosociaux de l'estime de soi chez des survivants d'AVC. Les résultats ont indiqué que les femmes, les personnes à faibles revenus ou vivant seules avaient tendance à avoir une estime de soi plus faible. Le

sentiment d'exclusion, la stigmatisation sociale et les difficultés d'adaptation à un nouveau mode de vie ont été identifiés comme des facteurs aggravants (Park & Kim, 2016).

- **Japon – Étude sur les survivants à domicile (Shida et al., 2014)**

Au Japon, une étude menée en 2014 sur les survivants d'AVC vivant à domicile a révélé que l'estime de soi était particulièrement basse chez ceux qui dépendaient fortement de leur entourage ou qui vivaient dans des conditions sociales précaires. Les auteurs ont mis en évidence une forte corrélation entre le degré d'autonomie, la participation sociale et le niveau d'estime de soi, soulignant le rôle du contexte familial et communautaire dans la reconstruction psychique post-AVC (Shida et al., 2014).

- **Brésil, Martins et Teixeira-Salmela (2011)**

Ont observé que les patients ayant une faible estime de soi présentaient également un faible niveau d'indépendance fonctionnelle et une qualité de vie diminuée. Ces personnes rencontraient davantage de difficultés dans les activités de la vie quotidienne, notamment la mobilité, l'hygiène personnelle et la participation sociale. Cette étude souligne que la rééducation post-AVC ne devrait pas se limiter aux aspects physiques, mais intégrer un accompagnement psychologique ciblé pour restaurer l'image de soi (Martins & Teixeira-Salmela, 2011).

- **États-Unis – Vickery et al. (2008)**

Une étude menée aux États-Unis par Vickery et collaborateurs (2008) a montré que les personnes ayant subi un AVC présentaient une estime de soi significativement plus basse que des sujets témoins sans atteinte neurologique. Cette baisse persistait même en l'absence de symptômes dépressifs, ce qui souligne l'impact direct de l'AVC sur l'image de soi et la perception de ses capacités. L'altération fonctionnelle et les limitations physiques influencent négativement la perception de soi (Vickery, Sepehri & Evans, 2008).

7. Analyse comparative des études antérieures

Les recherches menées dans différents pays soulignent une tendance générale : l'AVC altère profondément l'estime de soi, en raison des séquelles physiques, cognitives, sociales et

émotionnelles qu'il entraîne. Toutefois, chaque contexte socio-culturel apporte des nuances spécifiques dans l'expression de cette atteinte à l'image de soi.

Aux États-Unis, Vickery et al. (2008) montrent que la baisse de l'estime de soi est significative, même en l'absence de symptômes dépressifs, ce qui confirme que l'atteinte à l'image de soi est directement liée aux limitations fonctionnelles provoquées par l'AVC. De même, au Brésil, l'étude de Martins et Teixeira-Salmela (2011) démontre un lien fort entre une estime de soi faible, une perte d'autonomie et une dégradation de la qualité de vie.

En Asie, les études japonaises et coréennes mettent en lumière le rôle du contexte social : au Japon, Shida et al. (2014) insistent sur l'importance de l'autonomie et du soutien familial, tandis qu'en Corée du Sud, Kim et al. (2016) relèvent l'influence des facteurs socioéconomiques, notamment l'isolement, les faibles revenus et la stigmatisation, qui contribuent à une perception négative de soi.

Ces résultats font écho à l'étude réalisée en Algérie par Bouchenak-Khelladi (2021), qui souligne également une dévalorisation importante de soi chez les patients post-AVC, en lien avec les séquelles physiques et psychiques. L'auteur met l'accent sur la nécessité d'une prise en charge globale, intégrant un soutien psychologique et social, pour faciliter la réhabilitation et prévenir l'installation d'un mal-être durable.

Cependant, une différence marquante réside dans la reconnaissance institutionnelle du besoin de soutien psychologique. Dans les pays comme les États-Unis, le Japon ou le Brésil, la dimension psychologique est souvent intégrée dans les programmes de réadaptation. En revanche, en Algérie, cette approche reste insuffisamment développée : les structures hospitalières et de rééducation se concentrent essentiellement sur l'aspect physique de la récupération, avec peu de ressources psychologiques mobilisées systématiquement. Cela rend plus difficile la prise en compte de l'estime de soi comme levier thérapeutique.

8. Opérationnalisation des concepts

L'opérationnalisation désigne le processus par lequel des idées abstraites sont traduites en éléments observables et mesurables. Elle permet d'identifier des indicateurs concrets pour analyser les dimensions d'un concept.

8.1. L'estime de soi

L'estime de soi est une composante essentielle du concept de soi, jouant un rôle fondamental dans la compréhension du comportement humain. Elle reflète la manière dont une personne se perçoit, s'apprécie et se juge.

Selon **Coopersmith (1967)**, l'estime de soi est une évaluation personnelle exprimant une attitude d'approbation ou de désapprobation envers soi-même, influençant les comportements et les relations.

Le **Grand Dictionnaire de la Psychologie** la définit comme une valeur personnelle et une compétence liée à l'image de soi.

Définition opérationnelle

Sur le plan opérationnel, l'estime de soi correspond à l'évaluation qu'un individu fait de lui-même : à quel point il s'accepte, se respecte et s'aime. Elle occupe une place centrale dans l'explication des comportements et attitudes face à soi et aux autres.

8.2. L'accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une interruption brutale de la circulation sanguine dans une partie du cerveau, entraînant un déficit neurologique focal d'apparition soudaine.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2006) :
« L'AVC est défini comme un dysfonctionnement neurologique d'origine vasculaire, d'apparition rapide, entraînant des signes cliniques durant plus de 24 heures ou conduisant au décès, sans autre cause apparente que vasculaire. »

Définition opérationnelle

Dans le cadre de notre recherche, un AVC désigne tout épisode neurologique aigu ayant été diagnostiqué par un médecin comme un accident vasculaire cérébral, qu'il soit **ischémique** ou **hémorragique**, et ayant laissé des séquelles visibles ou rapportées (troubles moteurs, cognitifs, émotionnels ou de communication). Cette définition permet d'identifier les personnes concernées et de délimiter le champ d'étude de manière concrète.

Partie théorique

Chapitre II

L'accident vasculaire cérébral

Préambule

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une urgence médicale grave causée par l'arrêt soudain de la circulation sanguine dans le cerveau, entraînant la mort des cellules cérébrales. Il représente l'une des principales causes de mortalité et de handicap dans le monde. Ses conséquences peuvent être lourdes, touchant les capacités physiques, cognitives et émotionnelles, et affectant durablement la vie des personnes atteintes ainsi que celle de leurs proches.

Ce chapitre propose une présentation claire et structurée de l'AVC. Il en aborde la définition, la fréquence, les types principaux (ischémique et hémorragique), ainsi que les causes et facteurs de risque. Les symptômes, les complications possibles, les séquelles à long terme, les méthodes de diagnostic, les modalités de prise en charge et les moyens de prévention sont également développés afin de mieux comprendre cette pathologie et ses enjeux.

1. Les définitions des concepts clés

1-1 L'accident vasculaire cérébral

Le sang arrive au cerveau grâce à des vaisseaux que l'on appelle « artères », il en repart grâce à d'autres que l'on appelle « veines ».

Grâce aux artères, le sang apporte ainsi au cerveau tous les éléments – notamment oxygène et éléments nutritifs - dont il a besoin pour fonctionner normalement, ce qui permet par exemple de parler, bouger, ressentir, voir.

Dans certaines circonstances, ces artères peuvent soit se boucher, soit se rompre et dans les deux cas le sang n'arrive plus correctement jusqu'au cerveau, ce qui perturbe son fonctionnement.

Si ce phénomène se prolonge au-delà de quelques heures, il provoque des dommages irréversibles ; cela correspond à ce que l'on appelle un Accident Vasculaire Cérébral, communément appelé « attaque cérébrale » et que l'on désigne par les trois lettres « AVC » :

« A » pour Accident car il s'agit d'un phénomène soudain.

« V » pour Vasculaire car il est provoqué par une diminution partielle ou complète de l'apport de sang au cerveau.

« C » pour Cérébral car cela entraîne une souffrance du cerveau (Morin, 2015).

1.2. Les AVC ischémiques

Le plus souvent (80 % des cas), l'arrêt de la circulation du sang est dû à un caillot (ou embol) qui bouche une artère à destination du cerveau. On parle d'AVC ischémique ou encore d'infarctus cérébral.

La cause principale est l'athérosclérose : c'est une accumulation de dépôts de cholestérol sur les parois des artères. Ces dépôts durcissent progressivement et forment des plaques d'athérome qui rétrécissent les artères et favorisent la formation du caillot. Dans certains cas, un fragment de plaque peut aussi se détacher et aller obstruer une des artères à l'intérieur du cerveau.

Parfois, l'accident vasculaire cérébral est la conséquence d'une obstruction d'une artère par un caillot sanguin formé à distance du cerveau, par exemple dans le cœur. Ce caillot est ensuite véhiculé par le sang jusqu'au cerveau. Cela peut survenir notamment en cas de troubles du rythme cardiaque et notamment lorsque le cœur bat rapidement et de manière irrégulière (Boussier et Mas, 2009).

1.3. L'AVC hémorragique

L'AVC hémorragique est le type d'AVC le moins fréquent : 15 à 20 % des cas d'AVC. Il concerne les accidents vasculaires cérébraux dus à une rupture d'un vaisseau sanguin au niveau cérébral. Par vaisseau sanguin, on entend ici une veine et non une artère. Il s'agit dans la majorité des cas d'une rupture d'anévrisme, mais une tumeur, l'hypertension, des problèmes de coagulation peuvent aussi en être à l'origine (Spence, 2003).

2. Prévalence

En 2018, l'AVC représentait un problème de santé majeur dans la wilaya de Blida, touchant 828 personnes âgées de 25 ans et plus, avec une prépondérance marquée des AVC ischémiques (85,1 %) par rapport aux AVC hémorragiques (13,5 %). L'incidence globale s'élevait à 130,3 pour 100 000 habitants, avec une différence notable entre les sexes : les hommes étaient plus touchés (143,6 pour 100 000) que les femmes (116,9 pour 100 000), suggérant une vulnérabilité accrue chez la population masculine. Cependant, après 75 ans, les

femmes présentaient un plus grand nombre de cas, bien que les taux d'incidence spécifiques ne diffèrent pas significativement entre les sexes. L'âge médian de survenue était de 70 ans, avec un risque qui augmentait exponentiellement avec l'âge, étant multiplié par plus de 120 chez les 75 ans et plus comparativement aux jeunes adultes de 25 à 34 ans. L'étude a également mis en évidence que 70,5 % des AVC étaient des premiers épisodes, tandis que 17,3 % étaient des AVC récidivants, ce qui souligne l'importance du suivi médical et des mesures de prévention pour éviter les rechutes.

Concernant la mortalité, le taux global était de 28,8 pour 100 000 habitants, avec une valeur standardisée de 29,9 pour 100 000. Là encore, une disparité entre les sexes était observée : les hommes présentaient un taux de mortalité plus élevé (34,5 pour 100 000) que les femmes (25,3 pour 100 000). La létalité à 28 jours après un AVC atteignait 22,1 %, mais cette proportion variait en fonction du type d'AVC. Les AVC hémorragiques étaient associés à un taux de létalité alarmant de 56,3 %, contre 16,3 % pour les AVC ischémiques, ce qui met en évidence leur gravité accrue. Si les hommes semblaient globalement plus vulnérables en termes d'incidence et de mortalité, les femmes étaient davantage touchées à un âge plus avancé, ce qui pourrait être lié à leur espérance de vie plus élevée et à des facteurs de risque spécifiques tels que les variations hormonales après la ménopause. (Bezzaoucha et al, 2018, PP.9-10).

3. Les types d'accident vasculaire cérébral

On distingue deux grands types d'AVC en fonction de leur mécanisme de survenue :

3.1. L'AVC ischémique

Dans cette variété d'AVC, un caillot de sang (thrombus) se forme et bouche une artère. Une partie du cerveau n'est plus irriguée et ne peut plus fonctionner normalement, provoquant des signes neurologiques. Si le caillot se dissout rapidement, l'irrigation est rétablie, les signes neurologiques disparaissent et il n'y a aucune conséquence pour le cerveau ; on parle d'accident ischémique transitoire (AIT). Si en revanche l'artère reste bouchée au-delà de quelques heures, des dommages irréversibles peuvent survenir, responsables de séquelles plus ou moins importantes; on parle d'infarctus cérébral.

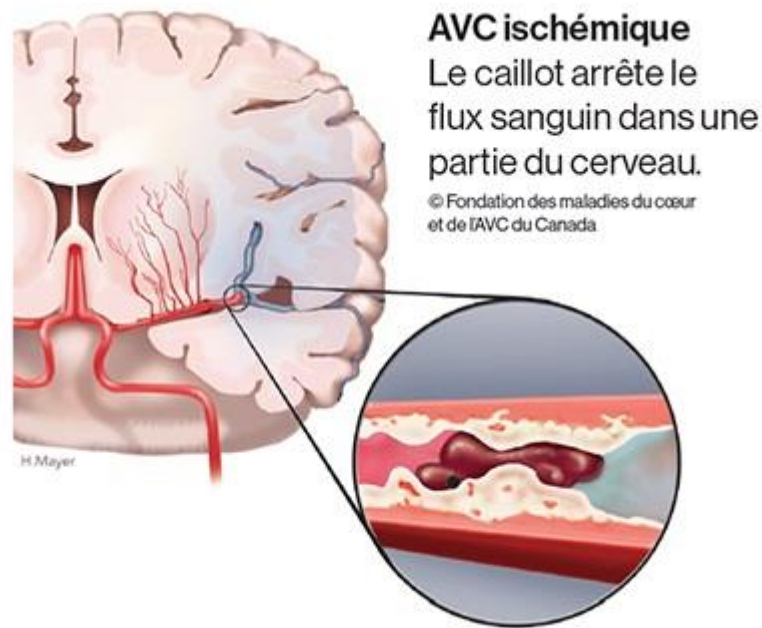


Figure n°1 : AVC Ischémique (Américain stroke Association,2020).

3.2. L'AVC hémorragique

L'hémorragie cérébrale ou l'hémorragie méningée, dans lequel une artère irriguant le cerveau se rompt, avec deux formes : Dans l'une, l'artère se rompt **DANS** le cerveau : on parle d'hémorragie cérébrale ou encore d'hématome cérébral, représentant 15% des AVC. Le sang libéré comprime et endommage le tissu cérébral avoisinant. Les causes principales sont l'hypertension artérielle (50% des cas), les troubles de la coagulation (en rapport avec une maladie constitutionnelle ou acquise ou un traitement anticoagulant), certaines malformations vasculaires ou des causes plus rares.

Dans l'autre, l'artère se rompt **AUTOUR** du cerveau, au niveau des méninges : on parle d'hémorragie méningée, représentant 5% des AVC au total mais la moitié des AVC chez les personnes de moins de 35 ans. La cause principale est la rupture d'un anévrisme artériel. (Américain stroke Association,2020).

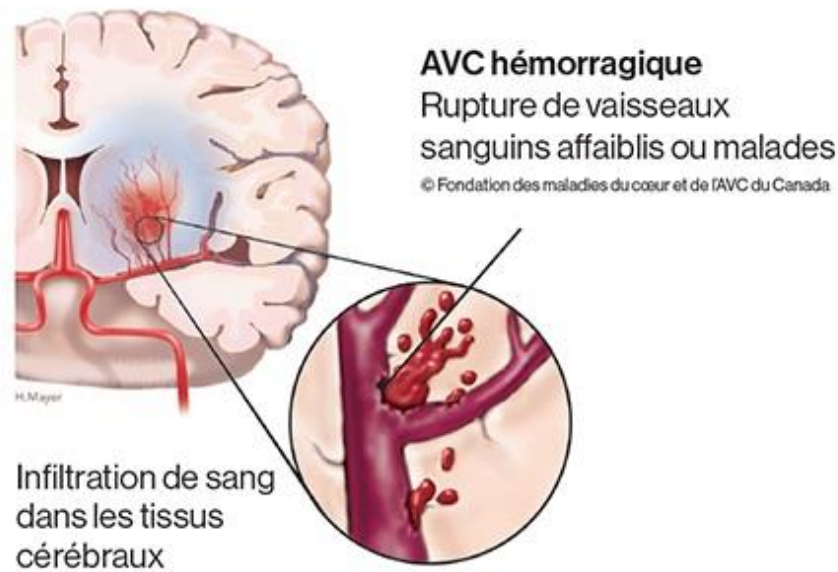


Figure n°2 : AVC hémorragique (Américain stroke Association,2020).

4. Causes et facteurs de risque de l'AVC

4.1 causes de l'AVC

L'AVC peut avoir plusieurs origines, chacune ayant ses propres facteurs de risque et mécanismes.

- **Maladie des gros vaisseaux**

Elle est causée par le rétrécissement des principales artères du cerveau, souvent en raison de plaques de cholestérol. Ces plaques peuvent se rompre, formant des caillots qui migrent vers le cerveau. Les artères les plus touchées sont les carotides et les vertébrales.

- **Maladie des petits vaisseaux**

Ce type d'AVC résulte de l'obstruction des petits vaisseaux cérébraux. Il peut passer inaperçu et n'être détecté que par une IRM. L'hypertension artérielle est souvent un facteur déclenchant, et dans certains cas, la maladie peut évoluer en hémorragie cérébrale.

- **Embolie cardiaque**

Elle survient lorsqu'un caillot provenant du cœur se déplace vers le cerveau. Cette cause d'AVC est fréquemment associée à une fibrillation auriculaire, un trouble du rythme cardiaque pouvant être asymptomatique.

- **Dissections des artères carotides ou vertébrales**

Elles concernent surtout les jeunes patients et se manifestent par une déchirure de la paroi d'une artère. Cela entraîne la formation d'un hématome qui peut obstruer le vaisseau et provoquer un AVC. Des douleurs à la nuque précèdent souvent l'accident de quelques jours.

- **Foramen ovale perméable**

Chez certaines personnes, un petit orifice dans le cœur, qui devrait se fermer à la naissance, reste ouvert. Il permet alors à un caillot veineux de passer vers le cerveau, provoquant un AVC. Ce phénomène est favorisé par des situations comme les longs voyages, l'alitement prolongé ou l'utilisation de contraceptifs oraux.

- **Origine indéterminée**

Dans certains cas, aucune cause précise de l'AVC n'est identifiée malgré des examens approfondis. Des investigations supplémentaires sont alors nécessaires.

4.2. Les facteurs de risque de l'AVC

L'AVC peut être favorisé par plusieurs facteurs de risque, certains modifiables et d'autres non. Le vieillissement des vaisseaux et l'hérédité sont des éléments inévitables, mais d'autres causes peuvent être prévenues par une bonne hygiène de vie et un suivi médical adapté.

- **L'hypertension artérielle**

C'est le principal facteur de risque d'AVC. Une pression sanguine élevée fragilise les parois des artères, augmentant le risque d'hémorragie cérébrale. Il est essentiel de contrôler régulièrement sa tension, d'adopter une alimentation pauvre en sel, de limiter l'alcool et de pratiquer une activité physique.

- **Le tabagisme**

Fumer altère la qualité des vaisseaux sanguins et favorise l'athérosclérose. Le risque d'AVC diminue progressivement après l'arrêt du tabac. Une aide médicale peut être proposée pour arrêter durablement.

- **Le cholestérol élevé**

Le mauvais cholestérol (LDL) favorise l'accumulation de plaques dans les artères, réduisant le débit sanguin vers le cerveau. Une alimentation équilibrée et un traitement médicamenteux, si nécessaire, permettent de limiter ce risque.

- **Le diabète**

Un taux élevé de sucre dans le sang altère les vaisseaux sanguins et accélère le processus d'athérosclérose. Une bonne gestion du diabète par un suivi médical et une alimentation contrôlée est essentielle pour réduire le risque d'AVC.

- **La surconsommation d'alcool**

L'alcool en excès augmente la pression artérielle et altère les mécanismes de coagulation du sang, favorisant ainsi l'AVC. Il est recommandé de limiter sa consommation quotidienne à un verre pour les femmes et deux pour les hommes.

- **Le stress et la sédentarité**

Un stress chronique peut élever la tension artérielle et favoriser des comportements à risque (tabac, alcool, mauvaise alimentation). De plus, le manque d'activité physique contribue à l'obésité, au diabète et aux maladies cardiovasculaires. Il est conseillé d'intégrer des moments de détente et de pratiquer une activité physique régulière.

- **Les problèmes cardiaques**

Les troubles du rythme cardiaque, les infarctus ou les maladies des valves cardiaques peuvent provoquer la formation de caillots, qui risquent de migrer vers le cerveau et entraîner un AVC. Un suivi médical est indispensable pour contrôler ces pathologies.

- **Le syndrome d'apnée du sommeil**

Cette pathologie, caractérisée par des pauses respiratoires nocturnes, est un facteur de risque méconnu de l'AVC. Elle entraîne une mauvaise oxygénation du sang et favorise l'hypertension. Un diagnostic et une prise en charge adaptée (perte de poids, port d'un appareil respiratoire) sont nécessaires pour réduire les risques (Hôpitaux Universitaires de Genève, 2018).

5. Les symptômes d'AVC

- **Visage**

Un AVC peut provoquer une paralysie, une parésie ou un engourdissement d'un côté du visage. La bouche peut soudainement être de travers. Demandez à la personne de sourire : si son sourire est asymétrique, cela peut être un signe d'AVC.

- **Bras**

Une faiblesse ou une paralysie d'un bras (ou d'une jambe) est fréquente. Demandez à la personne de lever les deux bras en même temps et observez si l'un des deux ne s'élève pas ou retombe. Elle peut aussi éprouver des difficultés à tenir un objet ou ressentir un engourdissement soudain.

- **Parole**

Les troubles du langage sont un autre signe important. La personne peut avoir des difficultés à parler, à comprendre ou à répéter une phrase simple. Un discours confus ou incompréhensible doit alerter immédiatement.

- **Mal de tête brutal et violent**

Un mal de tête soudain, intense et inhabituel peut être un signe d'AVC, surtout en cas d'hémorragie cérébrale. S'il est accompagné de vomissements, d'une raideur de nuque ou d'une douleur faciale, une consultation d'urgence est indispensable.

- **Troubles de la vue**

Une perte soudaine de la vision d'un œil, une vue double ou une difficulté à regarder dans une direction précise peuvent signaler un AVC. La personne peut ne pas s'en rendre compte immédiatement, il est donc important d'être attentif à ses plaintes visuelles.

Face à ces signes, il faut agir immédiatement. Un appel aux urgences sans délai peut sauver des vies et limiter les complications (Cliniques universitaires Saint-Luc, 2018).

6. Les conséquences de l'AVC

L'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est une urgence médicale aux répercussions profondes sur les plans physique, cognitif, émotionnel et social. Les séquelles varient selon la gravité de l'atteinte cérébrale, la zone touchée, le délai de prise en charge et le profil du patient.

6.1. Conséquences motrices

L'une des conséquences les plus fréquentes est l'apparition de troubles moteurs, notamment :

- Hémiparésie ou hémiplégie : faiblesse ou paralysie d'un côté du corps.
- Spasticité : raideur musculaire pouvant entraîner des douleurs et des déformations.
- Troubles de la coordination et de l'équilibre, augmentant le risque de chutes. Ces déficits réduisent l'autonomie du patient et nécessitent souvent une rééducation prolongée.

6.2. Troubles cognitifs

L'AVC peut entraîner :

- Des troubles de la mémoire à court ou long terme.
- Des difficultés d'attention, de concentration et de résolution de problèmes.
- Une aphasie (trouble du langage) dans le cas d'un AVC touchant l'hémisphère dominant.
- Des agnosies (incapacité à reconnaître des objets ou des sons), et apraxies (difficultés à effectuer des gestes coordonnés). Ces troubles peuvent limiter la capacité du patient à reprendre une activité professionnelle ou à interagir normalement.

6.3. Conséquences émotionnelles et psychologiques

Les troubles de l'humeur sont très fréquents :

- Dépression post-AVC, affectant jusqu'à un tiers des patients.
- Anxiété, irritabilité et labilité émotionnelle.
- Sentiment d'impuissance, d'isolement et de perte d'identité. Ces troubles ont un impact important sur la qualité de vie et la réadaptation.

6.4. Complications secondaires

Certaines complications médicales peuvent survenir :

- Troubles de la déglutition (dysphagie) : risque de pneumonie par aspiration.
- Crises épileptiques post-AVC.
- Infections urinaires, ulcères de décubitus, et thromboses veineuses profondes, surtout en cas d'alitement prolongé.

6.5. Perte d'autonomie et impact social

L'AVC est l'une des principales causes de handicap chez l'adulte. Il peut conduire à une perte d'autonomie partielle ou totale :

- Difficulté à réaliser les activités de la vie quotidienne (manger, se laver, s'habiller).
- Réadaptation longue en centre spécialisé.
- Charge importante pour les aidants familiaux et impact économique significatif (Hankey, G. J, 2017)

7. Les séquelles

7.1. L'origine des séquelles

Les séquelles retrouvées chez les patients vont dépendre de la localisation de l'AVC. En effet, le cerveau humain est composé de deux hémisphères cérébraux (droit et gauche). Ces hémisphères contiennent quatre lobes différents : lobe frontale, lobe pariétale, lobe occipitale et lobe temporale comme le montre la figure n°1. Chacun de ces lobes est responsable de sensations conscientes, d'émotions, de facultés intellectuelles et de la motricité volontaire. (Les différentes parties - Le cerveau, s. d.)

Le lobe frontal est le lieu du raisonnement, fonctions du langage, coordination motrice volontaire, il contrôle aussi le raisonnement, la mémoire, la prise de décisions et le jugement. Le lobe temporal est, quant à lui, le « centre de l'audition, de la mémoire et des émotions ».

Le lobe occipital gère la vision. Enfin, le lobe pariétal est le siège de la conscience du corps et de l'espace environnant, il gère aussi la lecture et la sensibilité. (Cerveau, s. d.)

On retrouve également le système limbique (voir figure 2) composé de l'hippocampe, de l'amygdale, du fornix, du cortex limbique, de l'hypothalamus, de l'épiphyse, des corps mamillaires et du noyau antérieur du thalamus. Le système limbique est connu depuis longtemps comme étant le siège des émotions (agressivité, peur, plaisir, colère...).

7.2. Les séquelles

Comme exposé ci-dessus, les séquelles peuvent varier en fonction de la localisation de l'AVC mais aussi en fonction de la sévérité. C'est pour cela que les séquelles évoquées cidessous sont générales et ne seront pas retrouvées chez chaque patient ayant eu un AVC. Ainsi, nous retrouverons globalement :

- Des troubles sensitivomoteurs comme l'hémiplégie. Cela correspond à une paralysie de l'hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale. Ce trouble peut être accompagné de trouble de la sensibilité superficielle et/ou profonde.
- Des troubles phasiques. En effet, l'aphasie, qu'elle soit mixte ou non, est un trouble largement retrouvé chez les personnes ayant eu un AVC.
- Des troubles cognitifs comme l'apraxie, l'agnosie, les troubles mnésiques et attentionnels. Les troubles des fonctions exécutives sont également très fréquents. Enfin, les troubles du schéma corporel comme la négligence spatiale unilatérale qui engendre « l'oubli » de l'hémicorps controlatéral à la lésion chez le patient.
- Des troubles sensoriels comme l'hémianopsie latérale homonyme (HLH). Cela correspond à un déficit de la vision, la personne ne voit plus un hémichamp.
- Des troubles comportementaux comme la dépression, l'anxiété, l'apathie ou encore la fatigue.

40% des patients gardent des séquelles importantes à vie et 60% retrouveront leur indépendance. 30% des patients déclencheront une dépression dans l'année suivant l'AVC. De plus, selon l'INSERM « le risque de développer une démence est multiplié par 5 après un AVC et il est étroitement lié à l'âge du patient au moment de l'AVC. » (Accident vasculaire cérébral (AVC), s. d.) Tous ces troubles jouent un rôle dans la perte de motivation des patients post-AVC au cours de leur rééducation (Batty, 2021, PP. 15-16).

8. Diagnostic

Le diagnostic différentiel d'un AVC inclut plusieurs pathologies neurologiques à début brutal, telles que les convulsions, les tumeurs intracrâniennes, la migraine à céphalique et l'encéphalopathie métabolique. Les convulsions peuvent être écartées si l'entourage affirme l'absence de crise observée, bien que les formes partielles sans manifestations tonico-cloniques puissent mimer un AVC. Les tumeurs intracrâniennes, quant à elles, peuvent se manifester par des symptômes neurologiques en lien avec une hémorragie, des convulsions ou une hydrocéphalie. La migraine à céphalique, en l'absence de céphalées, peut être difficile à distinguer, surtout chez un patient sans antécédents migraineux. Toutefois, l'évolution plus lente des déficits sensoriels et moteurs ainsi que la présence éventuelle de signes visuels typiques, comme le scotome scintillant, orientent davantage vers ce diagnostic.

Une fois l'AVC suspecté, l'imagerie cérébrale est indispensable pour distinguer une cause ischémique d'une cause hémorragique. Le scanner cérébral sans injection est l'examen de première intention en urgence. Il permet d'identifier une hémorragie intracérébrale, ainsi que certains signes précoces d'ischémie, tels qu'une atténuation du contraste entre la substance blanche et la substance grise, un effet de masse ou une hyperdensité intra-artérielle témoignant d'un thrombus. Un score pronostique, l'ASPECTS, évalue l'étendue de l'ischémie sylvienne, bien que sa reproductibilité entre observateurs soit moyenne. L'objectif principal de cet examen est d'éliminer une hémorragie, qui constitue une contre-indication absolue à la thrombolyse. Si l'AVC est confirmé comme ischémique, la priorité est d'initier une thrombolyse intraveineuse dans les 4h30 suivant l'apparition des symptômes afin de restaurer la perfusion cérébrale.

L'AVC est une urgence médicale qui nécessite une prise en charge rapide et adaptée. Après la phase aiguë, un traitement médicamenteux est mis en place pour éviter les complications et prévenir un nouvel AVC. L'accompagnement psychologique est aussi essentiel pour aider le patient à surmonter les séquelles et améliorer sa qualité de vie (Lounci,2015).

9. Prise en charge

9.1. Prise en Charge Médicamenteuse de l'AVC

Le traitement médicamenteux de l'AVC dépend du type d'AVC : ischémique (AVC causé par un caillot sanguin) ou hémorragique (AVC causé par une rupture de vaisseau sanguin).

9.1. Traitement Médicamenteux de l'AVC Ischémique

L'AVC ischémique est causé par l'obstruction d'une artère cérébrale par un caillot sanguin. Le traitement vise à dissoudre ce caillot et à prévenir la formation d'autres caillots.

9.1.1. Thrombolyse Intraveineuse (Traitement en Urgence)

Un médicament appelé activateur tissulaire du plasminogène (tPA) est administré par voie intraveineuse dans les 4,5 premières heures après l'apparition des symptômes.

Il permet de dissoudre le caillot et de rétablir la circulation sanguine dans le cerveau.

Ce traitement est efficace mais ne peut pas être administré en cas de risque hémorragique élevé.

9.1.2. Thrombectomie Mécanique (Traitement Interventionnel)

Dans certains cas, un cathéter est inséré dans une artère pour retirer directement le caillot.

Cette intervention est généralement réalisée dans les 6 premières heures après l'AVC.

9.1.3. Traitement Préventif Après un AVC Ischémique

Après la phase aiguë, un traitement médicamenteux est prescrit pour éviter un nouvel AVC :

- Anticoagulants (fluidifiants sanguins) : Prescrits si l'AVC est causé par une fibrillation auriculaire. Exemples : warfarine, apixaban, rivaroxaban.
- Antiagrégants plaquettaires : Aspirine, clopidogrel ou ticagrelor pour prévenir la formation de nouveaux caillots.
- Médicaments pour l'hypertension : Bêtabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), diurétiques pour contrôler la pression artérielle.
- Hypolipémiants (Statines) : Simvastatine, atorvastatine pour réduire le taux de cholestérol et prévenir l'accumulation de plaques dans les artères.

9.2. Traitement Médicamenteux de l'AVC Hémorragique

L'AVC hémorragique est causé par la rupture d'un vaisseau sanguin dans le cerveau, entraînant une hémorragie. Le traitement vise à stopper le saignement et à prévenir les complications.

9.2.1. Médicaments pour Réduire la Pression Artérielle

La pression artérielle doit être abaissée rapidement pour éviter que l'hémorragie ne s'aggrave.

Médicaments utilisés : labétalol, nicardipine.

9.2.2. Traitements pour Réduire l'Œdème Cérébral

Diurétiques osmotiques (ex. : mannitol) pour réduire l'enflure du cerveau.

Corticoïdes parfois utilisés pour limiter l'inflammation.

9.2.3. Médicaments pour Stopper l'Hémorragie

Si l'AVC est causé par un traitement anticoagulant (ex. : warfarine), des antidotes comme la vitamine K ou du plasma frais congelé sont administrés pour restaurer la coagulation normale.

9.2.4. Chirurgie en Cas d'Hémorragie Sévère

Craniotomie : Intervention chirurgicale pour retirer l'hématome et diminuer la pression sur le cerveau.

Clip vasculaire ou embolisation : Si l'hémorragie est causée par un anévrisme, une intervention est réalisée pour le fermer. (Mechtouff-Cimarelli & Challan-Belval, 2008, p. 98-100).

9.3. Prise en Charge Psychologique Après un AVC

Après un AVC, de nombreux patients souffrent de troubles psychologiques qui peuvent affecter leur récupération et leur qualité de vie.

9.3.1. Dépression Post-AVC

Jusqu'à 50 % des survivants d'AVC souffrent de dépression due aux séquelles physiques, aux difficultés de communication et au changement de mode de vie.

9.3.2. Traitement Médicamenteux

Antidépresseurs (ex. : ISRS comme la fluoxétine, sertraline) pour améliorer l'humeur et réduire l'anxiété.

9.3.3. Thérapie Psychologique

- Psychothérapie individuelle : Travail avec un psychologue pour exprimer ses émotions et apprendre à gérer la dépression.
- Thérapie cognitive et comportementale (TCC) : Permet de modifier les pensées négatives et d'adopter des stratégies d'adaptation positives.

9.4. Troubles Cognitifs et de la Mémoire

Après un AVC, certains patients ont des difficultés de concentration, de mémoire ou de prise de décision.

9.4.1. Rééducation Cognitive

Exercices avec un orthophoniste ou un neuropsychologue pour améliorer la mémoire et les capacités cognitives.

Utilisation d'applications et de jeux pour stimuler le cerveau.

9.4.2. Médicaments pour Stimuler la Fonction Cérébrale

Certains médicaments comme la rivastigmine ou le donépézil peuvent être utilisés en cas de déclin cognitif important.

9.5. Troubles de l'Anxiété et du Stress Post-AVC

Après un AVC, de nombreux patients ressentent de l'anxiété liée à la peur d'un nouvel AVC ou aux difficultés de récupération.

9.5.1. Thérapies de Relaxation et de Soutien

Méditation, yoga, relaxation (Yelnik, A, 2022).

10. Prévention

10.1. Contrôle des facteurs de risque médicaux

L'AVC est souvent causé par des problèmes de santé qui affectent la circulation sanguine. Il est donc essentiel de :

- Surveiller la tension artérielle : L'hypertension est le principal facteur de risque. Il faut mesurer sa pression artérielle régulièrement et suivre un traitement en cas d'hypertension.
- Gérer le diabète : Un taux élevé de sucre dans le sang peut endommager les vaisseaux sanguins. Il est recommandé de suivre un régime adapté et de prendre un traitement si nécessaire.
- Contrôler le cholestérol : Un excès de mauvais cholestérol (LDL) favorise l'accumulation de plaques dans les artères, ce qui peut provoquer un AVC. Une alimentation équilibrée et parfois un traitement médicamenteux sont nécessaires.
- Prendre en charge les maladies cardiaques : Les troubles du rythme cardiaque, comme la fibrillation auriculaire, augmentent le risque d'AVC. Un suivi médical et un traitement adapté permettent de réduire ce risque.

10.2. Adopter une alimentation saine et équilibrée

L'alimentation joue un rôle majeur dans la prévention des maladies cardiovasculaires :

- Privilégier les fruits et légumes : Riches en vitamines et antioxydants, ils protègent les vaisseaux sanguins.
- Consommer des acides gras insaturés : L'huile d'olive, les poissons gras (saumon, sardine, maquereau) et les fruits à coque (amandes, noix) améliorent la santé cardiovasculaire.
- Réduire le sel : Une consommation excessive de sel favorise l'hypertension. Il est conseillé de limiter les plats industriels et de ne pas trop saler les repas.
- Éviter les graisses saturées et les sucres raffinés : Les aliments riches en graisses saturées (viandes grasses, charcuteries, fritures) et en sucres rapides augmentent le risque d'obstruction des artères.

10.3. Maintenir une activité physique régulière

L'exercice physique est bénéfique pour le cœur et la circulation sanguine :

- Faire au moins 30 minutes d'exercice par jour : La marche rapide, la natation, le vélo ou la danse sont recommandés.

- Éviter la sédentarité : Passer trop de temps assis ou inactif augmente les risques cardiovasculaires.
- Contrôler son poids : L'obésité est un facteur de risque majeur de l'AVC. Une activité physique régulière aide à maintenir un poids sain.

10.4. Éviter les comportements à risque

Certains modes de vie augmentent considérablement le risque d'AVC :

- Arrêter le tabac : Le tabagisme endommage les artères et favorise la formation de caillots sanguins.
- Limiter la consommation d'alcool : Une consommation excessive d'alcool augmente la pression artérielle et peut provoquer des troubles cardiaques. Il est recommandé de ne pas dépasser un verre par jour pour les femmes et deux pour les hommes.
- Éviter les drogues : Certaines substances, comme la cocaïne, provoquent des hausses brutales de la pression artérielle et augmentent le risque d'AVC.

10.5. Faire un suivi médical régulier

Un suivi médical permet de dépister les problèmes de santé avant qu'ils ne deviennent graves

- Consulter régulièrement un médecin : Un contrôle annuel est conseillé, surtout après 40 ans ou en cas d'antécédents familiaux d'AVC.
- Prendre les traitements prescrits : Les médicaments contre l'hypertension, le diabète, le cholestérol ou les troubles cardiaques doivent être pris conformément aux recommandations médicales.

10.6. Gérer le stress et améliorer son hygiène de vie

Le stress chronique et un mauvais sommeil peuvent favoriser l'AVC :

- Apprendre à gérer le stress : La méditation, le yoga, la relaxation ou la respiration profonde aident à réduire le stress.

- Avoir un bon sommeil : Dormir au moins 7 heures par nuit permet de préserver la santé cardiovasculaire. L'apnée du sommeil est un facteur de risque d'AVC et doit être traitée.
- Éviter la surcharge de travail et l'anxiété excessive : Un mode de vie équilibré contribue à un meilleur bien-être général.

10.7. Connaître les signes avant-coureurs de l'AVC

Même avec une bonne prévention, il est important de savoir reconnaître les symptômes d'un AVC pour agir rapidement :

- Engourdissement ou faiblesse soudaine d'un côté du corps (visage, bras, jambe).
- Difficulté à parler ou à comprendre les autres.
- Troubles de la vision (perte soudaine de la vue ou vision trouble).
- Mal de tête sévère sans cause apparente.
- Perte d'équilibre ou vertiges.
- En cas de symptômes, il faut appeler immédiatement les secours (urgence médicale). Plus l'AVC est pris en charge rapidement, plus les séquelles peuvent être limitées.

En appliquant ces mesures, il est possible de réduire considérablement le risque d'AVC et de protéger sa santé cérébrale et cardiovasculaire (Collège des Enseignants de Neurologie, 2005).

Synthèse

L'accident vasculaire cérébral est une pathologie grave, survenant de façon soudaine, qui résulte d'un arrêt ou d'une rupture de la circulation sanguine au cerveau. Il existe deux types principaux d'AVC : l'ischémique, dû à l'obstruction d'une artère, et l'hémorragique, causé par la rupture d'un vaisseau. Ces deux formes entraînent des dommages cérébraux pouvant être irréversibles.

La prévalence de l'AVC est élevée, notamment chez les personnes âgées, avec des facteurs de risque comme l'hypertension, le tabac, le diabète ou la sédentarité. Les signes avant-coureurs sont des troubles du langage, une faiblesse d'un côté du corps, des maux de tête

soudains ou des troubles de la vue. La reconnaissance rapide des symptômes est cruciale pour limiter les séquelles.

Les AVC peuvent laisser des séquelles importantes telles que des troubles moteurs, cognitifs, sensoriels ou émotionnels. La prise en charge repose sur un diagnostic d'urgence par imagerie cérébrale, un traitement médical adapté selon le type d'AVC (thrombolyse,

anticoagulants, chirurgie) et un accompagnement psychologique. La prévention repose sur le contrôle des facteurs de risque, une alimentation saine et une activité physique régulière.

Chapitre III

L'estime de soi

Préambule

L'estime de soi est un concept central dans le développement psychologique et émotionnel de chaque individu. Elle reflète la manière dont une personne se perçoit, se valorise et s'accepte. Une estime de soi positive est essentielle pour le bien-être général, tandis qu'une faible estime de soi peut entraîner des difficultés psychologiques, relationnelles et sociales. L'estime de soi se construit au fil de la vie et est influencée par de nombreux facteurs internes et externes.

Ce chapitre aborde différents aspects clés de l'estime de soi, y compris sa définition, son histoire, son développement au cours de la vie, et les conséquences d'une estime de soi faible.

1.Définition des concepts :

1.1. Définition du concept de soi

Le concept de soi occupe une place centrale en psychologie et a fait l'objet de nombreuses recherches depuis un siècle, en raison de son rôle crucial dans la vie de chaque individu. Il s'agit d'une structure cognitive qui permet aux personnes de réfléchir consciemment sur elles-mêmes, tout comme elles réfléchissent à des objets ou à des événements qui se produisent dans le monde extérieur.

Selon Horrockset Jackson le concept de soi se réfère « à un ensemble de traits, d'images, de caractéristiques, de goûts, de valeurs, d'aspiration que l'individu perçoit plus ou moins clairement en lui-même et qu'il organise de façon plus ou moins cohérente, ceci en relation avec les autres et les rôles qu'il joue »

Selon BANDURA (1997) le concept de soi est une vision organisée de soi qui se formerait à travers des expériences, mais aussi à partir des évaluations sur soi que feraient les autres signifiants aux yeux du sujet concerné. (Emeline et Nathalie,2014,PP.95-98).

Lawrence (1988) décrit le concept de soi comme la somme totale des caractéristiques physiques et mentales d'un individu ainsi que l'auto-évaluation qu'il en fait. Le concept de soi est donc la prise de conscience par l'individu de son propre soi, de sa propre identité. L'auto-évaluation faite par l'individu se situe aux trois niveaux, cognitif (pensées), affectif (émotions) et behavioral (actions). C'est à partir de cette même catégorisation que l'on voit le concept de soi Comme englobant trois dimensions : l'image de soi, le soi idéal et l'estime de soi. (Lawrenece,1988)

1.2. La définition de l'estime de soi

Selon Coopersmith (1967), l'estime de soi se définit comme étant une évaluation que l'individu fait de lui-même et qu'il maintient généralement constante ; il exprime ainsi une attitude d'approbation ou de désapprobation et indique l'étendue de ce qu'il juge être capable important et valable de ce qu'il juge. En résumé, c'est un jugement personnel de sa valeur exprimée dans l'attitude que l'individu maintient face à lui-même. (Coopersmith 1967)

Pour Shavelson, Hubner et Stanton (1976), l'estime de soi se définit comme "les perceptions qu'une personne a d'elle-même, perceptions formées à partir de son expérience avec l'environnement et influencées spécialement par les renforcements de l'environnement et les personnes significatives de son entourage"(Shavelson, Hubner et Stanton 1976).

Selon William James(1890) L'estime de soi est le rapport entre les aspirations et les réussites affectives ainsi qu'entre les résultats et échecs, il l'appelait « la conscience de la valeur du moi ». L'écart entre l'objectif et le résultat donne le niveau d'estime de soi. Cette théorie sera reprise plus tard par de nombreux chercheurs. James (1890) a été un des premiers auteurs à approfondir la notion de soi, contribuant largement à son gène et à son développement. Selon lui, l'évaluation qu'une personne fait d'elle-même est directement liée à ses aspirations. Un individu a une forte estime de soi lorsque ses réalisations correspondent à ses aspirations ; et réciproquement, une personne qui n'arrive pas à s'actualiser à un faible estime de soi. (Elisabeth Giguere, 2018, P17).

Selon le dictionnaire de psychologie l'estime de soi définie comme « C'est une valeur, un jugement, que l'individu accorde à lui-même en estimant sa valeur, ses compétences, ses capacités, son importance en fonction vidus. Certaines difficultés psychologiques sont liées à un manque de ses propres normes et de comparaisons subjectives avec d'autres ind d'estime de soi, la phobie sociale par exemple, y est fortement corrélée. Un individu ayant une faible estime de lui-même connaîtra des sentiments d'infériorité, se considérera comme inapte à affronter les situations stres- santes et en conséquence les évitera, comme celui souffrant de phobie sociale évite les situations sociales. » (Uchino et al., 2009).

1.3 définition de confiance en soi

C'est le sentiment de sécurité intérieure que vous éprouvez vis-à-vis de vous. Il correspond et permet de satisfaire le besoin de sécurité (vis-à-vis de l'extérieur, de l'inconnu et du futur).

Si vous n'avez pas confiance en vous, vous ne pouvez pas risquer, entreprendre, décider, changer, oser et vous affirmer (sereinement). Sans un minimum de cette sécurité vous ne pouvez rien entreprendre, rien risquer et rien créer. Cette carence vous confine dans l'attentisme (conséquence de votre inhibition permanente), le pessimisme, voire le défaitisme. Persuadé que vous n'y arriverez pas, vous réussissez... à échouer, ce qui prouve que vous aviez raison et entretient votre carence. C'est un cercle vicieux. Vos échecs ne sont que la concrétisation de ce manque de confiance en vous, qui produit de nouveaux échecs et ainsi de suite (Bellenger, 2007).

2. Histoire de l'estime de soi

L'estime de soi et l'estime du Soi ont une histoire riche, marquée par les contributions de nombreux psychologues et philosophes. Ces penseurs ont exploré les mécanismes de l'estime de soi, ses fondements, et son impact sur le bien-être psychologique et spirituel. Voici un aperçu des réflexions de quelques figures majeures qui ont façonné cette histoire

2.1. William James (1842-1910)

Considéré comme le « père » de la psychologie américaine, William James a été l'un des premiers à définir l'estime de soi. Dans son ouvrage *Principles of Psychology* (1890), il propose une équation simple pour mesurer l'estime de soi :

Estime de soi = Succès remportés / Prétentions.

Selon lui, plus les aspirations d'une personne sont élevées sans être réalisées, plus elle risque de ressentir un sentiment d'échec. Cette approche met l'accent sur l'importance de l'équilibre entre les ambitions et les réalisations concrètes.

2.2. Sigmund Freud (1856-1942)

Freud, fondateur de la psychanalyse, n'a pas directement abordé l'estime de soi. Cependant, sa théorie du moi, coincé entre le **surmoi** (les injonctions morales) et le **ça** (les pulsions instinctuelles), suggère que le moi est constamment en lutte pour maintenir son équilibre. Selon Freud, le moi est trop occupé à se défendre contre les pressions internes pour développer une estime de soi solide. De plus, Freud réduit les manifestations spirituelles et artistiques à des sublimations de forces instinctuelles, ce qui, selon certains critiques, limite la compréhension de l'estime de soi et du Soi.

2.3. Alfred Adler (1870-1937)

Adler a introduit le concept de **complexe d'infériorité**, qu'il considère comme un sentiment inné chez l'être humain. Pour compenser ce sentiment, l'individu chercherait à développer un sentiment de supériorité, souvent marqué par l'orgueil et le désir de domination. Cependant, cette théorie ne laisse pas de place à une **juste estime de soi**, où l'individu reconnaît sa valeur sans chercher à écraser les autres. Adler met en lumière les dangers d'une estime de soi mal équilibrée, oscillant entre infériorité et supériorité.

2.4. Carl Rogers (1902-1987)

Carl Rogers, pionnier de l'approche humaniste en psychologie, a insisté sur l'importance de l'**acceptation inconditionnelle** dans la relation thérapeutique. Selon lui, de nombreux clients ont tendance à se dénigrer et à se considérer indignes d'amour. En offrant une acceptation inconditionnelle, le thérapeute aide le client à s'accepter tel qu'il est, avec ses forces et ses faiblesses. Cette approche favorise le développement d'une estime de soi saine et équilibrée.

2.5. Virginia Satir (1916-1988) et l'estime de soi en thérapie familiale

Membre du **California Task Force to Promote Self-Esteem**, elle considère l'estime de soi comme essentielle à la santé mentale des familles. Une famille dysfonctionnelle empêche le développement d'une bonne estime de soi chez ses membres. Elle insiste sur la liberté d'expression des émotions comme un critère de bien-être familial.

2.6. Éric Berne (1910-1970)

Berne montre comment les éducateurs influencent l'estime de soi des enfants par leurs marques d'affection. Une faible estime de soi pousse à la manipulation, tandis qu'une estime élevée favorise l'authenticité et l'honnêteté dans les relations.

2.7. Carl Gustav Jung (1875-1961)

Jung relie l'estime de soi à la spiritualité et au **Soi**, qu'il considère comme l'**imago Dei** (image de Dieu). Il met en avant l'importance de la psychologie pour aider une personne à devenir pleinement elle-même.

2.8. La Commission californienne pour l'estime de soi (1984-1995)

Cette commission, dirigée par **John Vasconcellos**, visait à résoudre des problèmes sociaux comme la délinquance et l'échec scolaire en renforçant l'estime de soi. Elle a conduit à la création du **National Council for Self-Esteem** et du **World Council for Self-Esteem**, qui influencent encore aujourd'hui les approches en éducation et en développement personnel.

2.9. Nathaniel Branden

Nathaniel Branden est un pionnier de l'étude de l'estime de soi, qu'il place au cœur de ses recherches dès les années 1950. Il met en évidence les effets néfastes de son absence, tels que l'anxiété, la dépression, l'échec scolaire ou encore la codépendance. Dans son ouvrage *The Six Pillars of Self-Esteem*, il définit l'estime de soi avant tout sous l'angle des compétences et des aptitudes, insistant sur la confiance en sa capacité à penser, à relever les défis et à réussir. Pour lui, l'estime de soi est intimement liée à la réalisation personnelle, à l'affirmation de ses besoins et à la jouissance des fruits de ses efforts.

2.10 Anthony Robbins

Est une figure marquante dans l'exploration de l'estime de soi et de la Programmation neurolinguistique. Auteur des best-sellers *Pouvoir illimité* et *L'éveil de votre puissance intérieure*, il a connu un succès mondial grâce à ses livres, conférences et interventions médiatiques. Par son approche dynamique et accessible, il touche des millions de personnes à travers le monde, diffusant ses idées sur l'épanouissement personnel. Fondateur du site Dreamlife, il a également formé de nombreux disciples qui perpétuent sa vision du développement illimité de chaque individu, faisant de lui un représentant majeur du Human Potential Movement.

2.1.1. Les auteurs français et l'estime de soi

La vague de l'épanouissement personnel a largement influencé la France, comme le souligne un article de *L'Express* du 22 février 2001. Parmi les auteurs contemporains ayant exploré l'estime de soi, les psychiatres Christophe André et François Lelord se distinguent avec leur ouvrage *L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres*, qui a connu un grand succès. Dans la même lignée, Josiane de Saint-Paul propose une approche approfondie avec son livre *Estime de soi, confiance en soi*, contribuant ainsi à une réflexion sérieuse sur ce sujet fondamental (Monbourquette, 2013, PP.17-31).

3. La construction de l'estime de soi

3.1. La petite enfance

“L’histoire de l’estime de soi commence bien avant la naissance d’un enfant. Avant de venir au monde, cet enfant prend corps dans l’imaginaire de ses parents où il est fantasmé, imaginé. Les premiers liens tissés avec cet enfant sont déterminés par cette image qui le précède, une image issue du désir parental” (Jendoubi, 2002, P.10).

Dans un premier temps, c'est au travers de l'environnement familial que l'estime de soi se développe. Le bébé reçoit en miroir une image positive ou négative de lui-même. D'après la théorie de Bowlby (1982) sur l'attachement, les premières interactions du nourrisson avec la mère ont un impact sur le développement de l'enfant. C'est grâce à ce lien d'attachement que le nourrisson se construit, il se sent “aimé” par sa mère, estimé, digne de son amour. “Par contre, un enfant qui se trouve face à une figure d'attachement qu'il perçoit comme rejetante ou non disponible et n'apportant pas de soutien, construira un modèle du soi négatif” (Harter, 1998, P.64).

“La période de l’attachement est fondamentale dans le développement psychique de tout être humain. Elle constitue le noyau de base de l’estime de soi” (Duclos, 2010, P.38).

Le deuxième lien affectif très fort chez le nourrisson est le lien à l'environnement dont parle Winnicott (1958). Pour lui, le nourrisson est dépendant de l'environnement. Le développement de soi est déterminé par la qualité des interactions avec son environnement. “La mère suffisamment bonne” favorise ainsi un développement sain.

Rigon (2001) définit l'estime de soi comme “une notion éminemment interactive, qui va s'établir peu à peu selon les rapports au monde extérieur que va mettre en place l'enfant, et les relations qui vont se nouer avec l'entourage proche, les parents en particulier”. C'est pourquoi le regard que porte l'environnement (parents, entourage familial...) est déterminant pour la mise en place du narcissisme chez l'enfant, l'amour de soi. Plus le jeune enfant aura reçu un regard aimant, plus son estime de soi sera positive.

Avec l'apparition du langage, l'enfant se distancie de ses parents. Il apprend ainsi à se nommer et à se représenter comme sujet différent de sa mère. Il développe une certaine autonomie lui permettant de prendre peu à peu confiance en lui. “Il prend alors conscience qu'il est une personne à part entière” (Duclos, 2010, P.87).

Dès l'âge de trois ou quatre ans, l'enfant crée de nouveaux liens, son monde social s'élargit, il prend conscience de son environnement et des nouvelles personnes, autres que sa famille, qui

apparaissent dans son champ social. Il se compare à ses pairs et cherche leur approbation. Il apprend à s'affirmer en tant qu'individu dans un groupe. C'est cette ouverture à un nouvel environnement qui va influencer son estime de soi.

À partir de l'âge de 7-8 ans, l'enfant prend conscience de sa propre valeur. Il commence à “se préoccuper de son acceptation sociale, puis à comprendre le lien entre ses propres actions et les résultats obtenus” (Jendoubi, 2002, P.11).

L'estime de soi de l'individu augmente si les autres ont une bonne opinion de lui. Inversement, si les autres ont une opinion négative de l'individu, celui-ci l'intègre et développe alors une faible estime de soi. “Il s'agit de l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est-à-dire de son degré de satisfaction de lui-même” (Harter, 1998, P.58).

Pour cette auteure, l'estime de soi est donc principalement dépendante des compétences et des réussites dans différents domaines : scolaires, athlétiques, relationnels, dans le domaine de l'apparence physique et de la conduite. L'estime de soi est proportionnelle à la réussite, et inversement la mauvaise estime de soi est proportionnelle à l'échec.

C'est à cette période-là que l'enfant prend davantage conscience de qui il est, il commence à mieux se connaître grâce aux interactions avec les autres enfants. Il est sensible aux remarques des autres et le processus du “soi-miroir” commence à se mettre en place.

“L'estime de soi provient de l'idée que l'élève a de sa compétence et de la valeur qu'il accorde au succès” (Archambault & Chouinard, 1996, P.179).

3.2. La préadolescence

La préadolescence (10-12 ans) se caractérise par une période transitoire entre l'enfance et l'adolescence. Jusqu'à présent, l'enfant était influencé par son environnement familial auquel il voulait plaire et peu à peu, “il prend de la distance vis-à-vis du système de valeurs familiales pour intégrer de nouvelles valeurs (...) et perçoit ses partenaires comme la référence essentielle” (Bouissou, 1998, P.149).

Il est influencé par son entourage, par ce que les autres pensent de lui. “Entre 6 et 12 ans, l'école va jouer un rôle déterminant dans la façon dont l'enfant va se représenter le monde qui l'entoure, mais aussi et surtout, dont il va se représenter lui-même en tant qu'individu unique et différent des autres” (Lamia, 1998, P.109).

3.3. L'adolescence

L'adolescence est peut-être la période la plus importante pour consolider une bonne estime de soi. C'est souvent une période de doutes pour ces jeunes, une période où l'on est fréquemment insatisfait de soi. “Le jeune se heurte à la difficulté de se trouver une place, il a du mal à trouver ses marques” (Rigon, 2001, P.44).

Pour Erikson (1970), la construction de l'identité se fait grâce à la construction sociale. C'est l'interaction entre le sujet et son environnement social qui crée l'identité. Erikson parle de “crise d'identité de l'adolescence”, “une période où l'individu est à la recherche d'idéaux lui permettant de trouver une cohérence interne – une identité – autour d'un ensemble unifié de valeurs” (Cohen-Scali & Guichard, 2001, P.5).

Pour lui, la construction identitaire est un processus qui s'élabore tout au long de notre vie, spécialement lors de “périodes de rupture”. Ce sont “des crises”, marquées par une certaine vulnérabilité de l'individu, notamment à l'adolescence, mais riches de nouvelles potentialités.

Les résultats des recherches de Bariaud et Bourcet “permettent d'affirmer que tout au long de l'adolescence, les parents continuent de jouer un rôle essentiel dans le développement de leur enfant” (1998, p.132), même si les pairs prennent de plus en plus d'importance.

André et Lelord (2008) expliquent l'importance des “nourritures affectives et éducatives” . L'amour que l'adolescent a reçu de ses parents ne suffit pas, il leur faut également apprendre “à être socialement compétent, c'est-à-dire se sentir à l'aise dans les groupes”.

Peu à peu, l'adolescent a besoin d'appartenir à un groupe. “Sa dépendance affective à l'égard de l'adulte diminue au profit de la dépendance sociale” (Duclos, 2010, P.110).

Duclos affirme que “le sentiment d'appartenance à l'école est fondamental” car il contribue à l'épanouissement des adolescents dans leurs relations sociales et dans leur estime de soi (Thibault *et al*, 2021)

4. Théories de l'estime de soi

4.1. Théories classiques de l'estime de soi

De manière plus classique, l'estime de soi désignerait la perception que chacun a de sa propre valeur, dans quelle mesure chacun s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne (estime de soi globale). Elle est le reflet d'une attitude d'approbation-désapprobation qui indique jusqu'à quel point une personne se voit comme ayant de la valeur, de l'importance, et

comme étant capable de réussir (Cooley, 1902; Coopersmith, 1967; Rosenberg, 1979). Une première approche quantitative de l'estime de soi, unidimensionnelle, résultant des travaux de Coopersmith (1967) et de Piers et Harris (1969) a permis d'étudier l'estime de soi de manière globale. Ces études ont généralement porté sur les corrélats de l'estime de soi vus comme déterminants ou conséquents mais ont somme toute résulté en peu de connaissances (Rosenberg, 1986) et d'hypothèses causales. Au plan théorique, ceci a conduit à remettre en question l'hypothèse d'estime de soi comme un construit unidimensionnel, au profit d'une conception multidimensionnelle davantage en adéquation avec la complexité du soi (Harter, 1985; Marsh, 1988; Rosenberg, 1979). Toutefois, avant d'aborder cette nouvelle perspective, les positions de deux pionniers dans le domaine du développement des conceptions de soi sont brièvement exposées dans les paragraphes suivants.

- **Perspective de James**

William James (1892), psychologue américain, a défini l'estime de soi comme la cohésion entre les aspirations et les succès. Pour James, l'estime de soi est la conscience de la valeur du soi, et elle réside à l'intérieur de la personne. Le poids de cette valeur repose sur l'importance que la personne accorde à ses différents types de Moi. La formule que James propose pour définir l'estime de soi est la suivante : **estime de soi = réussites (réalisations) / aspirations (prétentions)**. Ainsi, la personne peut modifier son degré d'estime de soi en diminuant le dénominateur aussi bien qu'en augmentant le numérateur. James explique que le jugement de compétence sur soi n'a d'impact sur l'estime de soi globale que lorsqu'il porte sur des domaines jugés importants par la personne. En complément, il propose que la personne ayant une estime de soi élevée serait plus à même de reconsidérer les domaines où elle se sent moins compétente.

Cette hypothèse du modèle de James a maintes fois été confirmée dans les travaux de Harter, tant chez des enfants, des adolescents que des adultes (Harter, 1990a). Elle a opérationnalisé le modèle de James en traduisant « réussites » par « compétences perçues » et « aspirations » par « importance accordée aux domaines » (Harter, 1986). Elle a montré l'existence d'un degré de concordance élevé entre ces deux éléments : ne pas se sentir à la hauteur dans un domaine qu'on valorise va de pair avec une faible estime de soi globale, et inversement (Harter, 1990a). Par exemple, l'enfant capable d'identifier la compétence scolaire comme domaine d'habileté spécifique auquel il accorde de l'importance verra son estime de soi plus affectée par ses perceptions de compétence dans ce domaine que l'élève qui prête peu d'importance au fait d'être compétent à l'école.

- **Perspective de Cooley**

Charles Horton Cooley (1902) considère que l'estime de soi générale est influencée par des facteurs sociaux, mettant en avant la métaphore du soi reflété dans le miroir (looking-glass-self). Selon lui, l'approbation des personnes significatives joue un rôle clé dans son développement. Harter (1983, 1987, 1990a) souligne que l'estime de soi se construit progressivement grâce aux expériences sociales, notamment à travers le feedback d'agents sociaux. L'enfant, en particulier, est sensible au regard des parents (Harter, 1999). Plus tard, le jeune intériorise les normes de réussite et d'échec de son environnement social pour évaluer ses compétences.

Harter (1990a, 1993) identifie quatre sources de soutien pour les adolescents : parents, professeurs, pairs et amis intimes. Les résultats montrent une forte corrélation entre le soutien perçu et l'estime de soi, avec une relation plus forte entre les parents et les pairs. De plus, les études de Harter révèlent que la combinaison des modèles de James et de Cooley offre une explication complète de l'estime de soi. Plus la perception de compétence et le soutien social sont élevés, plus l'estime de soi est forte. Un jeune avec une faible estime de soi est celui qui se sent incompetent dans des domaines importants et reçoit peu de soutien social.

4.2. Théories contemporaines de l'estime de soi

À l'opposé de la conception traditionnelle de l'estime de soi comme une entité globale dénuée de prise en compte du contexte (Coopersmith 1967, Pier & Harris, 1964), les travaux théoriques des dernières années ont mis de l'avant une perspective multidimensionnelle qui est à la fois dynamique et développementale (voir Byrne, 1996; DuBois, Felner, Brand, Phillips, & Lease, 1996; Harter, 1999; Marsh & Hattie, 1996; Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976). L'estime de soi représente l'appréciation qu'une personne fait de sa propre valeur (un jugement global plus ou moins positif à l'égard de soi-même) et reflète également l'évaluation à l'égard de ses propres compétences ou qualités dans des domaines de vie spécifiques (estime de soi spécifique à un domaine de fonctionnement) (Harter, 1999) (Harter, 1986; Marsh, 1986, 1987; Rosenberg, 1979). Cette conceptualisation a notamment favorisé de nouvelles perspectives dans l'examen de la structure de l'estime de soi. Parmi ces approches théoriques, le modèle de Harter (1999) représente le fondement théorique privilégié dans la plupart des travaux contemporains effectués dans ce domaine. Ce modèle est fondé sur des principes théoriques exhaustifs, robustes et contemporains. De plus, un de ses volets s'applique spécifiquement à la période de l'adolescence. Cependant, un modèle alternatif qui soulève aussi beaucoup d'intérêt est celui de Crocker (Crocker & Wolf, 2001). La partie qui suit

s'intéresse à ces deux modèles. Nous explorerons les grandes lignes de chacun et verront aussi en quoi ils se distinguent

- **Perspective de Harter**

Susan Harter a consacré de nombreux travaux à l'étude de l'estime de soi, en particulier depuis les années 1980. Elle met en évidence que, dès l'âge de huit ans, l'enfant est capable de s'évaluer globalement tout en évaluant ses compétences dans des domaines spécifiques (Harter, 1982). Selon elle, cinq domaines de fonctionnement sont essentiels pour l'enfant d'âge scolaire : l'apparence physique, l'acceptation sociale, la compétence athlétique, la compétence scolaire et la conduite/moralité. Harter différencie l'estime de soi globale des évaluations spécifiques de soi dans ces domaines, et propose que la diversité et l'importance des domaines changent avec l'âge (Harter, 1983; 1989).

L'importance de ces domaines pour l'enfant dépend du soutien social qu'il reçoit, en particulier de la part des pairs et des parents. Les domaines valorisés par les pairs, comme l'apparence physique, l'acceptation sociale et la compétence athlétique, influencent la perception de compétence des adolescents. À l'inverse, les domaines valorisés par les parents, tels que la compétence scolaire et la conduite/moralité, sont liés au soutien parental (Harter, 1999; Harter, Marold, & Whitesell, 1992; Harter & Marold, 1993).

Les travaux de Harter ont largement contribué à l'avancement de la compréhension de l'estime de soi, notamment par le développement d'instruments de mesure adaptés à différents âges. En parallèle, un groupe de chercheurs dirigé par Jennifer Crocker explore également l'estime de soi en la situant dans un paradigme qui considère sa nature contingente aux différents aspects du fonctionnement de la personne.

- **Perspective de Crocker**

Crocker s'intéresse aux "contingences de l'estime de soi", des domaines de fonctionnement sur lesquels une personne base son estime de soi, la rendant dépendante de ses réussites ou échecs dans ces domaines (Crocker, 2002ab; Crocker & Knight, 2005; Crocker, Luhtanen, Cooper, & Bouvrette, 2003). Selon Crocker, l'individu cherche à maintenir, protéger et augmenter son estime de soi en obtenant des succès et en évitant des échecs dans certains domaines de sa vie. Deux idées centrales émergent du modèle de Crocker : d'abord, les individus diffèrent dans les domaines de contingence sur lesquels ils fondent leur estime de

soi ; ensuite, l'impact des événements sur l'estime de soi dépend de leur pertinence par rapport à ces domaines.

Certaines personnes basent leur estime de soi sur des compétences, tandis que d'autres s'appuient sur l'approbation ou la désapprobation des autres, réels ou imaginés. De plus, une personne peut avoir plusieurs domaines contingents à son estime de soi, mais à des degrés différents. Par exemple, un jeune peut fonder principalement son estime de soi sur ses compétences scolaires, tout en accordant une moindre importance à son apparence physique. Au fil du temps et à cause de diverses influences sociales, les individus développent des contingences qu'ils doivent satisfaire pour maintenir une estime de soi élevée. Bien que ces contingences soient relativement stables, elles ne sont pas immuables ; elles peuvent évoluer en réponse aux changements de l'environnement ou aux capacités d'une personne à satisfaire ses propres critères de valeur, permettant ainsi d'adapter et de maintenir son estime de soi (Crocker & Wolf, 2001). (Dupras, 2012, PP. 7–11).

5. Les trois piliers de l'estime de soi

André et Lelord ont une conception assez proche de celle de Duclos en expliquant dans leur ouvrage que “l'estime de soi repose sur trois “ingrédients” : “l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi” (2008, p.16).

5.1. L'amour de soi

Pour ces auteurs, l'amour de soi est l'élément essentiel, qui a normalement été apporté à chacun lorsque nous étions enfant. Rigon (2001) approuve cet aspect en affirmant que l'enfant se construit “d'après ce qu'il a intériorisé du regard de ses parents, s'il s'est senti aimé, désiré, accepté ou non et ce qu'il a entendu de l'histoire familiale” (p.17). Comme nous le verrons plus loin, l'environnement familial, l'ambiance familiale et l'amour parental reçus ont une part importante dans la construction de l'estime de soi. “S'aimer soi-même est bien le socle de l'estime de soi”(André & Lelord, 2008, p.17).

5.2. La vision de soi

La vision de soi est le regard que l'on porte sur soi, par rapport à nos qualités et nos défauts. L'estime de soi n'est pas seulement la connaissance de soi, “mais la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations” (André & Lelord, 2008, p.19).

Elle correspond à l'image que l'on se fait de soi. La vision de soi permet de croire en ses capacités et de se projeter dans l'avenir. Son origine se trouve, par conséquent, dans les projets que les parents forment pour leur enfant. Il est important de prendre conscience de cette vision de soi pour mieux se connaître et être plus apte à faire face aux difficultés.

5.3. La confiance en soi

La confiance en soi est une conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi. Elle s'applique essentiellement à nos actes. "Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes." La confiance en soi nous permet ainsi d'agir sans peur de l'échec, sans peur du jugement des autres. Elle permet de mobiliser des ressources qui nous permettent de surmonter nos difficultés. Elle nous redonne l'énergie nécessaire pour rebondir. Un manque de confiance en soi n'est pas un obstacle infranchissable, mais "les personnes qui en souffrent sont souvent victimes d'inhibition, sensible notamment dans de petits actes quotidiens" (André & Lelord, 2008, p.21).

Ces trois piliers décrits par André et Lelord sont interdépendants. L'amour de soi permet une vision de soi positive qui influence la confiance en soi. Plus on a réussi à vaincre une difficulté, à oser, à prendre des initiatives, plus on a confiance en soi. Plus on a confiance en soi, plus on a un regard de nous-mêmes positif et plus l'amour de soi se développe. Nous comprenons bien qu'il s'agit d'une boucle où les trois "ingrédients" sont très liés les uns aux autres. (André, Lelord, 2008, PP.15-19).

6. La déférence entre l'estime de soi et la confiance en soi

L'estime de soi est la perception que nous avons de notre valeur en tant qu'être humain. Elle est profondément liée à notre dignité, notre mérite et notre capacité à nous respecter indépendamment de nos performances ou de nos réussites. Selon ton texte, l'estime de soi est consciente et reflète la reconnaissance de notre valeur intrinsèque, indépendamment de ce que nous accomplissons dans la vie. Une personne avec une estime de soi saine se considère digne d'amour et de respect, même lorsqu'elle rencontre des difficultés ou échoue. Cela repose sur l'acceptation de soi, même sans validation extérieure, et reste stable, quel que soit l'environnement ou les circonstances.

La confiance en soi, quant à elle, est la croyance en notre capacité à accomplir des tâches spécifiques ou à relever des défis. Elle est inconsciente, en ce sens qu'elle se manifeste par nos actions, souvent de manière automatique ou naturelle, sans nécessiter une réflexion profonde. La confiance en soi est dynamique et fluctue en fonction des expériences vécues. Par exemple, elle peut être renforcée par des réussites passées et des retours positifs, mais elle peut aussi être ébranlée par un échec. Elle est centrée sur la capacité d'agir avec assurance dans des situations particulières, que ce soit pour prendre des décisions, résoudre des problèmes ou réussir des tâches spécifiques.

La différence essentielle que tu soulignes est que l'estime de soi est consciente, alors que la confiance en soi est inconsciente. L'estime de soi repose sur une évaluation de notre valeur personnelle de manière profonde et stable, tandis que la confiance en soi est plus liée à notre conviction d'être capable d'accomplir certaines actions ou de réussir dans des situations particulières. En d'autres termes, l'estime de soi est liée à qui nous sommes, alors que la confiance en soi est liée à ce que nous croyons pouvoir accomplir.

Dans ce cadre, une personne avec une bonne estime de soi peut faire face aux difficultés de la vie avec résilience, car elle se considère digne et précieuse, même en cas d'échec. Tandis que la confiance en soi peut fluctuer, mais elle permet à cette personne de prendre des initiatives et d'agir avec assurance dans les situations où elle se sent compétente (Ras, 2023)

7. Haute et baisse estime de soi

7.1. La haute estime de soi

Avoir une bonne estime de soi implique de savoir que l'on a notre place dans ce monde et qu'on a le droit de profiter de ses richesses, c'est donc un indicateur d'acceptation, de tolérance, de satisfaction personnelle et de respect à l'égard de soi-même. Cela peut se rapporter par une « opinion largement positive de [nous]-même » (Fennell, 2021, p. 7 ; Pierron, 2019). D'après Rosenberg (1979), une bonne estime de soi impliquerait de plus grandes facilités à s'engager dans l'action, l'auto-évaluation est plus favorable et la stabilité émotionnelle plus importante. L'estime de soi s'auto-entretient, comme le montre le schéma ci-dessous (André & Leclerc, 2008, p. 233).

L'estime de soi n'est ni binaire ni figée, elle varie en fonction du contexte de vie, de l'expérience et de l'environnement. Elle peut être stable ou instable et il me semble important que les professionnels de santé connaissent le degré de résistance de leurs patients aux

événements de vie qui pourraient ébranler cette estime de soi, d'autant plus si ce sont des patients traumatisés.

Une estime de soi stable peut s'illustrer par des personnes qui ne dépensent pas beaucoup d'énergie dans la promotion de leur image. La critique des interlocuteurs peut être écoutée, voire prise en compte, sans provoquer de réactions défensives.

Une estime de soi haute et instable peut se remarquer lors d'une réaction excessive à un événement qui met à mal l'image construite par la personne, comme une critique par exemple. Elle peut alors devenir agressive, susceptible, rentrer dans un état de colère intense. Ces sujets ont tendance à valoriser leurs qualités et leurs réussites pour favoriser les perceptions positives à leur égard, mais elles sont très irritables face à la critique et l'échec qui est vécu comme destructeur de toute l'image qu'ils ont construite et qui leur a été énergivore (André & Lelord, 2008). L'écoute des critiques est davantage émotionnelle que rationnelle, le psychomotricien doit donc s'ajuster pour accompagner ces éventuelles émotions face à ce profil de patients.

La perte de vigilance est un inconvénient d'une haute estime de soi, que ce soit une vigilance portée sur les retours d'autrui où la personne est hermétique aux conseils qu'on peut lui donner, ou une vigilance sur l'environnement où la personne sera plus sujette à des chutes ou des accidents de locomotion.

7.2. La basse estime de soi

Pour reprendre le concept de W. James, l'estime de soi d'un individu serait faible lorsqu'il présente un écart important entre son soi idéal et son soi réel. Avoir une faible estime de soi implique un regard davantage critique sur soi : se sentir illégitime, inférieur à certaines personnes, avoir beaucoup de doutes sur soi. Ces pensées peuvent être cruelles.

L'estime de soi peut être basse et instable. Dans ce type de profil, des fluctuations peuvent avoir lieu, avec une estime de soi qui peut s'élever, mais la durée est souvent limitée, notamment par un événement qui vient la rabaisser à un seuil inférieur. Des efforts peuvent être entrepris pour augmenter cette estime de soi, contrairement aux homologues stables qui voient la leur comme une cause perdue. Ce profil « basse et stable estime de soi », implique une forme de résignation. La personne se sent inutile et n'entreprend pas d'efforts pour y remédier. La différence entre ces deux types de profil concerne l'implication dans la vie sociale : les premiers sont soucieux de ne pas être rejeté tandis que les seconds s'y résolvent à l'avance.

Avoir une faible estime de soi a des avantages sur lesquels nous pouvons nous appuyer en séance. Ce type de profil est attentif aux conseils qui leur sont prodigués, ce qui leur 10 permettrait d'améliorer leurs performances, comme le dit J. Brockner dans « Low self-esteem and behavioral plasticity » (André & Lelord, 2008). (Zaïmi, 2022, P.8-9).

8. L'importance de l'estime de soi

L'estime de soi constitue un pilier essentiel du bien-être psychologique et de la santé mentale. Elle joue un rôle déterminant dans la façon dont un individu s'engage dans des actions, gère ses émotions et interagit avec autrui. Une estime de soi élevée permet à une personne de s'engager plus aisément dans des initiatives, sans être entravée par la peur de l'échec. Cette confiance en soi favorise la persévérance, même en présence d'obstacles. À l'inverse, une estime de soi faible peut engendrer de l'hésitation, de la procrastination, voire un évitement des situations difficiles, par crainte de ne pas réussir.

L'estime de soi affecte également la perception qu'une personne a de ses échecs. Ceux qui possèdent une haute estime de soi sont capables de voir l'échec comme une opportunité d'apprentissage et de développement. Ils ont tendance à attribuer leurs échecs à des facteurs externes ou temporaires, ce qui leur permet de se relever rapidement. En revanche, une personne ayant une faible estime de soi a tendance à internaliser l'échec, à se blâmer et à considérer cet échec comme une preuve de son incompétence, renforçant ainsi son sentiment d'impuissance.

De plus, une faible estime de soi peut conduire à des comportements d'auto-sabotage. Par crainte de l'échec, certaines personnes peuvent éviter de se préparer adéquatement ou adopter des comportements qui mènent à l'échec de manière inconsciente, dans une tentative de protéger leur image de soi fragile. En revanche, ceux qui jouissent d'une estime de soi élevée sont plus enclins à prendre des risques calculés, en se concentrant sur les opportunités plutôt que sur les échecs.

L'estime de soi est également corrélée à la perception que l'on a de soi-même. Une haute estime de soi permet de maintenir une image positive et stable de soi, ce qui renforce la confiance en soi et la capacité à faire face aux défis. Cela rend également une personne plus résiliente (Langlois Mayer, 2021).

9. Les composantes de l'estime de soi

L'estime de soi repose sur plusieurs éléments fondamentaux qui contribuent à la perception qu'a un individu de sa valeur personnelle. Ces composants interagissent constamment pour façonner la façon dont une personne se perçoit et interagit avec le monde qui l'entoure.

9.1. Sentiment de sécurité

Un sentiment de sécurité est essentiel pour développer une estime de soi stable. Il se manifeste par un état d'esprit confiant, calme et paisible en raison de l'absence de menaces ou d'insécurités. Ce sentiment s'instaure dès la petite enfance à travers des relations avec des figures d'attachement qui apportent un cadre émotionnel rassurant. Une personne qui se sent émotionnellement en sécurité ose explorer davantage le monde, prend des initiatives et affronte l'inconnu sans être paralysée par la peur.

9.2. Sentiment d'identité

L'identité est la pierre angulaire de l'estime de soi et de la motivation. Elle repose sur une profonde connaissance de soi, incluant une conscience de ses forces et de ses limites, ainsi qu'une conscience de son image sociale. Une identité bien affirmée favorise une vision positive de soi et permet à une personne de s'inscrire dans un cadre cohérent de valeurs, de croyances et d'objectifs personnels clairement définis. Sans un fort sentiment d'identité, les individus peuvent avoir des difficultés à s'affirmer et à donner un sens à leurs actions.

9.3. Sentiment d'appartenance

À l'approche de l'adolescence, le besoin d'appartenance devient particulièrement fort. Par conséquent, l'acceptation par les groupes sociaux est cruciale et affecte non seulement l'image de soi, mais aussi le comportement et les choix de chacun. Ce besoin d'inclusivité se traduit par l'adoption de codes vestimentaires, d'un langage et d'habitudes propres à certains groupes. L'appartenance à un cercle social serviable et attentionné peut renforcer l'estime de soi, tandis que le rejet ou l'exclusion peuvent miner l'estime de soi et provoquer un profond inconfort.

9.4. Le sentiment de détermination

Le sentiment de détermination repose sur la capacité d'un individu à se fixer des objectifs réalistes et à persister dans leur réalisation. La recherche montre que les personnes qui ont une idée claire de leurs aspirations et sont capables de se fixer des objectifs adaptés à leurs

capacités développent une meilleure estime de soi. À l'inverse, ceux qui ressentent un manque de but ou qui se fixent des attentes irréalistes peuvent éprouver de la frustration et une perte de confiance en eux. La détermination inclut également la capacité de surmonter les obstacles et d'apprendre des échecs plutôt que de les considérer comme des signes d'incompétence.

9.5. Sentiment de capacité

Le sentiment de compétence se développe progressivement au fil d'expériences réussies. C'est la conviction que vous pouvez relever des défis et accomplir des tâches efficacement. Cette compétence ne se limite pas aux connaissances techniques mais inclut également la capacité de prendre des décisions éclairées, de mobiliser efficacement des ressources et de s'adapter à de nouvelles situations. Plus une personne connaît de succès, plus sa confiance en ses capacités est forte, ce qui nourrit directement son estime de soi.

L'estime de soi est un processus dynamique qui évolue tout au long de la vie. Elle est influencée par de nombreux facteurs, dont le sentiment de sécurité, d'identité, d'appartenance, de détermination et de compétence. Pour favoriser une estime de soi équilibrée, il est essentiel d'encourager un environnement bienveillant, des expériences valorisantes et des interactions sociales enrichissantes. En développant ces différentes composantes, l'individu renforce sa capacité à s'affirmer, à faire face aux défis de la vie et à évoluer de manière épanouissante (Chalvin, 2017).

10. Conséquences d'une faible estime de soi

- **Autocritique fréquente**

Une personne avec une faible estime de soi a tendance à se juger très sévèrement. Elle utilise souvent un discours intérieur négatif, en se répétant des phrases comme « Je suis nul(le) », « Je ne vauds rien » ou « Je n'arriverai jamais à rien ». Ce type de pensées autodestructrices peut devenir un réflexe et affecter profondément sa confiance en elle-même. Même face à des réussites, elle minimise ses efforts et se focalise sur ce qu'elle considère comme des défauts. Cette autocritique excessive peut la freiner dans ses projets, car elle a peur d'échouer et d'être jugée. À long terme, cela peut mener à un cercle vicieux où elle n'ose plus essayer de nouvelles choses, renforçant ainsi son sentiment d'infériorité.

- **Rejet des qualités évidentes**

Lorsqu'une personne ayant une faible estime de soi reçoit un compliment ou une reconnaissance pour son travail, elle a souvent du mal à l'accepter. Au lieu de voir cela comme une validation de ses compétences, elle attribue son succès à la chance ou aux circonstances extérieures. Par exemple, si quelqu'un lui dit « Tu as bien fait ce travail », elle pourrait répondre « Oh, ce n'était rien » ou « J'ai juste eu de la chance ». Ce rejet systématique des qualités évidentes empêche la personne de se construire une image positive d'elle-même. À force de minimiser ses compétences et ses succès, elle renforce son sentiment d'infériorité et finit par croire qu'elle ne mérite pas la reconnaissance des autres.

- **Émotions négatives**

Une faible estime de soi est souvent accompagnée d'émotions négatives intenses et persistantes. La personne peut ressentir une tristesse quasi permanente, se trouvant indigne d'amour ou d'attention. Elle peut aussi ressentir de l'anxiété, car elle craint constamment de ne pas être à la hauteur ou de décevoir les autres. Ce stress peut même affecter son quotidien, en la rendant hésitante à prendre des décisions ou à s'exprimer en public. De plus, elle peut ressentir de la culpabilité excessive, s'accusant de fautes imaginaires ou s'en voulant pour des erreurs mineures. À force d'accumuler ces émotions négatives, elle risque de tomber dans un état dépressif ou d'avoir des réactions disproportionnées face à certaines situations.

- **Effets sur le travail ou les études.**

Une personne avec une faible estime de soi a souvent un rendement inférieur à son potentiel parce qu'elle se croit moins capable que les autres. Elle fuit des défis et des occasions par peur d'échouer. Elle travaille plus fort parce qu'elle pense qu'elle doit compenser ou cacher ses lacunes. Elle peut avoir de la difficulté à croire que ses bons coups sont le résultat de ses habiletés ou des qualités.

- **Problèmes interpersonnels**

Dans leurs relations interpersonnelles, les personnes avec une faible estime de soi sont perturbées par toute critique ou désapprobation, sont prêtes à tout pour plaire, sont excessivement timides ou embarrassées, et évitent ou se retirent d'un contact social ou intime. D'une part, elles peuvent avoir tendance à moins se défendre ou se protéger d'intimidation, de

critiques ou de mauvais traitements de la part de leur partenaire ou famille. D'autre part, elles peuvent être plus agressives dans leurs interactions avec les autres.

- **Loisirs**

Les personnes avec une faible estime de soi risquent de ne pas prendre part à des activités récréatives et à des loisirs parce qu'elles ne pensent pas avoir le droit de s'amuser. Elles évitent aussi les activités dans lesquelles un aspect de leur performance pourrait être jugé ou évalué comme les sports compétitifs, la danse, des cours d'art ou d'artisanat, ou tout autre type de compétitions ou exhibitions.

- **Mode de vie**

Les personnes qui sous-estiment leur valeur risquent d'abuser de l'alcool ou de drogues. D'une part, elles peuvent négliger de bien s'habiller ou de s'habiller proprement, de se coiffer ou de s'acheter des vêtements neufs. D'autre part, elles peuvent tenter de cacher leurs lacunes en s'assurant que personne ne les verra sans que leur apparence soit parfaitement soignée (Orth & Robins, 2014).

Synthèse

L'estime de soi représente la perception qu'un individu a de sa propre valeur. Elle se construit progressivement tout au long de la vie à travers l'interaction avec l'environnement familial, social et scolaire. C'est une notion complexe qui englobe l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi. Sa construction débute dès l'enfance par le regard et l'attachement parental, et se consolide à l'adolescence via les relations sociales et les expériences personnelles.

Plusieurs théories, classiques et contemporaines, ont tenté de définir l'estime de soi. De William James à Susan Harter en passant par Cooley ou encore Crocker, tous s'accordent à souligner son importance dans le développement psychologique. L'estime de soi peut être stable ou instable, haute ou basse, influençant directement le comportement, la motivation, la capacité à faire face à l'échec et les relations interpersonnelles.

Une faible estime de soi engendre souvent de l'autocritique, une sous-estimation de ses qualités, des émotions négatives persistantes et des difficultés sociales ou professionnelles. En revanche, une estime de soi saine permet à l'individu de vivre en accord avec lui-même, d'oser agir, d'apprendre de ses erreurs et de s'épanouir.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de recherche

Préambule

Après avoir présenté nos deux chapitres théoriques portant respectivement sur l'accident vasculaire cérébral (AVC) et sur l'estime de soi, nous introduisons à présent le chapitre méthodologique, qui constitue le fil conducteur entre la réflexion théorique et l'exploration du terrain. Ce chapitre est essentiel, car il pose les bases concrètes de notre démarche scientifique et permet de passer de la conceptualisation à l'observation directe.

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthodologie que nous avons adoptée pour réaliser notre recherche sur le terrain.

1. Présentation du lieu de recherche

Notre étude s'est déroulée au sein de l'établissement public hospitalier de Béjaïa, situé à Souk El Tenine, ainsi qu'au sein d'un cabinet de rééducation, durant un stage effectué du 25/02/2025 au 10/04/2025, avec l'accord de la directrice générale.

Cet hôpital comprend plusieurs services, notamment la pédiatrie, la maternité, la médecine interne, un service de chirurgie pour hommes et femmes, ainsi qu'un service des urgences assurant la prise en charge rapide des cas critiques. C'est au niveau du service de médecine interne, dans l'unité d'hospitalisation accueillant à la fois des patients hommes et femmes, que nous avons réalisé notre travail.

Cet établissement a pour principaux objectifs :

- D'assurer des soins médicaux de qualité aux patients dans divers domaines
- D'offrir une prise en charge adaptée aux patients
- De fournir un service de santé accessible à la population locale et environnante
- De contribuer à la prévention, au dépistage et au traitement des maladies
- De proposer des infrastructures spécialisées, telles que des services d'hospitalisation, de consultation et d'urgence
- De favoriser la formation pratique des étudiants à travers des stages encadrés
- De promouvoir une prise en charge pluridisciplinaire grâce à la collaboration entre médecins, paramédicaux et psychologues
- D'améliorer continuellement la qualité des soins offerts

En parallèle de notre travail au sein de l'hôpital, nous avons également effectué une partie de notre stage dans un cabinet de rééducation fonctionnelle. Ce cabinet est composé principalement d'un bureau réservé au kinésithérapeute, où se déroulent les entretiens cliniques, les bilans fonctionnels ainsi que l'élaboration des plans de rééducation personnalisés.

Il comprend également une grande salle équipée de divers matériels spécialisés : tapis de marche, espaliers, ballons de rééducation, poids, bandes élastiques, ainsi que des dispositifs de stimulation musculaire. Cette salle permet d'accueillir plusieurs patients simultanément dans le cadre de séances individuelles ou de petits groupes, en fonction des besoins. Le travail y est centré sur la récupération des capacités motrices, la gestion de la douleur, le renforcement musculaire et l'amélioration de l'autonomie des patients.

Objectifs du cabinet de rééducation :

- Assurer le suivi post-hospitalisation des patients nécessitant une prise en charge rééducative.
- Contribuer à la continuité des soins après un accident vasculaire cérébral, un traumatisme ou une intervention chirurgicale.
- Favoriser une approche individualisée et centrée sur le patient.
- Offrir un cadre intime et calme, propice à une meilleure concentration et implication du patient.
- Proposer une rééducation progressive et adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient.
- Encourager le renforcement de l'autonomie fonctionnelle et l'amélioration de la qualité de vie.

2. Le groupe de recherche

Nous avons réalisé notre travail de recherche auprès de personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Parmi l'ensemble des patients rencontrés, dix sujets ont été sélectionnés pour l'analyse. Ils appartiennent à la catégorie des adultes d'âge moyen à avancé, âgés entre 45 et 72 ans, et notre étude porte spécifiquement sur l'estime de soi après un AVC.

2.1. Les critères de sélection

Les participants de cette étude ont été sélectionnés selon les critères suivants :

- Avoir été victimes d'un accident vasculaire cérébral, qu'il soit ischémique ou hémorragique.
- Etre âgé entre 45 et 72 ans (Catégorie des adultes d'âge moyen à avancer).
- Etre suivie en rééducation (au cabinet ou à l'hôpital) au moment de la passation des entretiens.
- Présenter des capacités cognitives suffisantes pour comprendre les questions posées lors de l'entretien.

2.2. Les caractéristiques du groupe de recherche

Le groupe de recherche est composé de dix participants, âgés de 45 à 72 ans. Il est équilibré sur le plan du sexe, avec cinq femmes et cinq hommes. Le niveau d'instruction est varié : quatre participants sont analphabètes, trois ont un niveau équivalent à la terminale, et un possède un niveau universitaire et un notre niveau secondaire. Concernant leurs situations patrimoniales, tous les membres sont mariés

- **Tableau n°1 : récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude**

Nom	Age	Etat civil	Niveaux d'instruction	Situation professionnelle
Mme S	45 ans	Mariée	Alphabète	Femme au foyer
Mme H	62 ans	Mariée	Terminal	Femme au foyer
Mme K	54 ans	Mariée	Alphabète	Femme au foyer
Mme B	50 ans	Mariée	Terminal	Femme aux foyer

Mme R	72 ans	Mariée	Analphabète	Femme aux foyer
Mr F	67 ans	Marié	Terminal	Retraité
Mr Y	60 ans	Marié	Master en architecture	Architecte
Mr M	54 ans	Marié	Analphabète	Sans emploi
Mr A	57 ans	Marié	Terminal	Retraité
Mr N	63 ans	Marié	Secondaire	Retraité

3. La méthode et les techniques utilisées

3.1. La méthode utilisée

Le terme "méthode" désigne une façon structurée et systématique d'aborder une tâche, une discipline ou un problème. Il s'agit généralement d'un ensemble de démarches, d'outils, de techniques ou d'approches mis en œuvre dans le but d'atteindre un objectif précis.

D'après D.Lagache (1949), la méthode clinique considère la conduite humaine dans son contexte spécifique. Elle vise à observer avec précision la façon d'être et d'agir d'une personne concrète et complète qui fait face à une situation donnée. L'objectif est d'établir le sens, la structure et l'origine de cette conduite, ainsi que d'identifier les conflits qui la sous-tendent et les démarches entreprises pour les résoudre. En somme, la méthode clinique cherche à comprendre en profondeur la complexité de l'individu et sa manière d'interagir avec son environnement (Chahraoui et Benony, 2003, p.11).

3.2. Techniques d'investigations

Afin de recueillir un maximum d'informations en lien avec notre problématique, nous avons choisi d'utiliser deux techniques complémentaires : l'entretien clinique et l'échelle de Rosenberg.

3.2.1. L'entretien clinique

« L'entretien est l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. L'entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue ». « L'entretien clinique vise à

appréhender et comprendre le fonctionnement psychologique, d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime ses rêves et ses fantasmes ».H. Bénony et all, 1999, p11).

L'entretien clinique est une méthode qualitative centrale en psychologie, utilisée tant dans les pratiques thérapeutiques que dans les démarches d'évaluation ou de recherche. Il se distingue par sa visée compréhensive, centrée sur le sujet dans sa globalité, et par l'importance accordée à la relation intersubjective entre le clinicien et la personne rencontrée (Anzieu & Chabert, 2004, p. 22). Il ne s'agit pas simplement d'un échange verbal, mais d'un espace de co-construction de sens, dans lequel l'histoire personnelle, les affects et les représentations du sujet peuvent émerger et être explorés (Dejours, 1993, p. 54).

L'objectif principal de l'entretien clinique est d'accéder au monde interne du sujet, en respectant sa singularité. Ce type d'entretien repose sur l'écoute active, l'empathie, la reformulation, et nécessite une attitude non directive et bienveillante de la part du praticien (Roustang, 1994, p. 38). Il est donc essentiel dans l'approche psychodynamique, où le discours du sujet est considéré comme le reflet de son fonctionnement psychique.

Dans notre recherche, nous avons opté pour une forme particulière de l'entretien clinique : l'entretien semi-directif, qui combine rigueur méthodologique et souplesse relationnelle. Ce type d'entretien repose sur un guide d'entretien élaboré à l'avance, comprenant des thèmes ou des questions ouvertes, mais laissant au participant la liberté d'orienter ses réponses selon ses propres priorités (Kaufmann, 2011, pp. 67-69). Cette approche permet de couvrir les points essentiels liés à notre problématique tout en respectant le rythme, le langage et la subjectivité de chaque participant.

L'entretien semi-directif présente un équilibre entre directivité et liberté : le chercheur oriente la conversation à travers des relances et des questions préparées, tout en restant attentif aux éléments émergents, souvent riches et inattendus (Paillé & Mucchielli, 2012, pp. 89-91).

Notre guide d'entretien semi directif se compose de 34 questions (Voir annexe n°1).

La première partie des questions est consacrée aux informations générales sur les sujets. La seconde partie se compose de deux axes :

- Le premier axe : informations concernant l'AVC
- Le second axe : informations sur l'estime de soi

3.2.2. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg

a. Présentation de l'échelle

L'échelle de l'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES), élaborée en 1965 par le sociologue Morris Rosenberg, est l'un des instruments les plus utilisés pour mesurer l'estime de soi dans les domaines de la psychologie et des sciences sociales. Initialement conçue pour évaluer l'estime de soi chez des adolescents américains, elle a depuis été validée et adaptée dans de nombreux contextes culturels et cliniques, s'adressant aujourd'hui à des populations variées, allant des adolescents aux personnes âgées (Rosenberg, 1965, p. 16). Cet outil vise à appréhender l'estime de soi globale, entendue comme l'attitude favorable ou défavorable qu'une personne entretient à l'égard d'elle-même.

Il existe de nombreux outils pour mesurer l'estime de soi. Parmi les échelles disponibles, nous avons retenu l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg, permettant de manière pertinente d'évaluer l'estime de soi globale. Chaque échelle se distingue par ses qualités psychométriques telles que la fiabilité, la validité et la sensibilité. L'échelle de Rosenberg présente des qualités particulièrement solides à cet égard, ce qui justifie notre choix. Elle constitue un outil largement répandu et reconnu pour l'évaluation de l'estime de soi, toutes catégories d'âges confondues. De plus, elle a été validée dans de nombreuses langues et contextes culturels, garantissant ainsi son adaptabilité et sa pertinence dans différentes populations (Vallières & Vallerand, 1990, p. 306 ; Schmitt & Allik, 2005, p. 623).

L'échelle comprend dix affirmations auxquelles le répondant doit se positionner selon une échelle de Likert en quatre points, allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Parmi ces dix items, cinq sont formulés de manière positive (ex. : « Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale aux autres ») et cinq de manière négative (ex. : « Parfois je me sens inutile »), ces derniers nécessitant une inversion de score lors de la cotation. Le score total, compris entre 10 et 40, permet d'évaluer le niveau global de l'estime de soi, un score élevé traduisant une bonne estime de soi, tandis qu'un score faible peut indiquer une dévalorisation de soi ou une fragilité narcissique (Schmitt & Allik, 2005).

Sur le plan psychométrique, l'échelle de Rosenberg bénéficie d'une solide validité et d'une bonne fiabilité, avec un coefficient alpha de Cronbach généralement supérieur à 0,80, témoignant d'une cohérence interne satisfaisante (Vallières & Vallerand, 1990). Elle est fréquemment utilisée tant dans la pratique clinique – pour évaluer les troubles de l'image de soi, les états dépressifs ou anxieux – que dans le cadre de recherches scientifiques sur le bien-être psychologique, l'adaptation sociale ou la santé mentale. Sa simplicité d'administration, sa clarté et sa robustesse en font un outil de choix pour l'évaluation de l'estime de soi, notamment dans des contextes post-traumatiques ou de réadaptation, comme c'est le cas dans le présent travail.

b. Passation et consigne

Dans ce questionnaire, vous trouverez 10 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié :

Tout à fait en désaccord (1), Plutôt en désaccord (2), Plutôt en accord (3), Tout à fait en accord (4). Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit avant tout personnelle.

Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases. Sachez qu'aucune réponse n'est juste elle doit avant tout personnelle.

c. Cotation et interprétation

Le questionnaire est constitué de 10 items dont 5 évaluent l'estime de soi positive et 5 l'estime de soi négative. La réponse varie selon une échelle de type Likert en quatre points allant de "Tout à fait en désaccord" (1) à "Tout à fait en accord" (4).

Le score s'obtient par addition des scores aux questions 1, 2, 4, 6 et 7. Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée. Le score est compris entre 10 et 40. L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

- Un score inférieur à 25 indique une estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

- Un score entre 25 et 31, indique une estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.
- Un score entre 31 et 34, indique une estime de soi dans la moyenne.
- Un score compris entre 34 et 39, indique une estime de soi forte.
- Un score supérieur à 39, indique une estime de soi très forte. (Rosenberg, 1965 ; Chambon, 1992)

4. Le déroulement de la recherche sur le terrain

Notre travail de terrain s'est déroulé sur une période d'un mois et demi, allant du 25 février au 10 avril 2025, au sein de l'Établissement Public Hospitalier (EPH) de Souk El Tenine ainsi qu'au cabinet de rééducation. La première semaine a été consacrée à la prise de contact, afin de nous familiariser avec les lieux et d'instaurer un premier lien avec les patients. Nous nous sommes présentées comme étudiantes en psychologie clinique, engagées dans une recherche universitaire. Nous avons d'abord été accueillies par la psychologue de l'hôpital, à qui nous avons exposé notre thème et nos objectifs. Suite à cet échange, la directrice nous a donné son accord pour mener notre étude dans son établissement. Pour le cabinet de rééducation, c'est le kinésithérapeute qui nous a donné son aval. Cette recherche a été précédée d'une pré-enquête.

Durant cette première semaine de terrain, nous avons pu vérifier la disponibilité des participants pour notre recherche. Il convient de noter que c'est la psychologue qui nous a orientées vers les patients les plus susceptibles de contribuer à notre travail. Ainsi, nous avons constitué un premier groupe de dix patients ayant subi un AVC, répartis également entre hommes et femmes (5 femmes et 5 hommes), âgés de 45 à 72 ans. C'est auprès d'eux que nous avons appliqué notre guide d'entretien. Cette première phase nous a permis de reformuler certaines questions afin de les rendre plus claires et compréhensibles.

Dans la phase principale de notre recherche, nous avons étudié quatre autres cas. Dès le début, nous avons tenu à rassurer les patients concernant la confidentialité des informations recueillies. Tous ont donné leur consentement éclairé et ont fait preuve de coopération. Lors des entretiens, nous avons constaté que certains sujets étaient stressés ou réservés, et hésitaient parfois à répondre à certaines questions, notamment celles abordant des aspects sensibles. Nous

sommes intervenues, lorsque nécessaire, pour recentrer le discours sur notre thématique. Nous avons veillé à écouter chaque patient de manière attentive, bienveillante et sans interruption, tout en les encourageant à exprimer librement leurs pensées et ressentis.

Les entretiens se sont déroulés soit dans les chambres de soins à l'hôpital, soit dans le bureau du cabinet de rééducation. Leur durée variait de 30 à 50 minutes, selon les patients. Concernant l'échelle d'évaluation, elle a été administrée quelques jours après l'entretien. Nous avons veillé à en faciliter la compréhension, et chaque passation a duré entre 5 et 10 minutes. L'échelle comportait 10 items, pour lesquels les patients devaient indiquer leur degré d'accord selon quatre niveaux : 1 (tout à fait en désaccord), 2 (plutôt en désaccord), 3 (plutôt en accord), 4 (tout à fait en accord).

Synthèse

Ce chapitre méthodologique a permis de détailler l'ensemble du processus de recherche mis en place pour explorer la problématique de l'estime de soi chez les personnes ayant subi un AVC. Nous avons d'abord présenté les lieux où s'est déroulée l'étude, puis décrit les caractéristiques du groupe de participants, ainsi que les critères de sélection. Nous avons ensuite justifié le choix de la méthode clinique et des techniques utilisées — l'entretien semi-directif et l'échelle de Rosenberg — qui nous ont permis d'accéder à la subjectivité des patients et de mesurer leur estime de soi de manière rigoureuse. Enfin, nous avons retracé les étapes du travail de terrain, en insistant sur les conditions de passation, l'accueil des patients et le cadre d'écoute instauré. Cette méthodologie constitue ainsi le socle sur lequel s'appuie l'analyse des résultats, qui sera présentée dans le chapitre suivant.

Chapitre V

Présentation et analyse des résultats

Préambule

Dans cette dernière partie du travail, nous allons tout d'abord présenter les cas illustratifs suivants les données entretiens et celles de l'échelles, ensuite nous allons présenter une synthèse des résultats et une discussion des hypothèses.

1.Présentation des cas

Le cas n°1 : Madame S

a. Informations générales

Madame S, âgée de 45 ans, mariée, mère d'un enfant unique. Elle ne possède aucun niveau d'instruction formel et n'exerce aucune activité professionnelle.

b. Compte rendu de l'entretien

Madame S a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) il y a trois ans. L'AVC s'est manifesté initialement par des maux de tête sévères, une faiblesse marquée au niveau des jambes, suivie d'une perte de conscience. Elle souffre d'une pathologie cardiovasculaire chronique. L'AVC est survenu de manière brutale, provoquant un coma de trois jours, suivi d'une hospitalisation de deux semaines.

Elle n'avait aucune connaissance antérieure sur cette maladie. Lorsqu'elle a ressenti les premiers signes, elle a été envahie par une peur intense, accentuée par la pensée de son fils, craignant de ne pas pouvoir être là pour lui. Une cousine ayant également subi un AVC l'a laissée encore plus inquiète sur l'issue de sa maladie.

Lors de l'annonce du diagnostic, ses yeux se sont embués, sa voix s'est brisée lorsqu'elle a murmuré : « J'ai eu peur... très peur... surtout pour mon fils ». Ses lèvres tremblaient et son regard était perdu dans le vide, comme si elle revivait l'instant. Elle a toutefois exprimé une reconnaissance profonde envers sa famille, qui l'a soutenue avec constance depuis l'épisode, ce qui l'a aidée à traverser les moments les plus durs.

Cependant, en dehors de ce noyau familial proche, elle ressent une transformation dans la manière dont son entourage la perçoit et l'aborde. « Les gens ne me regardent plus comme avant... ils me regardent avec pitié », dit-elle, le regard baissé, les mains serrées sur ses genoux, traduisant une gêne et une douleur intérieure.

Madame S décrit un mal-être profond vis-à-vis de son corps. Les séquelles physiques douleurs persistantes, faiblesse du côté droit, fatigue chronique ont provoqué un sentiment de rejet de son image corporelle. Elle baisse les yeux en parlant de son apparence : « Je n'aime plus mon corps, je ne me reconnais pas... j'ai honte ».

Elle exprime une perte de confiance en elle et en ses capacités. Malgré cela, elle affirme : « Je suis digne d'être aimée... même si je ne me sens plus libre comme avant ». Ses traits deviennent tendus lorsqu'elle parle de son incapacité à accomplir les tâches quotidiennes, comme le ménage ou sortir seule, qui étaient autrefois banales pour elle.

Son visage s'assombrit lorsqu'elle évoque les changements dans son cercle social : « Les gens ne me posent plus de questions, ne demandent plus de mes nouvelles... comme si j'étais devenue invisible ». Cette solitude pèse lourdement sur elle, d'autant plus qu'elle éprouve des difficultés à exprimer ce qu'elle ressent. Elle se dit souvent incomprise, même par ses proches. Elle ajoute : « Il y a des choses que je ne peux plus faire... marcher, sortir, parler comme avant ».

Malgré tout, une lumière d'espoir transparaît dans ses mots lorsqu'elle parle de sa volonté : « Me lever sur mes pieds m'a rendue heureuse... je peux encore avancer ». Cette force intérieure, cette volonté de retrouver un jour une certaine autonomie, est ce qui la pousse à continuer. Elle rêve de récupérer son indépendance, de pouvoir se déplacer librement et de ne plus dépendre des autres. Son regard s'éclaire un instant lorsqu'elle parle de ses rêves : « Je crois que je peux encore réaliser ce que je souhaite... c'est ma volonté qui me porte ».

c. Résultats de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg a été réalisée en langue kabyle. La personne a répondu attentivement aux dix items. Le score total obtenu est de 16 sur 40, ce qui indique une estime de soi très faible.

Les items positifs (questions 1, 2, 4, 6 et 7) révèlent une perception de soi très négative, marquée par un manque de reconnaissance de sa propre valeur et de ses compétences. Les items inversés (questions 3, 5, 8, 9 et 10) mettent en évidence des sentiments de doute, de dévalorisation et d'insatisfaction envers soi-même.

Tableau n°2: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°1

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score
1	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1
2	2 (plutôt en désaccord)	Positif	2	2
3	2 (plutôt en désaccord)	Inversé	→ 3	3
4	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1
5	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2
6	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1
7	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1
8	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
9	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2
10	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2

Score total : 16/40

Synthèses

Madame S, 45 ans, sans emploi ni instruction, a subi un AVC il y a trois ans, entraînant de lourdes séquelles physiques et psychologiques. Elle décrit une peur intense, un sentiment d'isolement et une profonde altération de son image corporelle. Malgré le soutien familial, elle se sent incomprise, rejetée par son entourage et éprouve une faible confiance en elle. Son score à l'échelle de Rosenberg (16/40) indique une estime de soi très faible, bien qu'elle conserve une certaine volonté de retrouver son autonomie.

Le cas n°2 : Madame H

a. Informations générales

Madame H, âgée de 62 ans, mariée sans enfants, niveau d'instruction terminale, sans profession.

b. Compte rendu de l'entretien

Madame H a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) il y a quatre mois. Elle n'a présenté aucun symptôme précurseur et ne présente ni antécédents personnels ni familiaux liés à l'AVC. Elle n'avait aucune connaissance préalable sur cette pathologie. L'AVC est survenu de façon brutale, la conduisant à être hospitalisée durant trois jours.

Lors de l'annonce de son diagnostic, Madame H a eu une réaction marquée par un long silence suivi d'un soupir profond traduisant un choc émotionnel intense. Elle a exprimé sa résignation en disant : « C'est du Maktoub », suggérant un sentiment d'impuissance face à son destin.

Son visage était figé pendant le récit, les yeux légèrement embués, le regard fuyant, souvent baissé. Elle évitait les contacts visuels prolongés, révélant une profonde tristesse et un possible sentiment de honte.

Depuis l'AVC, elle décrit un changement radical dans sa vie quotidienne. Elle se sent physiquement diminuée et psychologiquement fragile. Elle dit : « Je pense que mes pensées souvent sur le fait de ne pas avoir des enfants que j'ai eu mon AVC », liant implicitement sa douleur physique à un vide affectif existentiel.

Elle ne parvient pas à accepter son nouveau corps, se disant « déformée », « pas confiante » et ayant honte d'elle-même. Son visage exprime cette souffrance : sourcils froncés, bouche

serrée, parfois tremblante lorsqu'elle évoque ses difficultés. Elle affirme : « Je ne me sens libre, ni aimée, ni digne... » — des mots lourds de sens, dits d'une voix basse, lente, entrecoupée de silences.

Madame H se sent valorisée uniquement par son mari et ses parents, tandis que la belle-famille lui renvoie une image négative, accentuant son sentiment d'exclusion et de perte de valeur.

Elle évoque une grande solitude et un isolement affectif important. Son amie proche l'a abandonnée après l'AVC, ce qui l'a profondément blessée. Elle n'a personne dans sa famille avec qui elle peut parler librement de son mal-être et de son estime de soi. Elle se sent incomprise et mal traitée par son entourage. Ses traits se durcissent lorsqu'elle parle du regard des autres ; ses lèvres se crispent et ses yeux s'humidifient, trahissant une douleur intérieure non exprimée.

Malgré tout, elle garde une lueur d'espoir. Son principal soutien est son mari, dont l'aide et la présence l'encouragent à continuer. Elle exprime le désir de voir son état physique s'améliorer, surtout la mobilité de sa main, afin de retrouver une certaine autonomie. Elle souhaiterait pouvoir à nouveau réaliser ses rêves, bien qu'elle doute de ses capacités.

c. Résultats de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg s'est déroulée en langue kabyle. La personne a répondu de manière attentive aux dix items. Le score total obtenu est de 21 sur 40, ce qui correspond à une estime de soi très faible.

Les items positifs (questions 1, 2, 4, 6 et 7) montrent une perception de soi fragile, marquée par un manque d'affirmation personnelle et de reconnaissance de sa propre valeur. Les items inversés (questions 3, 5, 8, 9 et 10) révèlent des sentiments récurrents de doute, de dévalorisation et d'insatisfaction à l'égard de soi-même

Tableau n°3: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°2

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score

1	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1
2	3 (plutôt en accord)	Positif	3	3
3	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2
4	4 (tout à fait en accord)	Positif	4	4
5	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2
6	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1
7	4 (tout à fait en accord)	Positif	4	4
8	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
9	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
10	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2

Score total : 21/40

Synthèse

Madame H, 62 ans, mariée sans enfants, a subi un AVC il y a quatre mois, sans symptômes ni antécédents. Le diagnostic a provoqué un choc émotionnel profond, marqué par une résignation douloureuse. Depuis, elle décrit un mal-être physique et psychologique important, renforcé par un sentiment de vide lié à l'absence d'enfants. Elle rejette son image corporelle, se sent honteuse, exclue et incomprise, notamment par sa belle-famille. Son entourage proche est

peu soutenant, à l'exception de son mari, qui reste son principal appui. Son score à l'échelle de Rosenberg (21/40) révèle une estime de soi très faible, marquée par une perte de confiance et un fort sentiment de dévalorisation, malgré une légère espérance de rétablissement.

Le cas n° 3 : Madame K

a. Informations générales

Madame K, âgée de 54 ans, est mariée et mère de trois enfants. Elle n'a jamais été scolarisée et ne possède aucun niveau d'instruction formel. Elle se présente comme une femme au foyer, autrefois très active dans ses tâches domestiques et sociales.

b. Compte rendu de l'entretien

Son accident vasculaire cérébral est survenu en 2023. Les premiers symptômes ressentis ont été des maux de tête, une sensation de faiblesse, une grande fatigue, puis une perte de connaissance. Lorsqu'elle évoque cet épisode, son regard s'assombrit, et ses traits se contractent légèrement, traduisant une vive émotion. Elle précise n'avoir jamais eu d'antécédents médicaux liés à l'AVC, ni d'autres pathologies cardiovasculaires. Aucun cas d'AVC n'est connu dans sa famille. Elle rapporte qu'avant cet événement, elle ignorait totalement ce qu'était un accident vasculaire cérébral, ce qui a renforcé son incompréhension et sa peur face à ce qui lui arrivait.

La patiente décrit un changement brutal dans sa vie : auparavant dynamique, autonome et impliquée dans diverses activités, elle se retrouve aujourd'hui limitée dans ses mouvements à cause d'un handicap affectant sa jambe et sa main gauche. Elle dit qu'elle travaillait, bricolait, s'occupait du foyer avec énergie, et qu'aujourd'hui « tout a changé ». Lorsqu'elle partage ce contraste, sa voix devient tremblante, ses yeux s'emplissent de larmes, et elle baisse la tête, manifestant une profonde tristesse. Elle indique que l'annonce du diagnostic a été un choc immense, générant une peur constante, ponctuée de cauchemars répétés. Elle dit avoir ressenti une cassure nette entre son « moi d'avant » et son état actuel, un sentiment d'effondrement physique et moral.

Hospitalisée pendant six jours, elle se sent depuis physiquement diminuée et mal à l'aise dans son propre corps. Elle admet avoir du mal à accepter les transformations physiques liées à

l'AVC. Elle parle d'une perte totale de confiance en elle, en ses capacités, et en son utilité. Malgré cela, elle reconnaît trouver un peu de valeur grâce à l'amour et au soutien inconditionnel de son mari et de ses enfants. Lorsqu'elle évoque leur présence, son visage s'illumine brièvement, mais son sourire est mêlé de gêne, comme si elle s'excusait d'être devenue dépendante. Elle affirme se sentir digne d'être aimée et libre dans l'absolu, mais elle ne se considère plus indépendante. Elle confesse ressentir de la honte envers son propre corps, qu'elle perçoit comme une source de différence et de fragilité. En pleurant doucement, elle dit se sentir souvent inférieure et différente des autres femmes.

Bien qu'elle ne parvienne plus à accomplir les tâches du quotidien comme avant, elle exprime le souhait profond de redevenir forte et capable. Cette volonté, elle l'exprime avec un mélange d'espoir et de nostalgie. Elle cite deux événements qui ont ravivé en elle un sentiment de fierté : la soutenance universitaire de sa fille et le mariage de son fils. Ces souvenirs sont racontés avec un sourire discret, une étincelle passagère dans le regard, signe d'un attachement profond à ses enfants et de la valeur qu'elle donne à leur réussite. Elle ajoute avoir reçu de l'aide et du soutien de son entourage, mais admet également qu'elle se sent parfois traitée différemment, comme diminuée, tant par certaines personnes proches que par des inconnus. Ce traitement différencié l'amène parfois à se sentir isolée et incomprise.

Son ouverture émotionnelle durant l'entretien montre qu'elle peut exprimer ses ressentis dans un environnement sécurisant. Elle parle avec sincérité, sans chercher à dissimuler ses émotions. Ses silences prolongés, ses regards fuyants et ses gestes nerveux – comme tortiller le bas de son foulard ou se frotter les mains – laissent entrevoir une souffrance psychologique plus profonde, liée à la perte d'identité qu'elle ressent.

Enfin, malgré les douleurs physiques, la dépendance et le bouleversement de son quotidien, elle reste portée par un moteur affectif essentiel : sa famille. Elle affirme que le soutien inébranlable de son mari et de ses enfants est ce qui la pousse à garder espoir et à continuer d'avancer. Ce lien affectif semble constituer sa principale source de motivation et d'ancrage dans cette nouvelle réalité.

c. Résultat de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg s'est déroulée en langue kabyle. La personne a répondu aux dix items de manière attentive. L'analyse des réponses indique un score total de 14 points sur 40.

Concernant les items positifs (1, 2, 4, 6, 7), les réponses révèlent une vision de soi globalement négative ou incertaine. Pour les items inversés (3, 5, 8, 9, 10), la personne a répondu majoritairement de manière conforme à des sentiments de dévalorisation ou de doute personnel.

Tableau n°4: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°3

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score
1	2 (plutôt en désaccord)	Positif	2	2
2	2 (plutôt en désaccord)	Positif	2	2
3	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
4	2 (plutôt en désaccord)	Positif	2	2
5	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2
6	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1
7	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1

8	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
9	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
10	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1

Score totale : 14/40

Synthèse

Madame K, 54 ans, mère de trois enfants, a subi un AVC en 2023. Active et autonome auparavant, elle se retrouve aujourd'hui limitée par un handicap à la jambe et à la main gauche. Elle exprime une profonde tristesse face à la perte de ses capacités, un rejet de son image corporelle, et une perte marquée de confiance en soi, bien qu'elle se sente aimée par sa famille. Son discours révèle une souffrance intérieure liée à la dépendance, au regard des autres et à une perte de son identité. Son score à l'échelle de Rosenberg est de 14/40, indiquant une estime de soi très faible, malgré une volonté persistante de se reconstruire, portée par l'amour de ses proches.

Le cas n°4 : Madame B

a. Informations générales

Madame B, âgée de 50 ans, est mariée et mère de quatre enfants. Elle a atteint le niveau d'instruction de terminale et a suivi une formation en informatique, mais n'a jamais exercé d'activité professionnelle.

b. Compte rendu de l'entretien

En 2021, à l'âge de 46 ans, elle a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique brutal, dont les premiers symptômes étaient des maux de tête soudains accompagnés de vomissements.

Madame B, présente un antécédent familial d'AVC, sa mère étant décédée de cette pathologie. Avant de vivre cette expérience, elle ne se sentait pas concernée par cette maladie qu'elle percevait comme lointaine. L'AVC a constitué pour elle un choc brutal : elle a été

hospitalisée pendant quatre jours, dont six jours passés dans le coma. Elle n'a pas subi d'intervention chirurgicale, mais a été prise en charge par un traitement médical et des injections.

L'acceptation de la maladie a été progressive. Au réveil, elle n'arrivait plus à bouger le côté droit de son corps, ce qui a engendré une forte angoisse et un bouleversement psychologique. Le soutien de sa famille a été constant tout au long de la maladie, bien que ses enfants aient été fortement affectés par son état. Cette situation a renforcé chez elle le sentiment d'être un poids pour ses proches, ce qui a influé sur son estime de soi.

Elle perçoit un changement profond dans sa vie quotidienne : elle dépend désormais des autres pour certaines tâches, et doit suivre régulièrement des séances de rééducation. La séquelle physique principale est une limitation motrice au niveau de la jambe droite, qui engendre un sentiment de handicap. Elle ne reconnaît plus totalement son corps, et ressent une gêne vis-à-vis de cette nouvelle image d'elle-même.

Sur le plan de l'estime de soi, Madame B, se dit affaiblie, physiquement et psychologiquement. Elle doute parfois de ses capacités, bien qu'elle fasse preuve d'une grande force morale. Elle éprouve de la gêne vis-à-vis de son entourage et perçoit des changements dans le regard des autres, ce qui la pousse à se replier sur elle-même. L'impression d'être différente des autres, d'avoir perdu une part de sa liberté et de son autonomie, affecte profondément sa confiance en elle.

Malgré ces difficultés, elle garde en elle une certaine motivation. Son rôle de mère reste un pilier important, et elle continue à se battre pour progresser dans sa rééducation. Si elle se sent parfois isolée, elle peut compter sur ses proches pour l'accompagner dans cette épreuve. Elle garde l'espoir de pouvoir retrouver une certaine autonomie et de reconstruire une image positive d'elle-même.

c. Les résultats de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg s'est déroulée en langue kabyle. La personne a répondu de manière attentive aux dix items proposés. Le score total obtenu est de 26 points sur 40.

Ce résultat indique une estime de soi faible. Les réponses aux items directs montrent une image de soi modérément fragile, tandis que les réponses aux items inversés témoignent d'un

certain doute et d'une sensibilité à la critique ou au jugement des autres. Un travail sur la valorisation personnelle pourrait être bénéfique pour renforcer la confiance en soi.

Tableau n°5: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°4

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score
1	2 (Plutôt en désaccord)	Positif	2	2
2	2 (Plutôt en désaccord)	Positif	2	2
3	3 (Plutôt en accord)	Inversée	→2	2
4	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
5	2 (Plutôt en désaccord)	Inversée	→3	3
6	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
7	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
8	2 (Plutôt en désaccord)	Inversée	→3	3
9	3 (Plutôt en accord)	Inversée	→2	2
10	2 (Plutôt en désaccord)	Inversée	→3	3

Score total : 26 / 40

Synthèse

Madame B., 50 ans, mère de quatre enfants, vit difficilement les conséquences de l'AVC hémorragique survenu en 2021. Marquée par une longue hospitalisation et une paralysie partielle du côté droit, elle exprime un profond bouleversement corporel et psychologique. Sa

dépendance partielle, sa gêne face au regard des autres et le sentiment d'être un fardeau pour ses proches fragilisent fortement son estime de soi. Elle évoque une perte de confiance en ses capacités, malgré une volonté manifeste de se battre pour sa rééducation et préserver son rôle maternel. Son score de 26/40 à l'échelle de Rosenberg traduit une estime de soi faible, empreinte de doutes, d'une image de soi altérée et d'un besoin de valorisation personnelle pour soutenir sa reconstruction identitaire.

Le cas n°5 : Madame R

a. Informations générales

Madame R, âgée de 72 ans, est mariée et mère de six enfants. Elle n'a reçu aucun niveau d'instruction et n'a jamais exercé d'activité professionnelle. Sa vie s'est consacrée essentiellement à sa famille et à la gestion de son foyer.

b. Compte rendu de l'entretien

Madame R, a été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) à l'âge de 72 ans. Les premiers symptômes ressentis ont été une grande fatigue et une sensation de faiblesse généralisée. Elle souffre d'hypertension, mais ne présente pas d'antécédents personnels liés aux AVC. Cependant, elle rapporte que son frère a été récemment touché par un AVC.

Avant de vivre cette expérience, elle ne connaissait pas bien cette maladie, ce qui lui a causé de la peur et de l'incertitude dans un premier temps. Elle n'a pas subi d'intervention chirurgicale, mais reste suivie régulièrement par un médecin. Elle indique bénéficier du soutien d'un de ses enfants dans sa vie quotidienne.

Suite à l'annonce du diagnostic, elle a éprouvé de l'inquiétude, mais a progressivement accepté la situation. Elle observe de nombreux changements dans sa vie depuis l'AVC : perte d'autonomie, limitations physiques et fatigue fréquente. Elle ne parvient plus à accomplir ses tâches ménagères comme auparavant, ce qui affecte son quotidien et son moral.

Elle a été hospitalisée une seule journée. Depuis l'AVC, elle se sent affaiblie physiquement, souffre de difficultés motrices du côté gauche et ressent une fatigue constante. Elle manifeste une certaine gêne par rapport à son corps, bien qu'elle affirme continuer à l'aimer. Elle exprime avoir toujours confiance en elle et estime avoir de la valeur.

Madame R se considère digne d'être aimée, mais elle se sent parfois différente des autres. Elle dit se sentir libre dans certaines situations, mais aussi limitée par sa dépendance. Il lui

arrive d'avoir honte, notamment face à ses incapacités physiques. Elle vit les séquelles (difficultés à marcher, fatigue) comme un obstacle quotidien, mais souhaite améliorer ses capacités physiques.

Elle ne pense pas pouvoir accomplir les tâches comme avant. Aucun événement précis de fierté n'a été mentionné, mais elle montre une volonté de faire des efforts pour s'améliorer. Elle ne décrit pas clairement le regard des autres, mais le fait qu'elle se sente différente peut indiquer une perception de traitement particulier. Il n'a pas été indiqué si elle se sent incomprise, ni si elle parle librement de son estime de soi à quelqu'un.

Certaines tâches qu'elle faisait avant lui sont désormais impossibles, ce qui renforce son sentiment de perte d'autonomie. La dépendance à autrui est vécue avec frustration, mais elle accepte l'aide de ses proches. Elle ne parle pas de projets précis, mais sa volonté d'améliorer ses capacités physiques montre une certaine motivation à avancer malgré les difficultés.

c. Les résultats de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg s'est déroulée en langue kabyle. La personne a répondu de manière attentive aux dix items proposés. Le score total obtenu est de 23 points sur 40.

L'analyse des réponses met en évidence une estime de soi très faible. Les réponses aux items positifs (1, 2, 4, 6, 7) révèlent une perception de soi négative ou hésitante. La personne exprime peu de confiance en ses qualités personnelles. Quant aux items à cotation inversée (3, 5, 8, 9, 10), ils traduisent une tendance au doute de soi et une vision globalement dévalorisée de sa propre personne.

Tableau n°6: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°5

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score
1	1 (Tout à fait désaccord)	Positif	1	1
2	2 (Plutôt en désaccord)	Positif	2	2

3	2 (plutôt en désaccord)	Inversée	→3	3
4	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
5	2 (Plutôt en désaccord)	Inversée	→3	3
6	2 (Plutôt en désaccord)	Positif	2	2
7	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
8	3 (Plutôt en accord)	Inversée	→2	2
9	2 (Plutôt en désaccord)	Inversée	→3	3
10	4 (Tout a fait en accord)	Inversée	→1	1

Score total : 23 / 40

Synthèse

Madame R., 72 ans, mère de six enfants, a été profondément affectée par l'AVC survenu récemment. Ce bouleversement tardif dans sa vie s'est accompagné d'une perte d'autonomie, de fatigue constante et de limitations physiques, altérant ses repères quotidiens. Elle vit difficilement sa dépendance à autrui, même si elle accepte l'aide d'un proche. Son image corporelle est fragilisée, bien qu'elle affirme continuer à s'aimer. Si elle conserve une certaine confiance en elle et une volonté d'amélioration, elle se sent parfois différente des autres, limitée dans sa liberté et marquée par un sentiment de honte face à ses incapacités. Son score de 23/40 à l'échelle de Rosenberg révèle une estime de soi très faible, dominée par le doute, la frustration et la conscience douloureuse de ses pertes fonctionnelles.

Le cas n° 6: Monsieur F**a. Informations générales**

Monsieur F, âgé de 67 ans, est marié et père de trois enfants. Ancien enseignant de CEM, il est actuellement à la retraite. Il présente un niveau d'instruction équivalent à la terminale. Lors de l'entretien, il se présente avec une apparence soignée, un langage posé, mais un regard souvent fuyant, particulièrement lors de l'évocation de faits sensibles. Sa posture corporelle est légèrement affaissée, traduisant à la fois de la fatigue et une résignation latente.

b. Compte rendu de l'entretien

Son accident vasculaire cérébral est survenu à la fin de l'année 2020, alors qu'il se trouvait en France pour accompagner son fils malade. Les premiers symptômes ressentis ont été des vomissements. Environ vingt minutes après leur apparition, il a perdu connaissance. Il était seul au moment des faits. En racontant cet épisode, Monsieur X semble chercher ses mots, le ton de sa voix devient plus bas, ses mains s'agitent faiblement sur ses genoux. On perçoit une certaine tension dans les épaules et une crispation du visage, indices d'un souvenir encore fortement chargé sur le plan émotionnel.

Le patient est diabétique et hypertendu, sans antécédents familiaux d'AVC. Il décrit un profond choc émotionnel à son réveil, en constatant une paralysie de la partie droite de son corps. À ce moment de l'entretien, il détourne les yeux, pince légèrement les lèvres, et sa respiration se fait plus courte. Cet événement a été suivi par deux années de stress important. Il confie avoir vécu cette période comme une suite de pertes successives – physiques, psychologiques et sociales. Il a bénéficié d'un soutien moral de la part de son fils et de sa famille, bien qu'il avoue avoir eu des difficultés à accepter sa situation. Il évoque cette période de manière très émotive, les larmes aux yeux, en soulignant les bouleversements majeurs survenus dans sa vie. Il parle d'une perte de repères, d'une rupture dans sa trajectoire de vie, avec des expressions faciales marquées par la tristesse, la nostalgie et parfois un sentiment d'injustice.

Hospitalisé pendant six mois, il a également été infecté par la COVID-19 au cours de son séjour. Il exprime un rejet de son corps et une faible confiance en ses capacités physiques, bien qu'il affirme avoir conservé une certaine force morale. Lorsque le sujet du corps est abordé, il baisse la tête, soupire profondément, et frotte sa main gauche contre sa jambe droite paralysée, comme pour tenter de renouer un contact. Il se perçoit comme ayant de la valeur, digne d'être aimé et capable de liberté. Il affirme ceci avec un regard plus affirmé, comme s'il cherchait à se convaincre lui-même de cette valeur persistante. En revanche, il ne se considère pas indépendant, ce qu'il justifie par des limitations fonctionnelles persistantes. Il se sent différent des autres et confie avoir parfois des pensées envahissantes. Il aspire à retrouver certaines capacités, notamment la possibilité de conduire ou de mobiliser plus librement sa cheville. Ce souhait est exprimé avec une pointe d'espoir mêlée à une certaine résignation ; son sourire est bref, fragile, mais témoigne d'un désir toujours vivant de se projeter vers un futur plus libre.

Bien qu'il reconnaisse ne plus pouvoir accomplir les tâches du quotidien comme avant, il garde l'espoir de pouvoir encore réaliser certaines choses. Ce constat est formulé sur un ton calme, avec une posture plus droite à ce moment-là, comme s'il se redonnait une contenance. Il ne fait pas mention explicite d'un sentiment de fierté, mais le fait d'avoir surmonté l'AVC, une hospitalisation prolongée et la COVID-19 démontre une forme de résilience. Son regard s'illumine légèrement lorsqu'il parle de son fils, montrant que ce lien constitue un véritable ancrage affectif et une source de stabilité. Il semble également sensible au regard des autres et au soutien moral qu'il reçoit, particulièrement de la part de son fils. À l'évocation de ce dernier, son visage s'adoucit, sa voix devient plus chaleureuse, traduisant une gratitude profonde et sincère.

Son ouverture émotionnelle durant l'entretien montre qu'il peut exprimer ce qu'il ressent dans un cadre sécurisant. Il répond aux questions avec sincérité, même lorsqu'elles touchent des sujets sensibles. Il ne mentionne pas clairement s'il se sent isolé ou incompris, mais ses difficultés à accepter son état et sa perception négative de son image corporelle peuvent laisser entendre une souffrance psychologique sous-jacente. Par moments, il marque des pauses prolongées, regarde au loin, comme s'il cherchait à reformuler ce qu'il vit intérieurement. Ce flottement verbal laisse entrevoir un travail psychique encore en cours.

Enfin, malgré les difficultés physiques, la dépendance et les changements survenus, il reste motivé à avancer. Sa volonté de récupérer une partie de ses capacités et son attachement aux

liens familiaux semblent constituer ses principales sources de motivation. Il conclut l'entretien avec des mots simples mais porteurs de sens : « Je veux encore faire quelque chose de moi, même si c'est petit ». Cette phrase, dite d'une voix posée mais tremblante, révèle une force intérieure discrète, mais bien présente, soutenue par un socle affectif stable et un besoin profond de retrouver une forme de dignité et d'utilité.

c. Résultat de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg s'est déroulée dans de bonnes conditions. Le participant a répondu avec sérieux aux dix items de l'échelle. L'analyse de ses réponses montre un score total de 29 points sur 40.

Pour les items positifs (1, 2, 4, 6, 7), la personne a exprimé une tendance globalement favorable envers elle-même, ce qui traduit une certaine confiance personnelle. En revanche, pour les items inversés (3, 5, 8, 9, 10), les réponses indiquent une vigilance vis-à-vis des pensées négatives, bien qu'un certain inconfort ou doute semble persister.

Tableau n°7: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°6

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score
1	3 (plutôt en accord)	Positif	3	3
2	4 (tout à fait en accord)	Positif	4	4
3	1 (tout à fait en désaccord)	Inversé	→ 4	4
4	2 (plutôt en désaccord)	Positif	2	2
5	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1

6	4 (tout à fait en accord)	Positif	4	4
7	4 (tout à fait en accord)	Positif	4	4
8	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
9	1 (tout à fait en désaccord)	Inversé	→ 4	4
10	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2

Score totale : 29/40

Synthèse

Monsieur F, 67 ans, retraité de l'enseignement, a subi un AVC en 2020 alors qu'il était en France. Cet événement l'a profondément marqué, déclenchant un sentiment de perte physique, psychologique et sociale. Il a dû faire face, seul, à l'épisode aigu, suivi d'une hospitalisation de six mois aggravée par une infection à la COVID-19. Bien qu'il exprime un rejet de son corps et une perte d'autonomie, il conserve une force morale et une volonté de se reconstruire, notamment grâce au soutien affectif de son fils. Son discours révèle une souffrance intérieure, mêlée de résignation, mais aussi d'espoir. Son score à l'échelle de Rosenberg est de 29/40, indiquant une estime de soi moyenne à préservée, malgré les doutes persistants liés à sa situation actuelle.

Le cas n° 7 : Monsieur Y

a. Informations générales

Monsieur Y, âgé de 60 ans, marié et père de quatre enfants. Il exerce la profession d'architecte et menait une vie active avant la survenue de son accident vasculaire cérébral en 2025.

b. Compte rendu de l'entretien

Il présente des antécédents médicaux de diabète et d'hypertension artérielle, mais précise qu'aucune personne de sa famille n'a jamais eu d'AVC. Les premiers signes ressentis étaient des douleurs articulaires inhabituelles. Il explique qu'il connaissait déjà ce qu'était un AVC, mais qu'en le vivant personnellement, il en a perçu toute la dureté : « Je savais c'était quoi un AVC... mais après l'avoir vécu, j'ai compris que c'est quelque chose de vraiment dur », dit-il en fronçant les sourcils, la voix légèrement tremblante.

Lors de l'annonce du diagnostic, il décrit un choc profond : « J'ai été choqué... mais en même temps, je m'attendais à ce qu'on m'annonce quelque chose de grave ». Il partage ce souvenir avec un regard figé, les mains serrées sur ses genoux, manifestement ému. Il n'a pas subi d'intervention chirurgicale, mais a été hospitalisé durant trois mois au CHU. Pendant cette période et après son retour à domicile, il a bénéficié du soutien constant de sa femme, de ses enfants et de ses amis, qu'il évoque avec beaucoup de reconnaissance.

Il affirme avoir remarqué de nombreux changements dans sa vie quotidienne. Il évoque avec tristesse les gestes simples devenus difficiles, comme marcher librement, conduire ou utiliser sa main. Il mime un mouvement lent de la jambe pour illustrer ses propos, et laisse échapper un soupir. Il ajoute : « Ce sont des choses que j'aimerais vraiment récupérer... mes jambes, mes pieds, ma main... surtout pouvoir conduire à nouveau, pour ne pas dépendre des autres ». Il sait qu'il ne peut plus accomplir les tâches comme avant, mais garde l'espoir de réaliser encore certains projets.

Concernant la perception de soi, il se dit physiquement gêné et exprime un rejet de son corps : « J'aime pas mon corps, après tous ces changements ». Il détourne le regard en disant cela, manifestement affecté. Toutefois, il affirme avoir confiance en lui, se sentir digne d'être aimé et porteur d'une certaine valeur. Il explique qu'il ne se sent ni libre ni indépendant : « À chaque fois que j'ai besoin de quelque chose, je dois appeler... ça me dérange ». Il se voit différent des autres, ce qui l'amène à se sentir parfois mal à l'aise ou inconfortable : « Oui, je me sens un peu différent... un peu gêné ».

Les séquelles physiques sont vécues comme durables : « C'est un mal qui va durer », dit-il avec une voix résignée. Il précise ne pas avoir honte de lui, mais se sent parfois isolé et incompris, malgré la qualité du soutien reçu. Il souligne qu'il peut s'exprimer, surtout avec sa

femme, avec qui il parle librement. Il ajoute qu'il est bien traité par son entourage et que la présence de ses proches, notamment de ses amis, lui a fait du bien.

Malgré les difficultés, il reste motivé. Il affirme croire encore en la possibilité de réaliser certains de ses rêves. Ce qui le pousse à avancer, dit-il, c'est « l'envie de guérir, de reprendre le volant, de marcher librement... et surtout, de ne plus dépendre des autres ». Il conclut avec un léger sourire : « Oui, je ressens de la fierté... quand je vois l'évolution, même si c'est lent, je me dis que ça va dans le bon sens ».

c. Résultat de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg s'est déroulée en langue kabyle. Le participant a répondu de manière attentive et spontanée à l'ensemble des dix affirmations de l'échelle. L'analyse des réponses montre que la personne a obtenu un score total de 32 points sur 40.

Concernant les items positifs (1, 2, 4, 6, 7), les réponses indiquent une tendance plutôt favorable à l'affirmation de soi. Pour les items inversés (3, 5, 8, 9, 10), les choix montrent une certaine sensibilité à la critique de soi, bien que globalement modérée.

Tableau n°8: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°7

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score
1	4 (tout à fait en accord)	Positif	4	4
2	3 (plutôt en accord)	Positif	3	3
3	1 (tout à fait en désaccord)	Inversé	→ 4	4
4	2 (plutôt en désaccord)	Positif	2	2

5	1 (tout à fait en désaccord)	Inversé	→ 4	4
6	3 (plutôt en accord)	Positif	3	3
7	3 (plutôt en accord)	Positif	3	3
8	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
9	1 (tout à fait en désaccord)	Inversé	→ 4	4
10	1 (tout à fait en désaccord)	Inversé	→ 4	4

Score totale: 32/40

Synthèse

Monsieur Y, 60 ans, architecte encore actif avant son AVC survenu en 2025, vit difficilement les limitations physiques imposées par l'accident. Malgré un choc initial, il fait preuve d'une lucidité émotionnelle et d'une capacité à verbaliser ses ressentis. Il exprime un rejet de son corps, une gêne face à la dépendance, et un sentiment de différence, bien qu'il maintienne une confiance en lui et se sente digne d'amour. Entouré d'un solide réseau familial et amical, il reste motivé par le désir de retrouver son autonomie. Son score de 32/40 à l'échelle de Rosenberg reflète une estime de soi relativement préservée, marquée par une affirmation de sa valeur personnelle malgré une certaine vulnérabilité.

Le cas n° 8 : Monsieur M

a. Informations générales

Monsieur M est un homme âgé de 55 ans, marié et père de quatre enfants. Avant son AVC, il exerçait des petits métiers, notamment dans le secteur informel, ce qui ne lui a pas permis de bénéficier d'une assurance ou d'une couverture sociale stable. Actuellement, il est sans emploi. Il cherche du travail, mais sans succès, ce qui alimente son sentiment d'échec et d'impuissance. Lorsqu'il en parle, il soupire longuement et détourne le regard, comme s'il portait sur lui-même un jugement négatif

b. Compte rendu de l'entretien

L'AVC de Monsieur M a eu lieu il y a cinq ans. Il a d'abord été hospitalisé à Aokas, puis transféré à Béjaïa, où il a passé dix-huit jours dans le coma. Il n'a pas d'antécédents médicaux personnels, mais il évoque que sa mère a également été victime d'un AVC et en est décédée.

Avant son propre accident, il ne connaissait pas du tout cette pathologie. Il confie : « Je savais même pas c'était quoi un AVC... mais quand je l'ai eu... j'ai compris que c'était pas facile », dit-il avec un demi-sourire amer et un long silence. Il attribue la survenue de l'AVC aux nombreuses difficultés et tensions familiales qu'il traversait à l'époque, ce qu'il formule d'un ton grave : « Les problèmes de la maison, la vie... ça m'a trop pesé ».

Depuis son AVC, il souffre de faiblesse physique importante et de limitations fonctionnelles. Il déclare ne pas avoir réalisé quoi que ce soit qui le rende fier depuis l'accident. « J'ai rien fait de bien depuis... rien dont je peux être fier ». Cette phrase est dite d'un ton résigné, les bras croisés sur la poitrine.

Il affirme ne pas se sentir capable d'accomplir les tâches quotidiennes comme avant. Il mentionne également que son entourage l'aide peu ou le traite différemment, parfois même avec condescendance ou pitié : « Les gens me voient comme un incapable ».

Lorsqu'on aborde le soutien familial et social, il mentionne que ses amis se sont éloignés après sa maladie, ce qu'il dit avec amertume : « Mes amis ? Ils sont partis... depuis que je suis tombé malade, ils ne viennent plus ». Il se sent isolé et incompris. Seule sa femme reste à ses côtés, ce qu'il reconnaît avec gratitude mêlée de gêne : « Elle est là... mais ça me fait mal de dépendre d'elle ».

Il déclare également avoir des difficultés à exprimer ce qu'il ressent, surtout en dehors du cercle très restreint de confiance. Le regard baissé, il ajoute : « Même parler de moi, c'est devenu dur... ».

Monsieur M témoigne d'une image corporelle altérée : je n'aime pas mon corps maintenant... je me reconnais plus ». Il évite les miroirs, refuse de se voir en photo, et dit qu'il a honte de ce qu'il est devenu. Il parle de sa perte de confiance en lui d'un ton bas et monotone : « J'ai plus confiance... j'ai l'impression que j'ai perdu toute valeur ». Il considère qu'il a seulement « un peu de valeur », mais affirme quand même se sentir digne d'amour.

Il ajoute qu'il ne se sent ni libre ni indépendant, ce qui pèse énormément sur son moral. Il dit ressentir une profonde honte : « Oui... j'ai honte de moi, de ce que je suis devenu ». Il se sent différent des autres, ce qui renforce son isolement. Lorsqu'il évoque les séquelles physiques, il les associe à une gêne corporelle permanente. Il se sent mal à l'aise dans son corps, qu'il ne reconnaît plus comme le sien.

Il garde néanmoins un objectif personnel fort : celui de marcher à nouveau de manière autonome : « Je veux me remettre à marcher... au moins ça ». Cette phrase, dite avec un léger redressement du buste, semble être l'un des rares élans de motivation qu'il exprime.

Il évoque avec tristesse les choses qu'il faisait avant et qu'il ne peut plus faire : « Je sortais, je m'occupais de mes enfants... maintenant, je reste là ». Il ne croit plus pouvoir réaliser ses projets ni atteindre ses rêves, mais il garde un fil ténu d'espoir. Il confie : « Ce qui me motive... c'est juste l'idée de me remettre debout... pour moi, pour eux ». Son regard se fixe alors sur une photo de ses enfants posés sur la table.

c. Résultat de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg s'est déroulée en langue kabyle. La personne a répondu de manière attentive aux dix items proposés. Le score total obtenu est de 22 points sur 40.

L'analyse des réponses met en évidence une estime de soi très faible. Les réponses aux items positifs (1, 2, 4, 6, 7) indiquent une perception de soi globalement négative ou incertaine. La personne semble éprouver des difficultés à reconnaître sa valeur personnelle et ses qualités.

Par ailleurs, les réponses aux items à cotation inversée (3, 5, 8, 9, 10) confirment la présence de sentiments de dévalorisation et de doute vis-à-vis de soi-même.

Tableau n°9: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°8

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score
1	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1
2	1 (tout a fait en désaccord)	Positif	1	1
3	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2
4	4 (tout à fait en accord)	Positif	4	4
5	3 (plutôt en accord)	Inversé	→ 2	2
6	1 (tout à fait en désaccord)	Positif	1	1
7	4 (tout à fait en accord)	Positif	4	4
8	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
9	4 (tout à fait en accord)	Inversé	→ 1	1
10	3 (tout a fait accord)	Inversé	→ 1	1

Score total: 15/40

Synthèse

Monsieur M, 55 ans, ancien travailleur du secteur informel, vit une profonde détresse depuis son AVC survenu il y a cinq ans. Sans emploi, sans soutien social stable et confronté à une grande précarité affective et matérielle, il exprime une image de soi très altérée, marquée par la honte, le rejet de son corps et un sentiment d'inutilité. L'isolement social, l'éloignement des amis et la dépendance à son épouse pèsent lourdement sur son moral. Malgré une perte importante de confiance en soi, il conserve un mince espoir de remarcher un jour, seul véritable moteur actuel. Son score de 15/40 à l'échelle de Rosenberg révèle une estime de soi fragile, dominée par des pensées dévalorisantes et un vécu d'échec difficilement surmonté.

Le cas n°9 : Monsieur A

a. Informations générales

Monsieur A, âgé de 57 ans, est un homme marié et père de deux filles. Ancien enseignant dans une école primaire, il est aujourd'hui à la retraite anticipée en raison de son état de santé. Il a atteint un niveau d'études équivalent à la terminale.

b. Compte rendu de l'entretien

L'accident vasculaire cérébral (AVC) dont il a été victime s'est produit il y a environ deux ans. Les premiers symptômes qu'il a ressentis étaient une perte soudaine d'équilibre, une faiblesse du côté gauche de son corps, ainsi qu'un trouble de la parole. Alerté rapidement par sa famille, il a été conduit aux urgences, où le diagnostic a été confirmé.

Monsieur A. n'avait pas d'antécédents médicaux graves, bien qu'il souffrait d'hypertension artérielle non surveillée, facteur de risque probable. Aucun cas d'AVC n'a été rapporté dans sa famille. Il a été hospitalisé pendant une semaine, sans subir d'intervention chirurgicale. Le traitement a été essentiellement médicamenteux, accompagné de séances de rééducation fonctionnelle dès la phase post-aiguë.

Avant l'AVC, il considérait cette maladie comme une pathologie rare ou lointaine. Après l'avoir vécue, sa perception a profondément changé : il la perçoit désormais comme un événement imprévisible, bouleversant et potentiellement destructeur. Sa réaction à l'annonce

du diagnostic a été marquée par le choc, la peur de perdre définitivement ses capacités, et une grande inquiétude quant à son avenir familial et professionnel.

Depuis son AVC, il observe un changement important dans son quotidien. Il éprouve des difficultés à effectuer certaines tâches physiques, en particulier les mouvements du bras gauche, ce qui affecte son autonomie. Il doit compter sur son épouse pour de nombreuses activités domestiques. Ce changement a fortement influencé son estime de soi, car il ne se reconnaît plus dans ce corps affaibli. Il ressent parfois de la honte et de la frustration en raison de cette dépendance nouvelle. Il déclare ne plus aimer son corps comme avant, et regrette de ne plus pouvoir pratiquer certaines activités simples comme écrire ou jardiner.

Sur le plan émotionnel, il confie avoir perdu confiance en lui durant les premiers mois suivant l'AVC. Il s'est senti inutile, voire un fardeau pour sa famille. Toutefois, grâce au soutien constant de son épouse et de ses filles, il a peu à peu retrouvé une certaine stabilité psychologique. Il dit se sentir encore digne d'être aimé, même si certains jours sont plus sombres que d'autres. Il perçoit parfois un regard de pitié chez certains proches ou connaissances, ce qui le dérange et le pousse à se replier sur lui-même.

Monsieur A. avoue avoir parfois des difficultés à exprimer ses émotions, préférant garder ses souffrances pour lui. Toutefois, il affirme pouvoir parler librement avec son épouse, qui reste sa principale confidente. Il se sent parfois isolé, surtout en l'absence d'une vie sociale active comme auparavant. Il reconnaît ne plus pouvoir faire certaines choses qu'il aimait, comme jouer avec ses petits-enfants ou corriger des copies, mais il tente de rester actif à travers la lecture, la télévision, et des promenades légères.

Malgré les séquelles, il garde l'espoir de retrouver une meilleure motricité et de mener une vie relativement normale. Il se fixe des objectifs modestes mais réguliers, comme réussir à marcher seul sur une plus grande distance ou écrire quelques lignes avec sa main non dominante. Ce qui le motive à avancer, c'est surtout l'amour de sa famille, le désir de ne pas sombrer dans la dépendance totale, et la volonté de rester un repère pour ses filles.

c. Les résultats de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg s'est déroulée en langue kabyle. La personne a répondu avec soin à l'ensemble des dix items. Le score total obtenu est de 27 points sur 40.

Ce score indique également une estime de soi faible. Monsieur A. montre des signes de fragilité dans la reconnaissance de sa propre valeur. Les réponses aux items directs révèlent une confiance modérée en ses qualités, tandis que les réponses inversées traduisent un doute persistant quant à sa propre image. Un accompagnement dans la restauration de l'estime de soi serait bénéfique pour renforcer sa perception de lui-même.

Tableau n°10: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°9

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score
1	2 (Plutôt en désaccord)	Positif	2	2
2	2 (Plutôt en désaccord)	Positif	2	2
3	2 (Plutôt en désaccord)	Inversée	→2	2
4	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
5	2 (Plutôt en désaccord)	Inversée	→3	3
6	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
7	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
8	3 (Plutôt en accord)	Inversée	→2	2
9	2 (Plutot en désaccord)	Inversée	→3	3
10	2 (Plutôt en désaccord)	Inversée	→3	3

Score total : 27 / 40

Synthèse

Monsieur A., 57 ans, ancien enseignant aujourd'hui retraité, vit les conséquences de son AVC survenu il y a deux ans comme un tournant douloureux. Bien qu'entouré par sa famille, il souffre d'une perte d'autonomie, d'une image corporelle altérée et d'un sentiment de frustration lié à sa dépendance. L'estime de soi est fragilisée, nourrie par le regret de ne plus pouvoir accomplir certains gestes simples et par le regard parfois compatissant des autres. Malgré des émotions souvent contenues et une tendance à l'isolement, il trouve dans le soutien affectif de son épouse et de ses filles une source d'équilibre. Son score de 27/40 à l'échelle de Rosenberg traduit une estime de soi faible, marquée par le doute et la difficulté à se valoriser, malgré une volonté de reconstruction et des objectifs modestes qu'il se fixe au quotidien.

Cas n°10 : Monsieur N

a. Informations générales

Monsieur N. est un homme de 63 ans, marié, père de quatre enfants. Il vit une relation conjugale stable et harmonieuse. De niveau d'instruction secondaire, il a travaillé toute sa vie comme ouvrier dans le bâtiment avant de prendre sa retraite.

b. Compte rendu de l'entretien

Monsieur N, a subi un AVC ischémique il y a deux ans. Les premiers signes ont été une faiblesse soudaine du bras droit et des troubles de la parole. Il n'avait jusque-là aucun antécédent médical particulier, mais mentionne que son père a lui aussi été victime d'un AVC. Avant l'événement, il considérait l'AVC comme une pathologie grave mais abstraite ; le vivre a changé radicalement sa perspective, le confrontant à la perte de contrôle, à l'imprévisibilité et à une profonde remise en question.

Pris en charge rapidement, il a été hospitalisé douze jours, sans intervention chirurgicale, puis a entamé une période de rééducation. Il insiste sur le soutien indéfectible de son épouse, qui a joué un rôle clé dans sa récupération. Cependant, la transition vers une vie marquée par une forme de dépendance reste difficile à accepter, surtout pour quelqu'un qui s'est toujours vu comme autonome. L'annonce du diagnostic a provoqué un choc, nourri d'incompréhension, d'injustice et d'anxiété face à l'avenir.

Aujourd'hui, Monsieur N, se sent affaibli, confronté à une mobilité réduite du côté droit et à une fatigue chronique. Son rapport au corps a changé : il exprime un certain rejet de son image, en particulier en lien avec sa démarche incertaine et la fonte musculaire. Sa confiance en lui a fortement diminué dans les mois suivant l'AVC, bien qu'il ait progressivement retrouvé une certaine autonomie dans les gestes du quotidien. Il continue néanmoins à douter de ses capacités pour des activités plus complexes ou demandant de l'endurance.

Malgré cela, il affirme se sentir toujours utile dans sa famille et pense être digne d'amour et de respect, des sentiments consolidés par la présence constante de son épouse. Il vit la perte de liberté comme une forme de frustration quotidienne, en particulier lorsqu'il dépend de ses enfants pour ses déplacements. Il ne ressent pas de honte à proprement parler, mais se sent différent, parfois mis à l'écart ou perçu comme "fragile".

Les séquelles sont affrontées avec résignation, mais aussi avec une certaine force de caractère. Il rêve de retrouver l'usage de son bras droit et de pouvoir marcher sans canne. Un moment marquant pour lui a été sa capacité à participer debout, sans aide, à une réunion familiale — une victoire personnelle qui l'a profondément valorisé.

Le regard extérieur le perturbe parfois : il perçoit de la pitié, qu'il vit mal. Il remarque également que certaines personnes adoptent un comportement plus distant ou protecteur, ce qu'il juge injustifié. Il a du mal à verbaliser ses émotions, sauf avec sa femme, avec qui il entretient un dialogue sincère. Il se sent soutenu, bien que parfois incompris, notamment par ses enfants qu'il trouve "pressés" et moins disponibles émotionnellement. Il regrette vivement de ne plus pouvoir conduire ou bricoler, activités qui représentaient pour lui un exutoire et un moyen d'affirmer sa compétence.

Malgré les pertes, les frustrations et les séquelles, monsieur N, garde une volonté de se battre. Il exprime clairement son envie de retrouver davantage d'autonomie, notamment pour alléger la charge sur ses proches. Il souhaite pouvoir reprendre certains projets, comme finir les travaux de rénovation de sa maison, avec l'aide de son fils. Sa principale source de motivation réside

dans l'amour et la présence de sa famille, mais aussi dans sa propre dignité : il veut montrer qu'il reste capable, malgré les difficultés, de progresser et de vivre avec un sentiment de valeur. C'est cette ténacité, soutenue par des repères affectifs solides, qui lui permet de continuer à avancer, pas à pas.

c. Résultat de l'échelle

La passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg s'est déroulée en langue kabyle. Monsieur N. a répondu de manière attentive aux dix items proposés. Le score total obtenu est de 23 points sur 40.

L'analyse des réponses met en évidence une estime de soi très faible. Les réponses aux items positifs (1, 2, 4, 6, 7) traduisent une perception de soi hésitante, marquée par le doute quant à sa valeur personnelle et à ses capacités. Il semble avoir des difficultés à reconnaître ses qualités et à maintenir une image positive de lui-même. Par ailleurs, les réponses aux items à cotation inversée (3, 5, 8, 9, 10) confirment la présence de sentiments de dévalorisation, de frustration et d'un regard critique porté sur soi. L'ensemble suggère un vécu émotionnel fragile, nécessitant un accompagnement psychologique visant à restaurer l'image de soi et à renforcer la confiance personnelle.

Tableau n°11: Échelle de Rosenberg – Résultats du cas n°10

N° Question	Réponse choisie	Type d'item	Barème appliqué	Score
1	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
2	2 (Plutôt en désaccord)	Positif	2	2
3	3 (Plutôt en accord)	Inversée	→2	2
4	2 (Plutôt en désaccord)	Positif	2	2

5	3 (Plutôt en accord)	Inversée	→2	2
6	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
7	3 (Plutôt en accord)	Positif	3	3
8	4 (Tout à fait en accord)	Inversée	→1	1
9	3 (Plutôt en accord)	Inversée	→2	2
10	2 (Plutôt en désaccord)	Inversée	→3	3

Score total : 23 / 40

Synthèse

Monsieur N., 63 ans, ancien ouvrier du bâtiment aujourd'hui à la retraite, a vécu son AVC ischémique, survenu il y a deux ans, comme une rupture brutale avec son autonomie passée. Soutenu par son épouse et ses enfants, il fait face à une mobilité réduite, une fatigue persistante et une image de soi dégradée. La dépendance, notamment pour les déplacements, alimente chez lui un sentiment de frustration et un rapport ambivalent à son corps. L'estime de soi apparaît fragilisée, entre rejet de son image physique et doutes quant à ses capacités. Son score de 23/40 à l'échelle de Rosenberg témoigne d'une estime de soi très faible, dominée par un vécu de dévalorisation et une difficulté à se reconnaître digne de valeur. Malgré cela, il garde une volonté de progression, portée par l'amour des siens et par le désir de rester acteur de sa vie, à travers des projets modestes mais porteurs de sens.

2. Synthèse des résultats et discussion des hypothèses

Dans le cadre de cette recherche, nous avons étudié les effets d'un accident vasculaire cérébral (AVC) sur l'estime de soi chez dix participants âgés de 45 à 72 ans, tous mariés, présentant des niveaux d'instruction hétérogènes et vivant dans des contextes familiaux et sociaux divers. L'objectif principal était de répondre à deux questions fondamentales : Comment les survivants d'un AVC parviennent-ils à maintenir ou à reconstruire leur estime de soi face aux bouleversements physiques, psychologiques et sociaux ? Et quel est le niveau d'estime de soi chez ces personnes après l'AVC ?

Afin de répondre de manière complète et nuancée à ces questions, nous avons opté pour une méthode mixte, combinant deux techniques complémentaires : d'une part, l'entretien clinique semi-directif, qui permet de saisir la subjectivité du vécu post-AVC ; d'autre part, la passation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, qui fournit une mesure quantitative objectivable. Cette articulation méthodologique a permis de croiser les dimensions psychiques qualitatives avec des indicateurs chiffrés, et d'enrichir ainsi la compréhension du phénomène.

L'analyse des résultats obtenus à l'échelle de Rosenberg montre que sept participants ont obtenu un score inférieur à 25, indiquant une estime de soi très faible. Deux personnes ont un score faible (compris entre 25 et 31), tandis qu'un seul participant présente une estime de soi dans la moyenne (score de 32). Aucune estime de soi élevée n'a été observée dans notre échantillon. Ces résultats suggèrent une atteinte narcissique généralisée, confirmant notre hypothèse principale : l'AVC entraîne, chez la majorité des patients, une déstabilisation importante de l'estime de soi.

Les entretiens cliniques ont permis de mettre en évidence des dimensions plus profondes et subjectives du vécu post-AVC. Tous les participants expriment, à des degrés divers, un sentiment de perte, qu'il s'agisse de la perte d'autonomie, de fonctions corporelles, de rôles sociaux ou de confiance en soi. Certains parlent d'un "avant" et d'un "après" AVC, marquant une rupture identitaire forte. L'image corporelle est souvent altérée, avec des propos faisant état de gêne, de honte ou de rejet de son propre corps, en lien avec des séquelles visibles (faiblesse motrice, démarche instable, trouble de la parole...).

Le regard des autres apparaît comme une source de souffrance importante. Plusieurs participants évoquent un sentiment d'être perçus comme « faibles » ou « diminués », ce qui les pousse parfois à l'isolement, au retrait social, voire au silence affectif. Cette perception de la

fragilité sociale est souvent aggravée par l'absence ou la rareté des contacts extérieurs. Chez certains, le fait de ne plus pouvoir conduire, travailler, bricoler ou prendre des décisions de façon autonome est vécu comme une perte de dignité.

Les résultats confirment nos hypothèses secondaires, selon lesquelles l'estime de soi post-AVC est influencée par divers facteurs contextuels. En particulier, la qualité du soutien affectif joue un rôle déterminant. Les participants bénéficiant d'une présence continue et bienveillante de leur conjoint ou de leurs enfants expriment davantage d'émotions positives, une volonté de progresser, et une meilleure capacité à faire face aux limitations imposées par la maladie. À l'inverse, ceux qui se sentent incompris, isolés ou trop dépendants émotionnellement présentent un repli sur soi plus marqué, un discours désinvesti et une plus grande souffrance intérieure.

Un autre facteur influent est le sentiment d'utilité. Pouvoir accomplir, même partiellement, des gestes du quotidien, participer aux décisions familiales ou contribuer symboliquement à des tâches valorisantes permet à certains participants de préserver un minimum de fierté personnelle. Ces éléments participent à une dynamique de reconstruction partielle de l'estime de soi. Néanmoins, ce processus reste fragile et lent, souvent compromis par la fatigue, les douleurs chroniques, ou encore le manque de stimulation et de reconnaissance sociale.

Cette étude met en évidence l'importance d'une prise en charge globale et intégrée des survivants d'AVC. Il ne s'agit pas uniquement de rééduquer le corps ou de prescrire des traitements médicaux, mais aussi d'accompagner la personne dans la reconstruction de son identité, de son autonomie symbolique et de son sentiment de valeur. La méthode mixte utilisée nous a permis d'associer des données mesurables à une écoute approfondie du vécu. Cette complémentarité souligne l'intérêt d'approches cliniques qui tiennent compte à la fois du discours subjectif du patient et de son état psychologique quantifiable.

Un accompagnement psychologique personnalisé devrait être envisagé pour aider les patients à reformuler leur rapport à eux-mêmes, à leurs limites et à leur avenir. Cela passe par la valorisation des progrès, aussi modestes soient-ils, par la reconnaissance sociale, et par le maintien de liens affectifs significatifs. L'estime de soi, loin d'être une simple notion abstraite, constitue ici un indicateur clinique central du bien-être et un levier thérapeutique essentiel pour favoriser la réinsertion, la motivation et la qualité de vie.

Synthèse

D'après les résultats issus de l'analyse des entretiens semi-directifs et de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, nous constatons que la majorité des participants présentent une estime de soi affaiblie, marquée par des sentiments de perte, de frustration, de honte ou de solitude. Ces vécus sont souvent accompagnés d'un manque de confiance en soi, d'une dépendance pesante, d'un retrait social et d'une perception négative de leur propre image. Les scores obtenus à l'échelle confirment une diminution notable de l'estime de soi. Ces constats montrent que l'accident vasculaire cérébral ne se limite pas à des atteintes physiques, mais affecte aussi profondément la vie psychologique, notamment la manière dont les individus se perçoivent et se valorisent. L'AVC entraîne ainsi une remise en question de soi, souvent douloureuse, dans un corps désormais vécu comme limité.

En Algérie, la question de la santé mentale reste encore marginalisée, en particulier lorsqu'elle concerne les troubles psychiques survenant à la suite de maladies chroniques comme l'accident vasculaire cérébral (AVC). L'AVC, au-delà de ses séquelles physiques visibles, agit comme une rupture brutale dans la vie d'un individu. Il modifie profondément l'équilibre identitaire, le rapport au corps, le rôle social et familial, et surtout l'estime que la personne a d'elle-même. Dans un contexte culturel où la performance physique, l'autonomie et la place dans la famille sont fortement valorisées, la perte de ces éléments peut engendrer un sentiment de dévalorisation, voire d'exclusion.

À travers ce travail, nous avons cherché à mieux comprendre comment les personnes ayant subi un AVC vivent cette blessure invisible qu'est l'atteinte à l'estime de soi. En nous appuyant sur des entretiens cliniques semi-directifs et sur l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, nous avons mené notre recherche au sein de l'Établissement Public Hospitalier et d'un cabinet de rééducation fonctionnelle de Souk El Tenine. Dix patients âgés de 45 à 72 ans ont participé à cette étude, chacun apportant un témoignage unique, empreint de douleur, de résilience, mais aussi d'espoir.

Les résultats obtenus montrent que la majorité des patients évalués présentent une estime de soi faible, voire très faible. Leurs récits révèlent un vécu chargé d'émotions : honte liée à l'image corporelle altérée, sentiment d'inutilité face à la perte d'autonomie, isolement social, mais aussi peur du jugement, perte de statut au sein de la famille ou de la société. Pourtant, tous ne réagissent pas de la même manière : certains se raccrochent à leurs proches, à leur foi, à des souvenirs heureux ou à de petits progrès quotidiens pour retrouver un sens à leur vie. D'autres, au contraire, sombrent dans une forme de résignation douloureuse, marqués par l'absence de soutien, la solitude ou la difficulté à accepter leur nouvelle réalité.

Cette étude nous a permis de saisir toute la complexité du processus de reconstruction de l'estime de soi après un AVC. Elle montre que cette reconstruction ne dépend pas uniquement de la rééducation physique, mais aussi et surtout de l'accompagnement psychologique, du regard de l'entourage, et de la capacité de la personne à redéfinir son identité.

Elle met également en lumière l'importance d'une approche globale et intégrée dans la prise en charge des patients post-AVC. Il apparaît essentiel de créer des espaces d'écoute, de parole et de valorisation de l'expérience subjective, afin de restaurer non seulement les fonctions physiques, mais aussi les dimensions psychiques, affectives et relationnelles du sujet. La réhabilitation de l'estime de soi passe par une reconnaissance sociale de la souffrance, par des

dispositifs de soutien personnalisés, et par une revalorisation de ce que chaque individu peut encore apporter, malgré ses limites.

Notre recherche souligne également les lacunes dans les parcours de soins en Algérie, notamment en ce qui concerne l'accompagnement psychologique après un AVC. Très souvent, la priorité est donnée à la rééducation motrice, alors que les besoins émotionnels et identitaires restent dans l'ombre. Il serait pertinent d'envisager, dans les établissements hospitaliers et les structures de soins, la mise en place d'équipes pluridisciplinaires incluant systématiquement des psychologues cliniciens spécialisés dans la santé somatique et la neurologie.

Sur le plan théorique, cette étude ouvre de nouvelles pistes de réflexion sur la manière dont les patients reconstruisent leur rapport à eux-mêmes après une atteinte corporelle soudaine. Elle invite à croiser les apports de la psychologie clinique, de la neuropsychologie, mais aussi de l'anthropologie de la maladie et de la sociologie du handicap, afin d'élargir notre compréhension de l'estime de soi dans des contextes culturels et sociaux spécifiques.

Au-delà de l'aspect scientifique, cette recherche nous a profondément marquées sur le plan humain. Elle nous a permis de nous confronter au terrain, d'écouter des récits de vie bouleversants, et de développer une sensibilité clinique essentielle à notre future pratique. Elle nous a appris que derrière chaque séquelle physique se cache une blessure invisible, souvent silencieuse, qu'il est de notre devoir, en tant que psychologues, de reconnaître et d'accompagner avec empathie, patience et respect.

Cette recherche nous a donné non seulement des clés de compréhension sur l'estime de soi après un AVC, mais aussi une ouverture vers de futures explorations scientifiques. Elle appelle à approfondir les recherches sur les facteurs de résilience, à développer des programmes de soutien psychologique adaptés, à sensibiliser les professionnels de santé à l'importance de la dimension psychique dans le soin, et à militer pour une meilleure reconnaissance de la souffrance psychique dans les parcours de soins des patients atteints de pathologies neurologiques.

Liste bibliographique

1. André, C., & Lelord, F. (2008). *L'estime de soi : S'aimer pour mieux vivre avec les autres* (Nouvelle éd.). Odile Jacob.
2. Anzieu, D., & Chabert, C. (2004). *Méthodologie de l'entretien clinique*. PUF.
3. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
4. Batty, M. (2021, juin). *La réalité virtuelle, la motivation et l'accident vasculaire cérébral : quels liens ? Les éléments de réalité virtuelle influençant la motivation chez les patients ayant eu un AVC, une revue systématique* (1re éd.). Institut Limousin de Formation aux Métiers de la Réadaptation, filière Ergothérapie.
5. Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1–44.
<https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431>
6. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
7. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
8. Bellenger, L. (2007). *La confiance en soi : Guérir du manque de confiance en soi*. ESF éditeur.
9. Benamer, H. T. S., & Grosset, D. G. (2015). *Stroke in Arab countries: A systematic literature review*. *Journal of the Neurological Sciences*, 357(1-2), 5–10.
<https://doi.org/10.1016/j.jns.2015.06.061>
10. Bénony, H., Chahraoui, K., & Tordjman, S. (1999). *L'entretien clinique : Fondements et pratiques*. Dunod.
11. Bezzaoucha, A., Bouamra, A., Zeddami, F., Ammimer, A., Kadi, F., Abdi, N., Akrou, Z., Kesraoui, S., Arezki, M., & Ben Abdelaziz, A. (2018). *L'accident vasculaire cérébral dans la région de Blida (Algérie) en 2018 : Incidence et mortalité d'après un registre de population*. *Santé au Maghreb*, (261), 42–47.
12. Bousser, M.-G., & Mas, J.-L. (Éds.). (2009). *Accidents vasculaires cérébraux* (Éd. augmentée). Paris: Doin.
13. Chahraoui, K., & Benony, H. (2003). *Méthodologie de la recherche clinique en psychologie*. Dunod.
14. Charron, C., Dumet, N., Guéguen, N., Lieury, A., & Rusinek, S. (2007). *Psychologie : 500 mots pour comprendre*. Dunod.

15. Cliniques universitaires Saint-Luc. (2018, octobre). *La prise en charge des AVC : Service de neurologie / Stroke unit. Brochure à l'attention des patients et de leur famille* (COMMU-DSQ-010).
16. Collège des Enseignants de Neurologie. (2005). *Abrégé – Connaissances et pratique : Neurologie*. Masson.
17. COOPERSMITH, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
18. Dejours, C. (1993). *Souffrance en France : La banalisation de l'injustice sociale*. Seuil.
19. Dupras, G. (2012). *L'importance des conditions de l'estime de soi à l'adolescence pour le bien-être psychologique des jeunes et le rôle du soutien social perçu* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Dépôt institutionnel de l'UQAM.
20. Freud, S. (1914). On narcissism: An introduction. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 73–102). Hogarth Press.
21. Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). *Part I: Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies*. International Journal of Stroke, 9(8), 1017–1025. <https://doi.org/10.1111/ijis.12357>
22. Hankey, G. J. (2017). Stroke. The Lancet, 389(10069), 641–654. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30962-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30962-X)
23. Kaufmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin.
24. Langlois Mayer, M.-P. (2021). *Développement de l'estime de soi et du sentiment d'affiliation sociale : Trajectoires et transactions à l'adolescence* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Université du Québec à Montréal.
25. LAWRENCE, D. (1988). *Enhancing self-esteem in the classroom*. London: Paul Chapman Publishing Ltd.
26. Lounici, A. (2015). *Prise en charge de l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVC-I)* (1re éd.). Éditions Le Fascicule de la Santé.
27. Martins, A. M., & Teixeira-Salmela, L. F. (2011). *Relationship between self-esteem, quality of life, and functional independence in individuals with stroke*. Disability and Rehabilitation, 33(8), 678–684.
28. Mechtouff-Cimarelli, L., & Challan-Belval, A. (2008). *Neurologie* (Coll. L'ECN en fiches). Ellipses Édition Marketing.
29. Monbourquette, J. (2013). *De l'estime de soi à l'estime du Soi* (Éd. du Cerf).
30. Morin, L. (Réd.). (2015). *L'accident vasculaire cérébral (AVC)*. C.H. Sainte-Anne. Relecture par Mas, J.-L., Lamy, C., Domingo, V., Guiraud, V., Calvet, D., Bodiguel, E., & Turc, G. Iconographie : Mellerio, C.

31. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020). *Stroke, cerebrovascular accident*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
32. Orth, U., & Robins, R. W. (2014). *The development of self-esteem* [Article]. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387.
33. Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2e éd.). Armand Colin.
34. Park, E. Y., & Kim, J. H. (2016). *An analysis of self-esteem in stroke survivors: The interaction between gender, income, and the presence of a spouse*. *Journal of Mental Health*, 25(2), 159–164.
35. Ras, P. (2023). *Estime de soi, confiance en soi, amour de soi : Les trois piliers du succès* (Éd. revue et corrigée). Éditions Jouvence.
36. Rochette, A., Desrosiers, J., & Noreau, L. (2007). *Association between personal and environmental factors and the occurrence of handicap situations following a stroke*. *Disability and Rehabilitation*, 29(19), 1511–1520.
37. Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3, pp. 184–256). McGraw-Hill.
38. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
39. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
40. Roustang, F. (1994). *La fin de la plainte*. Odile Jacob.
41. Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). *Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623–642. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.4.623>
42. SHAVELSON, R.J., HUBNER, J.J., STANTON, G.C. (1976). *Self concept: validation of construct interpretations*. *Review of educational research*, 46, 407–441.
43. Shida, K., et al. (2014). *Relationship between self-esteem and living conditions among stroke survivors at home*. *Japan Journal of Nursing Science*, 11(4), 229–240.
44. Spence, J. D. (2003, février). *L'accident vasculaire cérébral : Document de travail à l'intention du Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail*. Unité de recherche sur l'athérosclérose et la prévention des AVC, Université Western Ontario.

45. Thibault, M., Comtois, G., Lalande, J., Longpré, C., Perron, F., Pigeon-Moreau, É., & Poirier, J. (2021). *Document préparé par le Service de psychologie et d'orientation de l'Université de Sherbrooke*. Université de Sherbrooke.
46. Bouchenak-Khelladi, D. (2013). Accidents vasculaires cérébraux : Mise en place d'un dispositif de prise en charge dans la Wilaya de Tlemcen [Thèse de doctorat en médecine, Université Aboubekr Belkaïd – Tlemcen, Faculté de Médecine Benaouda Benzerdjeb].
47. Uchino, K., Pary, J., & Grotta, J. (2009). *Urgences neurovasculaires* (F. Lapostolle, Trad. et adapt.). Elsevier Masson.
48. Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). *Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg*. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305–316. <https://doi.org/10.1080/00207599008247865>
49. Vickery, C. D., Sepehri, A., & Evans, C. C. (2008). *Self-esteem in an acute stroke rehabilitation sample: A control group comparison*. *Clinical Rehabilitation*, 22(2), 179–187.
50. World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health* (ICF). World Health Organization.
51. Yelnik, A. (2022). *Récupération de la motricité après accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques et rééducation*. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206(5), 594–603. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2022.02.005>
52. Zaïmi, K. (2022). *Le renforcement de l'estime de soi dans la prise en charge psychomotrice auprès d'adultes traumatisés* [Mémoire de fin d'études, Institut de Formation en Psychomotricité, Collège Sciences de la Santé]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03726174v1>

Annexes

Annexe n°1

Guide d'entretien

Les informations générales

- Nom et prénom
- Âge
- Niveau d'instruction
- Situation professionnelle

Axe 01 : Informations concernant l'AVC

- Quels étaient les premiers symptômes que vous avez ressentis ?
- Avez-vous des antécédents médicaux liés aux AVC ou à d'autres maladies cardiovasculaires ?
- Avez-vous des cas d'AVC dans votre famille ?
- Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu votre AVC ?
- Comment perceviez-vous l'AVC avant et après l'avoir vécu ?
- Avez-vous subi une intervention médicale ou une opération suite à votre AVC ?
- Comment voyez-vous le soutien de votre famille après votre AVC ?
- Pouvez-vous me parler de votre réaction lors de l'annonce de votre diagnostic ?
- Avez-vous constaté des changements dans votre vie quotidienne après votre AVC ?

Axe 02 : Informations sur l'estime de soi

- Combien de jours avez-vous été hospitalisé(e) ?
- Comment vous sentez-vous physiquement après l'AVC ?
- Aimez-vous votre corps après les changements liés à l'AVC ?
- Avez-vous confiance en vous et en vos capacités après l'AVC ?
- Pensez-vous que vous avez de la valeur ?
- Pensez-vous être digne d'être aimé(e) ?
- Avez-vous l'impression d'être libre et indépendant(e) ?
- Avez-vous honte de vous-même ?
- Avez-vous le sentiment d'être différent(e) des autres à cause de votre AVC ?
- Ressentez-vous une gêne ou un inconfort par rapport à votre corps ?

- Comment vivez-vous les éventuelles séquelles physiques (paralysie, troubles de la parole, fatigue...) ?
- Quelles sont les choses que vous aimeriez améliorer ou retrouver sur le plan physique ?
- Pensez-vous être encore capable d'accomplir les tâches du quotidien comme avant ?
- Avez-vous déjà ressenti de la fierté pour une chose que vous avez accomplie depuis votre AVC ?
- Comment percevez-vous le regard des autres depuis votre AVC ?
- Avez-vous le sentiment d'être traité(e) différemment par votre entourage ou des inconnus ?
- Avez-vous des difficultés à exprimer ce que vous ressentez aux autres ?
- Comment voyez-vous le soutien de votre famille et de vos amis ?
- Vous sentez-vous parfois isolé(e) ou incompris(e) ?
- Avez-vous des personnes avec qui vous pouvez parler librement de votre estime de soi ?
- Y a-t-il des choses que vous faisiez avant l'AVC et que vous ne pouvez plus faire ?
- Comment vivez-vous la dépendance à autrui ?
- Pensez-vous que vous pouvez encore réaliser certains de vos rêves ou projets ?
- Qu'est-ce qui vous motive à avancer malgré les difficultés ?

Annexe n°2 : Echelle d'estime de soi de Rosenberg

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1	2	3	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	2	3	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	4
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	2	3	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1	2	3	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	1	2	3	4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	4
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	4
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	2	3	4

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du cas de Mme S

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	(1)	2	3	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	(2)	3	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	(2)	3	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	(1)	2	3	4
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	2	(3)	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	(1)	2	3	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	(1)	2	3	4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	(4)
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	(3)	4
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	2	(3)	4

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas de madame H

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	(1)	2	3	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	(3)	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	2	(3)	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	(4)
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	2	(3)	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	(1)	2	3	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	1	2	3	(4)
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	(4)
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	(4)
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	2	(3)	4

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas de madame K

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1	(2)	3	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	(2)	3	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	2	3	(4)
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	(2)	3	4
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	2	(3)	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	(1)	2	3	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	(1)	2	3	4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	(4)
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	(4)
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	2	3	(4)

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas de madame B

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1	(2)	3	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	(2)	3	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	2	(3)	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	(3)	4
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	(2)	3	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1	2	(3)	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	1	2	(3)	4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	(2)	3	4
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	(3)	4
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	(2)	3	4

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas de madame R

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	(1)	2	3	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	(2)	3	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	(2)	3	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	(3)	4
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	(2)	3	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1	(2)	3	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	1	2	(3)	4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	(3)	4
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	(2)	3	4
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	2	3	(4)

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas de monsieur F

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1	2	3	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	2	3	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	4
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	2	3	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1	2	3	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	1	2	3	4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	4
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	4
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	2	3	4

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas de monsieur Y

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1	2	3	④
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	③	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	①	2	3	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	②	3	4
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	①	2	3	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1	2	③	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	1	2	③	4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	①	2	3	4
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	①	2	3	4

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas de monsieur M

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	①	2	3	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	①	2	3	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	2	③	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	④
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	2	③	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	①	2	3	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	1	2	3	④
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	④
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	2	3	④

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas de monsieur A

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1	(2)	3	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	(2)	3	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	(2)	3	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	(3)	4
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	(2)	3	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1	2	(3)	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	1	2	(3)	4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	(3)	4
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	(3)	4
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	2	(3)	4

Les résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas de monsieur N

N°	Item	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre	1	2	③	4
2	Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	②	3	4
3	Tout bien considéré, je suis portée à me considérer comme un-e raté-e.	1	2	③	4
4	Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	②	3	4
5	Je sens peu de raisons d'être fier-e de moi.	1	2	③	4
6	J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.	1	2	③	4
7	Dans l'ensemble, je suis satisfait-e de moi.	1	2	③	4
8	J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9	Parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	③	4
10	Il m'arrive de penser que je suis un-e bon-ne à rien.	1	②	3	4

Résumé

Le présent travail a pour objectif d'évaluer le niveau d'estime de soi chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC). Pour aborder cette problématique, nous avons mené notre recherche auprès de dix (10) participants, hommes et femmes, âgés de 45 à 72 ans, tous mariés, présentant des niveaux d'instruction et des parcours professionnels variés. Le terrain d'étude s'est situé à l'Établissement Public Hospitalier ainsi qu'au sein d'un cabinet privé de rééducation fonctionnelle à Souk El Tenine. Pour mener à bien cette recherche, nous avons opté pour une méthode clinique de type descriptif, en combinant l'entretien clinique semi-directif avec l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. Les résultats obtenus ont montré que l'AVC impacte négativement l'estime de soi des personnes touchées, en fragilisant leur image corporelle, leur autonomie et leur sentiment de valeur personnelle.

Mots clés : estime de soi, accident vasculaire cérébral.

Abstract

The present study aims to assess the level of self-esteem among individuals who have suffered a stroke. To address this issue, we conducted our research with ten (10) participants, both men and women, aged between 45 and 72 years, all of whom are married and have diverse educational backgrounds and professional paths. The study was carried out at the Public Hospital Establishment and in a private functional rehabilitation clinic in Souk El Tenine. To carry out this research, we opted for a descriptive clinical method, combining a semi-structured clinical interview with Rosenberg's Self-Esteem Scale. The results showed that stroke negatively affects the self-esteem of affected individuals by weakening their body image, autonomy, and sense of personal worth.

Keywords : self-esteem, stroke, cerebrovascular accident.