

La résilience chez les étudiants de l'université de Bejaia atteints d'un handicap moteur acquis

Resilience among Bejaia University students with acquired motor disabilities

Anissa Chelghoum ^{1*}, Saliha Bouzid Baa ²

¹Université de Bejaia (Algérie), chelghoum.anissa17@gmail.com

²Université de Bejaia (Algérie), Bouzidbaasaliha@gmail.com

Réception : 15/09/2020

Acceptation : 23/06/2021

Publication : 24/09/2021

Résumé : Cette étude a eu pour objectif de décrire et de comprendre le processus de résilience émergeant chez les étudiants de l'université de Bejaia atteints d'un handicap moteur acquis. Elle s'est interrogée sur les facteurs de risque auxquels ils sont confrontés, et sur les facteurs de protection qui leur ont permis de les surmonter. Pour ce faire, nous avons adopté la méthode clinique, celle de l'étude de cas, et nous avons utilisé l'échelle de résilience de Wagnild et Young et un entretien de recherche semi-directif. Les résultats ont montré la présence de facteurs de risque tels que la perte d'autonomie, l'absence d'activité de loisirs à l'université, et la présence d'un ensemble de variables protectrices comme la foi et l'optimisme. Les facteurs de protection ont joué un rôle important sur le devenir des participants en contrebalançant l'influence des facteurs de risque auxquels ils ont été exposés.

Mots-clés : Résilience; Etudiant; Handicap moteur; Facteurs de risque; Facteurs de protection.

Abstract: The purpose of this study was to describe and understand the process of resilience emerging amongst Bejaia University students with an acquired motor disability. Indeed, it shed light on the risk factors encountered by this category of students and the protective factors that allowed them to overcome these risks. To achieve our objective, we adopted the clinical method, that of the case study, we also used the Wagnild and Young resilience scale and a semi-structured research interview. The results demonstrated the presence of a set of risk factors such as loss of autonomy, lack of leisure activity at university and the presence of a set of protective variables such as faith and optimism. Protective factors played an important role in the future of the study participants by counterbalancing the influence of the risk factors to which they had been exposed.

Keywords: Resilience; Student; motor disability; Risk factor; Protective factor.

* Auteur correspondant .

I. Introduction :

Toute personne est susceptible de rencontrer tout au long de sa vie une adversité chronique inattendue qui peut altérer la poursuite de son parcours de vie et engendrer des conséquences tant physiques que psychologiques ainsi que des perturbations dans différents domaines de sa vie.

L'arrivée d'un handicap, en particulier le handicap moteur, est l'une des situations adverses auxquelles une personne peut être confrontée au cours de sa vie. Il se traduit par : « *une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique, il peut résulter d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique des muscles* » (Puel, 2010, 169).

Les personnes ayant des limitations fonctionnelles ou des déficiences corporelles sont généralement désavantagées dans leurs possibilités de participer à la vie sociale (Tough, Siegrist, & Fekete, 2017). L'expérience de vivre avec un handicap n'est facile dans aucune situation (Macías, Meza, Garcia, & Bozada, 2018). Elle est souvent stressante, exigeant l'adaptation de la personne à une nouvelle réalité pénible [Traduction libre] (Psarra & Kleftras, 2013).

La littérature antérieure suggère que certaines personnes touchées peuvent avoir de la difficulté à nouer des relations sociales (Miller, Chen, Glover-Graf, & Kranz 2009). Des études ont aussi montré la présence d'une altération de la communication interpersonnelle et sociale, et une diminution de l'estime de soi. De leur côté, Heydari, Mashak et Darvishi (2009), ont constaté dans leur recherche que la satisfaction à l'égard de la vie est plus faible chez les personnes handicapées physiques que chez les personnes normales [Traduction libre] (Citée dans Salehi, Tavakol, Shabani, & Ziaei 2015).

Les résultats de l'étude de Al Rabdi (1990) ont également révélé que les personnes avec un handicap moteur souffraient du manque de confiance en soi, de l'anxiété, de la timidité, et de l'instabilité émotionnelle [Traduction libre] (Benchohra & Slami, 2016).

Une mobilité restreinte et une perte physique peuvent avoir des conséquences psychologiques chez certaines personnes qui montrent une variété de symptômes dépressifs et de comportements problématiques après le début de l'incapacité. Cependant, d'autres personnes avec un handicap aussi ne présentent pas de dépression ou de troubles du comportement ; elles s'adaptent plutôt assez bien à leur situation (Dunn, Uswatte, & Elliott, 2009), en mettant en jeu différents mécanismes [Traduction libre] (Zambrano, Villamil, & Cantos, 2018).

A cet égard, ce constat que les personnes atteintes d'un handicap et ne présentant pas de troubles psychopathologiques a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs qui ont essayé d'expliquer comment certaines personnes, contrairement à d'autres, semblent dépasser les conséquences générées par leurs situations. Ces mêmes personnes sont qualifiées de résilientes.

Le concept de résilience est un concept relativement récent et d'actualité dans la recherche en psychologie. Il se définit selon Cyrulnik (1999) comme : « *la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative* » (Cyrulnik, 1999, 10).

La résilience caractérise une personne ayant vécu ou vivant un événement à caractère traumatisant ou de l'adversité chronique et qui fait preuve d'une bonne adaptation (Blétry, 2016). Elle met l'accent sur les dimensions psychologiques de l'individu et prend en compte les interactions de la personne avec son environnement (Muckle, 2011).

Selon Graig (2012), les facteurs personnels / psychologiques ne sont qu'un des types de facteurs contribuant au processus de résilience, et l'importance des facteurs environnementaux, interpersonnels et sociaux ne doit pas être sous-estimée [Traduction libre] (Graig, 2012, 10).

Terrisse, Kalubi, et Larivée (2007), rajoutent que c'est un construit multidimensionnel résultant d'un état d'équilibre dans les interactions entre les facteurs de risque et les facteurs de protection présents dans les différents paliers de l'écosystème de la personne.

Suivant cette conception, on peut citer Jourdan Ionescu qui la définit comme : « *le résultat d'une balance dynamique entre facteurs de risque et facteurs de protection : penchant vers le pôle de la résilience quand les facteurs de risque et les événements stressants sont nettement contrebalancés par les facteurs de protection. En revanche, si les facteurs de risque dépassent l'effet « tampon » de l'ensemble des facteurs de protection, alors l'individu vit des difficultés et la balance va pencher vers le pôle de la vulnérabilité* » (Cité dans Ionescu, 2010, 277).

Dans le contexte du handicap, la résilience n'a pas été pleinement explorée [Traduction libre] (Phoenix & Rosenbaum, 2018). Anaut (2005) souligne, cependant, que l'aborder chez les sujets en situation de handicap peut consister à tenter de saisir les ressorts complexes des processus qui contribuent à la résilience individuelle mais aussi à s'intéresser à la dimension résiliente de leur entourage relationnel, notamment familial et psychoaffectif.

De plus, Terrisse, Kalubi et Larivée (2007) précisent que la résilience dans ce contexte, n'est plus tant liée à l'individu qu'à son microsystème, notamment sa famille, sa fratrie, ses grands-parents, ses tuteurs, etc., qui deviennent des « catalyseurs de résilience ». Le sujet touché peut difficilement faire preuve de résilience sans l'aide et le support de sa famille ou de son entourage.

A cet effet, le développement de la résilience n'est possible qu'à partir des effets de facteurs de protection (personnels, familiaux et environnementaux) sur les facteurs de risque (Boisvert, 2010).

Ainsi, parmi les études ayant porté sur la résilience des personnes avec un handicap physique, on peut citer celle de Hendriani (2018) qui a eu pour objectif d'identifier les facteurs de protection contribuant à la résilience de huit personnes avec un handicap physique. Les résultats ont révélé la présence de huit facteurs de protection : quatre internes : la religiosité, la volonté d'apprendre, la conscience du soutien social et la conscience de l'identité de soi, et quatre externes : l'accompagnement social, l'intervention psychologique, la présence d'une source d'inspiration et la disponibilité d'équipements publics pour les personnes handicapées [Traduction libre] (Hendriani, 2018).

L'étude de Hariharan, Karimi, et Kishore (2014), a montré que les sujets avec un handicap physique résilients avaient une intelligence émotionnelle et une perception positive de leur environnement [Traduction libre].

De son côté, Moghadam (2006) a montré dans son étude que l'auto-efficacité et une perspective optimiste étaient des prédicteurs indépendants de la résilience chez les personnes avec un handicap [Traduction libre] (Cité dans Graig, 2012, 13).

Quant à la recherche de Suria-Martínez (2015), elle a rapporté que les étudiants handicapés utilisant les réseaux sociaux en ligne avaient plus de capacité à développer la capacité de résilience [Traduction libre].

En Algérie, la recherche documentaire que nous avons effectuée ne met pas en évidence à notre connaissance, d'études ayant porté sur les facteurs de risque, les facteurs de protection et la résilience chez les étudiants avec un handicap moteur (acquis).

Les études que nous avons pu consulter et qui ont été réalisées dans le cadre de thèses de magistère ou de doctorat ont porté sur la résilience chez d'autres catégories de personnes, notamment les traumatisés qui ont été exposés au trouble de stress post-traumatique (Khiati-Hraoubia, 2005), les traumatisés suite à un accident de la route (Loucif, 2009), les enfants victimes de divorce (Benghanem, 2010), les adolescents scolarisés ayant perdu leurs parents dans l'enfance suite aux événements terroristes (Mansour, 2010), l'enfant face au décès maternel (Bouzeriba, 2014), les femmes

victimes de viol (Mézari, 2012), les familles des patients atteints d'un cancer (Bouchaib, 2016), la fratrie d'un enfant autiste (Lalaoui, 2014), les adultes asthmatiques (Mezardi, 2016).

Notre étude se penche principalement sur la description de la résilience des étudiants atteints d'un handicap moteur acquis, notamment, le cas de quatre étudiants inscrits à l'université de Bejaia. Elle a pour objectif d'explorer les ressources mises en œuvre par eux afin de surmonter les obstacles rencontrés, et ce, en répondant à la question suivante : quels sont les facteurs de protection susceptibles de contrebalancer l'influence des facteurs de risque et de favoriser l'émergence du processus de résilience des étudiants atteints d'un handicap moteur acquis ?

Notre hypothèse est formulée comme suit : les étudiants atteints d'un handicap moteur acquis disposent et bénéficient de facteurs de protection personnels, familiaux et environnementaux susceptibles de contrebalancer l'influence des facteurs de risque et de participer à l'émergence du processus de résilience.

I.1. Résilience, un construit multifactoriel :

A l'origine, le concept de résilience était uniquement associé à la physique et à l'ingénierie (Michallet, 2009). Il désignait l'aptitude d'un corps à résister à un choc (Cyrułnik, 1999).

Dans le domaine de la psychologie, Anaut (2002) préconise que la résilience ne se réduit pas à la protection de l'intégrité et au maintien d'un état initial, mais se conçoit plutôt comme un processus dynamique et actif qui non seulement permet au sujet de faire face aux situations délétères mais de s'enrichir secondairement de cette rencontre avec les difficultés qui lui confère un potentiel de facteurs de protection mobilisables ultérieurement.

Il conviendrait de préciser qu'avec l'avènement de la résilience, l'intérêt n'est plus porté sur le déficit, l'anomalie, la défaillance et les troubles. Elle vise à repérer les compétences, les ressources, les potentialités, et à les amplifier (Delage, 2004).

Le sujet peut non seulement surmonter l'adversité, mais aussi en tirer parti, en transformant ces obstacles en opportunités de développement [Traduction libre] (Macias, Meza, Garcia, & Bozada, 2018).

A ce propos, la résilience est définie comme : *« une caractéristique individuelle où interviennent des facteurs de protection incluant à la fois des caractéristiques individuelles et des caractéristiques environnementales et [que] tout processus varie dans le temps et dépend en partie des circonstances de la vie »* (Jourdan-Ionescu 2001, 164).

Il est à noter que Rutter a été l'un des premiers à souligner que la résilience est acquise et qu'elle résulte d'une combinaison de facteurs internes et externes (Anaut, 2015).

A l'heure actuelle, la plupart des études concernant la résilience ont tendance à dépasser le stade de la prise en compte de la résilience en tant que « trait de personnalité », pour rejoindre des approches en termes de « processus résilients », c'est-à-dire en s'intéressant à la dynamique de la résilience et à son fonctionnement dans ses aspects multifactoriels (Anaut, 2015).

Suivant cette conception, la résilience résulterait de l'interaction dynamique entre les facteurs de risque (obstacles) et de protection (ressources) (Manciaux, 2001)

Concernant les facteurs de risque, il peut s'agir d'un élément qui appartient à l'individu ou qui provient de l'environnement susceptible de participer à provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de l'organisme (Boisvert, 2010). Autrement dit, il augmenterait la plausibilité de risque d'émergence des problèmes d'adaptation et d'autres troubles psychiatriques (Michallet, 2009).

En effet, les facteurs de risque peuvent concerner la personne elle-même, ce qu'on appelle les facteurs de risque de vulnérabilité personnelle qui peuvent être liés à des causes génétiques (Morenon, 2017). Ils peuvent aussi appartenir à son contexte de vie. Parmi ces facteurs, nous trouvons : la pauvreté, l'insécurité, la maltraitance, la stigmatisation, les inégalités sociales, etc. Ils sont présents de manière permanente ou sur une longue durée (Kimessoukié-Omolomo, 2016).

Néanmoins, il est à mentionner que c'est l'accumulation de facteurs de risque qui peut devenir source de risque et non un des risques pris isolément. L'influence des facteurs de risque sur le devenir des sujets est à présager dans une dimension probabiliste mais non pas déterministe (Anaut, 2008).

Quant aux facteurs de protection, les observations issues des recherches sur le risque et l'évolution de la réflexion sur le plan théorique ont mené à la naissance d'un second paradigme de recherche, celui de la résilience et des facteurs de protection, qui a remplacé celui centré sur les facteurs de risque (Paquet, 2010). A cet effet, les facteurs de protection selon Rutter (1985) : « désignent des caractéristiques, des conditions ou des circonstances qui diminuent l'impact des facteurs de risque sur la personne ou favorisent la résistance de celle-ci aux facteurs de risque » (Boisvert, 2010, 104).

Ils renvoient à des éléments variés, ils peuvent concerner des caractéristiques, des capacités, des habiletés, des conduites et des ressources internes qui sont propres à l'individu et/ou qui proviennent de son environnement familial et extra-familial (groupe, communauté) (Anaut, 2008).

Par ailleurs, il est à préciser qu'afin de parler des facteurs de protection, il faut qu'il y ait au préalable l'exposition à des facteurs de risque. Ils n'existent que par leur lien avec les facteurs de risque autrement, ils sont considérés comme étant des facteurs de développement (Boisvert, 2010).

I. 2. Handicap moteur :

La notion du handicap est d'origine britannique, son apparition pour la première fois dans la langue anglaise remonte au XVII^e siècle. Elle est attribuée à une pratique d'échange d'objet entre deux personnes, dont un arbitre est choisi pour fixer le prix de chaque objet et chargé d'égaliser les chances entre les joueurs. La somme est ainsi déposée dans un couvre-chef et l'arbitre est qualifié de « handicapper » (Hamonet, 2010).

L'utilisation de cette notion pour qualifier les personnes atteintes de déficiences a émergé dans les pays occidentaux à la fin du XIX^e siècle, et s'est construite durant le XX^e siècle (Winance, 2008). Elle a été mise en relation avec le domaine médical au XX^e siècle, et une définition officielle est donnée en 1980 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) (Allény, 2018).

Ainsi, une définition communément acceptée de la santé et du handicap est la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la santé. Ce modèle biopsychosocial de la santé reconnaît la relation complexe entre l'individu et son environnement, remplaçant les modèles médicaux antérieurs qui présentaient des limites et des restrictions comme conséquence de la déficience d'un individu [Traduction libre] (Phoenix & Rosenbaum, 2018).

Le handicap implique un dysfonctionnement dans un ou plusieurs des trois niveaux du fonctionnement humain : 1) **Corporel** : altérations fonctionnelles ou structurelles qui sont considérées comme une altération ou une perte significative ; 2) **Personnel** : limitations ou difficultés à exécuter les activités ; et 3) **Personnel dans le contexte social** : restrictions dérivées de problèmes pour s'impliquer / participer à des situations de la vie [Traduction libre] (Briones, Intriago, & Ruiz, 2018).

Parmi les types du handicap, on retrouve le handicap moteur. Il peut être décrit par : « l'incapacité, l'absence, la diminution ou la perte totale de la motricité comme la difficulté de marcher, et qui restreignent l'accomplissement des activités quotidiennes » (American Psychiatric Association, 2015).

Il peut être compris en fonction de son origine qui peut être congénitale ou acquise (Romano, 2011).

Le handicap moteur congénital renvoie à une affection génétique qui existe dès la naissance. Les malformations congénitales sont dépistées dès la naissance, et d'autres ne sont diagnostiquées qu'à l'apparition des premiers signes, plusieurs semaines ou plusieurs mois après la naissance de l'enfant. En effet, les malformations congénitales peuvent être liées à des anomalies morphologiques des organes (cerveau, cœur, foie, reins, etc.) au moment des premiers mois de grossesse, ou à des déformations congénitales liées à une mauvaise position du fœtus dans l'utérus maternel ayant entraîné une malformation morphologique d'une partie du corps de l'enfant (comme un pied), comme il peut s'agir d'affections congénitales liées à des infections ou une intoxication du fœtus en cours de grossesse; toxoplasmose, varicelle, alcool, drogue, etc., ou liées à certains médicaments, conduisant à de lourdes séquelles pour le développement de fœtus (Romano, 2011).

Quant au handicap moteur acquis, il survient à la suite d'une maladie (par exemple, les séquelles liées à une poliomyélite ; les conséquences d'une sclérose en plaques), ou à la suite d'un accident (accident domestique, accident de la voie publique avec possible traumatisme crânien, amputation, paraplégie, tétraplégie, etc.) (Romano, 2011).

Il peut être acquis sans évolution comme les amputations ou s'aggraver du fait d'une dégénérescence comme la myopathie (Romano, 2011).

2. Méthode et outils :

Pour mener notre étude, tout en prenant en compte les objectifs visés, nous nous sommes appuyées sur la méthode clinique descriptive en utilisant l'étude de cas. Une méthode qui comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas (Fernandez & Pardinielli, 2006, 43).

En recourant à cette méthode, nous avons essayé de décrire et de comprendre le processus de résilience émergent chez les participants, en s'intéressant à l'ensemble des difficultés rencontrées par eux et aux appuis dont ils ont bénéficié et mis en œuvre pour les surmonter.

L'étude a été menée auprès d'un groupe de recherche qui est composé de quatre étudiants avec un handicap moteur acquis. Ils sont âgés de 18 à 25 ans, deux garçons et deux filles, inscrits dans différentes filières et ayant répondu aux critères de sélection retenus pour cette étude. Il est à noter que trois des étudiants (deux filles et un garçon) souffrent d'une myopathie et le quatrième est un hémiplégique.

La recherche s'est déroulée à l'université de Bejaia, au niveau de la cellule d'Accompagnement, de sensibilisation, d'Appui et de médiation (CASAM), dans un bureau qui a été mis à notre disposition. La CASAM a pour objectif de soutenir et d'accompagner les étudiants de l'université de Bejaia à besoins spécifiques durant leur cheminement universitaire.

Les séances ont été organisées et planifiées en fonction de la disponibilité des étudiants. La rencontre avec chacun d'eux individuellement s'est faite après leur consentement. En effet, la démarche leur a été expliquée préalablement lors de la première rencontre et le respect de l'anonymat leur a été souligné.

Pour le recueil de données, l'échelle de résilience de Wagnild et Young et l'entretien de recherche semi-directif ont été privilégiés. Ces deux outils sont des techniques de premier choix pour répondre aux objectifs de l'étude.

L'échelle de résilience de Wagnild et Young a pour objectif de mesurer le niveau de résilience. Il s'agit du premier instrument d'évaluation de la résilience, un de ceux les plus recommandés par les chercheurs car il présente de bonnes caractéristiques psychométriques. Pour cette étude, c'est la version française qui a été utilisée. La traduction de l'anglais a été faite par Ionescu, Masse, Jourdan-Ionescu et Favro en 2009.

Chacun des 25 items est coté sur une échelle de type Likert allant de 1 à 7 (très en désaccord à totalement en accord), le score total maximum étant de 175 (Jourdan-Ionescu, Ionescu, Tourigny, Hamelin, & Wagnild, 2015).

L'échelle comporte deux sous-échelles : « les compétences personnelles » et « l'acceptation de soi et de la vie ». La résilience faible correspond à un score inférieur à 121, la résilience moyenne à un score allant de 121 à 145 et les scores supérieurs ou égaux à 146 témoignent d'une résilience modérément élevée ou élevée. La consistance interne de la version française de l'échelle de résilience estimée par le coefficient alpha de Cronbach est très bonne (0.91) pour le score total et pour la dimension « Compétences personnelles » (0.90), et moins élevée pour la dimension « Acceptation de soi et de la vie » (0.76) (Jourdan-Ionescu, Ionescu, Tourigny, Hamelin, & Wagnild, 2015).

Quant à l'entretien de recherche semi-directif, il s'agit d'une technique qui est utilisée par de nombreux chercheurs dans l'étude de la résilience (Leroux, 2009). Notre intérêt par ce choix était de pouvoir explorer de façon qualitative les multiples défis et risques rencontrés par les participants et les facteurs de protection personnels, familiaux et extra-familiaux qu'ils ont mis en jeu pour les surmonter.

De même, il a eu pour objectif de permettre aux sujets d'évoquer d'autres facteurs de risque et/ou de protection qui ne sont peut-être pas mis en évidence dans l'échelle de résilience utilisée dans cette étude, et ce, afin de maximiser les données et d'approfondir nos connaissances sur le sujet à l'étude.

La passation de l'échelle de résilience et la réalisation de l'entretien de recherche semi-dirigé se sont faites durant des séances différentes.

Le temps pour remplir l'échelle n'a pas été délimité. La durée de réponse a varié entre 35 à 40 minutes selon les étudiants. On mentionne que deux des participants ont rempli eux-mêmes l'échelle, par contre, les deux autres nous ont demandé de cocher leurs réponses car ils avaient de la difficulté à écrire liée à leur handicap (lenteur du mouvement avec fatigabilité).

Pour les entretiens, ils ont duré en moyenne 60 minutes et ont été enregistrés avec la permission des participants. Leurs verbatim ont été transcrits intégralement et une analyse qualitative a été réalisée.

3. Résultats et discussion :

Les résultats obtenus de l'analyse de l'échelle de résilience de Wagnild et de Young et de l'entretien de recherche semi-directif pour cette recherche vont être présentés de façon successive.

• Résultats de l'échelle de résilience de Wagnild et Young :

Tableau (1): Récapitulation des résultats obtenus à l'échelle de résilience

Participants à étude	Score à la sous-échelle « compétence personnelle »	Score à la sous-échelle « acceptation de soi et de la	Score total à l'échelle de « résilience »	Niveau de résilience
Etudiante A	86	36	122	Résilience moyenne
Etudiante B	177	55	172	Résilience élevée ou modérément élevée
Etudiant C	96	46	142	Résilience moyenne
Etudiant D	104	38	142	Résilience moyenne

La source : notre enquête

Le tableau ci-dessus montre la présence d'une « résilience moyenne » pour trois étudiants et une « résilience modérément élevée ou élevée » pour une étudiante.

L'étudiante A a obtenu un score de 122 points. Ce qui correspond à un niveau de « résilience moyenne », avec 86 points pour la sous-échelle de « compétences personnelles » et 36 points pour la sous-échelle de « l'acceptation de soi et de la vie ».

L'étudiante B a obtenu un score de 172 points. Ce qui correspond à un niveau de « résilience modérément élevée ou élevée ». Elle a obtenu 117 points pour la sous-échelle de « compétences personnelles » et 55 points pour la sous-échelle de « l'acceptation de soi et de la vie ».

Ce tableau montre aussi que les étudiants C et D ont obtenu un score identique qui est de 142 points. Ce score correspond à un niveau de « résilience moyenne ». Pour les deux sous-échelles, l'étudiant C a obtenu 96 points pour celle de « compétences personnelles » et 46 points pour celle de « l'acceptation de soi et de la vie ». Quant à l'étudiant D, il a obtenu 104 points pour la première sous-échelle et 38 points pour la deuxième sous-échelle.

On peut lire également sur le tableau que tous les étudiants ont obtenu à la sous-échelle « compétences personnelles » des scores plus élevés qu'à celle « d'Acceptation de soi et de la vie ».

Il est à préciser que les items de la première sous-échelle « compétences personnelles » se réfèrent à un ensemble de caractéristiques personnelles qui sont : la confiance en soi, la détermination, la maîtrise, le fait de disposer de ressources pour faire face aux situations difficiles et la persévérance. Ce qui nous laisse supposer que ces dernières sont les plus mobilisées et mises en œuvre par les étudiants.

Ainsi, la description de ces participants comme résilients à l'échelle de résilience a nécessité d'explorer la question des facteurs sous-jacents à la résilience à la fois internes et externes. Nous avons donc tenté de soulever de manière qualitative par l'entremise d'un entretien de recherche semi-directif les facteurs de risque auxquels sont confrontés les étudiants et les facteurs de résilience qui leur ont permis de contrebalancer l'influence des facteurs de risque.

Dans les lignes qui suivent, nous allons présenter les résultats de l'entretien de recherche semi-dirigé.

• De quelques résultats de l'analyse de l'entretien de recherche semi-directif :

L'analyse des entretiens a permis de cerner un ensemble de facteurs de risque auxquels les étudiants ont été exposés. Ils se résument en la présence des difficultés, des obstacles, des circonstances adverses et des limitations de l'environnement social qu'ils ont vécus à un certain moment de leur vie et/ou les vivent quotidiennement. On note que ces facteurs prennent la forme d'une difficulté psychosociale et d'une caractéristique inhérente au sujet.

Les facteurs de risque retrouvés chez les participants peuvent être répertoriés et classés selon trois pôles :

Les facteurs de risque personnels : concernent l'acquisition du handicap moteur, la perte d'autonomie, difficulté à écrire, stress lié aux examens et la fatigue.

Les facteurs de risque familiaux : comprennent une situation socio-économique moyenne/mauvaise, maladie physique dans la famille.

Pour les facteurs de risque environnementaux : il s'agit des inégalités sociales, l'inaccessibilité à toutes les structures pédagogiques de l'université, absence d'activité de loisirs à l'université.

Certains des facteurs que nous avons repérés, ont été identifiés dans l'étude menée par Al Adra (2016) sur les étudiants en situation de handicap à l'université de la Jordanie. Les résultats ont montré que les étudiants concernés par l'étude ont souffert de nombreuses difficultés telles que : le manque de conseil pédagogique, l'absence de salles de classe appropriées et la difficulté de participer à des activités et fêtes universitaires, des routes et des trottoirs qui ne leur conviennent pas, le manque d'attention des enseignants pour leur conditions de vie [Traduction libre].

Dans notre étude, les étudiants ont décrit les facteurs auxquels ils sont exposés comme des situations engendrant des effets négatifs, les mettant dans des états pénibles, de tristesse et

de désespoir. Certains ont éprouvé de la colère et une incompréhension face au manque considérable d'aménagements et à l'absence de structures d'accompagnement adaptées pour eux, autrement dit, au manque de moyens d'accessibilité à l'environnement physique, social et culturel malgré quelques réalisations qui restent très insuffisantes.

Ceci les empêche de mener une vie estudiantine satisfaisante et de profiter pleinement de leurs parcours universitaires.

Le handicap moteur qu'ils ont acquis peut être considéré comme une adversité chronique et les facteurs de risque repérés peuvent augmenter la probabilité de résultats négatifs sur le plan de l'adaptation. Néanmoins, bien que ces facteurs soient assez nuisibles, les résultats ont démontré que les étudiants arrivent plus ou moins à les surmonter d'une façon ou d'une autre. Ceci indique clairement qu'il existe des facteurs internes et externes qui ont joué un rôle considérable.

A ce propos, à partir de leur discours, nous avons pu identifier les facteurs de protection qui ont contribué à engendrer un processus salutogène. Il s'agit d'un ensemble de caractéristiques personnelles et d'autres caractéristiques qui trouvent source dans leur environnement familial et extra-familial qu'on peut classer en trois catégories :

Les facteurs de protection personnels : comme le tempérament facile, l'optimisme, la foi, humour, croyances en leurs capacités, et le sentiment d'auto-efficacité.

Les facteurs de protection familiaux : tels que l'harmonie parentale, relation chaleureuse avec la famille, des parents soutenant et réconfortants.

Les facteurs de protection environnementaux : le réseau de soutien social, relation positive et chaleureuse avec les amis et les pairs.

Le recours à la religion a été la ressource qui est revenue le plus souvent dans leur discours quand il a été question de donner une explication par rapport à l'acquisition de leur handicap moteur.

La foi a joué un rôle majeur. Elle a aidé les étudiants à s'adapter et à accepter leur situation. Elle leur a permis également de réinterpréter sa signification. Pour eux, il s'agit du destin et le destin doit être accepté.

Les résultats de l'étude de Benchohra & slami (2016) qui a porté sur les problèmes de santé, psychologiques et sociaux chez les personnes avec un handicap moteur ont aussi révélé que le recours à la religion leur a permis d'accepter leur situation et les a protégés contre l'apparition de problèmes psychologiques [Traduction libre].

En ce qui est des facteurs externes, les étudiants ont qualifié les relations qu'ils entretenaient avec leurs parents et avec leurs amis de bonnes. Ils ont bénéficié du soutien, d'une écoute à leurs besoins et des encouragements permanents. Les pairs ont été présents pour les seconder dans certains actes de la vie estudiantine en raison des problèmes d'accessibilité à l'université. Une aide qu'on qualifie avant tout d'humaine.

Toutes ces personnes proches ayant construit un lien avec les participants caractérisé par l'écoute, le soutien, l'empathie peuvent être considérées comme des tuteurs de résilience. Elles ont apporté un sens à leur vie, de la sécurité, de l'espoir qui leur ont permis de se dépasser et de s'adapter. A ce propos, Julien-Gauthier et Jourdan-Ionescu (2015), précisent que la résilience émerge et se développe dans l'interaction de la personne avec l'entourage, des mentors, des tuteurs de résilience et des réseaux de soutien.

De plus, les résultats de l'analyse des entretiens ont révélé que les participants ont pu surmonter les obstacles rencontrés grâce à la présence de leurs tuteurs de résilience. Ceci leur a permis de persévérer et d'être en mesure de se projeter dans l'avenir avec optimisme. Le dépassement des situations ayant porté un effet perturbateur sur eux a généré un sentiment d'efficacité personnelle et de confiance en leurs capacités et en leur avenir.

Les relations chaleureuses sur lesquelles ils se sont appuyés étaient susceptibles d'orienter le sens qu'ils ont donné à la reconstruction de leur devenir. Elles ont favorisé le développement de leurs potentialités préexistantes, et renforcé leur résilience. Michallet (2015) souligne à ce propos que les conditions permettant l'activation du processus de résilience se mettent en place par l'interaction entre la personne et son environnement.

Précisons que les ressources personnelles des participants et celles trouvant source essentiellement dans leur environnement familial et social ont exercé un effet protecteur en les aidant à exceller dans leur vie malgré le handicap et l'environnement obstacle. Nos résultats correspondent à ceux trouvés dans l'étude de Tchokote (2014) qui a montré que les sujets atteints d'une déficience motrice acquise ont mis en œuvre leurs ressources personnelles et externes pour lutter contre les contraintes de la vie.

Ainsi, nous pouvons faire ressortir à partir des résultats de notre étude le rôle significatif du soutien familial et social dans la construction de la résilience. Des études qualitatives ont indiqué que le soutien social était important pour réussir à vivre avec la maladie [Traduction libre] (Stewart & Yuen, 2011, p.205).

L'étude menée par Chachtaoua (2018) en Égypte sur la résilience des personnes avec un handicap moteur jouant au basketball avec les chaises roulantes, a recommandé d'étudier les relations qu'entretient un sujet porteur d'un handicap moteur avec son environnement familial. Les résultats de cette étude ont révélé que le développement de la résilience se base sur la qualité de cette relation, le soutien et l'encouragement permanent [Traduction libre].

Nos résultats sont aussi corroborés par ceux de l'étude de Li et Moore (1998) qui ont montré que le soutien social et familial a joué un rôle important dans l'adaptation des personnes avec un handicap [Traduction libre] (Cité dans Riley, De Anda, & Blackaller, 2007, p.21). De même, les résultats de l'étude de Abu Ein (2001) ont révélé que le soutien fourni par les trois sources (famille, amis et membres de la communauté) a aidé les personnes atteintes d'un handicap physique à s'adapter et à construire une image de soi positive [Traduction libre] (Cité dans Benchohra & slami, 2016).

Terminons, en précisant que cette étude a permis de montrer que le handicap et l'environnement obstacle n'empêchent pas les étudiants de se reconstruire et d'évoluer positivement. La mise en jeu des facteurs de protection était susceptible de réduire les effets néfastes des facteurs de risque, de renforcer les compétences personnelles et de contribuer à favoriser le processus de résilience chez les sujets de notre étude.

4. Conclusion :

Cette étude a eu pour principale ambition d'approfondir nos connaissances sur la question de la résilience chez les étudiants de l'université de Bejaia avec un handicap moteur acquis. Une nouvelle situation à laquelle ils doivent s'adapter et continuer à évoluer de manière clémente malgré l'adversité. En effet, elle a exploré les facteurs de risque et les facteurs de protection associés au handicap physique dans le but d'obtenir une meilleure compréhension du processus de résilience qui les caractérise.

Les participants à l'étude ont été résilients grâce à la mise en œuvre d'un ensemble de variables protectrices qui se déclinaient en trois grandes dimensions : personnelles, familiales et environnementales. La mobilisation de leurs ressources a été stimulée et renforcée par les interactions avec leur environnement familial et extra-familial soutenant.

Les ressources externes dont ils ont bénéficié ont eu une fonction protectrice et ont facilité la mise en place d'un processus salutogène. Elles ont permis d'engendrer des effets bénéfiques en modifiant la réaction des étudiants face aux facteurs de risque qui auraient pu induire des effets néfastes sur leur santé.

Ainsi, il a été pertinent dans cette recherche d'évaluer la résilience des étudiants à travers une compréhension écosystémique en prenant en considération de manière simultanée des caractéristiques des sphères personnelles, familiales et environnementales avec les facteurs de risque. Elle a favorisé une meilleure connaissance des facteurs et processus sous-jacents à la résilience dans le contexte du handicap moteur.

Cette étude mériterait d'être davantage étendue, nous proposons donc des pistes de recherches ultérieures telles que l'exploration d'autres facteurs de résilience favorisant une réponse saine et adaptative aux situations adverses avec un plus grand nombre d'étudiants atteints d'un handicap moteur acquis, le rôle du soutien familial et social dans le renforcement de leur résilience, et d'élaborer des programmes d'intervention favorisant les attitudes

proactives des étudiants atteints d'un handicap moteur en difficultés pour les aider au cheminement vers la résilience.

Referrals and references:

- Allély, A. (2018). Handicaps, malformations et infirmités dans l'Antiquité. *Pallas*, 106, 167-171. doi : 10.4000/pallas.5572
- American Association Psychiatric. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux(DSM5)*. Paris, France : Masson.
- Anaut, M. (2002). Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfant. *Connexions*, 77(1), 101-118. doi :10.3917/cnx.077.0101
- Anaut, M. (2005). Résilience et personnes en situation de handicap. *Reliance*, 15(1), 16-18. doi : 10.3917/reli.015.0016
- Anaut, M. (2008). *La résilience surmonter les traumatismes*. France : Armand Colin.
- Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121(2), 28-39. doi :10.3917/rsi.121.0028
- Blétry, M. (2016). Résilience en science des matériaux. Dans S. Ionescu (dir.), *Résilience ressemblances dans la diversité* (pp.193-214). Paris, France : Odile Jacob.
- Boisvert, Y. (2010). Déficience intellectuelle et résilience. *Frontières*, 22(1-2), 99-107. doi :10.7202/045034ar
- Briones, M. F. B., Intriago, H. A. M., & Ruiz, M. S. L. (2018). Motor Disability and Resilience in University Students: Age, Grade, and Stage in which It is Acquired. *International research journal of management, IT and social sciences*, 5(2), 47-54. doi: 10.1192/bjp.147.6.598
- Cyrułnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris, France : Odile Jacob.
- Delage, M. (2004). Résilience dans la famille et tuteurs de résilience. Qu'en fait le systémicien ? *Thérapie Familiale*, 25(3), 339-347. doi :10.3917/TF.043.0339
- Dunn, D., Uswatte, G., & Elliott, T-R. (2009). Happiness, Resilience, and Positive Growth Following Physical Disability: Issues for Understanding, Research, and Therapeutic Intervention. In S-J. Lopez & C-R. Snuder (dir), *The Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp.651-665). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195187243.013.0062
- Fernandez, L., & Pedinielli, J. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 41-51. doi: 10.3917/rsi.084.0041
- Graig, A. (2012). Resilience in People with Physical Disabilities. In P. Kennedy (dir), *The Oxford Handbook of Rehabilitation Psychology Online* (pp.5-34). Oxford, United Kingdom: Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199733989.013.0026
- Hamonet, C. (2012). *Les personnes en situation de handicap* (7^e éd). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Hariharan, M., Karimi, M., & Kishore, M.T. (2014). Resilience in Persons with Physical Disabilities: Role of Perceived Environment and Emotional Intelligence. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 40(1),96-101. Repéré à Doihttps://www.researchgate.net/publication/329217670_Resilience_in_persons_with_Physical_Disabilities_Role_of_Perceived_Environment_And_Emotional_Intelligence
- Hendriani, W. (2018). Protective factors in the attainment of resilience in persons with disability. *Masyarakat, Kebudayaan dan Politik*, 31(3), 291-299. doi :10.20473/mkp.V31I32018.291-299
- Jourdan-Ionescu, C. (2001). Intervention écosystémique axée sur la résilience. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 163-187. doi : 10.3917/reli.024.0012
- Jourdan-Ionescu, C., Ionescu, S., Tourigny, S.-C., Hamelin, A., & Wagnild, G. (2015). Facteurs de risque, Facteurs de protection et résilience chez des étudiants universitaires québécois. Dans F. J. Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (dir.), *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation* (pp. 49-69). Laval : CRIRES.
- Julien-Gauthier, F., & Jourdan-Ionescu, C. (2015). Introduction. Dans F. J. Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (dir.), *Résilience assistée, Résilience éducative et Réadaptation* (pp. 02-04). Laval : CRIRES.
- Kimessoukié-Omolomo, E. (2016). *Variabilité et modélisation phénoménologique de la résilience chez des femmes camerounaises confrontées à une forte adversité*. Thèse de Doctorat en psychologie. Université de Québec. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7978/>

Leroux, M. (2009). *Etude des relations entre la résilience d'enseignantes et d'enseignants du primaire oeuvrant en milieux défavorisés et la réflexion sur la pratique*. Thèse de Doctorat en sciences de l'éducation. Université de Montréal. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/3946>

Manciaux, M. (2001). La résilience. Un regard qui fait vivre. *Etudes*, tome 395(10), 321-330. doi.org/10.3917/etu.954.0321

Macías, T. M. D., Meza, A.K.T., Garcia, B. B. B., & Bozada, M. A. T. (2018). Characterization of Physical and Motor Disability at the Technical University of Manabí and Its Relationship with Resilience. *International research journal of management, IT and social sciences*, 5(2), 1-8. doi: 10.21744/irjmis.v5i2.596

Michallet, B. (2009). Résilience : Perspective historique, défis théoriques et enjeux cliniques. *Frontières*, 22(1-2), 10-18. doi : 10.7202/045021ar

Michallet, B. (2015). Résilience et réadaptation en déficience physique : pour un renouvellement des pratiques cliniques et organisationnelles. Dans F. J. Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (dir.), *Résilience assistée, Réussite éducative et réadaptation* (pp. 69-77). Laval : CRIRES.

Miller, E., Chen, R., Glover-Graf, N. M., & Kranz, P. (2009). Willingness to Engage in Personal Relationships With Persons With Disabilities: Examining Category and Severity of Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 52(4), 211–224. doi : 10.1177/0034355209332719

Morenon, O. (2017). *Vulnérabilité et processus de résilience en formation infirmière : quels tuteurs pour les étudiants vulnérabilisés ?* Thèse de Doctorat en sciences de l'éducation. Université de Lyon.

Muckle, F. (2011). *La résilience psychologique et les facteurs de protection en contexte d'agression sexuelle auprès d'adolescents autochtones et caucasiens : une étude exploratoire*. Thèse de doctorat en psychologie. Université du Québec à Chicoutimi. Repéré à <https://constellation.uqac.ca/216/1/030175142.pdf>

Paquet, M. (2010). *Le développement cognitif comme facteur de protection chez des enfants de familles à risque*. Thèse de Doctorat en psychologie. Université de Québec.

Phoenix, M., & Rosenbaum, P. (2018). Presenting the Model of Risk, Disability and Hard-to-Reach Families to inform early intervention services. Dans C. Jourdan-Ionescu, S. Ionescu, E. Kimessoukié-Omolomo & F. J. Gauthier (dir), *Résilience et culture, culture de la résilience* (pp.476-487). Laval: CRIRES.

Psarraa, E., & Kleftras, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, 2(1), 79-99. doi: 10.5964/ejcop.v2i1.7

Puel, S. (2010). *Comprendre les déficiences intellectuelles sévères et profondes*. Paris, France: L'Harmattan.

Riley, D., De Anda, D., & Blackaller, C-A. (2007). The Self-Perceptions and Interpersonal Relationships of Persons with Significant Physical Disabilities. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 6(3),1-31. doi : 10.1300/J198v06n03_01

Romano, H. (2011). *La maladie et le handicap à hauteur de l'enfant*. Paris, France : Fabert.

Salehi, M., Tavakol, H-K., Shabani, M., & Ziaei, T. (2015). The Relationship Between Self-Esteem and Sexual Self-Concept in People With Physical-Motor Disabilities. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1), 1-7. doi: 10.5812/ircmj.25359

Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209. doi : 10.1016/j.psym.2011.01.036

Suria-Martinez, R. (2015). Redes sociales online y perfiles resilientes en estudiantes universitarios con discapacidad. *Anuario de psicología / The UB Journal of psychology*, 45(3), 317-30. Repéré à <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/14597/17764>

Tchokote, E.-C. (2014). *Sujet confronté à une déficience motrice acquise à l'âge adulte au Cameroun : représentations du vécu et du devenir*. Thèse de Doctorat en psychologie. Université de Rouen.

Terrisse, B., Kalubi, J.-C., & Larivée, S.-J. (2007). Résilience et handicap chez l'enfant. *Reliance*, 24(2), 12-21. doi :10.3917/reli.024.0012

Tough, H., Siegrist, J., & Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(1), 1-18. doi10.1186/s12889-017-4308-6

Winance, M. (2008). La notion de handicap et ses transformations à travers les classifications internationales du handicap de l'OMS, 1980 et 2001. *Dynamis*, 28, 377-406. Repéré à http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-95362008000100016

Zambrano, R. L. B., Villamil, K. V. S., & Cantos, K. L. G. (2018). Resilience and Personal Improvement of Students with Motor Disabilities. *International research journal of management, IT and social sciences*, 5(2), 96-103. doi:10.21744/irjmis.v5i2.620

الشتاوي، محمد السيد (2018). دراسة مقارنة بين مجموعات مختارة من الرياضيين المعاقين حركياً في الصلابة النفسية. *مجلة العلوم و التكنولوجيا للنشاطات البدنية و الرياضية*، 15(1)، 101-78.

العدرة، ابراهيم أحمد (2016). التحديات التي تواجه الطلبة ذوي الاعاقة في الجامعة الاردنية. *دراسات*. 43(5)، 2032-2013. قرينات، بن شهرة وباهي، السلامي (2016). المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية لدى المعاقين حركياً، دراسة ميدانية ببعض الولايات الجزائرية. *مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية*، 8(23)، 82-71.

Comment citer cet article par la méthode APA:

Chelghoum ,A& Bouzid Baa, S (2021). La résilience chez les étudiants de l'université de Bejaia atteints d'un handicap moteur acquis. *Journal of Psychological and Educational Sciences*. 7 (4).Algérie: Université d'El-Oued. 413-425