



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de Sciences et Technologies des Activités

Physiques et Sportives

STAPS

Mémoire de fin de cycle

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

Spécialité : Activité Physique et Sportive Scolaire.

Effet de l'activité physique sportive sur L'estime de soi des adolescents handicapés moteur et leur inclusion en EPS


Présenté par

Toula Sara

Encadré

Mr Benosmane Malek

Juin 2017



***Effet de l'activité physique sportive
sur L'estime de soi des adolescents
handicapés moteur et leur
inclusion en EPS***

Remerciements

*Je tiens à remercier tout d'abord **le dieu** tout puissant
qui m'a procuré du courage et de la volonté pour
mener ce modeste travail.*

*Je tiens vivement à remercier mon encadreur **Mr Benosmane Malek**
pour les consignes et la grande
volonté qu'il n'a pas cessé de me témoigner, pendant
tout mon travail et mon cursus universitaire.*

*Mes sincères remerciements et ma profonde reconnaissance
sont adressés à tous **les enseignants et personnels**
de département des STAPS pour leur disponibilité et leur patience
durant notre cursus Universitaire.*

*Mes sincères remerciements et ma profonde reconnaissance sont
adressés à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la
réalisation de ce travail.*

***A ma famille**, qui m'a tant offert et tant donné.*

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à toutes les personnes qui me sont

chères :

Mes parents que j'aime beaucoup et pour

leur sacrifice et soutiens tout au long de

ma vie et auxquels je ne rendrai jamais assez

« que dieu les protège »

Ma sœur Nabila et mes frères Billal, Fares, Lounis

et Ghiles

Mes oncles, mes tantes, mes cousines, cousins ainsi que

toutes leurs familles.

Mes amis (es) à l'université, au sport avec lesquels j'ai partagés

des moments inoubliables.

Tous ceux qui me connaissent de loin ou de près et je n'ai pas pu citer.

Et a toutes la promotion STAPS 2016-2017.

Liste des abréviations

L'abréviation	La signification
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
%	Pourcentage
EPS	Education physique sportive
APSA	Activité physique sportive adaptée
OMS	Organisation mondiale de la santé
ISP	Inventaire de soi physique
RSES	Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Liste des tableaux

Tableaux	Titre du tableau	Page
N°1	Nombre d'élèves handicapé inclut dans les établissements ordinaires	46
N°2	Nombre de clubs handisports et athlètes handicapés au niveau des trois wilayas	46
N°3	Moyennes, pourcentages des réponses des adolescents handicapés moteurs sportifs et non sportifs au 1 ^{er} item de RSES	53
N°4	Moyennes, pourcentage des réponses des adolescents handicapés sportifs et non sportifs aux 2 ^{èmes} items de RES	54
N°5	Moyenne et pourcentage des réponses des deux groupes sport non sport à l'item 3 de RSES	55
N°6	Moyenne et pourcentage des réponses à l'item 4 pour les deux groupes sportifs et non sportifs	57
N°7	Moyenne et pourcentage des réponses au 5 ^{ème} item de RSES pour les sportifs et non sportifs	58
N°8	Moyenne et pourcentage des réponses au 6 ^{ème} item de RSES pour les sportifs et non sportifs	59
N°9	Moyenne et pourcentage des réponses au 7 ^{ème} item de RSES pour les sportifs et non sportifs	60
N°10	Moyenne et pourcentage des réponses au 8 ^{ème} item de RSES pour les sportifs et non sportifs	61
N°11	Moyenne et pourcentage des réponses au 9 ^{ème} item de RSES pour les sportifs et non sportifs	62
N°12	Moyenne et pourcentage des réponses au 10 ^{ème} item de RSES pour les sportifs et non sportifs	64
N°13	Moyenne de l'échelle d'estime de soi globale de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport	65
N°14	Moyenne de l'échelle de la valeur physique perçue de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport	67
N°15	Moyenne de l'échelle de la condition physique de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport	68
N°16	Moyenne de l'échelle de compétences perçue de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport	69
N°17	Moyenne de l'échelle de l'apparence physique de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport	71
N°18	Moyenne de l'échelle de force de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport	72
N°19	Moyenne et écart-type du RSES et de l'ISP pour les deux groupes pratiquants le sport et non pratiquants	74
N°20	Corrélations intra- et inter-tests de la pratique sportive ou non des deux groupes	75
N°21	L'accessibilité des enceintes sportives aux élèves handicapés moteur	76
N°22	Le matériel spécifique aux handicapés permettant une pratique de l'ISP adaptée	77

N°23	Résultats sur l'existence de personnel (Type aide scolaire) dans les établissements pour aider les élèves handicapés durant les enseignements d'EPS	78
N°24	Résultats des réponses des enseignants d'EPS au 4 ^{ème} énoncé	79
N°25	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé cinq	81
N°26	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé six	82
N°27	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé sept	83
N°28	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé huit	84
N°29	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé neuf	86

Liste des figures

Figure	Titre des figures	Pages
N°1	Modèle hiérarchique de l'estime globale de sois	30
N°2	Page représentatif de l'SPSS	49
N°3	Calcule de la moyenne, écart-type, pourcentage et le mode sur SPSS	51
N°4	Les résultats du premier Items de RSES	54
N°5	Les réponses des deux groupes sportif et non sportif 2 ^{ème} item de RSES	55
N°6	Pourcentage des réponses au 3 ^{ème} item de RSES pour les deux groupes	56
N°7	Pourcentage des réponses du 4 ^{ème} item de RSES pour les deux groupes	58
N°8	Pourcentage des réponses pour l'item 5 de RSES pour les deux groupes	59
N°9	Pourcentage des réponses à L'item 6 de RSES pour les deux groupes	60
N°10	Pourcentage des réponses du 7 ^{ème} item de RSES pour les deux groupes	61
N°11	: Pourcentage des réponses au 8 ^{ème} item de RSES pour les deux groupes	62
N°12	Pourcentage des réponses au 9 ^{ème} item de RSES pour les deux groupes	63
N°13	Pourcentage des réponses au 10 ^{ème} item de RSES pour les deux groupes	64
N°14	Moyennes de l'Echelle d'estime de soi de l'ISP pour les deux groupes	66
N°15	Moyenne de l'Echelle de la valeur physique perçue de l'ISP pour les deux groupes	67
N°16	Moyenne de l'Echelle de la condition physique de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport	69
N°17	Moyenne de l'Echelle de compétences perçue de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport	70
N°18	Moyenne des 3 items de l'Echelle de l'apparence physique de l'ISP pour deux groupes sport et non sport	72
N°19	Moyennes de l'Echelle de force de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport	73
N°20	L'accessibilité des enceintes sportives aux élèves handicapés moteurs	77
N°21	Le matériel spécifique aux handicapés permettant une pratique de l'EPS adaptée	78
N°22	Résultats sur l'existence de personnel (type aide de vie scolaire) dans les établissements pour les élèves handicapés durant les enseignements d'EPS	79
N°23	Pourcentage des résultats des réponses des enseignants d'EPS à l'énoncé quatre	80

N°24	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé cinq	81
N°25	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé six	83
N°26	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé sept	84
N°27	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé huit	85
N°28	Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé neuf	86

Introduction

Introduction

Introduction

Parmi les différentes étapes qui constituent le développement de l'être humain on a l'adolescence qui est une période importante de la vie de chacun. Ceci car elle est source de changements : transformations physiques et psychiques, construction de soi. Le jeune s'épanouit et devient un adulte. L'adolescent est confronté à de nouvelles réalités et il va lui falloir assurer les modifications de son corps, la transformation physiologique est forcément associée à la transformation psychologique qui va elle-même de pair avec la quête d'identité. Le physique se transforme plus vite que le psychisme ne peut le percevoir, ce qui confronte l'adolescent à une réelle perte de stabilité.

Ce moment clef de la vie n'est pas toujours facile à vivre, qui plus est quand on a un handicap. L'adolescent à handicap moteur est le plus fragile, car c'est à cette période que se fait la construction de soi, de l'identité, sentiment de dépendance vis-à-vis de son environnement (familial, social, professionnel). Ainsi, les adolescents handicapés doivent faire face non seulement à leurs sentiments de vulnérabilité, de violence et de doute, mais aussi à cette réalité qu'est leur différence physique et motrice, et/ou intellectuelle ou psychique.

L'handicap moteur est le plus souvent associé à la mobilité réduite. Une personne handicapée moteur présente une déficience au niveau de la motricité de ses membres. Cette personne éprouvera des difficultés à se déplacer et aura recours à un appareillage approprié pour pallier à cela. Le degré de handicap est variable, il dépend de la date d'apparition du handicap et de son origine, du caractère évolutif du handicap, de l'importance et de la nature des atteintes. A cet effet, une faible autonomie corporelle augmente la prévalence de très graves problèmes psychologiques, alors l'entourage convenable joue un rôle très important dans la construction positive de soi, paradoxalement un environnement néfaste contribue aussi à une dégradation de cette construction.

L'estime de soi est un construit socio-psychologique qui permet d'évaluer les conduites des individus et la perception de leur propre valeur. Ce concept est aujourd'hui identifié comme un état qui évolue donc en fonction des facteurs spatiotemporels du contexte environnemental Rosenberg, (1979).

Chez les adolescents, l'estime de soi est un problème prédominant. Deux périodes sont données comme pouvant caractériser le vécu psychologique de l'adolescence, la première étant une phase de détresse, communément appelée crise, et la seconde une phase de séparation-

Introduction

individuation. Ces stades, bien que différents, ne sont pas nécessairement indépendants l'un de l'autre et peuvent faire émerger des bouleversements d'ordre affectif, qui se trouvent renforcés quand les jeunes doivent en plus gérer un handicap, même mineur Marcelli et Braconnier, 1999.

Selon Williams (1994), bien que la plupart des « handicapés » acceptent leur condition, ils sont souvent perçus par les « valides » comme une minorité désavantagée et font l'objet d'une stigmatisation, de généralisations et de stéréotypes. Or, la perception du corps joue un rôle important dans la construction de l'estime de soi. C'est ce que Rosenberg et Pearlin (1978), appellent « l'évaluation ou l'appréciation miroir » de ses propres valeurs. Le sentiment de l'individu face à lui-même et sa pathologie lui assureront une plus ou moins haute estime de soi. Ainsi, plus la perception de son corps sera positive et plus le bien-être sera élevé, les rapports à autrui facilités, et les comportements adaptés et perçus comme tels par l'entourage. D'où l'importance de l'activité physique et sportive.

Depuis longtemps, il est entendu que le sport est un facteur favorisant le développement physique et psychologique des jeunes Danish et coll., (2005). En effet, l'activité sportive est considérée à la fois comme un moyen de lutte contre les troubles liés à la sédentarité, voire à l'oisiveté (et donc l'ennui et le désinvestissement scolaire et social) et comme une activité qui permet de canaliser l'agressivité et de maîtriser l'attention (lutte contre l'hyperactivité), elle permet aussi de développer les habilités cognitives sociales (sociabilité, règles en groupe..) et personnelles (estime de soi) Tofler et Butterbaugh, (2005).

La pratique sportive fait partie du mode de vie adolescent dans les pays industrialisés, et la participation à une pratique sportive améliore l'état de santé perçue, voir le « bien-être psychologique » ou « l'estime de soi » et diminue l'anxiété sociale.

Donc des programmes sportifs doivent être utilisés pour aider physiquement les personnes handicapées. Mais au-delà de ce travail de connaissance de soi le plan purement fonctionnel, l'activité physique et/ou de loisir peut servir de soutien psychologique en augmentant considérablement l'estime de soi Foxe, (2000).

Et devant ses travaux qui soutient qu'un investissement sportif régulier permet de faire évoluer positivement l'estime globale de soi et le niveau de compétences physiques perçues chez des adolescents (filles et garçons) ne présentant pas de handicap une question se pose : la pratique d'une activité physique a-t-elle une réelle influence positive sur l'estime de soi chez

Introduction

les adolescents en situation de handicap moteur ? Et quelle est la place de l'élève handicapé moteur en séance d'EPS?

Hypothèses :

Pour répondre aux questions nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Les enfants pratiquant une activité physique sportive extrascolaire ont une meilleure estime de soi que les enfants non pratiquant (l'activité physique et sportive influence positivement sur l'estime de soi).
- L'estime de soi est en lien avec le soi physique.
- Il n'existe pas d'environnement inclusif favorable des élèves en situation d'handicap en EPS.

L'objectif de notre recherche consiste à :

- Evaluer le niveau d'estime de soi des adolescents handicapés moteurs sportif et non sportif.
- Mettre l'accent sur le lien entre l'estime de soi et le soi physique.
- Savoir s'il existe une inclusion de l'élève handicapé moteur en éducation physique et sportive.
- Voir les perceptions des enseignants d'EPS vis-à-vis l'inclusion de l'élève handicapé dans les séances d'éducation physique et sportive.
- Voir si l'environnement inclusif en EPS des handicapés moteurs est favorable.

Notre travail est structuré en trois parties :

1^{er} partie : revue bibliographique : au cours de laquelle nous avons abordé les notions générales, les définitions et les caractéristiques de chaque concept.

2^{ème} partie : organisation de la recherche : les caractéristiques des sujets ayant fait l'objet de l'étude, et avec les différents moyens et méthodes utilisés dans notre recherche, et les outils statistiques pour le traitement des résultats.

3^{ème} partie : présentation, interprétation et discussion des résultats.

Partie théorique

Chapitre 1

Handicap et estime de soi

1. L'handicap

Le terme handicap connaît plusieurs définitions nous retenons ici les plus courantes.

Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie, (2002) « le handicap est une situation d'une personne qui se trouve désavantagée, d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes ».

Ainsi, un déficit sensoriel visuel ou auditif est un handicap car l'enfant qui en est atteint vit et se développe dans un monde organisé matériellement et socialement par et pour des voyants et des entendants. Il en est de même des handicaps moteurs (paralysies d'origine diverses, infirmité motrice cérébrale, malformations ou amputations des membres, etc.), qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles et autonomes ».

Et pour Bloch et al., (2005) « L'handicap est la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre par rapport à d'autres personnes ».

Les principaux dictionnaires de la langue française définissent l'handicap comme un désavantage quelconque, une infirmité qui met quelqu'un en état d'infériorité : « Désavantage imposé à quelqu'un, infirmité, déficience. Un handicapé se dit d'une personne atteinte d'une déficience physique ou mentale. » (Le Maxidico, 1996)

Selon Rêne Lenoir est handicapée la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale de son comportement psychologique ou de son absence de formation est incapable de pouvoir à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait soit de ce lui de la collectivité. (R. Liberman, 1999)

En 1975 l'OMS a adopté la définition de WOOD qui suivant un handicap (maladie ou traumatisme) entraîne une déficience (correspondant à une atteinte lésionnelle ou fonctionnelle d'un ou de plusieurs organes) qui engendre une incapacité (se manifestant par limitation des activités physiques ou mentales) qui à leur tour entraînent un ou plusieurs handicaps ou désavantages exprimés au plan social. (S. Schauder, 2007)

Wood (la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps), définit 03 niveaux dans une personne :

La déficience : est la perte de substance ou l'altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique. Elle représente donc toute perturbation de la structure et des fonctions normales du corps et de l'individu, toute maladie qui affecte, de

façon durable, la croissance, le développement, le fonctionnement. Le sujet ainsi atteint est pénalisé par la manifestation extérieure et par la répercussion psychologique de cette **anomalie** : ce qu'ont appelé « le vécu du manque ». Mais il l'est aussi par ses conséquences pratiques dans la vie de tous jours personnels et sociaux : le handicap résulte de cette double difficulté.

L'incapacité : est la réduction, résultant d'une déficience de la capacité d'accomplir une action dans les limites, considérées comme normales pour un humain. Elle représente Donc, toute perte ou réductions, résultant d'une déficience, dès les performances fonctionnelles du corps ou de la personne, elle peut se définir concrètement dans les domaines psychique et /ou mental en utilisant des échelles fonctionnelles de performances, cet abord très pratique introduit aussi le concept de dépendance /indépendance.

Un désavantage résultant d'une déficience ou d'une incapacité, qui gêne ou limite le sujet atteint dans l'accomplissement de son rôle normal. Le handicap est caractérisé par une discordance entre l'état ou les performances du sujet ou ce qui est attendu de lui-même ou par le groupe dont il est membre. Le handicap représente donc les conséquences personnelles, social, économique de la déficience et de l'incapacité. (M. Michel et T. Gwen, 2004)

En générale le terme handicapé désigne la limitation une déficience provoquant une incapacité permanente ou non menant a des difficultés morale intellectuelle sociales et physique .Il exprime une déficience vis a d'un environnement que ce soit en terme d'accessibilité d'expression de compréhension ou d'appréhension il s'agit donc plus d'une notion médicale. (Unicef, 1984)

1.1. L'handicap moteur :

Le handicapé Selon le grand dictionnaire de la psychologie le terme se dit d'une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe le facteur sociaux et culturels ».

En1981 L'OMS la définition donne « est appelé handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée soit congénitalement soit sur l'effet de l'âge d'une maladie ou d un accident, en sorte que son autonomie son aptitude à fréquenter l'école ou a occuper un emploi s'en trouve compromise ». (M.Guidette,et C. Tourette, 2002)

Selon Rêne Lenoir est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale de son comportement psychologique ou de son absence de formation est incapable

de pouvoir a ses besoin ou exige des soins constants ou se trouve ségrégée soit de son propre fait soit de ce lui de la collectivité. (Lieberman R, 1999)

L'handicap en générale le terme handicapé désigne la limitation une déficience provoquant une incapacité permanente ou non menant a des difficultés morale intellectuelle sociales et physique .Il exprime une déficience vis a d'un environnement que ce soit en terme d'accessibilité d'expression de compréhension ou d'appréhension il s'agit donc plus d'une notion médicale. (Unicef, 1984)

1.2. Les causes de l'handicap moteur :

On peut classer les causes de l'handicap moteur selon leurs origines en deux facteurs principaux : les malformations d'origine génétique, et les facteurs non génétiques induits par le milieu de vie de l'individu.

1.2.1. Les facteurs génétiques :

Il est certain que les facteurs génétiques, déterminent en grande partie la nature définitive des fonctions du facteur car le noyau de l'ovule fécondé contient des chromosomes portant l'information génétique, et toute anomalie chromosomique provoque des déficiences graves, en peut ajouter à ces facteurs les mariages consanguins fréquents dans notre société arabe.

1.2.2. Les facteurs non génétiques :

Ils représentent les principales causes de l'handicap moteur, notamment en pays en voie de développement.

1.2.3. Les facteurs d'origine prénatale : la grossesse représente une phase très importante pour le fœtus, car toute atteinte de la maman peut entrainer une atteinte à la santé du fœtus, et risque d'être handicapé. Parmi les maladies qui touchent la femme enceinte : l'insuffisance rénale chronique, l'intoxication car cette dernière peut causer l'atteinte de l'œil ou le cœur du fœtus. En outre la toxicomanie, l'alcoolisme, tabagisme, les troubles émotionnels (joie, peur, très...) qui peuvent engendrer un déséquilibre hormonal par conséquent une fragilité osseuse aux facteurs.

1.2.4. Les facteurs relatifs à l'accouchement : l'accouchement est souvent accompagné de plusieurs risques, notamment l'accouchement prématuré car certains troubles peuvent augmenter le risque d'handicap. Ainsi que l'accouchement sans assistance médicale. Car les études ont montré que 92% de l'ensemble des handicapés sont nés à la maison, et 8% seulement sont nés à l'hôpital, dans la société traditionnelle. A partir de cela on peut remarquer la relation entre le lieu de naissance et l'handicap.

1.2.5. Les facteurs d'origine poste natale : dès la naissance toute personne est exposée à des facteurs induit par son milieu de vie, et qui peuvent entrainer un handicap, ce handicap est le résultat de :

❖ **La malnutrition :**

La malnutrition est considérés l'un des plus grands problèmes de la santé mondiale. Car elle touche environ 500 millions personnes en pays en voie de développement, elle a des conséquences néfastes notamment sur les enfants.

L'organisation mondiale de la santé (O.M.S) a montré l'importance d'une planification des besoins de l'enfant en particulier lors des cinq premières années de sa vie, la maturation selon l'OMS peut rendre l'atteinte de l'enfant de maladie mortelle ou entraine une invalidité allant jusqu'au handicap permanent, car 250 milles enfants perdent la vision par an, résultat d'une carence en vitamine « A » comme contribue d'autre maladies, telle que la spasticité, le manque de vitamine « D » et du calcium dans la croissance de divers handicap.

❖ **La maladie :**

Se sont les divers déficiences permanentes qui touche l'individu, et dans certains cas la chronicité de la maladie elle-même est handicap. Comme il y a certaines maladies (infectieuses, tumorales au traumatique) qui touchant la maman, ou le bébé directement après l'accouchement.

❖ **Les accidents routiers :**

Ils représentent le facteur majeur de l'handicap, car ils sont responsable de 8.5% d'handicapés au monde, estimé à 30millions ce taux est directement lié au degré de l'urbanisation, la productivité et la situation économique une raison pour la quelle les pays en voie de développement en souffrent plus que d'autre.

Les accidents routiers peuvent être le résultat du non-respect du code de la route, l'excès de vitesse, le dépassement dangereux qui contribuent de 33% de l'ensemble des handicaps par jour, et ce en Algérie. En ce qui concerne les piétons, la majorité des accidents sont causés par la non-utilisation des passages pour piéton, des passerelles, l'Algérie compte 600 milles handicapés par an, soit 35% de l'ensemble d'handicaps est causé par les accidents routiers, les directions du transport ont aussi leur part de responsabilité, face à ce taux élevé d'accident, et ce par la négligence et les non prise des mesures adéquates pour limiter ce phénomène. (S.Brahimi, S.Bounab, 2007)

1.3. Les types de l'handicap moteur :

Les handicaps moteurs engendrent les déficiences aux origines très diverses, on peut les regrouper en trois catégories :

- ❖ **Déficiences motrices acquises :** Elles sont constituées par les séquelles d'accident ou de maladie ayant atteint la fonction motrice au cours de la vie, par exemple : les accidents de la route qui provoquent 1000 paralysés par an dont 1/3 tétraplégique et 2/3 paraplégique.
- ❖ **Déficiences motrices d'origine congénitale :** Elles sont dues à des maladies, aux accidents survenus pendant la grossesse ou au cours de l'accouchement, entraînant des malformations et des destructions organiques chez l'enfant « à l'origine d'infirmités motrices cérébrales ».
- ❖ **Déficiences motrices d'origine héréditaires :** Une maladie héréditaire est due à une perturbation de l'information génétique portée par les chromosomes et transmise par l'un ou les deux parents, par exemple : la myopathie une maladie neuromusculaire c'est la perte progressive des forces musculaire. (J. Gassier, C.Cordan, 2004)

1.4. L'analyse des causes d'handicap des enfants

Selon les critères les plus couramment retenus, le handicap d'origine périnatale peut être défini comme « celui survenant pendant la vie intra-utérine à partir de 22 semaines d'aménorrhée et jusqu'à 28 jours après la naissance ».

Malgré la simplicité apparente de cette définition, c'est le plus souvent après élimination des autres causes que l'on peut imputer au contexte spécifique de la période périnatale la constitution du handicap.

Les causes des handicaps d'origine périnatale : on estime que 20 à 23% des déficiences sévères de l'enfant sont d'origine prénatale (anomalies de la morphogenèse, aberrations chromosomiques et anomalies génétiques) et que 5 à 10% d'entre elles résultent de circonstances post-néonatales, en lien avec un traumatisme ou, plus rarement, une infection ou une tumeur.

Et par élimination, on considère donc que 55 à 75% des déficiences pourraient trouver leur origine au cours de la période périnatale. Mais cette interprétation doit rester prudente, car on ne constate l'existence avérée d'un facteur, de risque périnatal (prématurité, hypotrophie, asphyxie à la naissance) ou d'une anomalie d'origine pré- ou néo-natale (encéphalopathie anoxo-ischémique, leuco malacie péri ventriculaire, hémorragie intra ventriculaire) que dans 15 à 45% des cas.

Ces éléments témoignent de la circonspection dont il faut faire preuve pour rechercher l'origine des handicaps. (F.Giraud, 2005)

1.5. L'historique du handicap en Algérie

Dans l'histoire de la société algérienne, l'approche de la notion du handicap, s'est effectuée à partir d'une politique de l'action sociale se résumant dans la prévention, l'animation du groupe, l'aide à la réinsertion, etc. sont là des interventions pratiques décrites dans le langage habituel de la vie professionnelle. Et, de telles expressions renvoient à des conceptions précises de l'intervention sociale, qui se réfèrent, elles mêmes à des représentations de la société.

L'histoire ou l'évolution d'une politique sociale ou d'une action sociale constitue le cheminement de la représentation à travers différentes étapes de développement de la structure sociale.

Et, si les premières formes d'intervention dans le domaine social se limitaient, dans le passé, à des actions devenu une préoccupation de l'état moderne dans un souci d'ordre public et d'équilibre social, après la révolution industrielle.

Caractéristique d'une société moderne, l'action sociale en Algérie traduit la transition et l'éclatement des structures sociales traditionnelles où les mécanismes de socialisation, de régulation voire de prise en charge sont assurés par la famille élargie.

Durant les premières années de l'indépendance l'Algérie devait affronter les conséquences des années de guerre ; un bilan lourd sur tous les plans. (Bouchloud Mahfoud, 2008-2009)

1.6. Les causes de l'handicap en Algérie

Parmi les causes de l'handicap qui touchent plus la population algérienne, selon le type d'handicap, on cite :

❖ Les paraplégiques :

Des victimes d'accidents de la circulation (3500 accidentés de la route chaque année garderont un handicap à vie), et d'accidents de travail, sont prises en charge par seulement trois hôpitaux de rééducation fonctionnelle pour toute l'Algérie.

On constate aussi que les prestations de santé fournies restent de qualité moindre par manque de moyens techniques et d'insuffisances dans la formation du personnel et ne garantissent pas une qualité de vie à la sortie de l'hôpital.

❖ Les myopathes :

« Des maladies musculaires généralement dégénératives et handicapantes » Garnier, (1989), celles-ci sont répandues dans beaucoup de familles du fait des mariages consanguins (dont la filiation s'établit par le père) fréquents et qui comptent un, deux, trois jusqu'à quatre myopathes par famille.

❖ La poliomyélite :

« Une maladie vitale très contagieuse, responsable de paralysies musculaires laissant des effets invalidants ». (Garnier, 1989)

Jusqu'aux années soixante dix où le vaccin anti-poliomyélite est devenu obligatoire, l'Algérie a fait face à une épidémie de poliomyélite de grande ampleur qui a eu pour conséquence des milliers de jeunes handicapés traités et appareillés en France sur la base d'un accord entre la Sécurité Sociale Française et la Sécurité Sociale Algérienne. Cet accord a été rompu dès les années quatre-vingts sans la création de structures de prise en charge similaire en Algérie.

❖ Les amputations :

« L'action d'amputer, de retrancher tout ou une partie d'un organe ou d'un membre par une opération chirurgicale ». (Garnier, 1989)

Beaucoup d'amputations sont les conséquences d'accidents sur la voie ferrée d'autres très nombreuses dues au diabète, maladie très répandue parmi la population et dernièrement les amputations conséquentes des terribles bombes du terrorisme.

Il y a aussi toutes les maladies invalidantes nouvellement recensées d'origine neurologique telles que :

❖ La sclérose en plaques :

Qui est une maladie évoluant par poussées, et caractérisée par la constitution de plaques de sclérose « une induration anormale du tissu d'un organe par condensation de ses éléments constitutifs », elle est due à une destruction localisée de la myéline gainant la substance blanche du système nerveux central, ce qui provoque des troubles neurologiques variés. (Garnier, 1989)

❖ Les séquelles d'accidents cardio-vasculaires :

De plus des centaines d'enfants handicapés très lourds, les infirmes moteurs d'origine cérébrale dont l'handicap résulte d'accident d'accouchement, de souffrance fœtale, de séquelles d'une forte fièvre ou de méningite et qui ne sont pris en charge par aucune structure.

D'autres atteints d'encéphalopathies, une affection non inflammatoire de l'encéphale « une partie du système nerveux », totalement invalides, survivent, rançon du développement des techniques de réanimation mais bouleversent totalement la vie de leur famille.

1.7. Les difficultés de l'handicapé adolescent

L'adolescent handicapé, découragé par tant d'obstacles, renonce à devenir indépendant ou qu'il réagisse aux difficultés de façon agressive. Dans d'autres cas, au contraire, surtout quand il est soutenu par une famille ou une communauté qui l'encourage à devenir indépendant, il réussit à s'accepter, à devenir autonome, à chercher une insertion dans le monde du travail, à se lier d'amitié avec les autres. (G.Lutte, 1988)

L'adolescent handicapé doit donc affronter des difficultés plus intenses et plus nombreuses pour s'émanciper de ses parents. Souvent il n'est pas capable de supporter, de se séparer d'eux et il continue à dépendre de leur approbation et de leur soutien. (G.Lutte, 1988)

Le handicap moteur grave engendre un vécu adolescent particulièrement douloureux, la prise de conscience à l'engagement dans la vie.

Il est difficile de parler des « Handicapés moteur » en général. Là, plus qu'ailleurs, chaque cas est individuel, selon l'handicap est lié ou non à une maladie familiale, qu'il est congénital ou non, qu'accidentel il est survenu plus tôt, selon qu'il permet la marche ou condamne à l'immobilité, qu'il comporte ou non des troubles associés (déficit mental, sensoriel, insuffisance respiratoire, troubles sphinctériens), les réactions psychologiques de malade et de l'entourage vont être très variables.

Ce sont des particularités que nous allons passer rapidement en revue, sans tenter d'être exhaustifs. (D.Osson, 1990)

1.8. La prise en charge des adolescents handicapés moteurs :

1.8.1. La prise en charge psychologique :

Les aspects psychologiques dans la rééducation fonctionnelle n'est pas une tâche aisée. Il est à considérer un être humain dans une totalité pluridimensionnelle. L'action est portée, ici en priorité, sur un corps, un corps dans une dynamique fonctionnelle. C'est un ensemble de composants neuro-anatomo-physiologiques, c'est moi, mon identité, ma personnalité. C'est plus qu'une somme ou combinaison d'éléments. Ce concept d'unité dépasse le lien psyché et soma. L'individu est vu dans une globalité non dans un assemblage de versants. La rééducation fonctionnelle a une valeur en soi. C'est une prise en charge spécifique de l'individu et permet un regard différent et sans cesse renouvelé. (M.Bochlooukh, 2008)

Le champ d'intervention du psychologue ne se limite pas spécialement aux facteurs d'individualisation mais il est important de l'étaler à périmètre plus dynamique ou la recherche permet de mieux de cerner les causes, la nature et les degrés de la déficience. Il s'agit d'interroger les parents, les personnes vivant avec l'handicap moteur sur l'époque de la survenue du handicap dans la vie de son patient, les pratiques et soins médicaux, les réactions familiales et les difficultés de communication les données sont souvent recueillies lors des premiers examens et observations.

Le psychologue actuellement connaît d'importantes difficultés par rapport à son intervention et aux moyens techniques qui lui permettent un examen correct.

Face à la variété de déficiences physiques il s'agit d'opter dès le départ pour une technique pertinente d'examen. L'adéquation des moyens d'observation aux exigences de la population « malades » ou déficiente se répercute inéluctablement sur l'interprétation des données recueillies. Cette attitude d'approche méthodologique engage le psychologue dans ses interventions d'une manière totale et responsable. C'est un problème que nous pensons très important car il y va de la validité des résultats et de leur fiabilité.

L'option que prend toute intervention psychologique vise dans ses considérations l'évaluation des capacités réelles de l'adolescent handicapé et les possibilités qui lui sont adéquates à dépasser sa situation. C'est pourquoi l'effort n'est pas fait uniquement vers le trouble mais tient compte de divers aspects telles la socialisation, l'affectivité, la mémoire et l'intelligence. Ce qui veut dire d'un autre côté que le psychologue doit multiplier les moyens de son observation parce qu'il est appelé à situer l'enfant handicapé par rapport à des critères qui sont spécifiques de son développement et de leur pédagogie mais offrant aussi la possibilité de le situer vis-à-vis des enfants normaux.

1.8.2. Prise en charge sociale :

La socialisation qui tend à occuper une place importante dans la prise en charge de l'adolescent handicapé. Cela ne peut se réaliser que s'il possède les capacités qu'exige une telle pratique qui reposent principalement sur son savoir (curiosité et connaissances théoriques), sur les précautions méthodologiques comme l'exige toute recherche et surtout ce fameux sens clinique. En réalité, il s'agit de connaître les spécificités individuelles et sociales à travers l'observation des comportements et de pouvoir les rattacher aux causes de la déficience physique. En dehors de la cause organique du handicap, il est nécessaire de tenir en compte les autres facteurs qui peuvent compliquer davantage la situation des handicapés tels que les facteurs institutionnels ou encore des représentations culturelles relatives au handicap et qu'il convient de repérer telles qu'elles sont intériorisées par les sujets.

1.8.3. La prise en charge orthophonique :

Une fois le diagnostic des troubles du langage et de parole posé. L'objectif principal de celle-ci doit être claire des le départ. Il consiste à permettre à l'enfant de communiquer avec son entourage. Les troubles moteurs sont à l'origine des déficits du langage et de parole chez l'adolescent handicapé moteur, ceci implique que ce dernier possède un langage intérieur qu'il ne peut exprimer, de ce fait il faut savoir qu'il va créer son propre code de communication avec les seins en utilisant des moyens de substitution à la parole tels que le regard, les gestes (N.Sam ,2008)

1.8.4. La prise en charge du contrôle moteur :

Le traitement, en fonction des troubles dont souffre l'enfant, la prise en charge par des professionnels de tous les spécialistes et par la famille. L'handicapé moteur est inguérissable, mais il est possible d'en limiter l'effet. Cela se traduit par une mauvaise tenue de tronc ou de la tête, des mouvements trop rapides, rapides ou brusques et mal déliés. Le but de l'évaluation neuromatrice est alors de faire le point des facteurs déficitaires afin d'anticiper leur conséquence et surtout de repérer les facteurs de contrôle persistante pour les guider mieux que s'établisse une compensation ou une suppléance. (Véronique. l. m, 1999)

2. L'estime de soi :

Le terme de l'estime de soi est relativement récent, car utilisé pour la première fois par William James « selfte esteem » en 1890.

L'estime de soi est une perception globale, soit une vision compartimentée (il est possible en effet d'estimer dans son travail et non dans sa vie sentimentale et réciproquement), elle est étayée par un amour de soi (écoute et respecte ses besoins, de ses aspirations), par une vision positive de soi (la capacité que se reconnaît un sujet lui permet de se projeter dans un avenir) et par une confiance en soi permettant de relativiser la crainte de l'échec et du jugement d'autrui.

Ils disent pour se qui concerne la définition de l'estime de soi, il est difficile de décrire ce concept sans ambiguïté et en ayant l'unanimité des autres. Il est fortement représenté dans la littérature. En effet, que ce soit les psychanalystes, les behavioristes, les psychologues ou les humanistes, définissent et conceptualisent tous l'estime de soi en fonction de leur vocabulaire et de leur contexte théorique. (J. P Famos et G. Folerance, 2002)

Selon Coopersmith, (1984) l'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. Croire à sa réussite personnelle, se mobiliser en fonction d'un but à atteindre, ressentir plus ou moins profondément un échec, améliorer ses performances en mettant à profit les expériences antérieures sont des attitudes directement liées à l'estime de soi.

En d'autres termes, l'estime de soi recouvre une disposition mentale qui prépare l'individu à réagir selon ses attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelles. (Ibid 1984)

L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs. (Ibid. 1984)

Selon André et Lélord, (1999) l'estime de soi, est l'une des dimensions les plus fondamentales de notre personnalité, est un phénomène direct, impalpable, complexe dont nous n'avons pas toujours conscience. L'estime de soi est la manière dont on se voit et si on aime ou pas ce qu'on voit. Ce regard de jugement que l'on porte sur soi est vital à notre équilibre

psychologique. Lorsqu'il est positif il permet d'agir efficacement, de faire face aux difficultés de l'existence, mais quand il est négatif il engendre de nombreuses souffrances et désagréments qui viennent perturber notre quotidien.

L'estime de soi repose sur trois ingrédients ; la confiance en soi, la vision de soi, l'amour de soi. Le bon dosage de chacune de ses composantes est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse.

2.1. Les composantes de l'estime de soi :

Pour comprendre comment se forme l'estime de soi, il faut comprendre comment se construit le concept de soi ou la conception que nous avons de nous-mêmes ainsi que notre idéal du moi.

❖ Le sentiment de sécurité

C'est le sentiment d'assurance, de tranquillité d'esprit par la confiance, par sentiment de ne pas être menacé.

❖ Le sentiment d'identité

C'est la base de l'estime de soi et de la motivation. Un fort sentiment d'identité demande une connaissance de ces forces et de son image sociale, il implique aussi des sentiments positifs à l'image de soi.

❖ Le sentiment d'appartenances

A l'approche de l'adolescence le besoin de faire partir d'un groupe augmente, l'acceptation des autres devient une préoccupation vital chez la plus part. Cette préoccupation ce reflète dont la manière dont il s'habille, les expressions qu'i utilise, les endroits qu'il fréquente.

❖ le sentiment de détermination

Certains auteurs ont démontré que les personnes qui se sentent bien sont celles qui ont appris à se fixer des réalités, non pas comme les personnes qui ne semblent pas avoir de but dans la vie

❖ Le sentiment de compétence

Peut être acquise seulement après plusieurs expériences de réussite. Ceci implique d'être capable de prendre les décisions appropriées en utilisant de façon efficace les ressources disponibles.

Donc on peut dire que le nouveau-né ne vient pas au monde avec un concept de soi. Il n'est même pas conscient d'être une entité distincte de l'environnement. C'est petit à petit que ce concept va se former, à partir de l'interaction avec la mère et les autres personnes qui entourent l'enfant et en prennent soin. Ces personnes constituent son cadre de référence. (D. Laporte, 2002)

2.2. La construction de l'estime de soi :

L'estime de soi se construit sur deux grands besoins, le sentiment d'être aimé et celui d'être compétent. À la lumière de nombreuses études en psychologie développementale, un lien fort a été démontré entre le soutien parental tel qu'il est perçu par un jeune et l'estime qu'il a pour lui-même : le désintérêt perçu des parents est significativement associé à la faible estime de soi de l'enfant. Ainsi qu'un soutien parental inconditionnel « quoi que tu fasses, nous t'aimons », s'il permet une estime de soi solide, ne prépare pas l'enfant à savoir susciter l'amour des autres. L'éducation doit alors le préparer à la vie en société afin qu'il se sente à l'aise dans les groupes y trouve sa place sans agressivité, en sachant susciter l'affection des autres.

Une étude a montré qu'il existe cinq domaines essentiels pour la constitution de l'estime de soi des enfants et des adolescents : l'aspect physique, les compétences sportives, la popularité auprès des pairs, la réussite scolaire et un comportement correspondant aux normes de son groupe.

Les bases de l'estime de soi se construisent pendant l'enfance, l'évaluation se poursuit pendant l'adolescence et à l'âge adulte. Ainsi, la vie sentimentale, ponctuée de réussites et

d'échecs est directement liée à l'estime de soi ; Freud disait : « dans la vie amoureuse, ne pas être aimé rabaisse le sentiment d'estime de soi, être aimé l'élève » (S. Angel, 2010)

2.3. Les types d'estime de soi :

2.3.1. Mauvaise estime de soi :

C'est le sentiment que l'individu éprouve relativement à sa valeur en tant qu'être humain, la confiance en ses propres capacités et l'anticipation qu'il a d'être accepté ou rejeté par les autres. (M. Larivey, 2002)

Il existe deux types de mauvaises estimations de soi : le sous-estime de soi et la surestime de soi

2.3.1.1. Sous-estime de soi :

La vision subjective négative pousse à la dépendance vis-à-vis d'autrui et les conséquences d'un manque d'estime de soi chez les individus se retrouvent à différents niveaux : les relations familiales, les relations sociales et les troubles du comportement. Le sous-estime de soi est très souvent lié à un excès de modestie et à une grande timidité.

Si on devait essayer de décrire le profil-type d'un individu ayant une très faible estimation de soi, il aurait les caractéristiques suivantes :

- ❖ Une tendance à mentionner dans une discussion ses limites, ses faiblesses et ses défauts.
- ❖ Une tendance à minimiser, annuler ou banaliser un compliment.
- ❖ Un très grand manque de confiance en soi, avec la peur quasi permanente de ne pas réussir.
- ❖ Une perception négative de soi-même comparativement aux autres.
- ❖ Le besoin récurrent de l'avis et de l'approbation des autres.
- ❖ La peur d'être rejeté ou ridiculisé.
- ❖ La crainte de la nouveauté, souvent accompagnée de difficultés d'adaptation dans un nouveau milieu.
- ❖ Une peur de l'échec et la crainte de décevoir l'entourage.
- ❖ Une tendance à être négatif et défaitiste. (M. Larivey, 2002)

2.3.1.2. Surestime de soi

Il se peut qu'une surestime de soi camoufle en fait une faible estime de soi lorsqu'une personne ressent un besoin impératif de se montrer mieux et supérieure aux autres et est centrée excessivement sur les apparences, de tels agissement sont en quelque sorte un masque permettant à la personne de rehausser son image et de s'approcher d'un soi idéal.

Bien qu'une surestime de soi dissimule la perception négative que la personne manifeste à son égard, elle éloigne celle-ci de son vrai soi, de sa véritable personnalité, pour laisser place à un faux soi et à une fausse personnalité souvent empruntée à une sorte d'idole ou de modèle.

D'autre part, l'estime de soi ne s'avère pas nécessairement uniforme dans toutes les sphères de notre vie. Bien qu'il existe une tendance globale sur le plan de la perception de soi, nous possédons plusieurs estimes de soi spécifiques aux différentes dimensions de notre vie. (M. Larivey. 2002)

2.3.2. Bonne estime de soi

La haute estime de soi est valorisée par notre société : il faut avoir une ambition élevée, être obstiné malgré les obstacles, savoir prendre des risques avoir un pouvoir de persuasion. Il ne suffit pas d'avoir une haute estime de soi pour sentir bien avec soi même mais il faudrait qu'elle soit stable et ne fluctue pas en fonction des événements

Les recherches faites par Baumeister, (1989), Josephs et al (1992) montre que les individus ayant une bonne estime de soi ont tendance à se présenter d'une façon valorisante, se caractérise par une inclination à accepter les risques, à s'accorder beaucoup d'attention, et à se centrer sur la mise en évidence de leurs qualités les individus qui ont une forte estime de soi présente une plus grande stabilité du soi. (M. Delphine, 1995).

Donc l'estime de soi a de multiples types qui le caractérisent, notre questionnement dans ce travail porte sur cela

2.4. Les caractéristiques d'une haute et d'une basse estime de soi :

De nombreuses recherches ont été réalisées sur ce qui concerne les personnes qui s'estiment et qui présentent une haute estime de soi et ceux qui se caractérisent par une basse estime de soi, ainsi que les caractéristiques de chacun d'eux :

❖ Une haute estime de soi est associée à :

- Une plus grande confiance.
- Des réponses plus extrêmes
- Une meilleure consistance interne.
- Une plus grande stabilité temporelle.
- Une tendance à se présenter de façon valorisante.
- Une stabilité de soi. (P.Gosling, F.Ric 1996)

❖ Une faible estime de soi est associée à :

- Hésitation à se prêter attention.
- Manque de précision dans la connaissance de soi.
- Une tendance à se présenter de façon dévalorisante.
- Une plus grande sensibilité à la situation.
- Une instabilité du soi. (Ibid. 1996)

2.5. Les indicateurs d'une mauvaise et bonne estime de soi :

2.5.1. Mauvaise estime de soi :

❖ **le défaut chronique de confiance en soi :**

La personne ne se sent pas le droit de réussir, manque de respect et de considération envers son propre pouvoir créateur, elle survalorise les réalisations des autres et sous-estime ses succès en les attribuant, notamment à des causes fortuites.

❖ **Le pouvoir d'action limité :**

Le manque de confiance en soi inhibe singulièrement le nécessaires passage à l'action, l'individu en défaut d'estime personnelle masque souvent son inertie sous de multiples projets, calculs et plans ne débouchant sur aucune caractéristique. De ce constat d'incapacité à agir la personne tire généralement argument pour justifié son inaction future le piège est total et la personne ne tarde pas à poser en éternelle victime.

❖ Le repli et la méfiance excessive :

Ne s'estime pas à sa juste valeur, ne pas savoir connaître ses atouts et talents, provoque un repli sur soi incompatible avec les échanges extérieurs, l'individu tourne en circuit fermé au lieu de s'enrichir des connaissances et des expériences des autres.

❖ la crainte du changement :

C'est le critère le plus visible dans le comportement de l'individu à l'estime personnelle insuffisante, il ne juge inapte à tirer parti des aspects positifs inhérent à tout changement.

2.5.2. Bonne estime de soi**❖ la confiance en soi :**

Croire en soi est le point de départ essentiel de toute stratégie efficace de développement personnelle.

❖ L'ouverture aux autres :

Bâtir une bonne estime de soi et développer une forte assertivité, l'un des buts de l'estime de soi est de créer des relations positives avec l'entourage personnel et professionnel.

❖ Le pouvoir d'action :

La réflexion est absolument indispensable pour réussir mais en aucun cas elle ne doit se substituer à l'action.

❖ La question positive du changement :

La vie sociale impose des mutations à la fois profondes et rapides, une image positive de soi renforce l'adaptabilité et la créativité. (Guilles. P, 2003)

De nombreuses recherches menées en laboratoire et sur le terrain tendent à renforcer l'option des cliniciens sur l'importance de l'estime de soi dans la vie personnelle et dans les rapports sociaux, les personnes qui ont une bonne estime de soi sont aussi susceptibles, plus que d'autres, d'assumer un rôle actif dans les groupes sociaux, et de s'exprimer librement et

efficacement, plus libéré des dotes et de l'ambivalence, plus résistant aux menaces, plus dégagé de troubles mineurs de la personnalité, l'individu qui a une haute estime de soi assemble-t-il plus de facilités pour atteindre les buts personnels qu'il s'est fixés. (S.Cooper, 1984)

2.6. L'estime de soi à l'adolescence :

Pour Freud, l'estime de soi résulte d'un alliage entre trois parties qu'on peut décomposer comme suite :

D'abord dit-il « une part de sentiment de l'estime de soi est primaire, c'est le reste du narcissisme infantile.... » Cela veut dire avoir été suffisamment bien aimé très précocement pour en conserver la trace comme « amour de soi » de base, amour en quelque sorte inconditionnel, liée au simple fait d'exister, on touche ici plus particulièrement un rôle dévolu classiquement à la relation à la mère ou à la personne qui en assure la fonction on est aussi dans le registre des toutes premières relations d'attachement à mesure que l'enfant grandit, une autre part du sentiment de l'estime de soi est liée non plus au simple fait d'exister mais à la capacité de réaliser quelque chose qui ait de la valeur pour l'entourage familial et social, à la fin du complexe d'Œdipe, l'enfant va même intégrer cet idéal qui l'accompagne toute sa vie et lui servira de ligne de conduite.

L'adolescent va relancer la constitution de la subjectivité en remettant en question les acquis de la période du complexe d'Œdipe. Mouvements pulsionnels, identifications sexuées, images du corps, tout cela est à l'adolescence remis en chantier.

Le sentiment d'estime de soi est bon en premier lieu ancré dans notre narcissisme infantile, trace de nos premières relations. Mais il dépend aussi de la construction des idéaux par rapport à laquelle l'adolescent est un moment particulièrement fécond.

Donc pour Freud le sentiment de l'estime de soi est constituée par les relations d'amour actuelles, d'une certaine manière ; l'estime de soi conjugue l'attachement au trois temps du passé, futur et du présent. Le passé pour l'intériorisation des relations précises qui constitue le narcissisme infantile, le futur pour l'intériorisation des idéaux qui nous projette vers un avenir porteur d'espoir, et le présent pour l'amour qui entoure au quotidien.

L'estime de soi, repose sur trois piliers une sécurité de base correspondant au narcissisme primaire, adéquation suffisante avec un système de valeurs et des relations actuelles

d'amour, d'amitié d'appartenance....etc. s'assurer certains mérites et renforcer ses liens d'alliance. (D.Robin, 2009)

2.7. L'importance de l'estime de soi

Adopter une attitude positive envers soi-même a été depuis longtemps, considéré comme un facteur important par un grand nombre de théoriciens de la personnalité (Roger et al), mais rare sont ceux qui en ont réellement étudié les conséquences. Cette importance accordée à l'estime de soi est aussi reconnu par de nombreux psychologue travaillant dans les domaines cliniques et sociaux. Cependant, peu d'études ont été faites sur les comportements spécifiques auxquels se rapporte l'estime de soi, ou pour établir en quoi elle constitue un déterminant effectif et affectif de la personnalité.

D'autres études encore ont montrées que les personnes chez lesquelles les réalisations ne comportent pas avec les aspirations personnelles se considèrent comme inférieurs, quel que soit le niveau de résultats qu'elles obtiennent. Ces personnes font plus souvent état de sentiment de culpabilité, d'autodépréciation ou même de dépression et accord peu de valeur à leurs résultats réels. Tant que leurs aspirations ne sont pas comblées, elle considère que leurs entreprises sont des échecs.

On a aussi démontré que les personnes créatives ont également une haute appréciation d'elles-mêmes : avoir la conviction que l'on peut imposer son propre modèle. Les personnes qui ont une haute estime d'elles-mêmes sont aussi susceptibles, plus que d'autre, d'assumer un rôle actif dans les groupes sociaux, et de s'exprimer librement et efficacement. Plus libéré des doutes et de l'ambivalence, plus résistant aux menaces plus dégagé de troubles mineurs de la personnalité, l'individu qui à une haute estime de soi, semblent avoir plus de facilité pour atteindre les buts personnels qu'il s'est fixés. (Inventaire d'estime de soi de Coopersmith «S.E.I »)

L'estime de soi est importante, car elle reflète ce que les gens pensent avoir besoin d'être ou de faire pour avoir la valeur en tant que personne Crocker et al (2005).

En plus de ce sens global de l'estime de soi, les gens s'évaluent également de manière spécifique dans certains domaines particuliers qui influencent le sentiment global de leur propre valeur, on donne à ces évaluations spécifiques le nom de « composante de sa propre valeur », les gens sélectionnent les domaines rapport auxquels ils fondent leurs valeurs. (T.Fiske et E. Shelley, 2007)

Malgré que l'estime de soi se soit pas la seule clef nécessaire pour être heureux, réussir et atteindre es objectifs souhaités dans la vie. Cependant elle peut être considérée comme une sorte de passeport pour le bonheur et le succès. Elle reste une dimension fondamentale de notre personnalité et un élément indispensable pour notre équilibre psychologique. L'estime de soi est donc comme le sucre, une excellente chose en quantité modérée et un poison si l'on abuse.

2.8. Le domaine corporel et l'estime de soi

La perception du corps joue un rôle important dans la construction de l'estime de soi et plus particulièrement chez les adolescents. (Harter, 1988)

Les travaux sur la motivation montrent la relation existant entre la participation à n programme d'activité physique et l'évaluation des compétences physique. (Robert et al. 1982)

Chez un adolescent, une perception positive du corps participe à son bien être. (Bandura, 1982). Tout autant qu'elle facilite ses rapports avec autrui (Harter, 1998)

Y'a des travaux qui ont mis en évidence que le développement de la valeur physique perçue contribuait au renforcement de l'estime de soi et qu'un certain niveau de confiance en soi était requis pour maintenir l'engagement d'un sujet dans une pratique physique.

2.9. L'estime de soi en milieu scolaire

En milieu scolaire, les élèves sont sensibles à la perception de leurs compétences qu'ont leurs parents, pairs et enseignant et leur confiance en eux reflète en partie ces perceptions. Les messages de leur entourage (soutiens, encouragements, critiques, conseils, attentes) ont une influence et font donc évoluer aussi leur confiance en leurs capacités d'apprendre. Or la confiance invite à la performance.

Tous les enseignants s'accordent sur l'importance de la soif d'apprendre ou motivation à apprendre chez leurs élèves, la démotivation étant l'obstacle de toute entreprise d'enseignement. Or, un enfant démotivé est un enfant qui à perdu confiance en ses capacités, qui à des échecs trop fréquents, ne peut plus protéger son estime de soi et va aller peut être jusqu'au désengagement vis-à-vis de l'école. Lorsque l'enfant est à l'aise parmi ses copains d'école et face aux exigences du travail scolaire, l'école devient alors le lieu privilégié de la satisfaction de son besoin d'estime. (A. floor, 2010)

2.10. L'estime de soi physique à l'adolescence

Nombreuses sont les études faites sur la relation du soi physique à l'adolescence, Bruchon-Schweitzer, ((1999) trouve que le rôle de l'estime de soi dans le processus de personnalisation, en particulier à l'adolescence, n'est plus à démontrer. Au cours de cette période, on observe des changements qualitatifs importants au niveau du contenu des représentations de soi. L'image corporelle fait partie des représentations de soi et revêt une importance particulière à l'adolescence, période de transitions et de bouleversements. En effet, à un moment où le corps se métamorphose et où certaines de ces transformations physiques peuvent être délicates à vivre, l'adolescent est particulièrement focalisé sur son image corporelle. La perception du corps joue donc un rôle important dans la construction de l'estime de soi, et plus particulièrement à l'adolescence.

Depuis une vingtaine d'années, les sous-composantes du concept de soi physique sont de plus en plus étudiées, et le concept de soi physique émerge comme une construction clé, particulièrement dans les cultures occidentales qui attachent beaucoup d'importance aux capacités physiques et à l'apparence. En effet, pour Bégarie, J., Maïano, C. & Ninot, G. (2011), par son apparence, ses attributs corporels et ses compétences physiques, le sujet étaye son soi physique, et dans certaines conditions renforce son estime de soi globale. Les recherches en psychologie du sport ont confirmé l'importance de la perception du corps dans la construction de l'estime de soi. Les travaux de Bibble, S. & Goudas, M. (1994) ont mis en évidence que le développement de la valeur physique perçue contribuait au renforcement de l'estime de soi. Thornton et Rickman (1991) ont souligné qu'il existe une relation entre l'estime de soi et l'apparence physique, quels que soient le genre et la période de l'adolescence. Harter (1999) a montré qu'au cours de l'adolescence, l'apparence physique est le domaine le plus important et le plus fortement corrélé à l'estime de soi globale. Enfin, Seidah & al. (2004) confirment que les jeunes qui ont une attitude positive envers leur apparence physique ont tendance à avoir une estime de soi générale élevée. Ils constatent également que globalement les garçons rapportent une estime de soi plus élevée que les filles, y compris dans le domaine physique et athlétique. (F.Fourchard et A. Courtinat-Camps, 2013)

2.11. Activité physique chez l'enfant et l'adolescent

L'activité physique est très importante pour les enfants et les adolescents, il est entendu que le sport est un facteur favorisant le développement physique et psychologique des jeunes (Danish et coll, 2005). En effet, l'activité sportive est considérée à la fois comme un moyen de

lutte contre les troubles liés à la sédentarité (comme le surpoids et l'obésité), voire à l'oisiveté (et donc l'ennui et le désinvestissement scolaire et social) et comme une activité qui permet de canaliser l'agressivité (lutte contre la délinquance), de maîtriser l'attention (lutte contre l'hyperactivité), de développer les habilités cognitives (comprendre des situations complexes), stratégiques (se fixer un but et les moyens d'y parvenir), sociales (sociabilité, règles en groupe, coping, adaptation à des situations nouvelles...) et personnelles (estime de soi) (Tofler et Butterbaugh, 2005). Ces avantages procurés par le sport existeraient quelle que soit la discipline pratiquée. (Inserm, 2008)

2.12. Activité physique et estime de soi :

A propos de l'estime de soi et l'activité physique Lehalle, (1995) trouve que l'estime de soi est la part évaluative du soi, et par conséquent, la plus consciente et explicite c'est le seul sentiment plus ou moins favorable que chacun éprouve à l'égard de ce qu'il pense être. Ce concept est un déterminant majeur de la santé, des conduites de santé, de la quantité de vie et du bien-être (Brown, 1998).

Foxe (1997) a validé un modèle hiérarchique qui relie l'estime de soi au soi physique (figure 1), du plus concret (sous-domaine) au plus global (sommet de la hiérarchie). Le soi physique est la résultante de la valeur physique perçue et de quatre sous-domaines (Fox et Corbin, 1989). L'« endurance » se rapporte à la perception de son niveau de condition physique, d'endurance et de forme, de son aptitude à maintenir un effort et de sa confiance vis-à-vis de l'effort. La « force » concerne la force explosive, la puissance musculaire et la confiance dans les situations exigeant de la force. La « compétence sportive » correspond à la perception de ses habiletés motrices liées au sport, de sa capacité à apprendre de nouveaux gestes, de ses ressources stratégiques et de sa confiance à affronter une situation compétitive. L'« apparence » se rattache à l'attrait perçu du corps (beauté), à l'aptitude à maintenir un corps séduisant et à la confiance dans son apparence. Ce modèle a été validé par la plupart des recherches internationales.

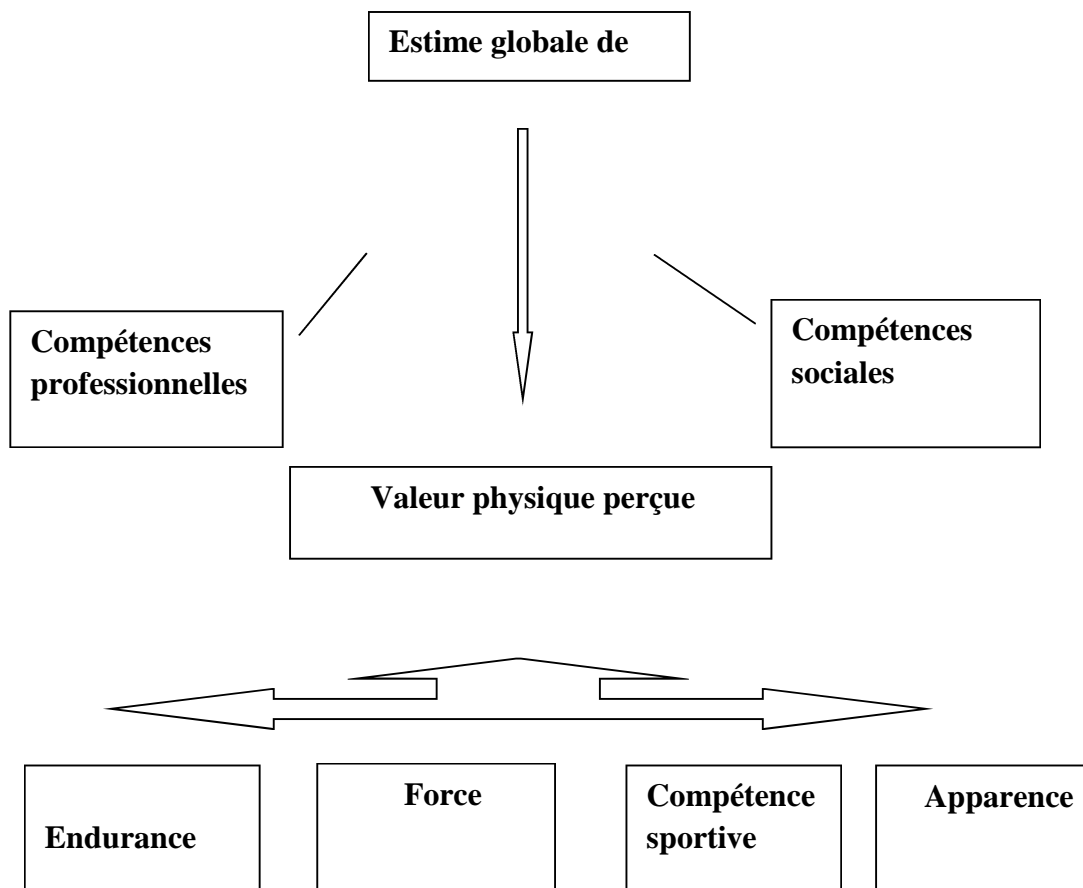


Figure1 : Modèle hiérarchique de l'estime globale de soi (d'après Foxe et Corbin, 1989)

Ce modèle hiérarchique permet de déterminer les relations entre les perceptions du domaine de compétence physique et l'estime de soi globale de soi.

Les modalités de pratique de l'activité physique (nature, fréquence, intensité, régularité, durée, pédagogie, didactique et matériel) sont des déterminants majeurs du changement du niveau d'estime globale de soi et du soi physique.

La pratique d'une activité physique à dominante aérobie, au moins 1 mois, d'intensité modérée, à raison de 3 séances par semaine, avec une pédagogie adaptée, une expertise didactique et des moyens matériels appropriés augmente le soi physique, et de manière plus aléatoire l'estime globale de soi. L'augmentation de cette dernière dépendra de l'importance accordée au domaine corporel et des effets sur des domaines moins directement liés à l'aspect corporel comme l'aspect social. La valeur du soi physique est un déterminant majeur de la poursuite d'une activité physique à long terme et de l'évitement de l'installation ou de l'aggravation du cercle vicieux du déconditionnement. Pour ce faire, une approche éducative

pour la santé et de verbalisation port-exercice est un complément indispensable caractérisant mieux les modalités des pratiques d'activité physique sur d'importants échantillons, incluant des services de santé sont indispensables. En parallèle, des travaux intra-individuels (suivi longitudinal individuel avec évaluations brèves et répétées) doivent permettre de caractériser le poids respectif des facteurs influençant les variations des niveaux d'estime de soi et de comprendre le fonctionnement des flux causaux. (Inserm, 2008)

2.13. L'impact bénéfique d'une pratique régulière d'APSA pour les personnes en situation de handicap

D'après A. Cécile et al, (2010) l'activité physique régulière à des bienfaits sur les personnes handicapées :

2.13.1. Sur le plan physique :

- Acquisition d'une meilleure condition physique et hygiène de vie.
- Développement des capacités physiques et musculaires.
- Accroissement et maintien de l'autonomie.
- Amélioration de la coordination, de l'habileté gestuelle et de l'équilibre.
- Prévention sur la santé : éviter les méfaits de la sédentarité (excès de poids, problèmes cardio-vasculaires, ostéoporose...)
- Prévention des effets du vieillissement.

2.13.2 Sur le plan cognitif :

- Développement de l'estime de soi.
- Aide à la reconstruction de l'image de soi (handicap physique)
- Diminution de l'anxiété, des troubles de l'humeur.
- Epanouissement, dépassement de soi.
- Concentration, mémorisation, recherche de stratégies.
- Fierté d'être sportif.

2.13.3. Sur le plan social :

- Effet positif sur la qualité de vie.
- Elargissement des capacités de communication, d'interactions positives avec les autres.
- Meilleure insertion dans un groupe, dans la société.
- Valorisation de la personne sur un plan familial et social.
- Respect des règles du jeu et de l'adversaire, acquisition de normes de vie sociale.
- Outil de lutte contre l'isolement social.
- Mise en œuvre de sa citoyenneté.

Chapitre 2

Inclusion de l'handicapé en EPS

1. La législation de l'enseignement inclusif en Algérie

En Algérie, la prise en charge des personnes à besoins spécifiques reste une pratique moindre, problématique est dépassée sur le plan matériel comme sur le plan pédagogique. Selon Bouzid.Baa et Mekhoukh la législation de l'inclusion en Algérie est comme suite :

- Début des années 1980, mise en place d'une politique de prise en charge spécialisée des enfants handicapés qui a très peu évolué contrairement à ce qui s'observe au plan international. (A.Mecherbet et L.Azzouz, 2010-2011)
- Ainsi, la première apparition de la notion d'insertion scolaire en Algérie relève des circulaires n°82/2 et 82/048 du 29 janvier 1982 réadaptées par la loi de 1996 qui affirme la volonté des pouvoirs publics d'intégrer les enfants et adolescents handicapés à l'école. (M.Boukhelif, 2014-2015)
- Depuis l'année 1990, le ministère de la solidarité a mis en place des « classes d'intégration » à l'intention des enfants handicapés mentaux au sein des écoles d'enseignement primaire.
- Cependant, au lieu de se généraliser, car ces classes adaptées en nombre insignifiant ont même fait l'objet d'une remise en cause par de nombreux directeurs d'écoles primaires.
- Les classes d'intégrations ouvertes ne permettaient pas une intégration sociale des sujets avec le reste des enfants de l'école.
- Elles fonctionnent de manière séparée des classes ordinaires, les enfants des classes intégrées ne partageant rien avec ceux des classes ordinaires.
- L'année 2002 verra la promotion d'une loi (n° 02-09 du 8 mai 2002) relative à la protection et à la promotion des personnes handicapées (articles, 14, 15,16)
- L'article 14 de cette loi stipule que le secteur de l'éducation en collaboration avec les établissements de santé et autres institutions concernées, doit prendre en charge et intégrer les enfants handicapés et ceux souffrant de maladies chroniques.
- En 2006, l'Algérie a mis en place par décret exécutif n°06-145 du 25 avril 2006 un Conseil National des personnes Handicapées.
- Ce conseil est installé en mai 2014. C'est un conseil « consultatif chargé d'étudier et de donner son avis sur toutes les questions relatives à la protection, la promotion, l'insertion socioprofessionnelle et l'intégration des personnes en situation de handicap »

- En 2008, Loi d'orientation sur l'éducation(2008), article 10, 14 pour les enfants avec un plan national d'action pour les enfants (2008-2015)
- La même année (2008), promotion d'un décret exécutif qui fait obligation aux établissements et centres d'accueil de la petite enfance d'accepter « les enfants handicapés dans des unités spécialement aménagées ou intégrées dans des groupes d'enfants valides ». (MS N F)
- Cette loi, circonscrite à l'éducation préscolaire, précise la mise en place des contours d'une pratique de l'inclusion préscolaire des enfants handicapés. (A.Mecherbet et L.Azzouz, 2010-2011)
- Une Circulaire du Secrétaire Général du Ministère de l'Education National (2010) liste les procédures et conditions nécessaires de prise en charge des élèves handicapés au sein des établissements scolaires.
- Ajoutant à cette loi la ratification des différentes conventions internationales par l'Etat algérien (conventions sur le droit de l'enfant, 2009)

2. La législation de l'enseignement inclusif en EPS

Pour l'inclusion des élèves handicapés moteur en séance d'éducation physique et sportive en Algérie on note que :

L'article 1^{er} en application des dispositions de l'article 37 de la loi n° 08-04 du Moharram 1429 correspondant au 23 janvier 2008 portant loi d'orientation sur l'éducation nationale, le présent décret a pour objet de fixer les modalités relatives à l'enseignement obligatoire de la discipline de l'éducation physique et sportive dans les établissements d'éducation et d'enseignement.

Et l'article 2 porte sur l'enseignement de l'éducation physique et sportive est obligatoire pour tous les élèves, depuis le début de la scolarité jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire général et technologique. Il fait l'objet d'une évaluation, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur.

On trouve aussi l'article 3 qui démontre que l'enseignement de l'éducation physique et sportive est obligatoire dans les établissements d'éducation et d'enseignement pour les élèves handicapés, selon un programme adapté à la nature et au degré de leur handicap, défini en coordination avec les ministères chargés du sport, de la santé et de la solidarité. (Journal officiel, 2016)

3. l'inclusion

Plusieurs termes sont utilisés pour décrire une même réalité, et il n'est pas rare qu'un même terme désigne des réalités totalement différentes. En effet, dès lors qu'il est question de parler de l'inclusion, de l'insertion, de l'intégration ou de la scolarisation des élèves en situation de handicap dans la sphère scolaire, des termes très divers sont utilisés comme s'ils étaient interchangeables (Vanney et Debruères, 2002, Boutin et Bessette 2009). Ces différents termes vont ainsi être rapidement contextualisés, définis par rapport à la dimension scolaire et explicités au regard de la discipline qui nous intéresse et qui est l'Education Physique et Sportive (EPS).

3.1. L'insertion

Selon Solère-Queval (2003), au niveau terminologique, le verbe « insérer » désigne le simple ajout d'un élément à un tout. On insère un marque-page dans un livre, on ne l'y intègre pas : le marque page ne modifie pas le livre par sa présence, pas plus que le livre ne modifie le marque-page. L'étymologie du verbe « insérer » le confirme : ce verbe dérive de la racine latine « serere » qui signifie « attacher à la file » et donne aussi le mot « série ». Insérer, c'est alors introduire ou intercaler dans une série. Aussi, Vanney et Debruères (2002) définissent cette action d'insertion des élèves en situation de handicap dans le domaine scolaire ordinaire par le fait d'être parmi les élèves (valides) en tenant des rôles différents des autres en raison du manque de soutiens et du manque de transformations de l'environnement.

En EPS cette notion désignerait davantage la situation décrite par blinde et Callister (1998) dans laquelle l'élève en situation de handicap est présent au cours d'EPS sans pour autant pratiquer physiquement de manière régulière. Cela pourrait se traduire notamment par une participation de l'élève au travers de rôles périphériques à la pratique physique et sportive tels qu'arbitre, chronométreur, juge, observateur... L'objectif visé serait essentiellement d'occuper l'élève en situation de handicap afin de concrétiser une première forme d'insertion sociale.

3.2. L'intégration

Au niveau éducatif, l'expression d'intégration scolaire se réfère prioritairement aux élèves en situation de handicap en particulier dans les années 1990 avec la création de structures plus ou moins spécifiques, à l'intérieures des établissements scolaires ordinaires, telles que Classes d'Intégration Scolaire ou les Unités Pédagogiques d'Intégration. Ainsi, par rapport à la notion d'insertion, l'intégration ajoute un critère important qui repose sur le devoir d'assimilation, c'est-à-dire de faire comme les autres (Vanney et Debruères, 2002)

Ainsi, en EPS le terme d'intégration désigne davantage la pratique physique de l'élève en situation de handicap auprès des élèves ordinaires conditionnée à la réponse favorable des autorités médicales (normes médicales) et à la capacité de l'élève à acquérir les contenus des programmes EPS ainsi qu'à être évalué lors des certifications officielles (normes scolaires, Garel, 1996, Meynaud, 2007). L'objectif serait essentiellement de rendre l'élève le plus autonome possible, notamment au niveau de ses fonctions physiques et motrices et dans sa capacité à conduire son entraînement de façon indépendante (Devoise, 1997).

3.3. L'inclusion et la scolarisation

C'est au cours des années 2000 que la littérature anglo-saxonne préfère le terme d'inclusion ou d'école inclusive à celui de l'intégration, car pour de nombreux chercheurs en sciences sociales, l'intégration ne représente qu'une version très limitée de l'inclusion (Fuchs et fuchs, 1994 ; Ainscow et Caesar, 2006).

En effet, selon Rousseau et Prud'homme (2010) :

L'inclusion va au-delà de la normalisation. Elle se donne comme mission d'assurer le plein développement du potentiel de chacun de ses élèves (pas seulement les élèves en situation de handicap, mais tous les élèves). Pour ce faire, l'école mise sur chacun des acteurs proximaux (notamment les enseignants ordinaires au sens large) qui gravitent entre ses murs et sur les acteurs distaux (enseignants spécialisés, partenaires thérapeutiques et sociaux..) qui y sont les bienvenus. Dans cette école, l'expression « plein potentiel » ne se limite pas au potentiel scolaire, mais comprend aussi toutes les formes d'expression de l'intellect (et du physique). Ainsi, elle se caractérise par la capacité d'innover, de se remettre en question et par l'utilisation d'une panoplie de stratégies qui ne visent pas à faire disparaître la différence, mais bien à l'appivoiser.

Elle est dynamique et mise sur l'expertise de chacun de ses acteurs. L'école inclusive est tout le contraire d'une école statique où toutes les règles de fonctionnement, les rôles et les registres de réussite sont immuables. L'école inclusive est aussi l'antithèse d'une école où l'on tente de faire d'une personne ayant des défis particuliers une personne comme les autres.

Autrement dit, l'inclusion repose sur l'éducation de tous les élèves dans les classes et écoles du quartier, considérées comme les lieux privilégiés de la diversité et de l'apprentissage de l'autre (Stainback et Stainback, 1992 ; Thousand et Villa, 2005). Elle considère, en effet, l'hétérogénéité non pas comme un problème mais comme une chance de transformation les

représentations et les pratiques éducatives (notamment les représentations et pratiques enseignantes) pour mieux répondre à la diversité des élèves, c'est-à-dire, certes les élèves atteints de handicap, mais aussi les différences liées au genre, à la nationalité, à la langue maternelle, au niveau socioculturel, au niveau de performances scolaire...(Booth et Ainscow, 2002 ; Vienneau, 2006). Ainsi, sinon Rousseau (2010) cela implique de profonds changements dans la culture et les valeurs des écoles qui ne peuvent plus être exclusivement centrées sur ce qui distinguent les élèves (différences de rendement scolaire), mais qui doivent s'orienter bien davantage sur ce qui les rassemblent (capacités d'apprendre les uns des autres et de savoir vivre ensemble).

Or, bien que cette philosophie de l'inclusion soit largement documentée dans la littérature internationale, le terme même d'inclusion pose quelques problèmes de confusion en français. En effet, le sens, le sens étymologique du verbe « inclure » est dérivé du latin « inclusio » (enfermer, emprisonner) et se rapproche plutôt du sens du mot d'insérer. Tant et si bien que le terme inscrit dans la loi du 11 février 2005, est celui de scolarisation.

Ainsi, la scolarisation en EPS pourrait davantage désigner le cadre dans lequel l'élève en situation de handicap pratique l'EPS avec ses camarades ordinaires dans des situations mixtes, en classe ordinaire, visant à construire des compétences propres à l'EPS basées sur des activités socialement reconnues (Activités Physique Sportives et Artistiques, mais aussi des Activités Physique Adaptées, handisport ou sport adaptés et des compétences méthodologiques et sociales axées sur la construction de relations sociales harmonieuses entre élèves (travail en équipe, coopération, entraide..). (Maxime.T, 2014)

4. La pédagogie de l'inclusion

Une pédagogie de l'inclusion est un modèle pédagogique qui permet la gestion des différences tout en répondant aux besoins particuliers de chaque élève. Pour y parvenir, ses pratiques doivent reposer sur :

- Une coopération entre les intervenants scolaires et entre les apprenants.
- La reconnaissance et la prise en compte de l'unicité de chaque apprenant.
- Une participation optimale et le développement de l'autonomie.
- Une pédagogie favorisant la construction et l'intégration des savoirs.

Ces pratiques doivent être accompagnées des interventions spécialisées visant à répondre de manière spécifique aux besoins éducatifs particuliers des élèves avec des handicaps spécifiques et des élèves en difficultés. (N. Rousseau et Prud'homme, 2010)

5. Les caractéristiques de l'inclusion

- Accueillir tous les élèves (ne laisser personne à l'extérieur de l'enseignement ordinaire).
- S'ajuster aux besoins variés de formation au moyen d'options éducatives souples et adaptées.
- Tenir compte des besoins de chacun et être structuré en conséquence.
- Tenir compte des besoins de chaque membre de l'école (le personnel et tous les élèves) afin qu'ils réussissent dans le cadre normal des activités éducatives. (C.Petit, 2001)
- Recevoir l'aide des personnes ressources expertes en fonction des besoins particuliers de ses élèves (orthophonistes, psychologues, rééducateur, enseignant...).
- Mise en place de dispositifs spéciaux (classes spéciales, groupes d'aides, unités d'intégration) en réponse aux besoins des élèves présents dans l'établissement. (S.Thomazet, 2006)

6. Les conditions d'une mise en place d'une éducation inclusive

Pour E. Plaisance et al, (2007) les conditions d'une mise en place d'une éducation inclusive sont :

❖ La formation des enseignants :

Formation centrée essentiellement sur l'approfondissement des compétences pédagogiques en vue de gérer la diversité des élèves.

L'importance d'une sensibilisation au handicap, qui mette davantage l'accent sur la question de l'éducabilité que sur une présentation des déficiences.

❖ Le rôle des professionnels spécialisés :

Le milieu spécialisé en tant que ressource pour l'école est sollicité aussi par l'éducation inclusive. Ainsi, les professionnels spécialisés ont besoin d'être présentés à de nouveaux modes d'intervention dans les écoles, auprès des enfants et des adultes.

❖ Le travail en collaboration :

La démarche inclusive suppose le travail en collaboration, aussi bien au sein de l'école qu'entre écoles et structures spécialisées, raison pour laquelle la formation porte également sur les pratiques de collaboration, des formations en équipe, des formations pluri-catégorielles.

7. Les difficultés scolaires de l'élève handicapé moteur

A l'école, l'élève en situation de handicap moteur est susceptible de rencontrer de nombreuses difficultés :

❖ Difficultés motrices :

Des maladresses gestuelles vont poser souci dans la manipulation (dessin mesure), et surtout pour l'écriture (la préhension du crayon pouvant s'avérer complexe et entraîner de nombreux autres problèmes sous-jacents comme dans le calcul par exemple, où la pose d'opération en d'autres difficultés spécifiques à la pratique de l'EPS liés au handicap moteur : une réduction de l'amplitude articulaire du jeu, une déficience de la tonicité et une posture inadaptée pouvant engendrer une maladresse, mais aussi quelques fois des troubles de la perception et de la sensibilité qui peuvent affecter la vision d'un mobile en déplacement (ballon...)

❖ Difficultés cognitives :

concertation et mémorisation limitée (dues parfois à une fatigue physique), problème d'organisation des tâches, pauvreté de l'espace vécu (dû à la restriction des déplacements), faible créativité, trouble de la perception, troubles de parole qui nécessiteront l'utilisation d'un code spécifique, etc.

❖ Difficultés psychologiques :

Manque de confiance en soi (problème d'estime de soi), peur de ne pas réussir, manque d'autonomie, faible motivation.

Pour réduire ces difficultés, des recours sont possibles, tels que le matériel pédagogique adapté (ordinateur avec logiciels adaptés, agrandissement des documents, etc.). La bonne

installation de l'élève en classe (hauteur du plan de travail, déplacements dans la classe facilités par l'aménagement de celle-ci, etc.). (M.Dousset, 2013)

8. L'EPS pour l'élève handicapé moteur

8.1. Définition de l'EPS :

Selon C.Pineau (1990) « discipline d'enseignement, l'EPS, permet l'acquisition de connaissances et la construction des savoirs permettant la gestion de la vie physique aux différents âges de son existence, ainsi que l'accès au domaine de la culture que constituent les pratique sportives ».

Et pour Mialaret en (1979) l'EPS est une « discipline incluse dans le programmes d'enseignement, grâce à laquelle l'élève développe et entretient particulièrement ses conduites motrices et corporelles »

Au sein de l'ensemble des disciplines d'enseignement, l'EPS occupe une place originale ou le corps, la motricité, l'action et l'enseignement de soi, sont au cœur des apprentissages. Elle offre ainsi une complémentarité aux autres enseignements et assure l'indispensable équilibre du temps scolaire.

8.2. EPS et handicap moteur

Même si cela semble incohérent de proposer de l'EPS à un enfant en situation de handicap moteur, celle-ci est non seulement un droit inscrit au code de l'éducation, mais une préconisation car elle apporte de nombreux bienfaits. Sur le plan musculaire, la pratique de l'EPS permet à l'élève handicapé d'augmenter sa force musculaire, sa souplesse articulaire, sa coordination gestuelle, sa résistance à la fatigue. Cela lui permet aussi de combattre l'atrophie musculaire, de développer ses fonctions cardio-respiratoires, ses qualités physiques de base (vitesse, précision, adresse, résistance, etc.) et d'acquérir de nouveaux réflexes. Sur le plan psychologique et moral, le sport en général est source de bien-être, même pour les personnes en situation de handicap moteur. L'EPS elle, étant axée sur l'acquisition de compétences et non sur la performance, permet la construction de savoirs communs et favorise l'ouverture et la tolérance des autres élèves. Face à sa persévérance lors des activités d'EPS, l'élève handicapé moteur, peut être admiré par certains camarades, ce qui pourrait améliorer ses rapports sociaux. De façon plus générale, en pratiquant un sport, l'élève apprend ou réapprend à parler avec son corps, il prend conscience de ses ressources et porte un regard moins négatif sur ses déficiences.

Cette aide à la restructuration de l'image du corps augmente donc la confiance de l'élève en lui-même. En aidant l'élève handicapé à être autonome et à se construire, « l'EPS favorise son insertion dans le groupe, l'établissement, et donc dans la société. »(D.Lavisse, 2009)

Partie pratique

Chapitre 3

Méthodologie de recherche

Méthodologie de la recherche

1. Tâches

- Réalisation des questionnaires pour évaluer l'estime de soi globale des adolescents handicapés complété par l'inventaire du soi physique.
- Réalisation d'un questionnaire pour interviewer les enseignants d'EPS.
- Recueil des résultats obtenus.
- Traitement de ces résultats.

2. L'intérêt de l'étude

- Mettre en pratique nos connaissances acquises à travers notre cursus universitaire
- Apporter de nouveau et un enrichissement à travers ce thème, à la recherche académique et au futur chercheurs de notre faculté.
- Saisir l'occasion pour être près de cette couche d'adolescents (élèves en situation d'handicap sportifs et non sportifs) et de démontrer l'importance d'une pratique d'activité physique pour l'amélioration de leur estime de soi.
- Démontrer que malgré les lois qui permettent à l'élève handicapé une pratique d'EPS dans les établissements ordinaires cette pratique reste non appliquée

Dans cette partie du travail nous allons présenter les sujets examinés et les dispositifs expérimentaux ainsi que toutes les démarches concernant le déroulement des évaluations et les résultats.

3. Population

Notre population se divise en deux groupes qui sont :

2.1. Groupe d'adolescents en situation d'handicap moteur et qui se divise à son tour en deux sous groupes :

2.1.1. Le premier groupe : il se constitue d'un ensemble d'adolescents en situation d'handicap moteur inclus dans des établissements ordinaires et non pratiquant pour l'activité physique et sportive extrascolaire en nombre de 45 élèves au niveau des trois Wilayas (Bejaia, Sétif et Tizi-Ouzou) âgés entre 12 ans et 18 ans, des deux sexes (Féminin / Masculin).

2.1.2. Le deuxième groupe : ce constitue lui aussi d'adolescents en situation d'handicap moteur pratiquant une activité physique sportive dans des clubs handisport, en nombre de 45 athlètes au niveau des trois wilayas (15 athlètes de la ligue handisport de Bejaia, 15 athlètes de la ligue handisport Sétif et enfin 15 d'autres athlètes de la ligue handisport de la wilaya de Tizi-Ouzou).

2.2 Échantillon d'enseignants :

Notre échantillon d'enseignants d'éducation physique et sportive des établissements des trois wilayas au niveau des établissements des trois wilayas d'un nombre de 20 enseignants pour chacune (un nombre de 60 enseignants)

4. Méthode et critères de sélection de la population d'étude

Notre échantillon à été choisi selon la technique d'échantillonnage aléatoire simple, le but est de tirer des conclusions concernant certaine caractéristiques d'une population à partir des informations contenus dans un échantillon

- Notre population d'élèves handicapés non pratiquant d'activité physique et sportive extrascolaire et les licenciés dans des clubs sont sélectionnés selon les critères suivants :
 - l'élève adolescent licencié dans un club et non licencié doivent présenter un handicap moteur (paralysie d'un ou des membres supérieurs/ inférieurs)
 - l'âge réel se situe entre douze (12) et dix neufs (18) ans.
 - cause de trouble (par accident, pré natale, néo natale...etc.).

- Notre population d'enseignants est sélectionnée selon les critères suivants :
 - Les enseignants doivent travailler dans des établissements qui intègrent des handicapés moteurs.
 - Chaque enseignant devrait avoir eu un élève ou des élèves en situation d'handicap moteur dans une ou plusieurs de ses classes.

5. Présentation du lieu de recherche

Notre recherche a été effectuée au niveau de 3 wilayas qui sont : Bejaia, Sétif et Tizi-ouzou grâce à l'aide :

- Des académies : qui nous ont communiqués des données indiquant le nombre d'handicapés inclus dans des établissements ordinaires les noms de ces derniers et leurs nombre et la nature de l'handicap pour chaque élève.

Wilaya	La nature de l'handicap	Le nombre d'élèves au primaire	Le nombre d'élèves au secondaire
Bejaia	Moteur	177	47
Sétif	Moteur	40	45
Tizi-Ouzou	Moteur	183	39

Tableau N°1 : Nombre d'élèves handicapés inclus dans les établissements ordinaires

- Les ligues handisports qui nous ont communiqués des données concernant les athlètes en situations d'handicap moteur, le nombre et les noms des clubs.

La ligue handisport	Le nombre de clubs	Le nombre d'athlètes
Ligue handisport Bejaia	9	116
Ligue handisport Sétif	9	240
Ligue handisport Tizi-Ouzou	9	151

Tableau N°2 : nombre de clubs handisports et d'athlètes handicapés au niveau des trions wilayas.

6. Moyen et méthode de la recherche

Pour résoudre le problème de notre problème susmentionné, nous avons appliqué les moyens et méthodes suivantes :

6.1. La méthode descriptive

La recherche descriptive ou recherche explicative. La recherche descriptive a pour objet de répertorier et de décrire systématiquement un certain ordre de phénomènes, d'établir des regroupements de données et des classifications. La recherche a pour objet de rechercher des causes, des principes ou des lois qui permettent de rendre compte des phénomènes (Raymond Robert Tremblay et Yvan Perrier, 2006)

6.2. Instruments utilisés

Pour la mesure d'estime de soi nous avons utilisé :

6.2.1. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg Self-Esteem sale)

Cette échelle traduite et validée par Vallière et Vallerand (1990), est composée de 10 items qui sont présentés sous forme positive (items 1, 2, 4, 6 et 7) et cinq autres sous forme négative (items 3, 5, 8, 9 et 10), afin de limiter l'effet de désirabilité sociale. Les réponses sont généralement cotées sur une échelle de Likert en 4 point allant de tout à fait en désaccord à tout à fait en accord.

La cotation des items négatifs est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si la personne entoure le chiffre (1), (3) si elle entoure le 2, (2) si elle entoure le 3 et (1) si elle entoure le chiffre 4.

Et l'interprétation des résultats est identique pour une femme ou un homme.

Si on obtient un score inférieur à 25, l'estime de soi est très faible.

Si on obtient un score entre 25 et 31, l'estime de soi est faible.

Si on obtient un score entre 31 et 34, l'estime de soi est dans la moyenne.

Si on obtient un score compris entre 34 et 39, l'estime de soi est forte.

Si on obtient un score supérieur à 39, l'estime de soi est très forte.

6.2.2. L'inventaire de soi physique (ISP)

La version initiale de cette échelle multidimensionnelle, issue des travaux de Fox et Cobrin (1989) et traduite en langue française par Ninot et al. (2000), se présente sous la forme d'un auto-questionnaire de 25 items composé de 6 échelles : au niveau général, une échelle d'estime globale de soi (EG) avec 5 items, dont 2 items sont présentés sous forme positive (items 1 et 23) et 3 items sous forme négative (items 7, 13 et 19) ; au niveau physique, une échelle de valeur physique perçue (VPP) avec 5 items positifs (2, 8, 14, 20 et 24) ; 4 autres sous échelles correspondent à la condition physique, évaluée sur la base de la course d'endurance (E) avec 5 items, dont 3 items positifs (items 9, 15 et 21) et 2 items négatifs (items 3 et 25), la compétence sportive (CS) constituée de 4 items sous forme positive (items 4, 10, 16, 22), l'apparence physique (A) composée de 3 items dont 1 item positif (item 11) et deux items négatifs (items 5 et 17) et la force (F) avec 3 items positifs (items 6, 12 et 18). Le calcul des résultats se fait en additionnant nos scores aux questions **1, 2, 4, 6, 7**. Pour les questions 3, 5, 8, 9, 10, la cotation est inversée.

Les réponses sont cotées sur une échelle de Likert en 6 points allant de pas du tout à tout à fait.

6.2.3. Questionnaire des enseignants

Pour la mesure de notre hypothèse sur l'inclusion des élèves handicapés moteur en EPS nous avons utilisé des questions issues et inspirées du questionnaire de Maxime Tant, (2014). De sa thèse doctorant en Science technique des activités physique et sportive portent sur «L'inclusion en Education Physique et Sportive des élèves en situation de handicap ».

Notre questionnaire est composé de 9 questions à réponses fermées, quelques unes du type oui/non mais la plupart en échelle dichotomisée de 4 possibilités. Ce choix de réponses fermées se justifie, d'une part, par le fait que les enseignants puissent répondre facilement et rapidement aux questions, d'autre part, que le traitement statistique des données soit facile.

Le questionnaire se compose de 3 chapitres qui touchent à l'environnement inclusif des handicapés moteurs en EPS, les perceptions sur l'inclusion des élèves handicapés moteur en EPS et un dernier qui porte sur l'inclusion de cette couche d'élèves en séance d'EPS ainsi que la formation des enseignants en Education physique adaptée.

7. Procédure

Les questionnaires ont tous été donnés en main propre à la suite d'une explication individuelle sur le protocole expérimental et sur le cadre contextuel de la recherche. L'ensemble des questionnaires demande dix minutes d'attention pour que tout soit complété. Au moins un enseignant ou entraîneur était présent au moment de passation des questionnaires.

8. L'étude statistique :

Pour réaliser l'ensemble des calculs de notre travail, nous avons eu recours au logiciel SPSS qui est un système complet d'analyse de données. SPSS peut utiliser les données de presque tout type de fichier pour générer des rapports mis en tableau, des diagrammes de distributions et de tendances, des statistiques descriptives et des analyses statistiques complexes.



Figure N°2 : Page représentatif de l'SPSS

8.1. Le pourcentage

Après avoir récupéré les questionnaires distribués, on compte les scores des réponses à chaque énoncé, puis on calcule le pourcentage de chaque réponse selon l'effectif total.

L'effectif total \Longrightarrow 100%

Fréquence des réponses \Longrightarrow pourcentage (X)

$$x = \frac{\text{Fréquence des réponses} \times 100}{\text{l'effectif total}}$$

8.2. La moyenne :

La moyenne d'une série statistique est égale au quotient de la somme de toutes les valeurs de cette série par l'effectif total.

8.3 L'écart type :

C'est la variance de l'écart par rapport à la moyenne, cela veut dire la distance qui sépare les valeurs individuelles du groupe.

8.4. Le mode :

Le mode est la valeur la plus fréquente dans un échantillon.



Figure N°3 : Calcul de la moyenne, écart-type, pourcentage et le mode sur SPSS.

8.5. Le coefficient de corrélation de Pearson :

Permet de mesurer l'intensité de liaison entre deux caractères. C'est donc un paramètre important dans l'analyse des régressions linéaires. Réaliser grâce au logiciel SPSS

- Une valeur proche de 1 montre une forte liaison (positive) entre les deux caractères.
- Une valeur proche de -1 montre une forte liaison (négative) entre les deux.
- Une valeur proche de 0 montre l'absence de liaison entre les deux caractères.

8.6. Le test de Mann-Whitney :

Le test non paramétrique de Mann Whitney est utilisé pour comparer deux échantillons indépendants de petite taille. Il est valide sur des données cardinales ou ordinales, voire des variables différentes observées sur deux populations. Toutefois, en pratique, il permet surtout d'estimer si les variables de deux échantillons suivent la même loi de probabilité. Ce qui revient souvent à se demander si ces échantillons proviennent de la même population. Réaliser grâce au logiciel SPSS.

Chapitre 4

Analyse, interprétation et discussion des résultats

Présentation des résultats des questionnaires

1. Présentation des résultats de L'Echelle d'estime de soi de Rosenberg :

Question N°1 : Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.

(**T.D**) Tout à fait en désaccord, (**P.D**) Plutôt en désaccord, (**P.A**) Plutôt en accord, (**T.A**) Tout à fait en accord.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	comparaison
Points	1	2	3	4			
Non sportifs	00	00	12	33	45	3.73	S
%	00	00	26.7	73.3	100%		
Sportifs	00	00	4	41	45	3.91	
%	00	00	8.9	91.1	100%		

Tableau N°3 : Moyennes, pourcentages des réponses des adolescents handicapés moteurs sportifs et non sportifs au premier Item de RSES

Les résultats enregistrés sur le tableau ci-dessus démontrent que le score moyen 3.73 des non sportifs est inférieur au score moyen des sportifs qui est égale à 3.91. À noter que 91.1% des sportifs sont Tout à fait en accord avec le premier item de RSES alors que 8.9% sont plutôt en accord.

Pour les non sportif 26.7% de ce groupe sont Plutôt en accord tandis que 73.3% ont répondu par tout à fait en accord.

Et on remarque dans cette évaluation entre les deux groupes (pratiquant une activité physique et sportive et non pratiquant) l'existence d'une différence significative ($P < 0.049$).

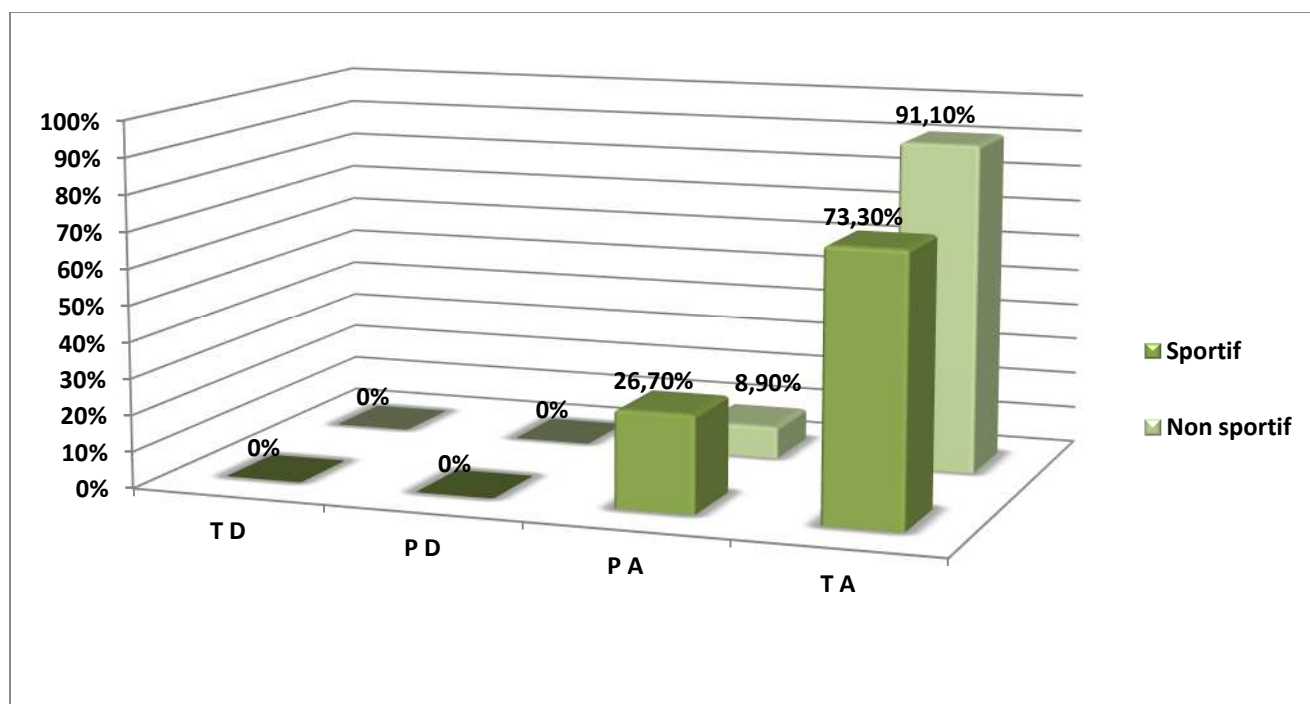


Figure N°4 : les résultats du premier Item de RSES.

Question N°2 : Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	Comparaison
Points	1	2	3	4			
Non sportifs	00	00	42	3	45	3.07	S
%	00	00	93.3	6.7	100%		
Sportifs	00	00	9	36	45	3.80	
%	00	00	20	80	100%		

Tableau N°4: Moyenne, pourcentage des réponses des adolescents handicapés sportifs et non sportifs au deuxième Items de RSES.

80% des handicapés sportifs ont répondu qu'ils sont Tout à fait d'accord avec ce deuxième item de RSES et 20% par Plutôt en accord, alors que 93.3% des réponses des non sportifs est de Plutôt en accord et 6.7% sont des réponses de Tout à fait en accord.

Le score moyen pour ce deuxième item est plus élevé chez les pratiquants d'activité physique et sportive que chez les non pratiquants.

Chapitre4 Analyse, interprétation et discussion des résultats

Dans la comparaison entre les deux groupes pour cet item, on observe l'existence d'une différence significative ($P=0.019$).

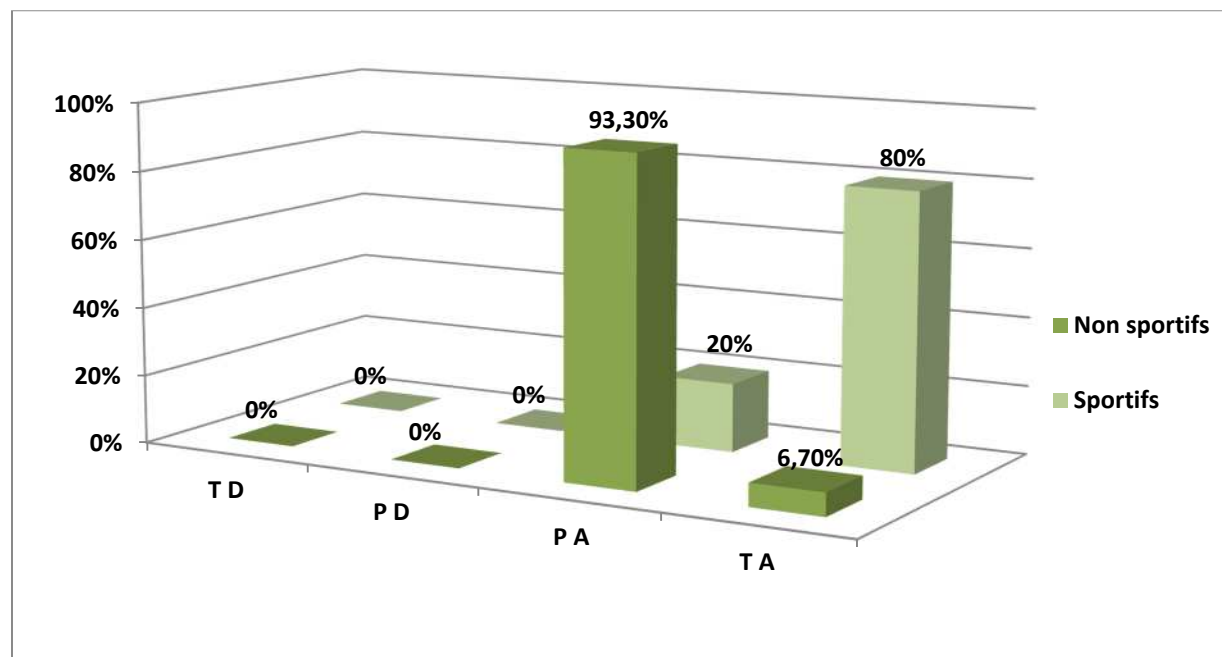


Figure N°5 : Les réponses des deux groupes sportif et non sportif au deuxième item de RSES.

Question N°3 : Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	Comparaison
Points	4	3	2	1			
Non sportifs	36	8	00	1	45	3.76	S
%	80	17.8	00	2.2	100%		
Sportifs	45	00	00	00	45	4	
%	100	00	00	00	100%		

Tableau N°5 : Moyenne et Pourcentage des réponses des deux groupes sport et non sport à l'Item 3 de RSES.

Les réponses des non sportifs sont à 80% pour le Tout à fait en désaccord, 17% en Plutôt en désaccord et à 1% en Tout à fait en accord avec l'Item 3 de RSES. Mais du côté des sportifs la totalité est Tout à fait en désaccord avec cet item qui porte à se considérer comme raté.

Chapitre4 Analyse, interprétation et discussion des résultats

Le score moyen des réponses pour l'Item est de 4 pour les sportifs et 3.76 pour les non sportifs.

Pour les deux groupes sportifs et non sportifs la différence est significative avec un $P=0.02$.

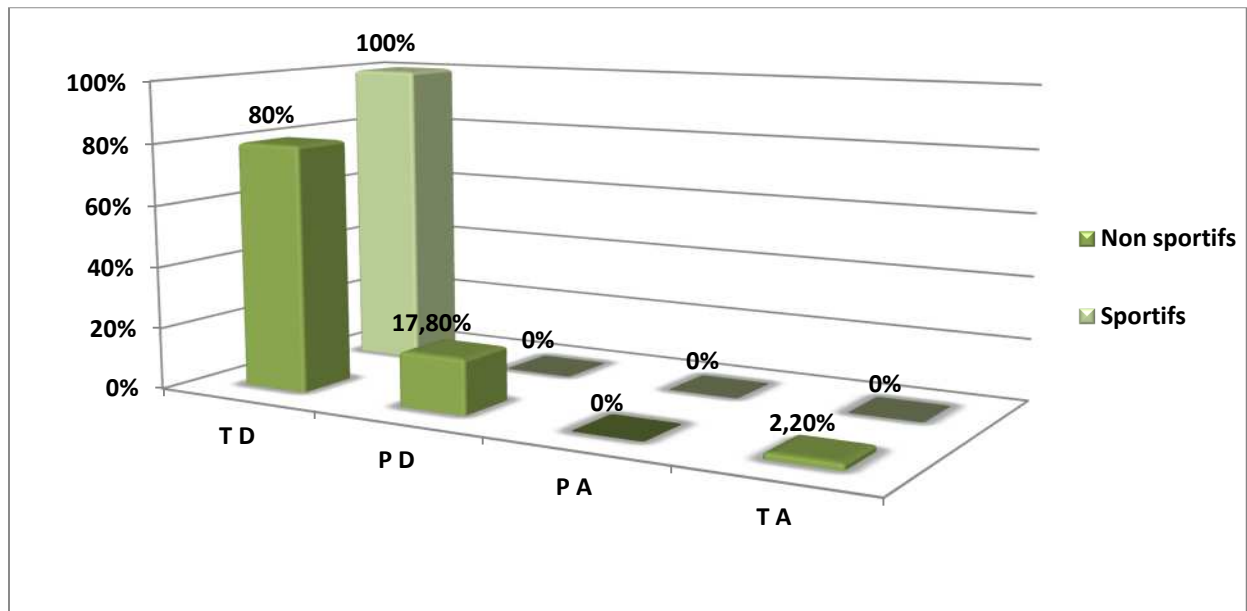


Figure N°6 : Pourcentage des réponses au troisième item de RSES pour les sportifs et non sportifs.

Question N°4 : Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	Comparaison
Points	1	2	3	4			
Non sportifs	00	00	41	4	45	3.09	S
%	00	00	91.1	8.9	100%		
Sportifs	00	00	8	37	45	3.82	
%	00	00	17.8	82.2	100%		

Tableau N°6 : Moyenne et pourcentage des réponses à l'item 4 pour les deux groupes sportifs et non sportifs.

91.1% des non sportifs sont plutôt en accord avec l'item 4. Cependant 8.9% qui restent sont tout à fait en accord avec ce dernier.

Quant au sportifs 82.2% ont répondu par Tout à fait en accord et 17.8% sont Plutôt en accord d'être capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens

La moyenne des deux groupes reste élevée chez les sportifs avec un score de 3.82 et 3.09 pour les non sportifs.

Dans les résultats du tableau ci-dessus on constate que la différence entre les handicapés moteurs sportifs et non sportifs est significative avec un $P=0.022$.

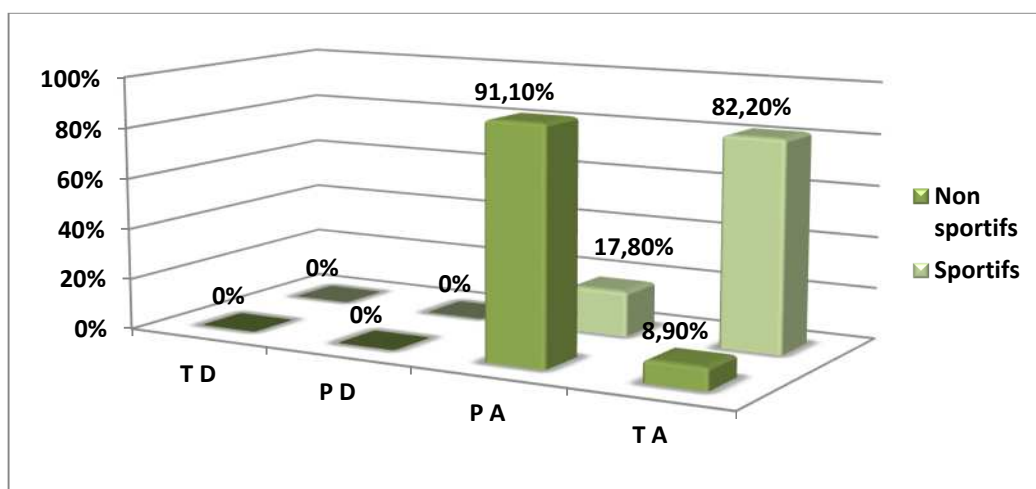


Figure N°7: Pourcentage des réponses du 4^{ème} Item de RSES pour les deux groupes sportifs et non sportifs

Question N°5 : Je sens peu de raisons d'être fier de moi.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	Comparaison
Points	4	3	2	1			
Non sportifs	35	8	1	1	45	3.71	S
%	77.8	17.8	2.2	2.2	100%		
Sportifs	45	00	00	00	45	4	
%	100	00	00	00	100%		

Tableau N°7 : Moyenne et Pourcentage des réponses au cinquième item de RSES pour les sportifs et non sportifs.

Les résultats du tableau ci-dessus montrent que 77.8% des non sportifs sont Tout à fait en désaccord qu'il y a peu de raison d'être fier de soi, 17.8% sont plutôt en désaccord et 2.2% Plutôt en accord et les derniers 2.2% Tout à fait en accord.

100% des sportifs sont Tout à fait en désaccord avec l'item. La moyenne des deux groupes est de 3.71 pour les non sportifs et 4 pour les sportifs.

Les deux groupes d'handicapés moteurs présentent une différence significative dans l'Item 5 ($P < 0.001$).

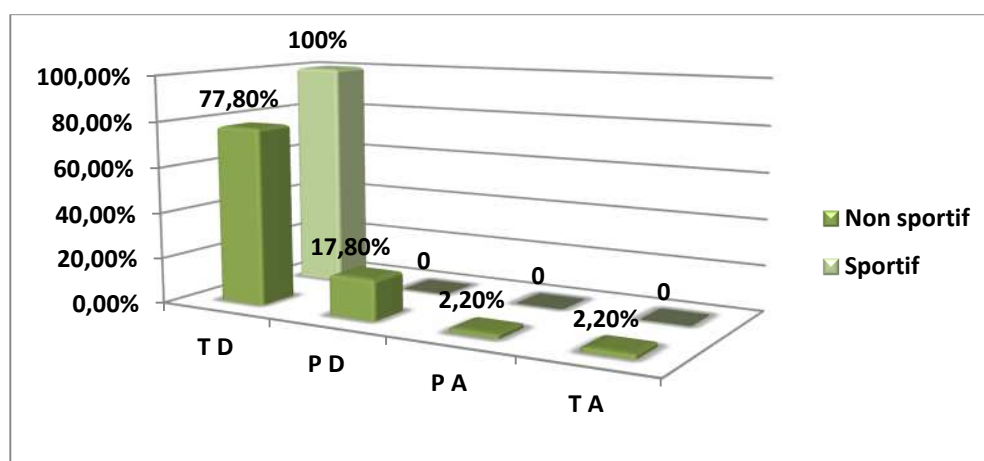


Figure N°8 : Pourcentage des réponses pour l'item 5 de RSES pour les deux groupes sportifs et non sportifs.

Question N°6 : J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	Comparaison
Points	1	2	3	4			
Non sportifs	00	00	40	5	45	3.11	NS
%	00	00	88.9	11.1	100%		
Sportifs	00	00	7	38	45	3.84	
%	00	00	15.6	84.4	100%		

Tableau N°8: Moyenne et Pourcentage des réponses au 6^{ème} item de RSES pour les sportifs et non sportifs.

88.9% des non sportif sont Plutôt en accord qu'ils ont une attitude positive d'eux-mêmes tandis que 11.1% sont tout à fait en accord d'avoir une attitude positive d'eux-mêmes.

D'un coté 84.4% des sportifs sont Tout à fait en accord avec l'Item et seulement 15.6% sont Plutôt en accord.

Le score des moyennes est de 3.84 pour les sportifs et de 3.11 pour les non sportifs. D'après le résultat du test Mann Whitney on constate qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (les handicapés moteurs sportifs et les non sportifs).

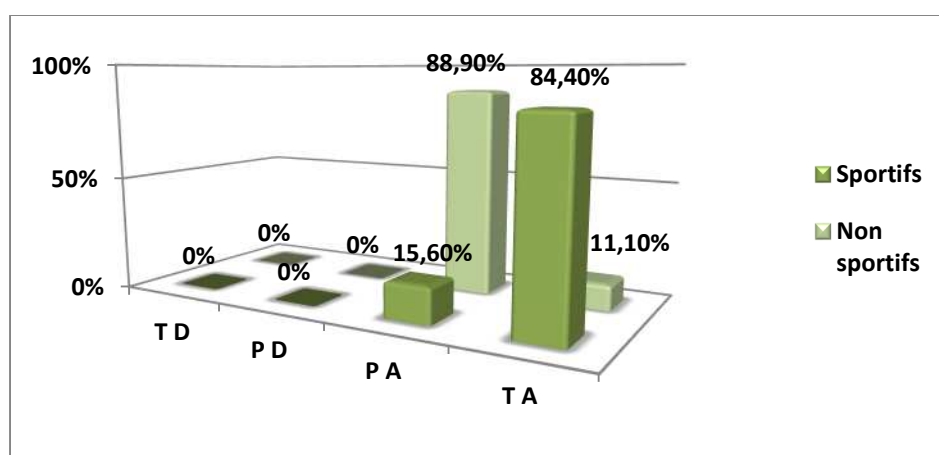


Figure N°9: Pourcentage des réponses à l'Item 6 de RSES pour les deux groupes sportifs et non sportifs

Question N°7 : Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	Comparaison
Points	1	2	3	4			
Non sportifs	00	1	37	7	45	3.13	NS
%	00	2.2	82.2	15.6	100%		
Sportifs	00	00	1	44	45	3.98	
%	00	00	2.2	97.8	100%		

Tableau N°9 : Moyenne et Pourcentage des réponses au septième Item de RSES pour les sportifs et non sportifs.

Les résultats du tableau ci-dessus montrent que 97.8% des sportifs sont Tout à fait d'accord avec l'item et uniquement 2.2% sont Plutôt en accord que dans l'ensemble ils sont satisfait d'eux-mêmes, alors que 82.2% des non-sportifs ont choisi la réponse Plutôt en accord et 15.6 % la réponse Tout à fait en accord. Le score moyen reste toujours plus élevé chez les sportifs.

D'après nos résultats il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes (sport et non sport) pour cet item.

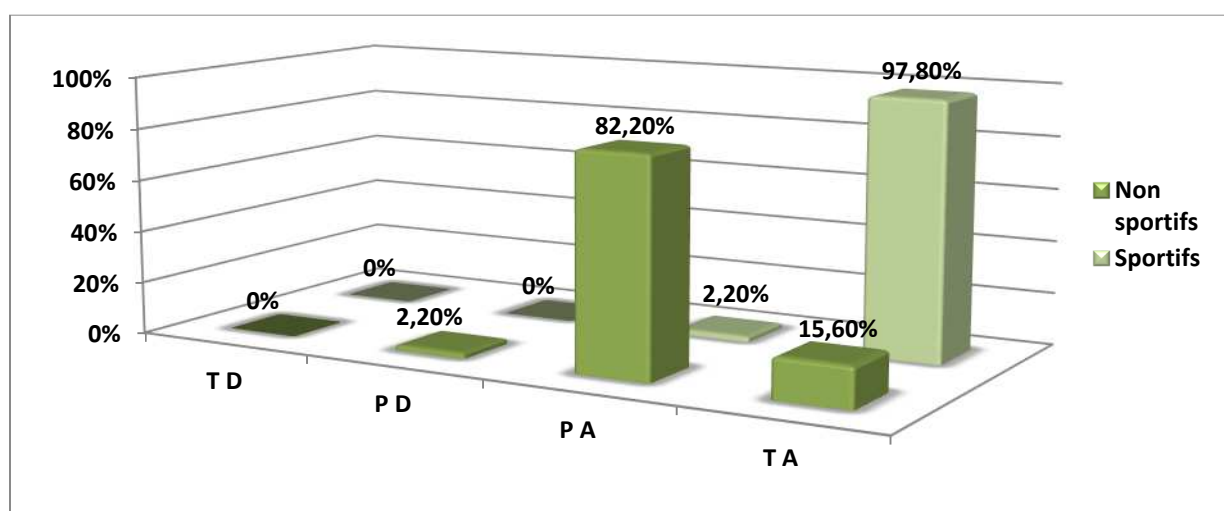


Figure N°10 : Pourcentage des réponses du 7^{ème} item de RSES pour les deux groupes sportifs et non sportifs.

Question N°8 : J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	Comparaison
Points	4	3	2	1			
Non sportifs	40	2	3	00	45	3.87	NS
%	88.88	4.44	6.66	00	100%		
Sportifs	45	00	00	00	45	4	
%	100	00	00	00	100%		

Tableau N°10 : Moyenne et Pourcentage des réponses au 8^{ème} item de RSES pour les sportifs et non sportifs.

Les résultats du tableau ci-dessus indiquent que les sportifs sont à 100% tout à fait en désaccord avec cet item et 88.88% des non sportifs sont tout à fait en désaccord, 4.44% plutôt en désaccord alors que 6.66% sont plutôt en accord

Le score moyen est de 4 pour les sportifs et de 3.87 pour les non sportifs. Les résultats du tableau nous indiquent l'existence d'une différence non significative entre les deux les pratiquants d'activité physique sportive et les non pratiquants avec un ($P=0.080$).

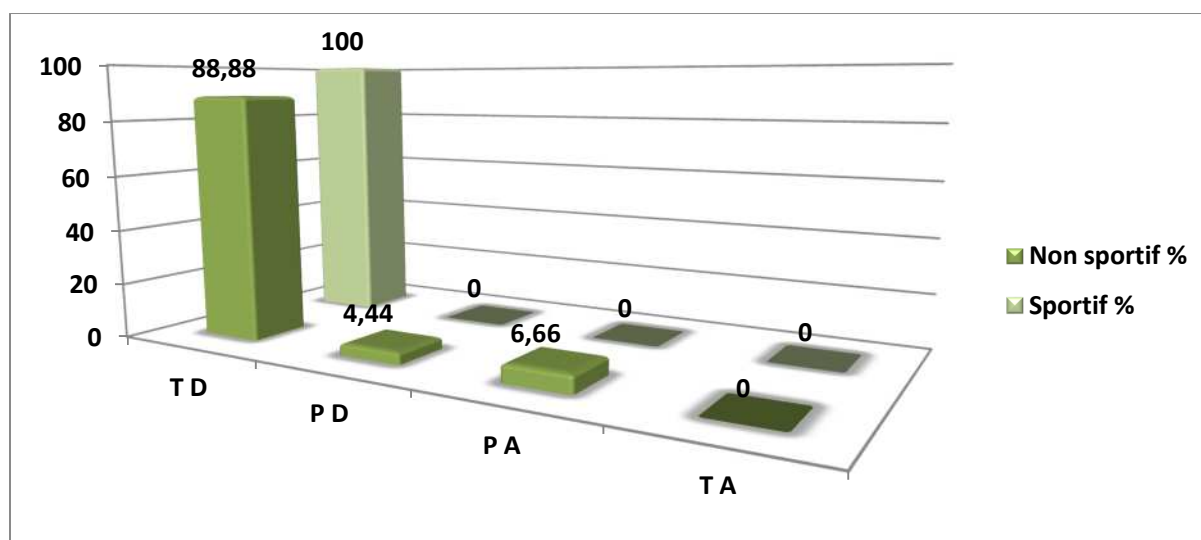


Figure N°11 : Pourcentage des réponses au huitième Item de RSES pour les deux groupes sportifs et non sportifs.

.Question N°9 : Parfois je me sens vraiment inutile.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	Comparaison
Points	4	3	2	1			
Non sportifs	42	3	00	00	45	3.82	S
%	93.3	6.7	00	00	100%		
Sportifs	45	00	00	00	45	4	
%	100	00	00	00	100%		

Tableau N°11 : Moyenne et Pourcentage des réponses au neuvième Item de RSES pour les sportifs et non sportifs.

Les résultats enregistrés dans le tableau ci-dessus nous indiquent que le score moyen des sportifs qui est de 4 reste supérieur à celui des non-sportifs qui est égale à 3.82, à noter que 93.3 % des non-sportif ont répondu par Tout à fait en désaccord alors que 6.7% sont Plutôt en désaccord.

Et pour notre échantillon de sportif, la totalité a répondu d'être Tout à fait en désaccord avec l'item. La différence entre les deux groupes pour ce dernier n'est pas significative avec un (P=0.080)

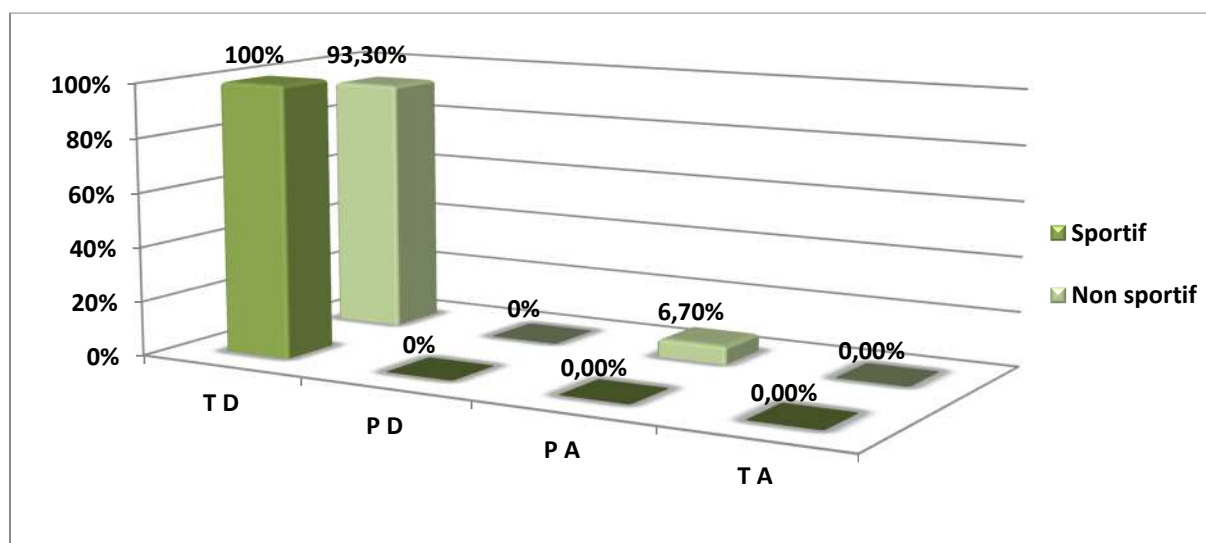


Figure N°12: Pourcentage des réponses au neuvième item de RSES pour les deux groupes sportifs et non sportifs.

Question N°10 : Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.

	T.D	P.D	P.A	T.A	Total	Score moyen	Comparaison
Points	4	3	2	1			
Non sportifs	38	6	1	00	45	3.82	S
%	84.4	13.3	2.2	00	100%		
Sportifs	45	00	00	00	45	4	
%	100	00	00	00	100%		

Tableau N°12 : Moyenne et Pourcentage des réponses au neuvième Item de RSES pour les sportifs et non sportifs.

D'après les résultats du tableau ci-dessus, le score moyen des sportifs pour cet Item est de 4 qui est légèrement supérieur à celui des non sportifs qui ont un score moyen de 3.82. A noter que 84.4% des non-sportifs ont choisis la réponse Tout à fait en désaccord tandis que 13.3 % sont plutôt en désaccord ainsi que 2.2% Plutôt en accord. Mais pour les sportifs ils sont tous Tout à fait en désaccord avec l'Item 10 de l'échelle de soi de Rosenberg.

Dans la comparaison entre les pratiquants le sport et les non pratiquants nous avons récolté une signification avec un ($P < 0.006$).

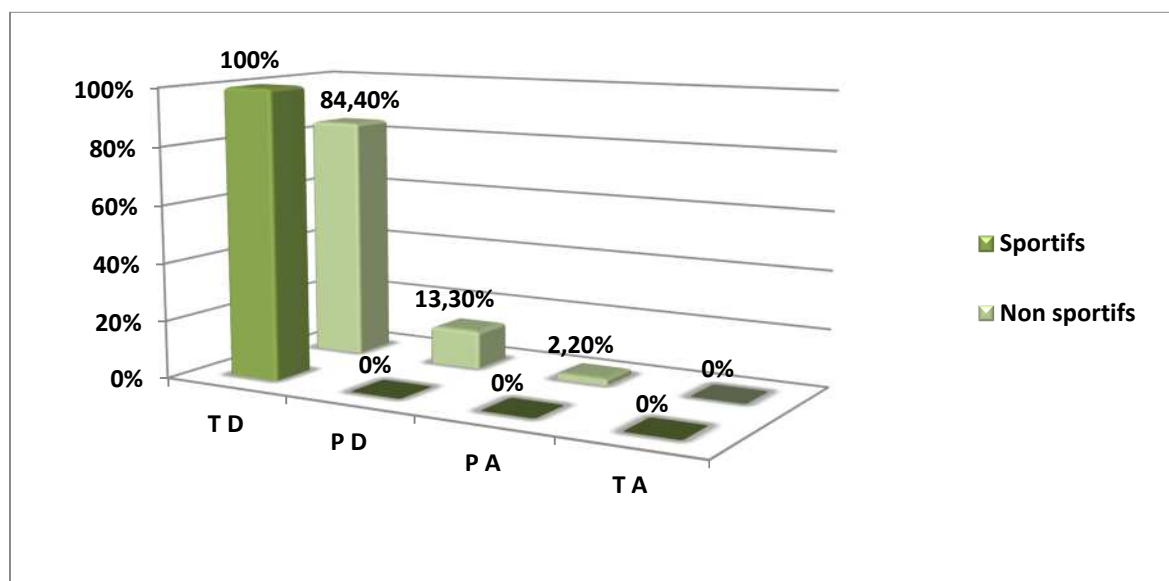


Figure N°13 : Pourcentage des réponses au dixième item de RSES pour les deux groupes sportifs et non sportifs

2. Présentation des résultats de L'Inventaire du soi physique :

L'ISP est composé de six Echelle

2.1. Echelle d'estime globale de soi : est constituée de 5 items qui sont comme suite.

(Q1) : J'ai une bonne opinion de moi-même.

(Q2) : Je voudrais rester comme je suis.

(Q3) : Il y a des tas de choses en moi que j'aimerais changer.

(Q4) : Je regrette souvent ce que j'ai fait.

(Q5) : J'ai souvent honte de moi.

L'Echelle d'estime globale de soi								
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Moyenne de l'Echelle	Comparaison
Non sportifs	Moyenne	5.33	5.13	5.33	5.78	5.27	26.84	S
Sportifs	Moyenne	5.84	6	5.56	6	6	29.4	

Tableau N°13 : Moyenne de l'Echelle d'estime globale de soi de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

Pour les non sportifs la moyenne des réponses pour le premier item est de 5.33 alors qu'elle est de 5.84 pour les sportifs. Le deuxième item prend 5.13 pour les non sportifs pendant qu'elle est de 6 pour les pratiquants d'activité physique et sportive.

L'items 3, 4 et 5 prennent des moyennes de 5.33 , 5.78 et 5.25 pour les non sportifs alors qu'elles sont de score plus élevé chez les sportifs avec des moyennes de 5.56 , 6 et 6 pour le dernier item.

La moyenne de l'échelle d'estime globale de soi est de 29.4 pour les sportifs et de 26.84 pour les non sportifs.

Enfin pour la comparaison des adolescents handicapés moteurs pratiquent une activité physique sportive et les non pratiquent nous remarquons une différence significative ($P < 0.001$).

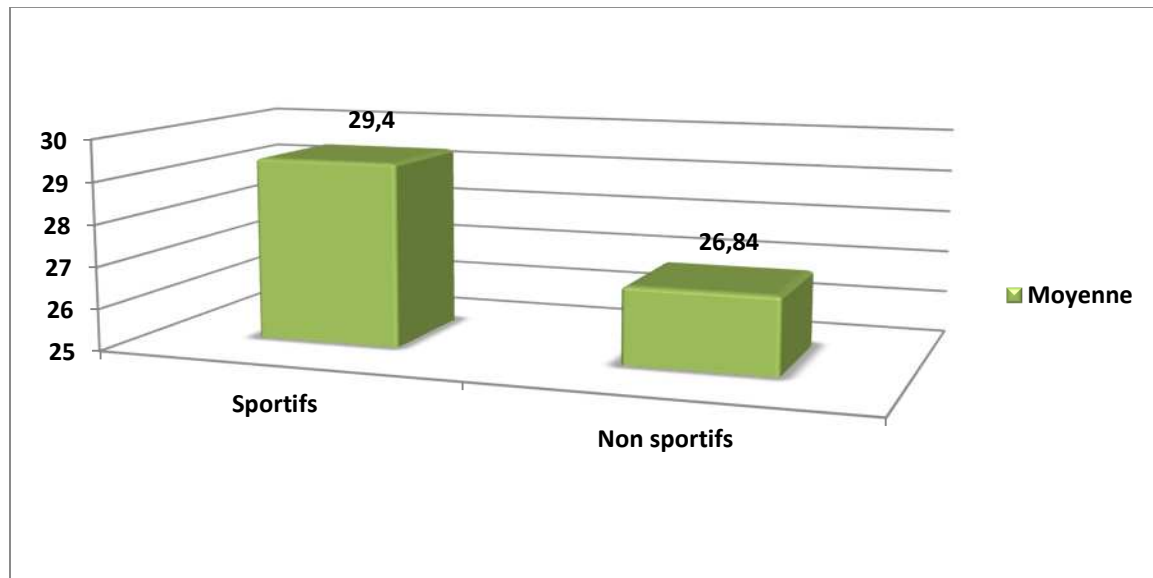


Figure N°14 : Moyennes de l'Echelle d'estime globale de soi de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

2.2. L'Echelle de la valeur physique perçue : qui se compose de 5 items

(Q1) : Globalement, je suis satisfait (e) de mes capacités physiques.

(Q2) : Physiquement, je suis content (e) de ce que je peux faire.

(Q3) : Je suis confiant (e) vis-à-vis de ma valeur physique.

(Q4) : En général, je suis fier (ière) de mes possibilités physiques.

(Q5) : Je suis bien avec mon corps.

L'Echelle de la valeur physique perçue								
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Moyenne de l'Echelle	Comparaison
Non sportifs	Moyenne	4.51	5.96	4.76	4.93	4.29	24.18	S
Sportifs	Moyenne	5.84	5.89	5.91	6	6	29.64	

Tableau N°14 : Moyenne de l'Echelle de la valeur physique perçue de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

Les résultats enregistrés sur le tableau ci-dessus démontrent que pour cette deuxième échelle portant sur la valeur physique perçue, la moyenne des réponses de la totalité des sportifs sur les 5 items est de 29.64 alors qu'elle est moindre pour les non sportifs avec une moyenne de 24.18.

Dans la comparaison des deux groupes à l'échelle de la valeur physique perçue de l'Inventaire du soi physique, on remarque l'existence d'une différence significative entre les sportifs et non-sportifs avec un ($P < 0.000$).

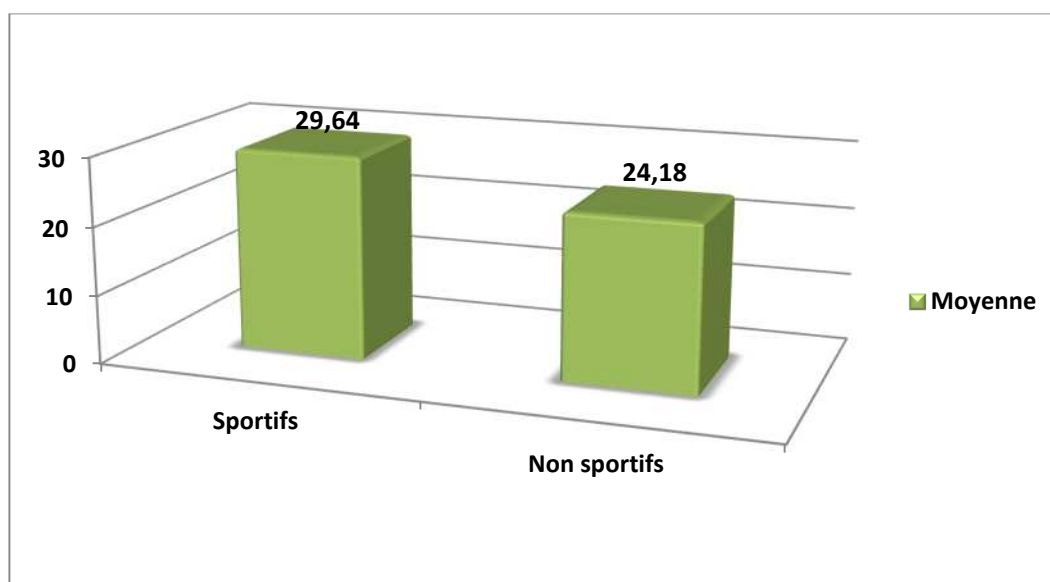


Figure N°15 : Moyenne de l'Echelle de la valeur physique perçue de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

2.3. L'Echelle de condition physique : elle se compose de 5 items

(Q1) : Je ne peux pas courir longtemps sans m'arrêter.

(Q2) : Je pense pouvoir courir longtemps sans être fatigué.

(Q3) : Je pourrais courir 5 km sans m'arrêter.

(Q4) : Je serais bon (ne) dans une épreuve d'endurance.

(Q5) : Je ne suis pas très bon (ne) dans les activités d'endurance telles que le vélo o la course.

L'Echelle de condition physique								
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Moyenne de l'Echelle	Comparaison
Non sportifs	Moyenne	1.98	2.64	2.76	2.38	1.80	11.56	S
Sportifs	Moyenne	3.40	4.20	4.22	2.33	1.11	15.26	

Tableau N°15 : Moyenne de l'Echelle de la condition physique de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

Pour cette troisième échelle de l'inventaire du soi physique, les sportifs portent une meilleure opinion de leurs conditions physiques avec une moyenne de 15.26 alors que les non sportifs ont une moyenne de 11.56.

Pour ce qui concerne la condition physique des deux groupes (sport non sport) nous avons obtenu une différence significative avec un ($P < 0.016$).

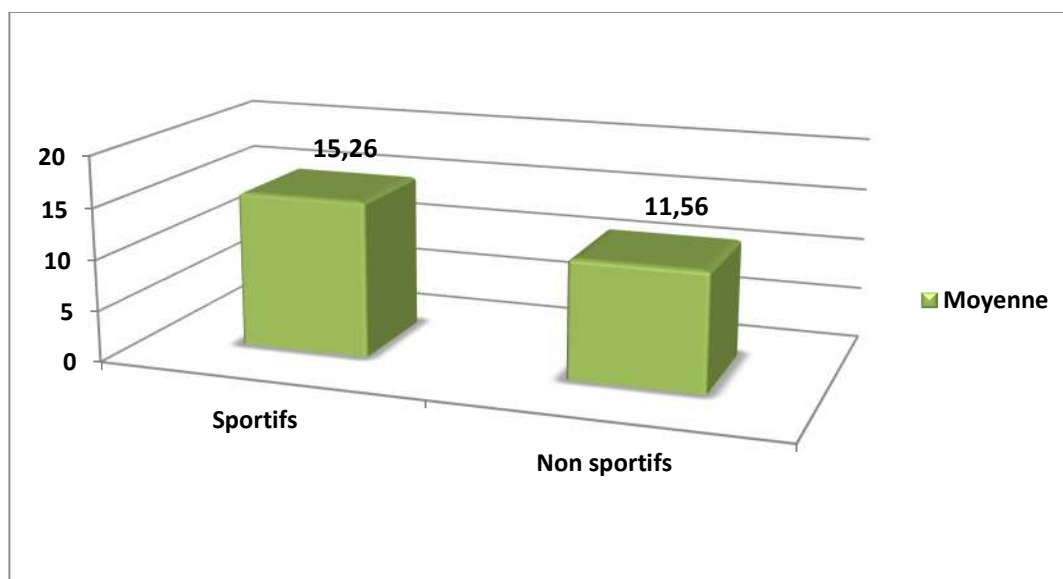


Figure N°16 : Moyenne de l'Echelle de la condition physique de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

2.4. L'Echelle de compétence physique : qui se compose de 4 items

(Q1) : Je trouve la plupart des sports faciles.

(Q2) : Je trouve que je suis bon (ne) dans tous les sports.

(Q3) : Je me débrouille bien dans tous les sports.

(Q4) : Je réussis bien en sport.

L'Echelle de compétence physique							
		Q1	Q2	Q3	Q4	Moyenne d'Echelle	Comparaison
Non sportifs	Moyenne	1.44	2.07	2.40	2.22	8.13	S
Sportifs	Moyenne	1.93	3	4.07	5.89	14.89	

Tableau N°16 : Moyenne de l'Echelle de compétences perçue de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

Les résultats du tableau ci-dessus nous indiquent que les sportifs ont de meilleures compétences physiques 14.89 que les non sportifs qui ont une moyenne de 8.13

Pour le premier Item et le deuxième, les non sportifs ont des scores de 1.44 et 2.07, par contre les sportifs ont un score de 1.93 et 3.

Et pour les deux derniers items de l'échelle de compétence physique, les sportifs présentent des scores plus élevés 4.07 et 5.89 que ceux des non sportifs 2.40 et 2.22.

Pour cette échelle qui porte sur la compétence perçue, nos deux groupes d'handicapés moteurs sportifs et non sportifs présentent une différence significative avec un ($P < 0.002$)

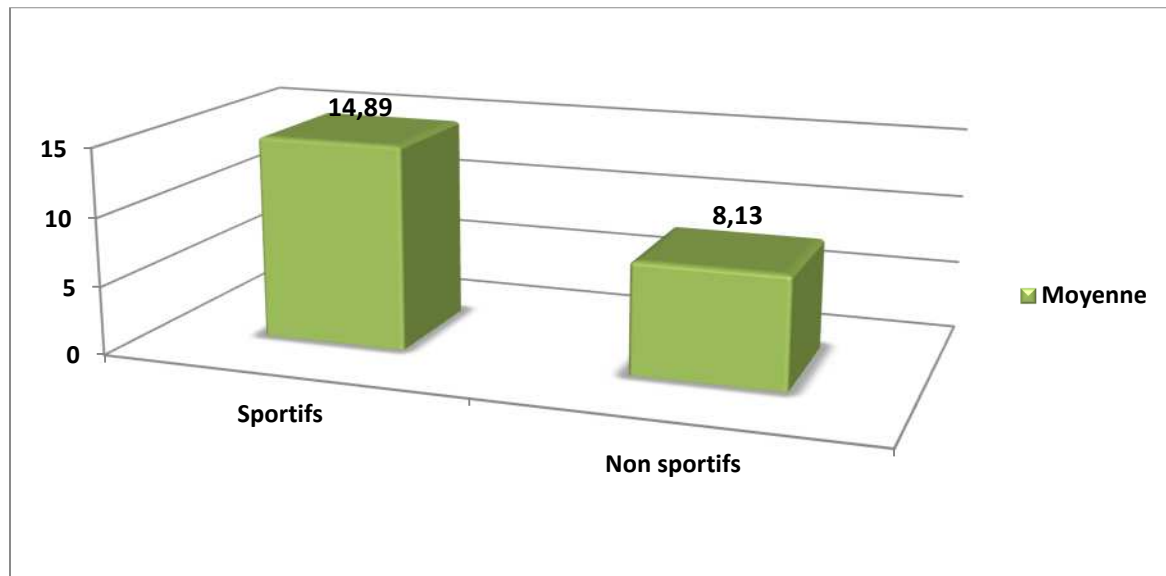


Figure N°17 : Moyenne de l'Echelle de compétences perçue de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

2.5. L'Echelle de l'apparence physique : elle se compose de 3 items

(Q1) : J'ai un corps agréable à regarder.

(Q2) : Je n'aime pas beaucoup mon apparence physique.

(Q3) : Personne ne me trouve beau (belle).

L'Echelle de l'apparence physique						
		Q1	Q2	Q3	Moyenne de l'Echelle	Comparaison
Non Sportifs	Moyenne	5.36	3.80	5.62	14.78	NS
Sportifs	Moyenne	5.93	4	6	15.93	

Tableau N°17 : Moyenne de l'Echelle de l'apparence physique de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

Le tableau ci-dessus représente la moyenne des réponses des handicapés pratiquant une activité physique et sportive et les non pratiquant pour les 3 items de l'échelle de l'apparence physique de l'ISP.

On observe que pour le premier, deuxième et troisième item les moyennes des réponses des sportifs sont plus élevées avec des scores de 5.93 , 4 et 6 que les moyenne des réponses des non sportifs qui sont 5.36 pour le premier, 3.80 pour le deuxième et 5.62 pour la troisième. La moyenne de l'Echelle est de 15.93 pour les sportifs et 14.78 pour les non sportifs, ce qui signifie que les handicapés moteurs sportifs ont une meilleure estime de leur corps et leur apparence que les non sportifs.

Les deux groupes ne présentent pas de différence significative dans cette échelle avec un ($P < 0.22$).

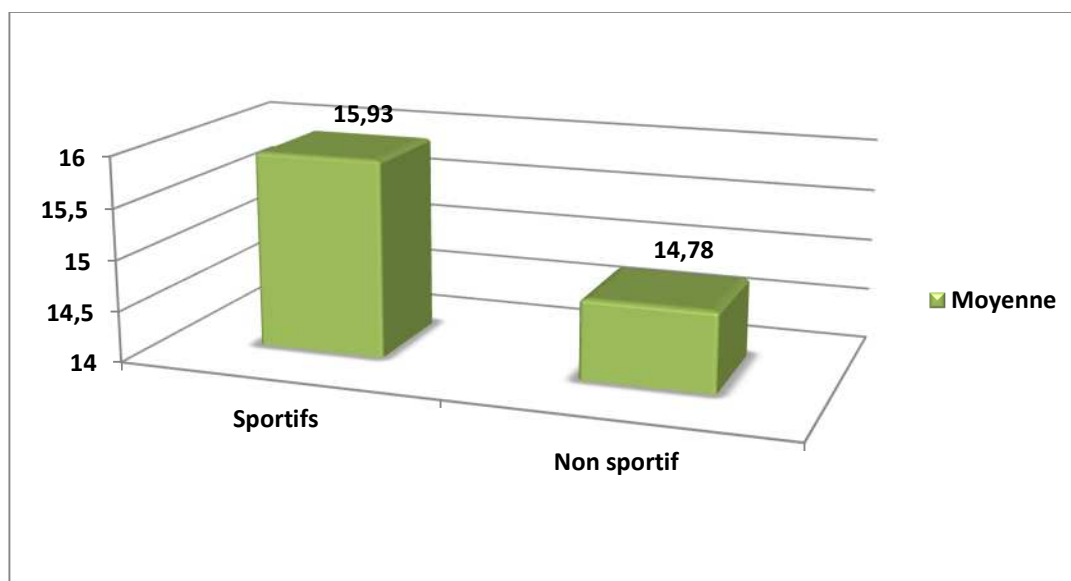


Figure N°18 : Moyennes des 3 items de l'Echelle de l'apparence physique de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

2.6. L'Echelle de la force : qui se constitue de 3 items

(Q1) : Je pense être plus fort (e) que la moyenne.

(Q2) : Je serais bon (ne) dans une épreuve de force.

(Q3) : Face à des situations demandant de la force, je suis le premier à proposer mes services.

L'Echelle de la force						
		Q1	Q2	Q3	Moyenne de l'Echelle	de Comparaison
Non Sportifs	Moyenne	2.96	2.93	3.33	9.22	S
Sportifs	Moyenne	5.67	5.82	4.87	16.36	

Tableau N°18: Moyenne de l'Echelle de force de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

Les résultats du tableau ci-dessus nous démontre que la moyenne des sportifs 16.36 dans cette échelle est plus élevée que celle des non sportifs qui ont une moyenne de 9.22 ce qui signifie que les handicapés moteur athlète ont une meilleur estime de leur force.

Chapitre4 Analyse, interprétation et discussion des résultats

Pour cette échelle de force, nos deux groupes d'handicapés moteurs sportifs et non sportifs présentent une différence significative avec un ($P < 0.000$)

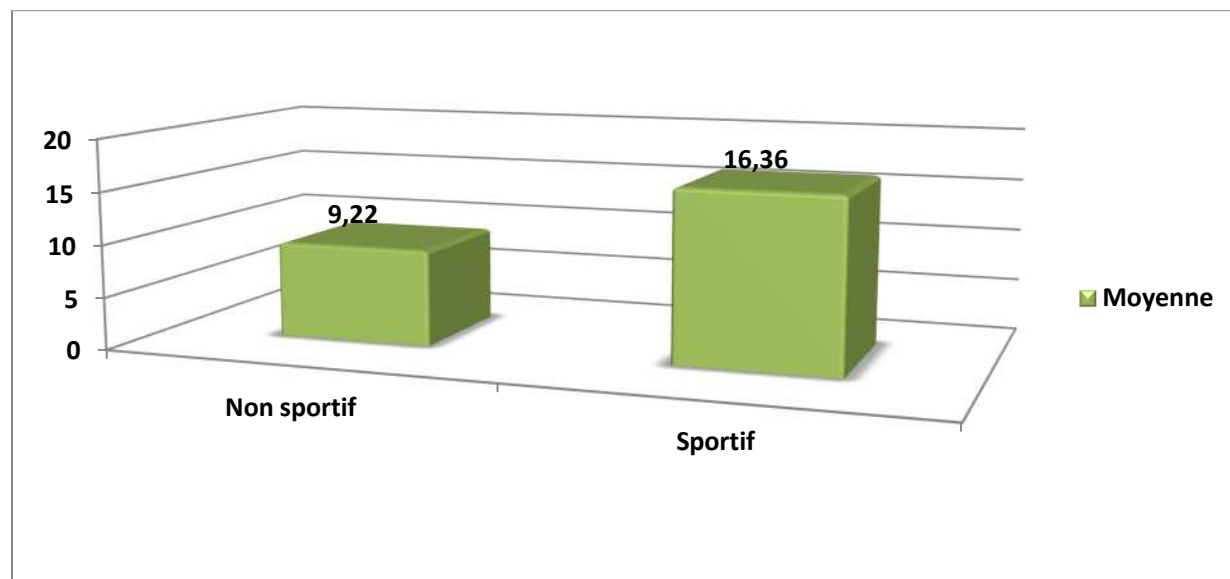


Figure N°19 : Moyennes de l'Echelle de force de l'ISP pour les deux groupes sport et non sport.

Présentation de l'ensemble des résultats de l'Echelle d'estime de soi et de l'Inventaire du soi physique pour les deux groupes (sport et non sport) :

	Moyenne Sportif	Ecart-type	Moyenne Non Sportif	Ecart-type
RSES	35.22	4.105	39.35	1.596
ISP				
Estime globale de soi	26.84	3.184	29.4	1.638
Valeur physique perçue	24.18	4.665	29.64	1.474
Condition physique	11.56	5.942	15.26	4.472
Compétence perçue	8.13	4.126	14.89	1.249
Apparence physique	14.78	2.253	15.95	0.252
Force	9.22	2.95	16.36	1.438

Tableau N°19 : Moyennes et écart-types du RSES et de l'ISP pour les deux groupes (pratiquants le sport et non pratiquants).

En ce qui concerne les résultats de l'échelle de RSES les adolescents handicapés moteur pratiquant une activité physique et sportive présentent un meilleur score d'estime de soi avec une moyenne de (39.35) alors que le groupe des adolescents handicapés moteur non pratiquant une activité physique et sportive ont une moyenne de (35.22).

Pour les 6 échelles de l'Inventaire du soi physique le groupe des handicapés moteur sportif ont des scores supérieurs à ceux des non sportif

3. Présentation des résultats des tests de corrélations :

Sport /non sport	1	2	3	4	5	6	7
1-Estime globale de soi	1						
2-Valeur physique perçue	0.79**	1					
3-Condition physique	0.42**	0.52**	1				
4-Apparence physique	0.51**	0.46**	-0.22*	1			
5-Force	0.85**	0.94**	0.61**	0.42**	1		
6-Compétence sportive	0.75**	0.90**	0.59**	0.24*	0.90**	1	
7-RSES	0.77**	-0.87**	-0.61**	-0.26*	-0.90**	-0.87**	1

Tableau N°20 : Corrélations intra- et inter-tests de la pratique sportive ou non.

* $p < 0.05$ ** $p < 0.001$

Les résultats des corrélations, présentés dans le tableau ci-dessus indiquent que le fait de faire du sport est associé à de plus hauts scores sur la RSES (-0.77**), la valeur physique perçue (0.79**) et la force (0.80**) ainsi que la compétence sportive (0.75**). Aussi, les deux mesures d'estime de soi (RSES et l'estime globale de soi) sont positivement corrélées entre elles.

Et on observe la même relation entre RSES et l'estime globale de soi avec la compétence sportive la force et la valeur physique perçue. A noter que ces deux dernières échelles sont positivement corrélées entre elles (0.85**).

Enfin on observe la même relation de l'échelle de compétence sportive avec la valeur physique perçue (0.90**) et la force (0.90**).

4. Présentation des résultats du questionnaire des enseignants

4.1.Résultats de l'énoncé N°1 : En EPS, l'accessibilité des enceintes sportives aux élèves handicapés moteurs (fauteuil...) est :

(T.F)Très favorable

(P.F) Plutôt favorable (P.T.F)

Pas très favorable

(P.D.F) Pas du tout favorable

Région	Réponse	T.F	P.F	P.T.F	P.D.F	Total	Moyenne E. type	Mode
	Points	1	2	3	4			
Enseignants de Bejaia	Effectif	0	0	0	20	20	4±0.000	4
	%	0	0	0	100	100%		
Enseignants de Sétif	Effectif	0	0	0	20	20	4±0.000	4
	%	0	0	0	100	100%		
Enseignants de T-Ouzou	Effectif	0	0	0	20	20	4±0.000	4
	%	0	0	0	100	100%		

Tableau N°21 : L'accessibilité des enceintes sportives aux élèves handicapés moteurs.

Le tableau ci-dessus montre que tous les enseignants d'EPS des trois régions Bejaia, Sétif et Tizi-Ouzou voir 100% de notre échantillon trouvent que l'accessibilité des enceintes sportives pas du tout favorable aux élèves handicapés moteurs.

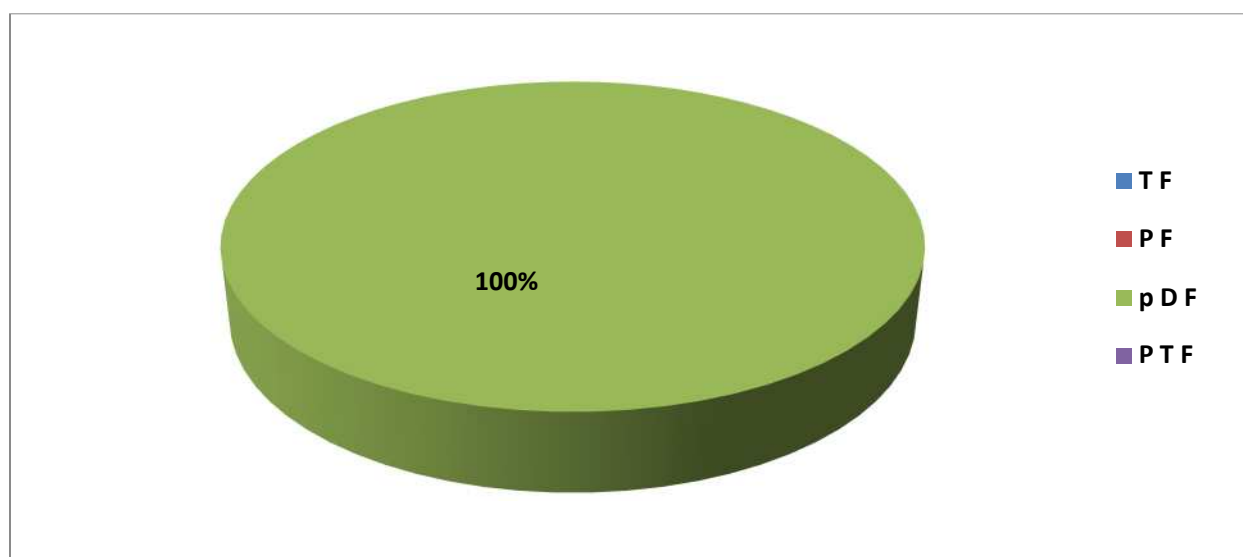


Figure N°20 : L'accessibilité des enceintes sportives aux élèves handicapés moteurs.

4.2. Résultats de l'énoncé N°2 : existe-il du matériels spécifiques aux handicapés permettant une pratique de l'EPS adaptée est.

Région	Réponse	Oui	Non	Total	Moyenne E. type	Mode
	Points	1	2			
Enseignants de Bejaia	Effectif	0	20	20	4±0.000	2
	%	0	100	100%		
Enseignants de Sétif	Effectif	0	20	20	4±0.000	2
	%	0	100	100%		
Enseignants de T-Ouzou	Effectif	0	20	20	4±0.000	2
	%	0	100	100%		

Tableau N°22 : Le matériel spécifique aux handicapés permettant une pratique de l'EPS adaptée.

Le tableau ci-dessus montre que 100% de notre échantillon a répondu par Non. Ce qui signifie qu'il n'existe aucun matériels spécifique aux handicapés moteurs qui pourra leurs permettre une pratique d'EPS adaptée.

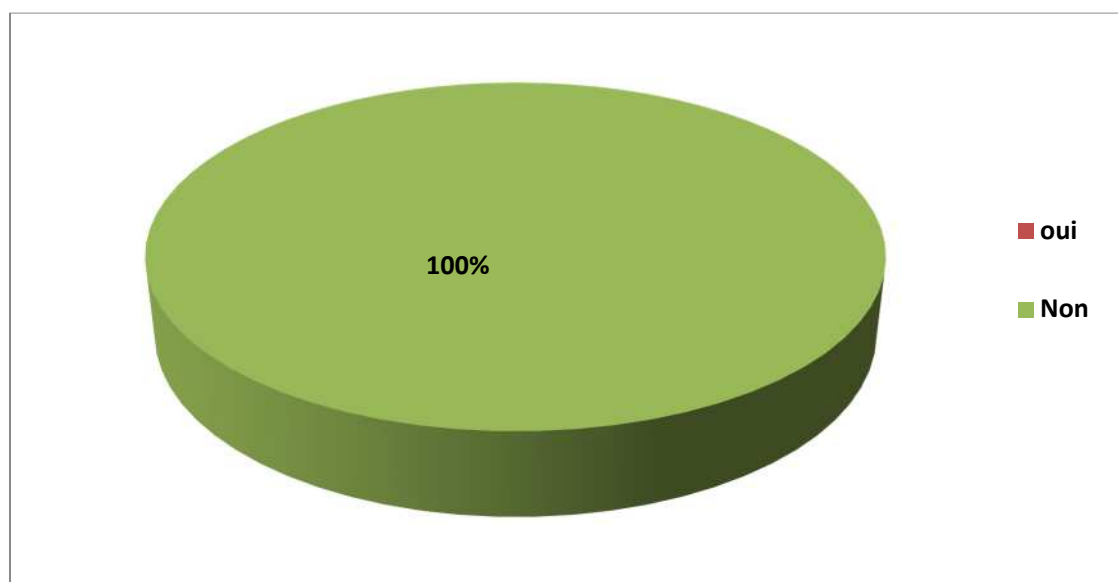


Figure N°20 : Le matériel spécifique aux handicapés permettant une pratique de l'EPS adaptée.

3.3. Résultats de l'énoncé N°3 : Avez-vous dans votre établissement un ou des personnels (type Aide de vie scolaire) pour aider les élèves handicapés durant les enseignements d'EPS.

Région	Réponse	Oui	Non	Total	Moyenne E. type	Mode
	Points	1	2			
Enseignants de Bejaia	Effectif	0	20	20	4±0.000	4
	%	0	100	100%		
Enseignants de Sétif	Effectif	0	20	20	4±0.000	2
	%	0	100	100%		
Enseignants de T-Ouzou	Effectif	0	20	20	2.00±0.00	2
	%	0	100	100%		

Tableau N°23 : Résultats sur l'existence de personnel (type aide de vie scolaire) dans les établissements pour aider les élèves handicapés durant les enseignements d'EPS.

100% des enseignants d'EPS des trois régions ont répondu par Non à l'énoncé 3 de notre questionnaire, ce qui indique que nos établissements ne disposent pas de personnel (type aide de vie scolaire) pour aider les élèves handicapés durant les enseignements d'EPS

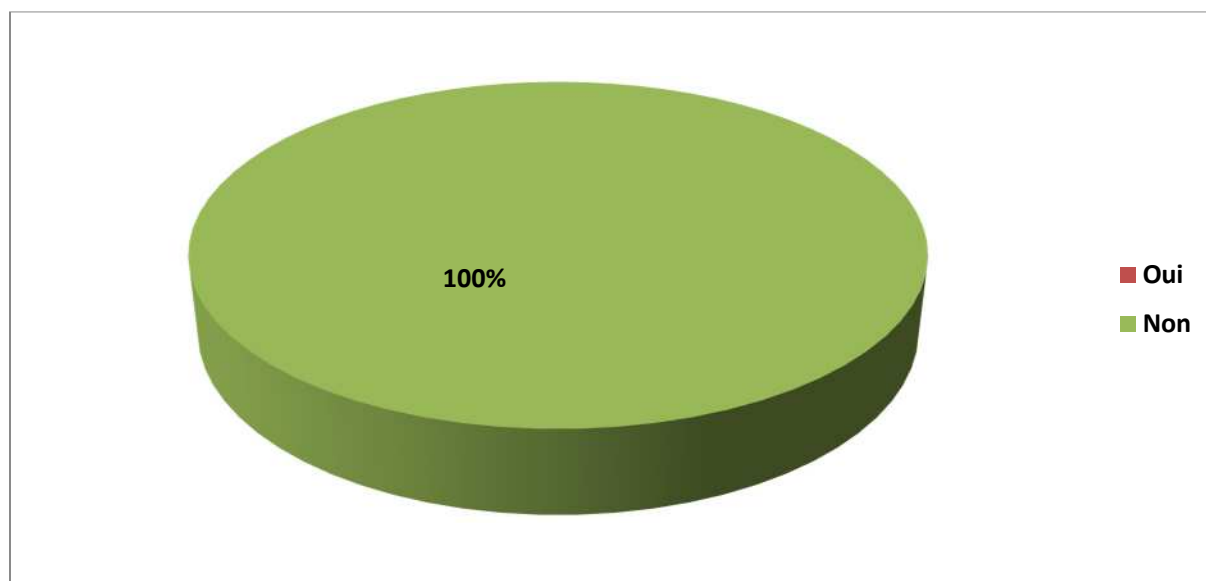


Figure N°22 : Résultats sur l'existence de personnel (type aide de vie scolaire) dans les établissements pour aider les élèves handicapés durant les enseignements d'EPS

3.4. Résultats de l'énoncé N°4 : Y'a-t-il un environnement professionnel favorable à l'intégration (en terme de matériel et d'accessibilité mais aussi en terme de personnels en soutiens) en EPS dans les établissements algériens ?

Région	Réponse	Oui	Non	Total	Moyenne ± Ecart. type	Mode
	Points	1	2			
Enseignants de Bejaia	Effectif	0	20	20	2.00±0.000	2
	%	0	100	100%		
Enseignants de Sétif	Effectif	0	20	20	2.00±0.000	2
	%	0	100	100%		
Enseignants de T-Ouzou	Effectif	0	20	20	2.00±0.000	2
	%	0	100	100%		

Tableau N°24 : Résultats des réponses des enseignants d’EPS à l’énoncé quatre.

D’après les résultats du tableau ci-dessus les 60 enseignants des trois régions Bejaia, Sétif et Tizi-Ouzou ont répondu par Non à l’énoncé 4 de notre questionnaire.

100% de notre échantillon trouvent qu’il n’y a pas d’environnement professionnel favorable à l’intégration.

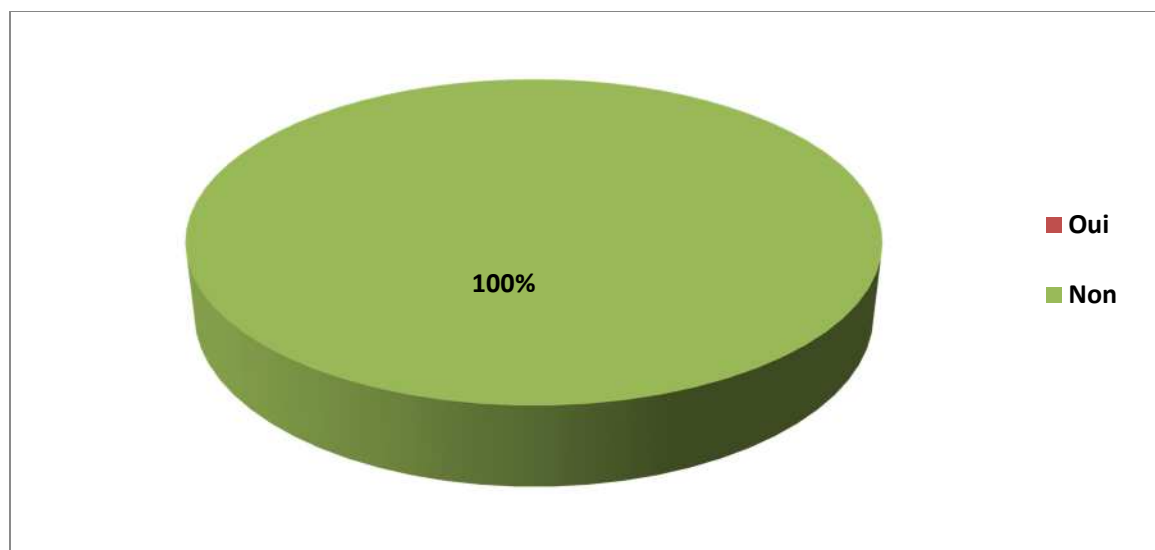


Figure N°23 : Pourcentage des Résultats des réponses des enseignants d’EPS à l’énoncé quatre.

3.5. Résultats de l’énoncé N°5 : Pour les élèves handicapés, pensez-vous que l’intégration dans les classes ordinaires (en EPS) est :

Région	Réponse	T.F	P.F	P.T.F		P.D.F	Total	Moyenne± Ecart- type	Mode
	Points	1	2	3		4			
Enseignants de Bejaia	Effectif	10	8	2		0	20	1.60±0.681	1
	%	50	40.5	9.5		0	100%		
Enseignants de Sétif	Effectif	10	6	4		0	20	1.70±0.801	1
	%	50	30	20		0	100%		
Enseignants de T-Ouzou	Effectif	12	6	2		0	20	1.50±0.688	1
	%	60	30	10		0	100%		

Tableau N°25 : Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé cinq.

53.33% des enseignants trouvent qu'il est très favorable aux élèves handicapés moteurs d'intégré des classes ordinaires en EPS. Tandis que 33.33% des enseignants ont répondu par plutôt favorable et 13.33% trouvent cette intégration en EPS pas très favorable.

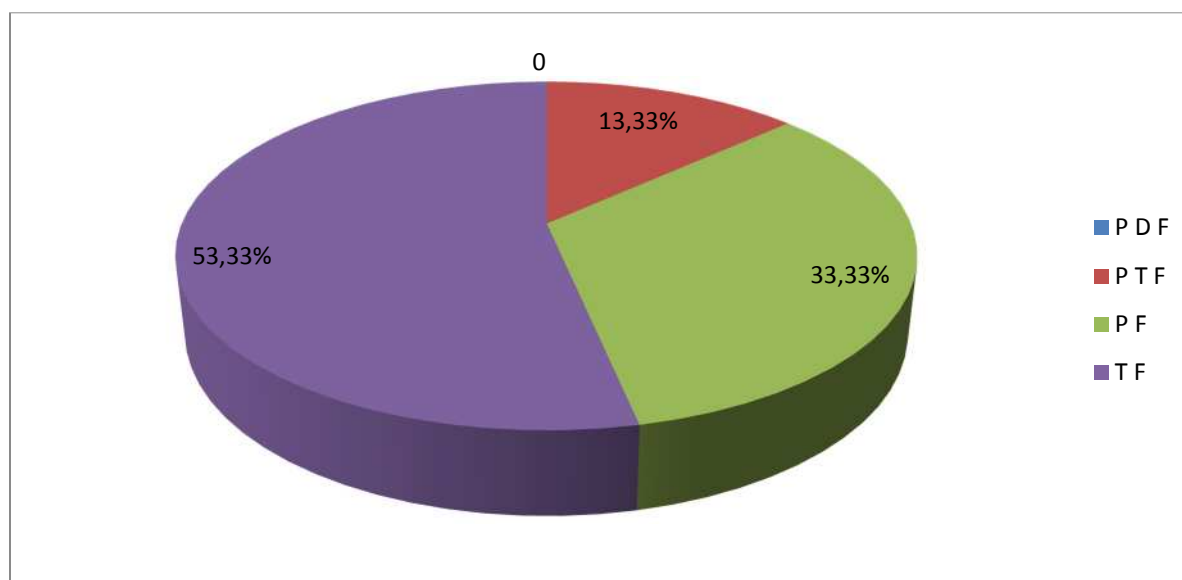


Figure N°24 : Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé cinq.

3.6. Résultats de l'énoncé N°6 : Pour les élèves valides, pensez-vous que l'intégration des élèves handicapés dans les classes ordinaires (en EPS) est :

Région	Réponse	T.F	P.F	P.T.F	P.D.F	Total	Moyenne± Ecart- type	Mode
	Points	1	2	3	4			
Enseignants de Bejaia	Effectif	15	5	0	0	20	1.20±0.410	1
	%	75	25	0	0	100%		
Enseignants de Sétif	Effectif	17	3	0	0	20	1.30±0.470	1
	%	85	15	0	0	100%		
Enseignants de T-Ouzou	Effectif	13	7	0	0	20	1.45±0.510	1
	%	65	45	0	0	100%		

Tableau N°26: Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé six.

75% de notre échantillon trouvent très favorable pour les élèves valides que les handicapés moteurs soient intégré dans les classes ordinaire en EPS alors que 25% des enseignants EPS ont répondu par plutôt favorable.

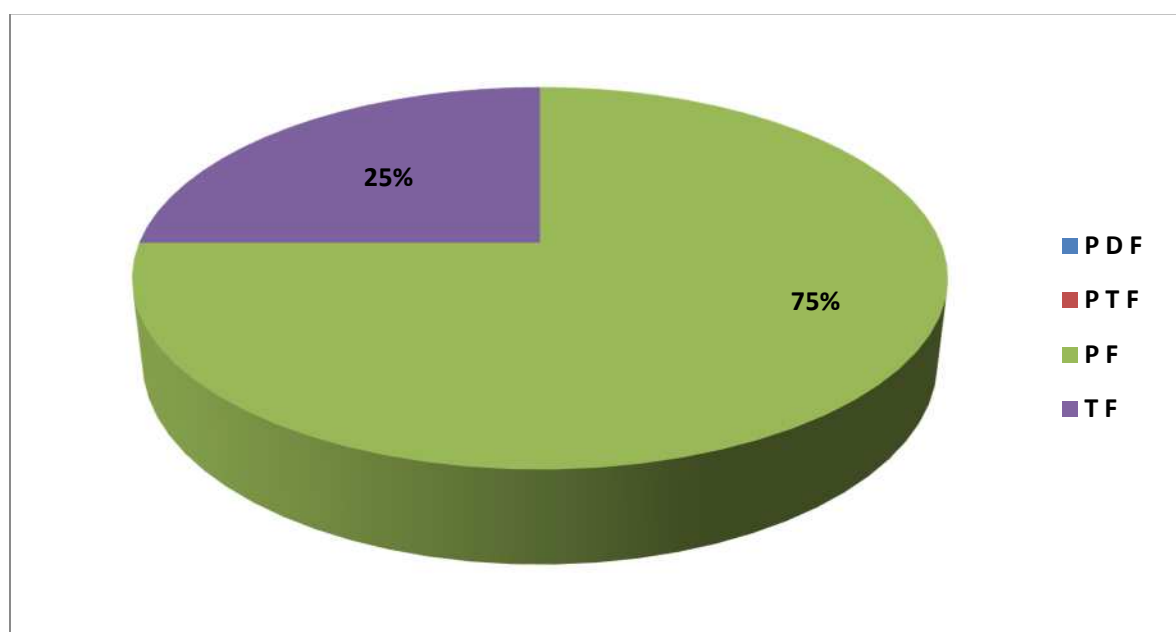


Figure N°25: Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé six.

3.7. Résultats de l'énoncé N°7 :Pensez-vous qu'en général, il est favorable pour l'enseignant d'EPS que les élèves handicapés soient mélangés avec les élèves valides ?

Région	Réponse	T.F	P.F	P.T.F	P.D.F	Total	Moyenne± Ecart- type	Mode
	Points	1	2	3	4			
Enseignants de Bejaia	Effectif	16	4	0	0	20	1.20±0.410	1
	%	80	20	0	0	100%		
Enseignants de Sétif	Effectif	15	5	0	0	20	1.20±0.410	1
	%	75	25	0	0	100%		
Enseignants de T-Ouzou	Effectif	18	2	0	0	20	1.10±0308	1
	%	90	10	0	0	100%		

Tableau N°27 : Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé sept.

Le tableau ci-dessus nous démontre que 81.66% des enseignants d'EPS trouvent très favorable que les élèves handicapés et les valides soient mélangés, par contre 18.33% ont répondu par Plutôt favorable.

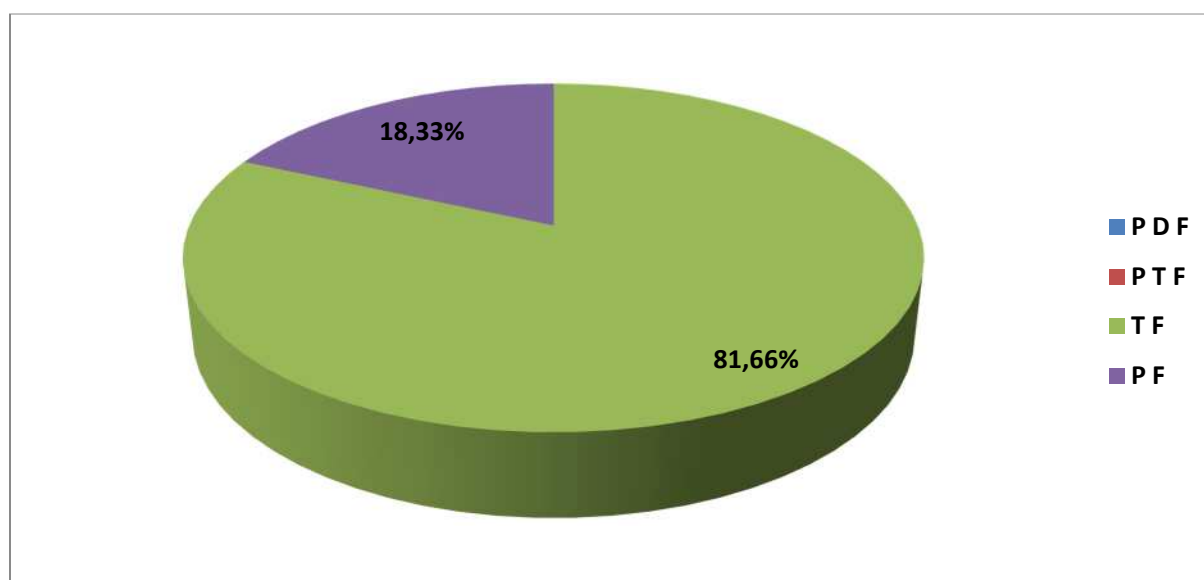


Figure N°26 : Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé sept.

3.8. Résultats de l'énoncé N°8 :L'élève handicapé intégrer dans votre établissement participe-il à la séance d'EPS ?

Région	Réponse	Oui	Non	Total	Moyenne± Ecart-type	Mode
	Points	1	2			
Enseignants de Bejaia	Effectif	1	19	20	1.95±0.224	2
	%	5	95	100%		
Enseignants de Sétif	Effectif	4	16	20	1.80±0.410	2
	%	20	80	100%		
Enseignants de T-Ouzou	Effectif	2	18	20	1.90±0.308	2
	%	10	90	100%		

Tableau N°28 : Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé huit.

On observe dans les résultats du tableau ci-dessus que 88.33% des enseignants ont répondu par Non à cet énoncé, ce qui signifie que les élèves handicapés moteurs intégrés dans les établissements ne participent pas à la séance d'EPS, par contre 11.66% affirment que les élèves en situation d'handicap moteur participent à la séance d'EPS.

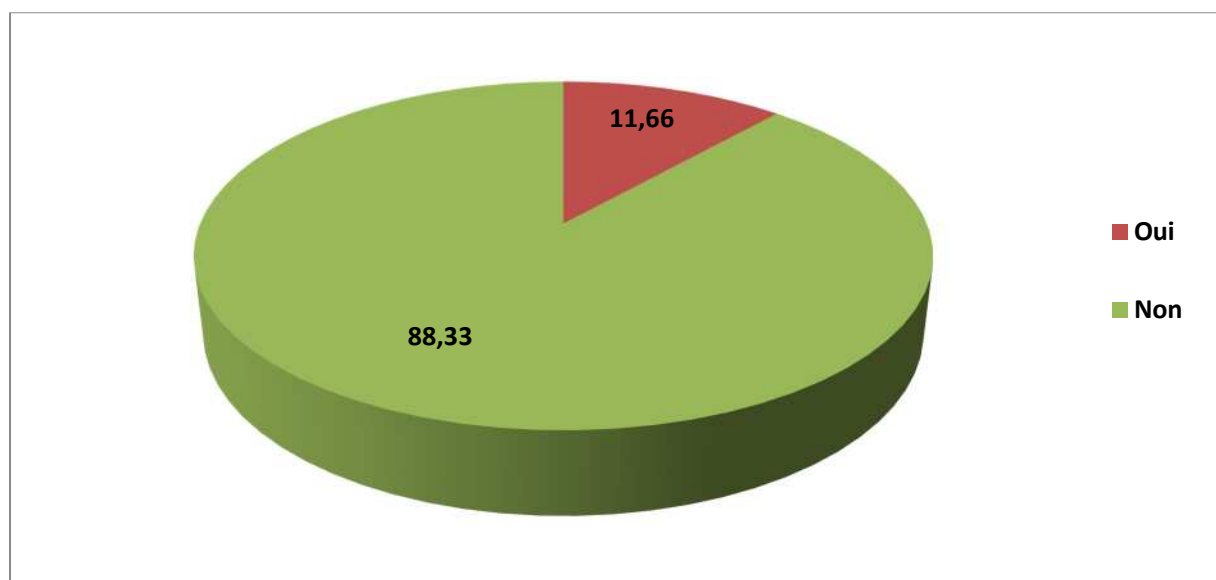


Figure N°27 : Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé huit.

3.9. Résultats de l'énoncé N°9 : Avez-vous été formés, lors de votre formation au professorat d'EPS aux activités physique et adaptées (APA) ?

Région	Réponse	Oui	Non	Total	Moyenne± Ecart-type	Mode
	Points	1	2			
Enseignants de Bejaia	Effectif	0	20	20	2.00±0.00	2
	%	0	100	100%		
Enseignants de Sétif	Effectif	0	20	20	2.00±0.000	2
	%	0	100	100%		
Enseignants de T-Ouzou	Effectif	0	20	20	2.00±0.00	2
	%	0	100	100%		

Tableau N°29 : Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé neuf.

Le tableau ci-dessus nous indique que la totalité des enseignants d'Education physique et sportive des trois régions n'ont pas été formés à des activités physiques adaptées.

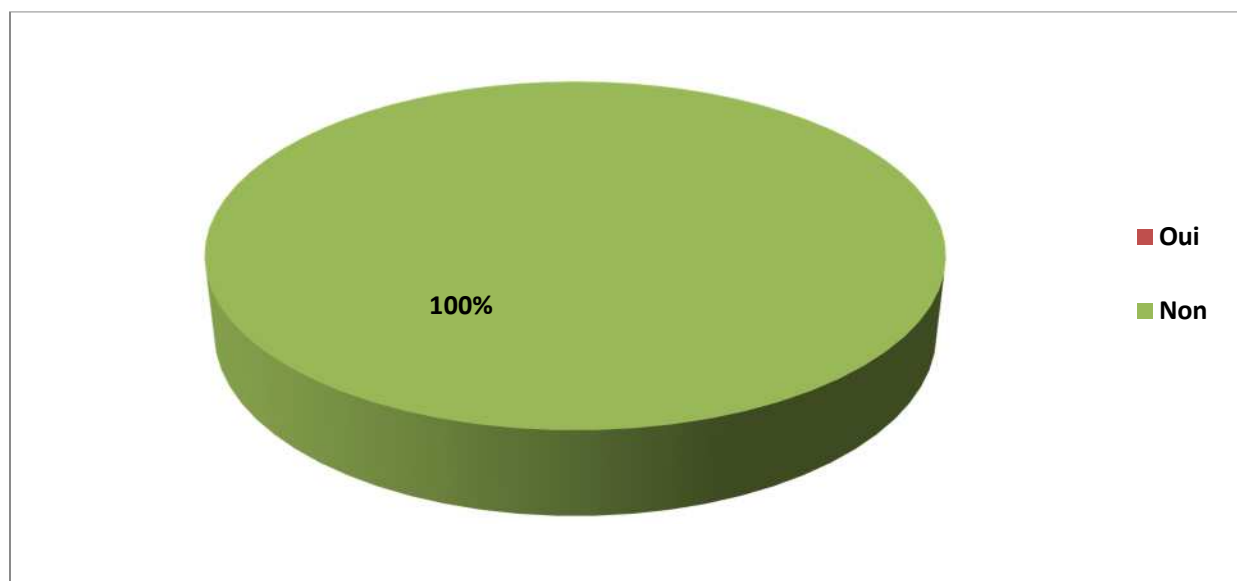


Figure N°28 : Résultats des réponses des enseignants à l'énoncé neuf.

Discussion

Discussion des résultats de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et l'inventaire du soi physique :

Certains adolescents doivent faire face à un handicap, ce qui rend plus difficile la construction de leur estime de soi. En effet, la déficience motrice et les incapacités qui y sont rattachées ne permettent pas aux enfants handicapés d'évoluer et d'appréhender l'environnement de la même manière que le feraient des enfants non handicapés. De plus, le milieu social contemporain demande énormément d'efforts à un individu handicapé pour s'adapter à la vie moderne et s'intégrer dans un groupe.

Pourtant, les résultats de cette étude montrent clairement que l'activité physique sportive joue un rôle majeur sur l'estime de soi. En effet, les résultats des comparaisons que nous avons réalisées avec les deux échantillons (les adolescents handicapés moteurs pratiquant une activité physique sportive et les adolescents handicapés moteurs non pratiquant une activité physique et sportive) ont montré d'une manière significative la différence entre les deux groupes. Cependant ces derniers ne présentent pas de différence significative au niveau de l'âge ($p = 0.57$), et pour le sexe les deux groupes ne présentent pas de différence significative, à noter que Green et Wheatley ne rapportent pas de différences entre les garçons et les filles c'est ce qui a été démontré par la méta-analyse regroupant environ 48000 participants de Kling, Hyde et Buswell (1999) portant sur les différences en matière de genre dans l'estime de soi. Les résultats de celle-ci indiquent que, bien qu'en faveur des garçons, la différence n'est en réalité pas très importante.

Les résultats des interprétations de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg que nous avons réalisées avec les deux échantillons (les adolescents handicapés moteurs pratiquant une activité physique sportive et les non pratiquant une activité physique sportive) ont montré d'une manière significative la différence entre les deux groupes.

Les scores d'estime de soi des athlètes sont nettement plus élevés que ceux des non athlètes dans tout les Items de l'échelle. Les handicapés moteurs sportifs ont une moyenne et écart-type égal à 39.35 ± 1.59 tandis que les adolescents en situation d'handicap et non sportif ont une moyenne de 35.22 ± 4.10 , ce qui confirme notre hypothèse que nous avons élaboré.

Plusieurs auteurs parlent de l'impact de l'activité physique sur l'estime de soi, Greenberg et al in *Overtapping addictions and self-esteem among college men and women*, (1999), chez les adolescents (filles et garçon) ne présentant pas de handicap, l'estime de soi est

Discussion

significativement élevée chez ceux pratiquant une activité physique et sportive régulière que chez ceux qui n'en pratiquent pas. D'un autre côté le modèle de Fox et Corbin, (1989) soutient qu'un investissement sportif régulier permet de faire évoluer positivement l'estime globale de soi et le niveau de compétences physique perçues.

Gruber (1986), a étudié cet aspect à partir d'une revue de littérature sur la relation entre la participation à une activité physique et l'estime de soi chez les enfants, Gruber a analysé 27 études et observé un effet général d'une amplitude de 0.41. Ceci signifie que les enfants qui ont une activité physique régulière présentent des scores d'estime de soi de près d'un demi-point plus élevé. Cet effet est donc modéré. Néanmoins, toutes les modalités de pratiques : activité d'expression corporelle, entraînement sportif, etc. ont des effets positifs sur l'estime de soi.

Pour ce qui concerne les six échelles de l'ISP, les deux groupes sport et non sport présentent des résultats significatifs pour l'échelle d'estime globale de soi avec un $P < 0.001$, aussi les résultats de comparaison d'échelle de la valeur physique perçue sont significatifs, il est de même pour l'échelle de condition physique, de compétence physique et de la force. Tandis les résultats de la comparaison pour l'échelle de l'apparence physique elle n'est pas significative.

Ce qui indique une bonne et meilleure estime de soi physique chez les handicapés moteurs pratiquants d'activité physique sportive, ce qui démontre l'effet de la pratique d'activité physique sportive sur ce concept.

Discussion

Discussion des corrélations

Les résultats des interprétations des corrélations que nous avons réalisées indiquent que le fait de faire du sport nous offre de plus grands scores sur RSES, la valeur physique perçue et la force ainsi que la compétence sportive. Les résultats des corrélations montrent clairement que les échelles sont positivement corrélées entre elles, et qu'il existe une relation entre l'estime de soi physique et l'estime globale de soi, la relation entre l'estime de soi et l'apparence physique avait d'ailleurs déjà été mise en évidence chez les adolescents non handicapés Thornton et Rickman (1991).

Il est admis que le domaine corporel participe à la construction et à la structuration de l'estime de soi Biddle et Goudas, (1994), et plus particulièrement chez les adolescents. Une perception satisfaisante du corps favorise le bien-être des adolescents, tout autant qu'elle facilite les rapports avec autrui Harter, (1990).

Selon Sonstroem (1984), participer à un exercice permet d'améliorer l'estime de soi mais également la valeur physique perçue, ces recherches mettent en évidence que le développement de la valeur physique perçue contribue au renforcement de l'estime de soi.

Avoir une déficience de l'appareil locomoteur peut être responsable, non seulement de la réduction de la mobilité, mais aussi de trouble dépressifs Benrude et al (2002), pour Rosenberg (1979), les personnes avec une faible estime de soi auraient une plus grande tendance à s'isoler et à être dépressifs et une corrélation entre cette dernière et un faible estime de soi à déjà été démontrée. Donc l'estime de soi et la bonne perception de soi sont essentielles pour les adolescents présentant un handicap.

Discussion

Discussion des résultats de l'inclusion en EPS

Même si il semble incohérent de proposer de l'EPS à un enfant en situation de handicap moteur, celle-ci est non seulement un droit inscrit au code de l'éducation, mais une préconisation car elle apporte de nombreux bienfaits.

Les résultats de notre questionnaire nous renseigne sur :

1. Les perceptions de l'inclusion

La majorité des enseignants Trouvent qu'il est très favorable pour l'élève en situation d'handicap moteur d'être intégrer dans les classes ordinaire en EPS. Mais 33.33% d'entre trouvent qu'il est plutôt favorable pour eux de participer a la séance d'EPS dans des classe ordinaire, alors que 13.33% trouvent pas très favorable que l'élève à handicap moteur participe a l'EPS en classe ordinaire. Alors que 75% des enseignants de notre échantillon trouvent très favorable pour l'élève valide la participation des élèves handicapés a la séance d'EPS et les 25 % plutôt favorable. Par conséquent la majorité des réponses sont de Très favorable.

2. De l'environnement inclusif

D'après les réponses des enseignants d'EPS aux questions qui parlent de l'environnement inclusif, on constate qu'en EPS l'accessibilité aux enceintes sportives pour les élèves handicapés n'est pas du tout favorable et les matériels spécifiques qui permettront une pratique de l'EPS adaptée n'est pas disponible. Il est de même pou le personnel (type aide de vie scolaire) qui vont permettre un bon accompagnement de cette tranche d'élèves durant les enseignements d'EPS. À noter aussi que la totalité des enseignants des trois régions Bejaia, Sétif et Tizi-Ouzou affirment l'existence d'environnement favorable à l'intégration en EPS dans les établissements algériens.

3. Pour ce qui est l'inclusion de l'adolescent handicapé moteur en séance d'EPS

On observe d'après les résultats des réponses que 88.89% des enseignants montrent que l'intégration de l'élève en séance d'EPS n'est pas pratiqué. et au niveau des connaissances dans le domaine on constate qu'il existe un grand manque de formation dans le domaine.

Discussion

Les réponses des enseignants des trois régions nous indiquent que les lois concernant l'intégration des élèves handicapés moteur inclus dans établissements ordinaires ne bénéficient pas d'une intégration favorable en EPS.

L'éducation physique et sportive pour les handicapés moteurs reste marginalisée à l'école algérienne. Alors que les activités physiques sont considérées dans le monde comme un moyen fondamental d'amélioration de la santé physique et psychologique

Conclusion

Conclusion

L'objectif principal de l'évaluation de l'estime de soi chez les adolescents handicapés moteurs scolarisés pratiquants ou non une activité physique sportive extra-scolaire est de connaître le niveau d'estime de soi chez ces derniers. Elle permet de déterminer l'effet et l'influence de l'activité physique sportive sur ce construit socio-psychologique.

L'estime de soi et la perception positive de soi sont essentielles pour l'épanouissement et le bien-être psychologique des individus, et notamment pour les adolescents présentant un handicap.

Ce travail souligne l'importance d'effectuer une activité physique dans le but d'un développement et renforcement de l'estime de soi chez les adolescents en situation d'handicap moteur. Ce qui doit inciter les parents d'enfant handicapé moteur, médecins et éducateurs à encourager les enfants présentent une déficience de l'appareil locomoteur à participer aux séances d'éducation physique et sportive et la pratique d'activité physique sportive extrascolaire.

Toutefois, nous savons qu'un handicap moteur peut être responsable, au-delà de la réduction de la mobilité, de trouble dépressifs. et les individus avec une faible estime d'eux même auraient une plus grande tendance à s'isoler et à être dépressifs.

Au terme de notre recherche sur l'effet de l'activité physique sur l'estime de soi, chez les adolescents, il y a lieu d'affirmer que l'activité physique sportive influence positivement sur l'estime de soi, d'où l'importance de la promotion des activités physiques au plan psychologique. Chez l'enfant, les effets immédiatement associés à l'activité physique tels que le plaisir et l'augmentation de l'estime de soi apparaissent très importantes.

Il nous paraît nécessaire de proposer certaines recommandations dans l'espoir qu'elles apportent de bienfaits pour les handicapés moteurs. A savoir :

Il est recommandé de pratiquer une activité physique sportive (APSA) régulière. A noter aussi qu'il est recommandé aux élaborateurs des programmes de l'EPS de donner la considération et l'importance à cette problématique, et d'engager les intervenants en milieu scolaire désirant contribuer à l'amélioration de l'environnement inclusif des handicapés moteurs en EPS. Il demeure cependant essentiel d'améliorer les enceintes sportive de manière à permette une accessibilité de cette dernière aux élèves présentent un handicap moteur.

Bibliographie

Bibliographie

1. **André.Ch et Lelord. F**, « Estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres »P17, Armand colin, Paris, 1999.
2. **Angel .S**, « Petit Larousse de psychologie », P299-300, édition Larousse, Paris, 2010.
3. **Bloch. H et al**, « **Le Dictionnaire fondamental de la psychologie** », Larousse, France, 2002
4. **Bouchloukh. M**, « Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs », Thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, sous la direction de président SLOUKIA.H, Université Mantouri de Constantine, P17, 2008-2009.
5. **Bouزيد.B et Mekhoukh** « séminaire 3 et 4 décembre en psychologie-orthophonie ».
6. **Brahimi,S et Bounab.**« L'attitude de l'handicape moteur vis-à-vis de la formation professionnelle » mémoire de fin de cycle en vue d'obtention d'une licence en sociologie, option éducation. 2007.
7. **Cécile. A et al**, « Sport, Activités Physiques et handicap », Document réalisé par la Commission Régionale Sport et Handicap Midi-Pyrénées, 2010.
8. **Conventions sur le droit de l'enfant** : article 23 et 28, « convention des Nations Unis relative aux droits des personnes handicapées signée en » ,2009.
9. **Cooppersmith**, « inventaire d'estime de soi », P5, Paris : Centre de psychologie appliquée, 1984.
10. **Cosline.P**, « Psychologie de l'adolescent », Paris : Ed Armond Colin, 2006.
11. **Crocker.K et al** (2005) P36.
12. **Delphine.M**, « le soi, les approches psychosociales », Ed Presse Universitaire de Grenoble, 1995.
13. **Dictionnaire encyclopédique de la langue française**, « le Maxidico », édition de la connaissance paris, P550, 1996.
14. **Dictionnaire fondamental de la psychologie**, p561 Larousse ,2002.
15. **Plaisance. E et al** « Intégration ou inclusion ? », La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation, 2007.
16. **Fourchard. F et Courtinat-Capms. A**, « L'estime de soi globale et physique à l'adolescence » Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence, Elsevier Masson, 2013.

Bibliographie

17. **Giraud. F**, Journal de pédiatrie et de puériculture, rapport sur la prévention des handicaps de l'enfant, P85-88,2005.
18. **Fiske.T et Shelley. E**, « initiation sociale des neurones », P134, 2007.
19. **Garnier**, « dictionnaire des termes de médecin », Delamare Edition Maline, Paris p794, 1989.
20. **Gérard. L**, « Libérer l'adolescence », Edition Pierre Mardaga, 1988
21. **Bloch. H et al**, « Le Dictionnaire fondamental de la psychologie », Larousse, France, 2002.
22. **Hater** « Comprendre l'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent : considérations historiques, théoriques et méthodologiques ». Il M. Bolongini, et Y.Preteur (Eds), Estime de soi. Perspectives développementales. Lausanne et Niestlé, p 57-58-61, 1998.
23. **Gassier. G et Corine. C**, « Diplôme d'état auxiliaire de vie sociale », Edition Elsevier Masson, P64, 2004.
24. **Laporte. D**, « Favoriser l'estime de soi de 0 à 6 ans »P4, Québec : ED Hôpital de saint-Justine, 2002.
25. **Lavisse. D**, handicap en EPS : accueillir et intégrer. Nancy: CRDP Lorraine SCEREN, P231, 2009.
26. **Liberman. R**, « Handicap et maladie mentale »Edition P.U.F Paris, 1999.
27. **Libermann. R**, « Handicape et maladie mentale », 8ème édition, p 30-31, presse universitaires de France, 1988.
28. **Mialaret**, « Le vocabulaire de l'éducation », 1979.
29. **Michel.M et Gwen.T**, « les personnes handicapées mentales-éthique et droit », P.37-38, édition Fleurus, paris, 2004.
30. **Michelle.G, Tourette. T**, « Handicap et développement psychologique » Edition Armand Colin Paris 2002.
31. **Osson. D**, « l'adolescent d'aujourd'hui entre son passé et l'avenir », institut régional de travail social, Edition Press Seprention Paris, 1990.
32. **Pineau. C**, « Introduction à une didactique d'EP », le dossier EPS N°8, 1990.
33. **Robin. D**, « Adolescent et insécurité »Édition Frédéric belcor, 2009.
34. **Rousseau et Prud'homme**, Revue scientifique publiée par l'association canadienne de la langue française « la légitimité de la diversité en éducation » : réflexion sur l'inclusion ,2010.
35. **Sam. N**, « la prise en charge psycho-orthophonique de l'enfant IMC, in champs psychopathologie et clinique sociale, vol 4,9 p104, 2008.

Bibliographie

36. **Silk. S**, P2005, 2007.
37. **Tant. M**, « Inclusion en éducation physique et sportive des élèves en situation d'handicap. Mise en évidence d'un système inclusif en trois stades distincts chez les enseignants d'EPS français »2014.
38. **Thomazet. S**, « De l'intégration à l'inclusion. Une nouvelle étape dans l'ouverture de l'école aux différences », Le français Aujourd'hui, vol. 152, no.1, 2006.
39. **Unicef** : « les normes de l'enfance handicap », N°53-54, suisse, 1984.
40. **Véronique. L. m**, « l'infirmité motrice cérébrale », n°137 p 139-148,1999.

Annexes

Annexes

Questionnaire d'estime de soi de Rosenberg

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 accord (3)

Plutôt en désaccord (2)

Tout à fait en accord (4)

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 porté à me considérer comme un raté 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 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 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 bon à rien. 1-2-3-4

Merci pour votre participation

Annexes

Items de l'Indice de Soi Physique

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Pas du tout (1)

Très peu (2)

Un peu (3)

Assez (4)

Beaucoup (5)

Tout à fait (6)

- | | |
|---|----------------------|
| 1. J'ai une bonne opinion de moi-même | <input type="text"/> |
| 2. Globalement, je suis satisfait(e) de mes capacités physiques | <input type="text"/> |
| 3. Je ne peux pas courir longtemps sans m'arrêter | <input type="text"/> |
| 4. Je trouve la plupart des sports faciles | <input type="text"/> |
| 5. Je n'aime pas beaucoup mon apparence physique | <input type="text"/> |
| 6. Je pense être plus fort(e) que la moyenne | <input type="text"/> |
| 7. Il y a des tas de choses en moi que j'aimerais changer | <input type="text"/> |
| 8. Physiquement, je suis content(e) de ce que je peux faire | <input type="text"/> |
| 9. Je serais bon(ne) dans une épreuve d'endurance | <input type="text"/> |
| 10. Je trouve que je suis bon(ne) dans tous les sports | <input type="text"/> |
| 11. J'ai un corps agréable à regarder | <input type="text"/> |
| 12. Je serais bon(ne) dans une épreuve de force | <input type="text"/> |
| 13. Je regrette souvent ce que j'ai fait | <input type="text"/> |
| 14. Je suis confiant(e) vis-à-vis de ma valeur physique | <input type="text"/> |
| 15. Je pense pouvoir courir longtemps sans être fatigué | <input type="text"/> |
| 16. Je me débrouille bien dans tous les sports | <input type="text"/> |
| 17. Personne ne me trouve beau (belle) | <input type="text"/> |
| 18. Face à des situations demandant de la force, je suis le premier à proposer mes services | <input type="text"/> |

Annexes

19. J'ai souvent honte de moi
20. En général, je suis fier (ière) de mes possibilités physiques
21. Je pourrais courir 5 km sans m'arrêter
22. Je réussis bien en sport
23. Je voudrais rester comme je suis
24. Je suis bien avec mon corps
25. Je ne suis pas très bon(ne) dans les activités d'endurance telles que le
Vélo ou la course

Annexes

*Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des STAPS
Questionnaire de recherche
Sur le thème :*

*Effet de l'activité physique et sportive sur l'estime de soi des adolescents handicapés
moteur et leur inclusion en EPS*

*Dans le cadre de la préparation de notre mémoire de Master2 et afin de collecter les informations nécessaires à la réalisation de ce travail, nous vous demandons de bien vouloir répondre à ce questionnaire avec précision
Nous tenons à vous rassurer que les informations fournies ne seront utilisées que dans le cadre de la recherche et qu'à des fins scientifiques, par ailleurs l'anonymat vous est garanti.*

Indiquez par une croix la réponse qui vous semble approprié

1) En EPS, l'accessibilité des enceintes sportives aux élèves handicapés (fauteuil) est :

-Très favorable

-Plutôt favorable

-Pas très favorable

-Pas du tout favorable

2) La quantité de matériels spécifiques aux handicapés permettant une pratique de l'EPS adaptée est :

-Très favorable

-Plutôt favorable

-Pas très favorable

-Pas du tout favorable

3) Avez-vous dans votre établissement un ou des personnels (type Aide de vie scolaire) pour aider les élèves handicapés durant les enseignements d'EPS :

-Oui

-Non

4) Pour les élèves handicapés, pensez vous que leur intégration dans les classe ordinaires (en EPS) est :

-Très favorable

-Plutôt favorable

-Pas très favorable

-Pas du tout favorable

5) Pour les élèves valides, pensez-vous que l'intégration des élèves handicapés dans les classes ordinaires (en EPS) est :

-Très favorable

-Plutôt favorable

Annexes

-Pas très favorable

-Pas du tout favorable

6) Pensez-vous qu'en général, il est favorable pour l'enseignement d'EPS que les élèves handicapés soient mélangés avec les élèves valides ?

-Très favorable

-Plutôt favorable

-Pas très favorable

-Pas du tout favorable

7) Y'a-t'il un environnement professionnel favorable à l'intégration (en terme de matériel et d'accessibilité mais aussi en terme de personnels en soutien) dans les établissements algérien ?

-Oui

-Non

8) L'élève handicapé intégrer dans votre établissement participe-il à la séance d'EPS ??

-Oui

-Non

9) Avez-vous été formés, lors de votre formation au professorat d'EPS aux activités physique et adaptées (APA)

-Oui

-Non

Résumé

Ce mémoire décrit et compare le niveau de l'estime de soi entre les adolescents en situation d'handicap moteur pratiquant une activité physique et sportive et les non pratiquant au niveau des trois régions Bejaia, Sétif et Tizi-Ozou..Une enquête a été menée entre la période de décembre 2016 et mai 2017 auprès d'un échantillon représentatif de 45 adolescents handicapés moteurs licenciés dans des clubs sportifs et 45 autres non licenciés. Et une population de 60 enseignants a participé à notre étude. Avec utilisation d'une échelle d'estime de soi de Rosenberg et l'inventaire du soi physique ainsi qu'un questionnaire pour les enseignants d'EPS.

Les résultats montrent que l'activité physique et sportive peut servir de support à une meilleure intégration psychosocial de ces personnes, du fait d'une perception plus positive de leur propre valeur et image de soi. Nous avons donc examiné le concept d'estime de soi au travers de la pratique d'une activité physique et sportive chez une population d'adolescents présentant un handicap moteur.et l'inclusion des élèves handicapés moteur en EPS pour cette tranche d'élèves reste marginalisée.