

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département : Sciences Sociales
Mémoire de Fin de Cycle

Thème :

**L'ESTIME DU SOI CHEZ LES ADOLESCENTS AYANT UN
HANDICAPE MOTEUR**

Cas pratique : Etude de Huit (08) cas réalisée au niveau de l'Association
Des handicapes physique : Akbou.

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

Options : Psychologie Clinique

Réalisé par :

M^{elle} BEN MEDJKOUNE LYNDA

Encadré par :

Mr GHOUAS. Y

Promotion : 2012/2013

Remerciement

Tout d'abord, j'aimerais remercier Dieu le tout puissant, de m'avoir donné le courage, la patience et la volonté afin de terminer ce travail.

J'exprime toute ma reconnaissance, ma gratitude et mes vifs remerciements à Mr GHOUS YACINE d'avoir accepté de m'encadrer et pour toute l'intention et l'intérêt et l'effort manifesté de sa part, ainsi ses conseils précieux.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté d'examiner ce travail ainsi Je remercie infiniment tout les membres d'association des handicapés physiques D'AKBOU.

Enfin, je tiens à remercier tous ceux qui m'ont soutenue et aidé de loin ou de près durant la période de mes études.

Dédicace

Je tiens à dédier ce modeste travail à toutes les personnes qui me sont chères :

Spécialement, à mes chers parents à qui je dois tout le mérite. (TAOUËS, RACHID)

À mes chers frères : LYAS, KOKO, MASSI

À mes chères sœurs : DEHIA, SOUAD.

À la mémoire de ma grand-mère: HKOUKHA et mon grand père : AHMED.

À mon mari KHELLEAF et Toute sa famille

À Souad redjouh qui a continué à m'encourager durant toute ma vie.

Sans oublier mes amis : Lynda, zakou, tata, chouchou, Saloua, yamina, samou, fatima, selya, yasmine.

À mon ami et mon confidence Bachir sa copine Souad.

À tous ce qui me connaissent et m'aiment et que j'ai oublié de citer.

Sommaire : **page**

La liste des tableaux

Introduction générale..... A

Chapitre I : cadre méthodologique

1. Les objectifs et les raisons de l'étude.....	4
2. La problématique.....	5
3. L'hypothèse.....	7
4. Définition des concepts clés.....	9

Partie théorique

Chapitre II : L'adolescence

Préambule.....	12
1. Définition de l'adolescence	12
2. Le développement de l'identité.....	13
3. Quelques troubles psychologiques de l'adolescence.....	14
4. Les facteurs influençant l'adolescence.....	15
5. Les étapes de l'adolescence.....	16
6. Les difficultés de l'handicapé adolescent.....	19
Conclusion.....	20

Chapitre III : L'handicape moteur

Préambule.....	22
1. Aperçue historique sur les handicapés dans le monde	22
2. La notion de l'handicap.....	23
3. Définitions de l'handicap.....	24
4. Définition de l'handicape.....	24
5. Les type d'handicap.....	25

6. Définition de l'handicapé moteur.....	27
7. les causes de l'handicape moteur.....	27
8. les type de l'handicap moteur.....	30
9. traumatisme et deuil.....	31
10. La prise en charge des adolescents handicape moteurs.....	33
Conclusion.....	36

Chapitre IV : l'estime de soi

Préambule.....	38
----------------	----

1. Le concept de soi

1. 1. Définition de soi.....	38
1. 2. Les différentes dimensions du concept de soi.....	39

2. L'estime de soi

2.1. Définition de l'estime de soi.....	41
2.2. Les types de l'estime de soi.....	41
2.3. La construction de l'estime de soi.....	42
2.4. Les caractéristiques de l'estime de soi.....	44
2.5. Les caractéristiques d'une basse estime de soi.....	46
2.6. Les caractéristique d'une Forts estime de soi.....	47
2.7. L'estime de soi et le domaine corporel.....	50
2.8. La connaissance de soi et estime de soi de l'adolescent.....	50
Conclusion.....	53

Partie pratique

Chapitre v : méthodologie de recherche

Préambule	56
1. La présentation de l'organisme d'accueil.....	56

2. La méthode de recherche.....	57
3. les outils utilisés.....	57
5. les caractéristiques de la population mère et d'étude.....	65
6. la pré-enquête	67
Conclusion.....	69
Chapitre VI : analyse et discussion des résultats	
1. Présentation et analyse des résultats des cas.....	71
2. Discussion de l'hypothèse.....	89
Conclusion.....	92
Liste Bibliographique	
Les annexes	

Liste des tableaux

Tableau	Titre	page
Tableau n° 01	Les différentes dimensions de concept de soi	39
Tableau n° 02	Item positifs et item négatif	60
Tableau n° 03	les différentes échelles de l'estime de soi	61
Tableau n° 04	la grille de correction de l'échelle	63
Tableau n° 05	les niveaux d'estime de soi	64
Tableau n° 06	valeurs et caractéristique de l'échelle	65
Tableau n° 07	Présentation de la population mère :	66
Tableau n° 08	Les critères de sélection de la population d'étude.	67
Tableau n° 09	récapitulatifs des résultats obtenus chez les cas de notre population d'étude.	71
Tableau n° 10	Résultat de l'échelle de l'estime de soi Khellaf	72
Tableau n° 11	Résultat de l'échelle de l'estime de soi idir	74
Tableau n° 12	Résultat de l'échelle de l'estime de soi de Fatah	77
Tableau n° 13	Résultat de l'échelle de l'estime de soi de Saïd	79
Tableau n° 14	Résultat de l'échelle de l'estime de soi de Sabrina	81
Tableau n° 15	Résultat de l'échelle de l'estime de soi de radia	83
Tableau n° 16	Résultat de l'échelle de l'estime de soi de Farid	85
Tableau n° 17	Résultat de l'échelle de l'estime de soi de Sofiane	87

Introduction :

Le développement de l'unité physiologique de l'être humain ne se comporte pas seulement le coté organique mais aussi le coté psychique, car l'individu est différent des autres sur le plan cognitif, intellectuel et physique, chacun à son fonctionnement et ce dernier remanié suivant les ans, pour sortir d'une période à l'autre.

Parmi ces période L'adolescent qui est confronté à des nouvelles réalités et il va lui falloir assure 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. Ne plus vivre en harmonie avec son corps est pour lui un véritable obstacle.

L'adolescent 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).

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, des manifestations 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, de soi qui est notre objectif de recherche.

Pour cela Nous avons effectué notre recherche au sein de l'association des handicaps moteurs D' AKBOU, afin de savoir le degré d'estime de soi de ces adolescents handicaps moteurs.

Pour rejoindre nos objectifs, nous avons appuyé sur une partie théorique qui subdivisée en quatre chapitres, dont le premier englobe un cadre général de la problématique qui comporte une problématique et des hypothèses.les raisons et les objectifs de recherche.

Le deuxième intitulé l'adolescence et le troisième chapitre s'articule sur les handicaps moteurs. Le quatrième chapitre aborde l'estime de soi.

La partie pratique subdivisée en deux parties dont la premier, s'articulé sur la méthodologie de la recherche et les outils d'investigations et la deuxième partie présente les cas et leur analyses, la discussion et explication de l'hypothèse. Enfin une conclusion générale qui englobe notre recherche.

Chapitre I

Cadre

méthodologique

1. Les objectifs de la recherche :

A travers notre étude qui est « l'estime de soi chez les adolescences ayant un handicap moteur ». On a élaboré les objectifs suivant :

- Voir la relation entre l'estime de soi et l'adolescence.
- Voir la nature de la relation entre une estime de soi et l'handicap moteur, ou bien l'influence de ce dernier sur l'image qu'on port sur soi, et le regard des autres. S'est à dire savoir la relation entre une anomalie physique et la représentation de soi.
- Comprend plus profondément et interpréter plus justement le phénomène de l'handicap moteur et l'estime de soi.
- Mettre en pratique les connaissances acquises durant notre cursus universitaire et notre spécialité.

2. Les raisons de choix de thème :

Nous avons opté pour présenter notre étude les raisons suivante :

- A ma connaissance, il y a l'absence des travaux algériens sur les handicapé moteur, malgré son importance, puisque le nombre atteints de ce dernier est en augmentation en Algérie.
- A ce jour, on constate qu'il y a une insuffisance énorme des psychologues formés spécialement pour le soutien psychologique et l'accompagnement de ces personnes malades.
- Acquérir des connaissances sur les handicapes moteur.
- Marginalisation des adolescents atteints de problème moteurs.

3. Problématique :

Dans notre société des acteurs réclament et dénoncent des phénomènes sociaux comme la violence, le problème des accidents routières, et que tous les journaux et des statistiques nous portent des problèmes de la sante comme diabétique, les problèmes familiaux, des maladies psychiques, suicide, handicap, et toutes sortes d'emprisonnements sur soi.

Ces problèmes ont des effets néfastes sur l'individu lui-même, les groupes sociaux et de fortes répercussions sur socio- économique, Ce ne sont pas des phénomènes nouveaux mais ils s'opposent de parler d'expliquer et les contrôler.

Les personnes handicapées ont de moins bons résultats, sur le plan de la santé, comme de l'éducation, participent moins à la vie économique et connaissent des taux de pauvreté plus élevés, que celles qui ne sont pas handicapées. Cela est en partie dû au fait qu'elles rencontrent des obstacles pour accéder à des services que beaucoup d'entre nous considèrent depuis longtemps comme des acquis, dans les domaines de la santé, de l'éducation, de l'emploi, des transports mais aussi de l'information.

Actuellement dans notre société deux millions de personnes handicapés en Algérie ,44% ayant un handicap moteur, dont 28,5% peut être dépiste des 22 semaines de grosses en ce qui concerne l'handicap congénital. (C:\user\HOSFT\Documents \Handicapes en Algérie cause et contraintes.htm).

Le taux de l'handicape moteur varie d'une société à l'autre selon un certain membre des facteurs on cite : l'acquise, la conscience sanitaire, la culture, les guerres, facteur génétique, les accidents. (**Encyclopédie familiale de la santé, 2010, P 130**)

Ce dernier facteur et la cause principale de l'augmentation de l'handicap moteur selon le ministre de la santé et de la réforme hospitalier.

Etre un handicap c'est être privé de nombreuses choses dans les différentes sociétés, car un handicap qui vit dans un milieu, là ou tout le monde dans l'état normal, ça le rend malheureux et provoque chez lui un sentiment de manque et l'incapable, les gens le rejettent, et très souvent ils font objet de radicales, on le montre du doigt, on a pitié de lui, mais personne ne pense à l'aider à rendre son quotidien plus agréable au même supportable.

Vivre un handicap moteur est l'une des expériences les plus difficiles dans la vie d'une personne, Parce que cette catégorie des handicapés moteurs souffre sur le plan physique, mais aussi moral et cette souffrance due de la marginalisation de la société.

Durant notre exploration on a remarqué que les personnes atteints L'handicapé moteur souffrent de manque de confiance, un sentiment de dévalorisation, repli sur soi, isolement, une véritable solitude, timidité, réaction agressive, comportement de tristesse, anxiété, stress, sentiment d'insécurité chez certains adolescents. Tous ces derniers touchent l'estime de soi, qui est un composant fondamental dans la construction de la personnalité.

D'après nos modestes observations sur le terrain, on a découvert que les adolescents atteint de l'handicapé moteur sont tellement exposés à cette dimension d'estime de soi, car ils souffrent de l'handicapé moteur qui les met dans l'incapacité motrice. Cette maladie engendre une forte atteinte de la perception de l'image du corps, c'est dans ce cadre problématique qu'on va structurer notre travail de recherche.

Dans notre recherche on va essayer de décrire et d'expliquer la qualité de l'estime de soi chez l'adolescent handicapé moteur, et on cherche le degré de l'estime de soi négatif au positif, et au même temps le problème de l'environnement social et leurs aide pour améliorer le problème psychique des individus à des problèmes moteur.

A cet effet et après cet analyse la question de départ est :

Est-ce que il ya une relation entre l'handicape moteur chez l'adolescent et l'estime de soi ?

4. L'hypothèse :

Il ya une relation significative entre l'handicape moteur des adolescents et leur estime de soi ?

5. Définition des concepts :

5.1. L'handicap :

Peut être sensoriel (auditif visuel) physique (neurologique musculaire) ou encore mentale (déficience intellectuelle, trouble psychiatrique).les causes sont très variées en surtout les traumatismes, les malformations, les anomalies génétiques les infections, les maladies cardio- vasculaire, respiratoire. (Dictionnaire de Larousse, 2002, p 500).

5.2. Définition opérationnelle:

Un vrai handicapé c'est ce lui qui est inutile dans la société, pas celui qui a un handicap quelle que soit son type d'handicap.

5.3. L'estime de soi :

C'est le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou la réputation, bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous-mêmes. C'est l'appréciation favorable de soi-même, il s'agit donc d'une évaluation, d'un jugement de valeur à propos de soi. (SAIN PAUL.J, 1999, P07).

5.4. Définition Opérationnelle :

- ce que je pense de moi-même.
- le regard et le jugement jetés par les autres sur moi.
- la confiance en soi.
- l'amour de soi.

5.6. L' handicap moteur :

C'est l'absence ou la perte de la fonction motrice déterminée par les médecins spécialistes en orthopédies ou incapacité égale au supérieur a 50%.

IL peut être aussi défini comme une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps, ce qui rend l'individu incapable de pratiquer ses activités de façon normale psychique.

Le taux de l'handicap moteur varie d'une société à une autre selon un certain nombre de facteurs tel que l'acquise, la conscience sanitaire et culturelle, la sensibilisation ainsi que les accidents, les guerres et les catastrophes naturelles. (G. Zribi et D. Poupée, 2004, p 261).

5.7. Définition Opérationnelle :

- incapacité de marcher
- détérioration de l'état physique
- malformation de squelette
- incapacité de se mouvoir.
- incapacité de prendre la responsabilité totale.

5.8. L'adolescence :

L'adolescence selon F.RICHARD est « une tranche de vie définie doublement par le phénomène biologique de la puberté et par son statut socioculturel » (BIOTY.A, FOUQUES.D, 2002, p218).

5.9. Définition Opérationnelle.

- période de latence.
- une période de transition entre l'état de l'enfance et celui de l'adulte.
- c'est une période qui est accompagnée par un déséquilibre qui se manifeste par des nombreux symptômes (cris de l'adolescence).
- confiance en soi diminuée, développement corporelle.

Partie Théorique

Chapitre II

L'adolescence

Préambule :

Parmi les différentes étapes qui constituent le développement de l'être humaine, l'adolescence se termine et caractérise par une série d'adaptations successive. Alors l'adolescence est considérée comme une étape transitoire dans la vie de l'être humain, située entre l'enfance et l'âge adulte, ce qui signifie qu'il y a des changements qui caractérisent ce passage que se soit sur le plan physique, intellectuel et psychologique.

Après la définition de ce concept, nous aborderons le développement de l'identité. Ensuite, Quelques troubles psychologiques de l'adolescence, Les facteurs influençant l'adolescence, Les étapes de l'adolescence et Les difficultés de l'handicapé adolescent, Pour terminer avec une conclusion.

1. Définition de l'adolescence :

Angel et coll. disent que l'adolescence est la période qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Il s'agit d'un concept social dont la dimension psychologique est essentielle. Ce mot représente une réalité récente, puisqu'au siècle dernier, les conditions de vie conduisaient le jeune vers l'âge adulte à grande pas. Il devait prendre rapidement des responsabilités, en travaillant et en fondant une famille. La période de l'adolescence a toujours existé, mais la façon dont on l'appréhende varie selon les sociétés et les époques. De nos jours l'adolescent se dirige peu à peu vers l'âge adulte et vit cette période à son rythme avec les changements qu'elle implique, vivant sous le même toit que ses parents et construit son identité tout en tentant de prendre doucement son autonomie et sortir de cette étape cruciale, riche et intense pour la construction de la personnalité. Elle est définie dans le Norbert Sillamy comme étant « époque de la vie qui se situe entre l'enfance qu'elle continue et l'âge adulte. Il s'agit d'une période ingrate' marquée par des transformations

corporelles et psychologiques qui débutent vers 12 ou 13 ans et se termine entre 18 et 20 ans » (COSLIN.P.2006, P200).

C'est une période très sensible de la vie où des changements physiques et psychiques se rejoignent pour créer une expérience à la fois vulnérable de l'être de construction évolutive de soi. C'est aussi une période de recherche de sa propre identité. Cette quête identitaire se déroule parfois dans un climat de « heurts » dont la prise de risque est l'un des aspects caractéristiques. Certaines de ces risques touchent la santé, et le recours à la consommation de drogues tend à devenir l'un des plus fréquents. (Ibid. 2006, P6).

L'adolescence ou adolescere (« grandir vers ») constitue le passage fondamental qui va de la dépendance infantile à l'autonomie adulte et se caractérise par des bouleversements intenses et variés. (H.Bénony, 2005, p 11).

2. Le développement de l'identité :

L'adolescence constitue une période d'émergence d'un moi adulte où l'individu devient plus conscient de lui-même et plus autonome.

La problématique de l'adolescent peut se situer à différents niveaux, le premier niveau concerne d'abord le vécu de l'adolescent et la description de ses affects ; le deuxième concerne la façon dont le sujet se perçoit lui-même et comment il se pense perçu par les autres, ce que l'on appelle « image de soi » ; un troisième niveau correspond à la l'estime de soi et enfin un quatrième niveau se réfère essentiellement au concept d'identité.

La vie affective des adolescents a affective des adolescents a souvent été considérée comme tumultueuse avec une insistance sur la question essentielle et la notion de « crise » d'adolescence. Elle consiste en un processus de désengagement vis-à-vis de la famille, avec une forte ambivalence des sentiments, non conformisme et rébellion. la proportion d'individu

psychologiquement perturbés à l'adolescence serait identique à celle que l'on retrouve à différentes époques de la vie.

L'évolution psychologique à l'adolescence est déterminée non seulement par la croissance corporelle mais aussi par des facteurs sociaux. (M. Guidetti, 2002, p 99).

3. Quelques troubles psychologiques de l'adolescence :

3.1. Les troubles addictifs :

Les addictions sont des troubles qui se caractérisent par une répétition d'actes susceptible de provoquer du plaisir et marqués par la dépendance à un objet ou à une situation et consommés avec avidité, ainsi le sujet perd la liberté de s'abstenir. Ce trouble se retrouve dans diverses organisations psychiques, on le retrouve pour la majorité dans les organisations limitées. Mais à l'adolescence où la structure est encore en construction. Ce type de trouble est particulièrement lié à l'adolescence dans la mesure où les sujets qui en souffrent présentent des carences majeures des assises narcissiques, le narcissisme est ébranlé à l'adolescence par les changements pubertaires.

3.2. Les troubles alimentaires :

Ces troubles apparaissent souvent à l'adolescence car ils font suite à une lutte contre les changements imposés par la puberté. Cependant, la notion de trouble alimentaire est essentiellement descriptive et ces troubles appartiennent à différentes organisations psychiques (névrotique, border line, psychotique) tout dépend de chaque individu et de son histoire.

3.3. Les troubles anxieux :

À l'adolescence, l'angoisse ravivée par le changement pubertaire doit trouver un moyen de se décharger. Elle est parfois déplacée vers un objet ou

une situation. Cela donne naissance à une phobie. Si elle n'est pas déplacée vers un objet précis .elle peut rester diffuse et donner lieu à des crises d'angoisse, à des moments qui la ravive particulièrement. (Ibid.2004, P125).

3.4 .Dépression, sentiment dépressif :

Les sentiments dépressifs à l'adolescence sont les symptômes les plus répondus au niveau de la psychopathologie de l'adolescent. Cependant, il ya différents degrés qui vont d'une certaine morosité passagère à la véritable maladie.

L'adolescent connait des passages dépressifs normaux liés aux remaniements internes qu'il subit. S'il va bien, il dépasse assez rapidement ces moments dépressifs. Cependant, si cet état s'installe de manière prolongée, sans l'alternance de moment joyeux, il faut s'en préoccuper. L'adolescent est déprimé, au sens psychopathologique de terme. (CHARLOTE.M et ADELIN.V.D.2004, 126,127).

4. Les facteurs influençant l'adolescence :

Toutes les manifestations de l'adolescence, au delà même des différences filles, garçons, sont évidemment variables d'un adolescent à l'autre, parme si facteur on trouve :

-La chronologie ou le tempo pubertaires plus ou moins avancés, retardés ou dans la moyenne, les caractéristiques qualitatives particulières de la métamorphose corporelle, et surtout les modalités d'intégrations de tous ces paramètres par l'adolescent.

-Le type de famille et la qualité du milieu dans le quel a grandi l'enfant, ainsi que les investissements et la sécurité dont il a bénéficié antérieurement.

-La cohérence, la souplesse ou la précarité du contexte culturel et social environnant.

-L'existence éventuelle d'une maladie chronique ou d'un handicap, physique ou psycho-intellectuel. (P.ALVIN, D.MARCELLI, 2005 P06).

5. Les étapes de l'adolescence :

5.1. Début de l'adolescence :

Cette étape (en moyenne, 10-12 ans pour les filles. 11-13 ans pour les garçons) contemporaine, des premiers signes pubertaires, est dominée par la métamorphose physique et sexuel. Les pressions nouvelles et la question centrale de la normalité qui en découlent ont pour résultante quantité de phénomène inédit.

C'est le cas pour les préoccupations liées à l'image corporelle et à la différence des sexes, l'expérience des érections, de la masturbation et de l'éjaculation chez les garçons, le vécu des premières règles et du début de la vie gynécologique chez les filles. La constitution de groupes de sexes opposés, les amitiés intenses de même sexe...Etc.

A ce stade s'amorce la redéfinition des modes de relation et en particulier le début de la perte du système relationnel de l'enfance. Ce passage se traduit par certains comportements tels que les sautes d'humeur, les épisodes d'isolement ou les refus de jeux ou d'occupation auparavant familiaux, il explique aussi les oscillations entre mouvement « enfantins » et velléités d'être un « grand ». D'une façon très caractéristique le jeune adolescent commence à revendiquer tout ce qui touche son corps générateur d'une pudeur inédite.

5.2. La mi-adolescence :

Cette période (en moyenne 13-16 ans pour les filles ,14-17 ans pour les garçons). « Troublée » par excellence, est sous-tendue par les transformations des dernières étapes de la puberté et l'intégration plus ou moins harmonieuse de celle-ci, dans le schéma personnel, familial et social.

L'enjeu principal est l'affirmation d'une place et d'un rôle nouveau en tant que sujet à part entière, alors même que persistent des tensions entre les besoins contradictoires d'indépendance et de dépendance non satisfait. Ces phénomènes s'exercent partout, en famille, mais aussi à l'école, entre amis ou au sein du groupe plus large, des pairs de même âge. A ce stade, apparaissent souvent :

-des contrastes entre une maturité physique volontiers décalée par rapport à la maturité psychoaffective : entre l'importance prise par l' image du corps ou les préoccupations physiques et l'apparente négligence des besoins corporels et de santé au sens large, entre les sentiments d'invulnérabilité ou de toute puissance, et un manque sous-jacent de confiance en soi, entre le besoin de satisfaction ou de gratification immédiates à gérer le temps ou repousser les échéances : entre les prises de risques et le manque d'appréciation des conséquences possibles :entre les expressions d'empathie et les attitudes d'allure égoïste :

Entre les pulsions pour les satisfactions sensorielles ou sexuelles et les inhibitions ou interdits fréquents à la réalisation directe de ces désirs : Les investissements de l'énergie pulsionnelle dans des activités variées, physique, intellectuelles ou artistiques.

Ces réinvestissements peuvent également s'exprimer à travers d'exploits en tout genres ou d'une recherche de popularité dans le groupe des pairs :

Une relative pauvreté des défenses face au stress les réactions s'exprimant à l'extrême sur le mode de l'impulsivité, du conflit, du repli ou de la morosité. D'une façon plus générale, il apparaît une certaine vulnérabilité face aux circonstances anxiogènes ou dépressogènes avec propension aux mises en actes :

La possibilité d'état dépressifs, souvent atypiques, qu'un certain nombre de signes doivent faire suspecter : baisse récente du rendement scolaire, troubles du sommeil, apparition de certaines conduites à risque (alcool autres toxiques, fugues .etc.), isolement social, absence d'ami privilégié ou sentiments d'autodépréciation avec parfois idées de mort, voire passage à l'acte suicidaire.

5.3. Fin d'adolescence :

Théoriquement, la fin de l'adolescence (17-21 ans en moyenne) survient après la consolidation des dernières étapes du développement physique.

Vers l'âge de 17 ans, la quasi-totalité des adolescents ont atteint le stade final de leur développement pubertaire. Idéalement c'est à partir de cette période que l'intensité sexuelle, et la capacité de relations intimes, affectives et sexuelles, après quelques essais et erreurs, sont acquises.

Cette étape est normalement celle de l'achèvement d'une identité d'adulte et de l'acquisition d'une relative indépendance matérielle, autorisant une réelle émancipation.

Le plus souvent cependant, les impératifs du développement ne sont pas encore tous réalisés ou autorisés, l'adolescence « psychologique » ou « social » se poursuivant encore sur plusieurs années(9-20).Pour preuve ,en France, les enfants quittent le domicile familial en moyenne à 20 -25 ans pour les filles et 22 ans pour les garçons .Beaucoup de ces départs sont »aidés »ou aménagés et l'indépendance financière n'est acquise en moyenne que deux années plus

tard.....Comme l'avait déjà très bien résumé Winnicott :« c'est tout un problème ,que de savoir comment être adolescent pendant l'adolescence. Pour n'importe qui, cela demande énormément de courage. **(Ibid. 2005 P06).**

6. 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 monde du travail, à se lier d'amitié avec des autres. **(G.LUTTE, P138)**

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, P139)**

Le handicap moteur grave engendre un vécu adolescent particulièrement douloureux, la prise de conscience de caractère définitif de leur blessure corporelle constitue chez ces adultes, une entrave à l'engagement dans la vie. **(D. OSSON, 1990, paris P 79)**

Conclusion :

L'adolescence est une période très sensible et très importante de la vie de l'être humain, Elle manifeste une grande sensibilité pour les handicapés, en particulier les adolescents ayant un handicap moteur qui engendrent un vécu très douloureux. Alor peut induire de très graves complications et difficultés psychologiques.

Chapitre III

L'handicape

Moteur

Préambule :

A travers ce chapitre nous allons tenter de comprendre ce qu'est l'handicap et quels sont les différents types d'handicaps, nous allons essayer de nous concentrer en particulier sur l'handicap moteur.

Dans ce chapitre on va définir la notion de l'handicap, les types de l'handicap, définition de l'handicapé moteur et leurs cause, puis les signes clinique de se dernier, Le traumatisme et le deuil et enfin la prise en charge.

1. Aperçue historique sur les handicapés dans le monde :

Le terme de « personnes handicapées » a remplacé ceux d'infirmités, d'anormaux, d'aliénés, de retardés, d'inadaptés, etc. L'évolution des attitudes à l'égard de ces personnes s'est faite de façon lente et discontinue, mais elle va peu à peu dans le sens du droit à la vie. Si, à l'époque des lacédémoniens, on supprime les nouveau-nés malformés, les anciens se contentent plus généralement de laisser agir la sélection naturelle. Pendant de nombreux siècles, il revenait donc aux familles, aux voisins, de s'occuper des malades, des personnes âgées ou inaptes au travail. Les solitaires, ceux dont la famille fait défaut, et qui ne peuvent subvenir à leurs besoins, trouvent faute de mieux une sorte d'issue dans la mendicité.

La fin du XIXe siècle marque un tournant dans le statut social de l'handicapé, qui va évoluer vers la forme que nous lui connaissons : mieux armée grâce à l'anatomopathologie et à la bactériologie, la médecine maintient en vie de plus en plus de sujets fragiles. En France, en 1898, la loi sur la réparation des accidents du travail, est une des premières lois à assurer la protection sociale des travailleurs. Dans les pays belligérants (les pays qui sont en états de guerre), la première Guerre mondiale laisse un groupe de mutilés (qui ont perdu un ou plusieurs membre ou organes) vis-à-vis de qui la collectivité se

sent responsable. Les lois concernant les mutilés de guerre stipulaient en 1916 des emplois réservés, en 1918 la rééducation, et en 1924 l'emploi obligatoire.

La Seconde Guerre mondiale, qui isole le Royaume-Uni, l'oblige à élaborer une doctrine connue sous le nom de rapport Tomlinson (1914-1943) et à mettre au point toute une série de techniques de « réhabilitation » des handicapés. Dès lors, parallèlement à l'extension des actes d'indemnisation vont se développer rapidement, dans le monde, l'action de réinsertion socioprofessionnelle et qui passera ouvertement au premier plan. Des 1930, une loi soviétique avait institué une priorité de logement pour certains handicapés, et cette disposition a joué alors un rôle très important dans leurs réadaptations. ((Universalis, 1998)

2. La notion de l'handicap :

Le terme « handicap » (littéralement « hand in cap » en anglais « la main dans le chapeau »), apparaît pour la première fois en 1990. pour une évolution historique du terme et des intérêts liés au handicap) au seizième siècle en Grande-Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs du cours : « handicapé un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en l'obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les partants ».

Si les handicaps sont bien repartis, le résultat de la course devient incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur des morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le nom du vainqueur. (Michelle GUIDETTE, Catherine TOURETTE, 2002, p7).

3. Définitions de l'handicap :

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 maxi dico, 1996, p.550)

D'un autre côté, l'Organisation Mondiale de la Santé a présenté la distinction suivante, dans le Contexte sanitaire, entre déficience, invalidité et handicap :

Déficience : perte ou anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique Ou anatomique.

Invalidité : toute réduction ou absence, due à une déficience, de la capacité d'exécuter une Activité de la manière ou dans la plénitude considérée comme normale pour un être humain.

Handicap :

Désavantage résultant pour un individu d'une déficience ou d'une invalidité, qui limite l'individu concerné dans l'exercice d'un rôle normal pour lui, compte tenu de son âge, de son sexe et de facteurs sociaux et culturels, ou l'empêche d'exercer ce rôle. (OMS. 2006).

4. Définition de l'handicape :

Selon Dené 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 à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségrégée soit de son propre fait, soit de ce lui de la collectivité. (Libermann, R., 1999, P38).

5. Les types d'handicap :

On distingue plusieurs types d'handicaps parmi lesquelles se trouve celui auquel nous consacrons cette étude : l'handicapé moteur.

5.1. L'handicap intellectuel :

L'handicap intellectuel se caractérise par une déficience mentale et une altération du comportement adaptatif (désadaptation sociale). Les déficiences mentales sont : soit génétiques (aberrations chromosomiques, ex : la trisomie 21), biologiques (agressions prénatales, périnatales ou postnatales), psychologiques (carences affectives, hospitalisme...) ou écologiques (milieu socioculturel, mauvaises conditions de vie...).

5.2. L'handicap psychique :

Certaines déficiences psychiques, suite à des « maladies mentales », peuvent provoquer un handicap psychique. L'handicap psychique regroupe les conséquences durables, en termes de dépendance, des maladies mentales. C'est-à-dire qu'il s'agit du retentissement personnel et social des troubles psychiques sur les capacités d'autonomie et d'adaptation de certaines personnes. Ex : la schizophrénie.

De nombreuses confusions existent entre Handicap Intellectuel et Handicap Psychique. Ces deux termes sont souvent confondus dans la notion de Handicap Mental. Pourtant les conséquences, l'évolution, l'insertion socioprofessionnelle sont très différentes.

5.3. Les maladies invalidantes :

Parmi celles-ci on compte plusieurs à savoir :

5.3.1. L'épilepsie : Les épilepsies peuvent entraîner des situations d'handicap très variées. Elles peuvent être associées à d'autres déficiences ou isolées. Elles

peuvent constituer une déficience grave si les crises sont fréquentes, ou pharmaco résistantes. Cependant, avec un suivi et certaines précautions, certaines épilepsies sont tout à fait compatibles avec une insertion socioprofessionnelle. (Dictionnaire des termes de médecine 1989, p.294)

4.3.2. Les insuffisances respiratoires (asthmes sévères, bronchites chroniques, emphysème,...) : elles se manifestent par des dyspnées (difficultés à respirer), des gênes respiratoires avec limitation de l'activité... (Ibid. 1989, p.467)

4.3.3. Les allergies cutanées (eczémas liés à des facteurs professionnels). (Ibid. 1989, p.27)

4.3.4. Les troubles endocriniens, métaboliques : exemple : diabète.

4.3.5. Les maladies cardio-vasculaires.

4.3.6. Les déficiences rénales.

4.4. L' handicap physique :

Les handicapés physiques peuvent être sensoriels ou moteurs.

4.4.1. Les handicapés sensoriels :

L'handicap visuel et l'handicap auditif peuvent relever de manifestations congénitales ou acquises.

- L'handicap auditif (les malentendants et les sourds) : La personne peut naître ou être devenue sourde ou malentendante.
- L'handicap visuel (les malvoyants et les aveugles) : La personne peut naître ou être devenue aveugle ou malvoyante.

4.4.2. Les handicapés moteurs :

L'handicapé moteur, le sujet de notre étude, est celui qui du fait d'un défaut organique, ne jouit pas de l'entière liberté de son corps.

5 .Définition de l'handicapé moteur :

C'est l'absence ou la perte de la fonction motrice déterminée par les médecins spécialistes en orthopédies ou incapacité égale au supérieur a 50%.

IL peut être aussi défini comme une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps, ce qui rend l'individu incapable de pratiquer ces activités de façon normale psychique. ((G. Zribi et D. Poupee, 2004, P 261).

L'handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique.il peut résulter d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique, des muscles. (S.GONZALES PUELL ,2010. P 169)

6. Les causes de L' handicapé moteur :

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.

A) 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.

B) Les facteurs non génétiques :

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

B-1- Les facteurs d'origine prénatale :

La grossesse représente une phase très importante pour le fœtus, car toute atteinte de la maman peut entraîner une atteinte à la santé du fœtus, et risque d'être handicapé. Parmi les maladies que 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, stress...) qui peuvent engendrer un déséquilibre hormonal par conséquent une fragilité osseuse aux facteurs.

B-2- 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.

B-3- 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 entraîner un handicap, ce handicap est le résultat de :

B-3.1.La malnutrition :

La malnutrition est considérée 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 (5) premières années de sa vie, la malnutrition selon l'OMS peut rendre l'atteinte de l'enfant de maladie mortelle ou entraîne 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'autres maladies, telle que la spasticité, le manque de la vitamine « D » et du calcium dans la croissance de divers handicap.

B-3.2.La maladie :

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

B -3.3 Les accidents routiers :

Ils représentent le facteur majeur de l'handicap, car ils sont responsables de 8,5% d'handicapés au monde, estimé à 30 millions ce taux est directement lié au degré de l'urbanisation, la productivité et la situation économique raison pour laquelle les pays en voie de développement en souffrent plus que d'autres.

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 35% 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 piétons, des parcelles, 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'accidents, et ce par la négligence, et les non prise des mesures adéquates pour limiter ce phénomène.

B-3.4 Les accidents du travail :

Sont aussi dangereux que les autres, et contribuent d'environ 4,5% du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent être résultat de la circonstance générale liée au travail, ou le résultat de négligence personnel. **(Brahimi.S, Bounab.S, 2007, p 18 ,19 ,20).**

7. Les types de l'handicap moteur

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

7.1. 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.

7.2. 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 motrice cérébrales ».

7.3. 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. (Jacqueline. G, Corine. C, 2004, P64).

8. Les signes cliniques de l'handicap moteur :

- un déficit moteur avec hypotonie.
- Le déficit moteur est d'intensité variable selon le degré de l'atteinte, allant d'une simple diminution de la force musculaire à une paralysie complète et flasque.il est coté de 1à5.
- Absence de contraction volontaire.
- Contraction faible sans déplacement.

- Déplacement possible si l'action de la pesanteur est compensée.
- Déplacement possible contre la pesanteur.
- Déplacement possible contre la pesanteur et contre résistance.
- Force musculaire normale.
- Amyotrophie : due à la perte de l'innervation musculaire consécutive à la lésion des fibres motrices.
- Diminution ou abolition des réflexes ostéotendineux : due à l'interruption de l'arc réflexe.
- Crampes : elles peuvent être révélatrices de l'atteinte neurogène périphérique.
- Fasciculation : elles sont surtout fréquentes au cours de la moelle.
- Autres signes associés.
- Des signes sensitifs : peuvent être associés à ces signes moteur lorsqu'il existe une atteinte concomitante des fibres sensitives.

Des troubles trophiques et vasomoteurs ainsi que des troubles végétatifs peuvent être présents en cas d'atteinte concomitante des fibres du système nerveux autonome. (N.DANZIGER, S.ALAMOWITH, P335).

9. Le traumatisme et le deuil :

Si le handicap provient à la suite d'un accident ou d'une maladie, alors que la personne est adolescente ou adulte, l'abord psychologique sera celui du traumatisme et du deuil. Deux éléments sont à prendre en compte : d'une part, les forces et les faiblesses du sujet blessé, quand il doit se confronter à la réalité traumatique. Où en était-il dans son projet de vie ? Comment vivait-il ? Qu'est ce qui importait pour lui ? Chaque cas est différent et il va falloir composer avec l'histoire individuelle de chacun. D'autre part, face à ce qui lui arrive, le sujet, dans cette confrontation, va traverser différents stades qui sont des défenses psychologiques.

Non ce ne peut être vrai. Ne plus marcher, ne plus sentir certaines parties de son corps, on ne peut y croire. Le refus est la première technique utilisée par tous. La dénégation est un amortisseur après le choc de nouvelles brutales, qui permet au malade de se recueillir, puis, avec le temps, de mettre en œuvre d'autres systèmes de défense moins exclusifs. Il s'agit d'une défense temporaire, suivie d'une acceptation partielle. Les soignants ne contrediront pas ce refus. C'est leur présence respectueuse qui va aidé malade et famille à surmonter cette première étape nécessaire.

Pourquoi moi ? L'irritation va être projetée dans toutes les directions sur l'entourage, les soignants, bien souvent au hasard. À cette période, de quelque côté que se tourne le malade, il n'y a que des injustices. Or un patient qu'on respecte, qu'on comprend, auquel on accorde de l'attention et un peu de temps ne tardera pas à baisser le ton et à atténuer ses exigences agressives.

Si Dieu a décidé de m'envoyer cette épreuve, et s'il n'a pas réagi à mes supplications irritées, peut-être me sera-t-il plus favorable si je lui demande gentiment. Suit une phase de marchandage. C'est la tentative pour retarder les événements, qui inclut une prime offerte pour bonne conduite, mais impose aussi une limite irrévocable. C'est le temps des promesses à Dieu, des pèlerinages...

Mais le temps passe, et rien ne change. Le sujet sait qu'il a perdu quelque chose d'essentiel. . Les pertes peuvent être multiples : atteintes physiques, mais aussi atteintes dans le projet de vie (problèmes financiers, nécessité de déménager, astreinte des soins ...) et atteinte narcissique dans l'image et l'amour qu'on a de soi-même. Il y a alors des tas de raisons réelles de dépression, mais il y a aussi le chagrin, la dépression comme instrument de préparation à la séparation. Cette phase peut se répéter longtemps après l'accident ou la maladie. Tant que la personne est hospitalisée ou dans une phase de récupération-réadaptation, on reste souvent dans les premières étapes. Trois ans après,

paraplégiques et tétraplégiques affrontent souvent des dépressions profondes, face à des renoncements très douloureux.

Mais c'est parce qu'ils auront pu exprimer leur tristesse et leur chagrin qu'ils pourront aborder une dernière phase d'acceptation. Il y a eu perte. Cependant, le sujet reste entier dans ses capacités d'aimer et d'être en relation. Des réaménagements et des investissements nouveaux vont alors être possibles. L'enjeu de cette longue période de deuil est de permettre au sujet des renoncements extrêmement douloureux, sans que se surajoutent des incapacités à la relation qui sont mutilantes humainement. Intervient ici la question du sens de l'événement. Il faut que cet accident ou cette maladie prenne sens dans l'histoire du sujet et soit réaménagé dans son économie psychique (Kübler -Ross E.1974, p 50)

10. La prise en charge des adolescents handicapés moteurs :

A- 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 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. (Bouchlooukh M. P ,94)

Le champ d'intervention du psychologue ne se limite pas spécialement aux facteurs d'individuation mais il est important de l'étaler à un périmètre plus dynamique où la recherche permet de fixer ou 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 se 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. (Ibid. P, 101)

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. (Ibid. P, 101)

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. (Ibid. P, 101)

B-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.(Ibid.P,100)

C- 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 dès 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 (Sam N.2008.P, 104).

D- 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 toutes spécialités 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, raides ou brusques et mal déliés. Le but de l'évaluation neuromotrice 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 au mieux que s'établisse une compensation ou une suppléance.
(Véronique .l. m, 1999, P44)

Conclusion

La prise en charge de l'adolescent handicap moteur est longue particulièrement lorsque, il nécessite une prise en charge multidisciplinaires (kinésithérapeutes, orthopédistes, neurologues, psychologues...) cet accompagnement doit être total et globale, tout en étant indispensable et complémentaire pour une véritable insertion.

Chapitre IV

L'estime de

soi

Préambule :

L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité. Pour nous sentir bien, notre regard de la vie et notre posture envers elle, a un grand impact sur notre bonheur ainsi que nos réussites. Celui qui a toujours des idées positives, sera plus étendu, tranquille et souriant que celui qui perçoit habituellement le mauvais côté des choses.

Notre manière de penser ; de sentir non seulement nous affecte, mais affecte également les personnes autour de nous, Porter un regard positif sur nous-mêmes est donc vital pour notre équilibre psychologique, cela exige que l'estime que nous avons de nous-mêmes s'améliore.

1. le concept de soi :**1.1. Définition de soi :**

La notion de soi occupe une place importante dans la recherche en psychologie social et celle de la personnalité.

Selon Céline Ram, le concept de soi reflète la façon dont la personne perçoit, autrement dit, ce sont les attitudes, sentiment et évaluation que l'individu éprouve à son égard. Entoure le concept de soi peut aussi être envisagé comme constituant un ensemble de processus réagissant le comportement, l'action. (CELIN.R, 2004, P80).

Selon le petit Larousse de psychologie : Devenir soi- même s'implique à une conscience éveillée ne se limite pas seulement au moi. Le soi comme unification de la conscience et de l'inconscience, le centre virtuel de l'individuation. Au sens large, le soi est le lieu où le sujet se reconnaît comme réellement existant. (Petite Larousse de la psychologie, 2005, p 894)

Selon Anne laure padilla, le concept de soi contient d'une part un idéal des soi, c'est-à-dire le soi souhaité, et d'autre part la connaissance de soi ; le soi perçu qui regroupe l'ensemble des perceptions qu'un individu a de lui-même et qui dépend notamment de ce que l'entourage lui renvoie de lui-même. La confrontation de l'idéal de soi et de la connaissance de soi va alors permettre l'émergence de l'estime de soi dont la valence dépendra de ce rapport. (PADILLA.2009, p08).

1.2. Les différentes dimensions du concept de soi :

Le tableau qui va suivre illustrera les différentes dimensions du concept de soi. Selon le modèle expérientiel-développemental du concept de soi.

Tableau n°1 : les différentes dimensions de concept de soi. (L'écuyer, 1978, p.13)

Structures	Sous- structures	Catégories
Soi matériel	Soi-somatique	Traits et apparence physiques Condition physique et santé
	Soi-possessif	Possession d'Object Possession de personne
Soi personnel	Image de soi	Aspiration, sentiment et émotions, qualité et défauts
	Identité de soi	Rôle et statut, identité abstrait, dénomination simple

Soi adaptatif	Valeur de soi	Compétence, valeur personnelle
	Activités du soi	Stratégie d'adaptation, autonomie, ambivalence
Soi sociale	Préoc + attitude soc	Domination, altruisme
	Réf. sexualité	Référence simples, attrait + expérience sexuels
Soi- non -soi	Référence aux autres opinions des autres	

Le soi se développe à travers plusieurs stades, dans notre études on met l'accent sur période de l'adolescent, d'où le nom de réorganisation du soi donne à ce stade. Autour de 12ans il y a une sorte de désorganisation. Les adolescents ne savent plus ce qui est important : certaines perceptions antérieurement centrales ne le sont plus : d'autres le deviennent

-le premier sous stade celui de la différenciation de soi entre (10-12et15-16), marqué par l'apparition de multiple nuance entre les diverses perceptions ainsi que par l'addition des dernières catégories nouvelles dans divers secteurs encore incomplets.

-le second sous stade celui de l'adaptation de soi entre (17-18-21 ans) centré sur les aspects adaptatifs. (Ibid.1978, p045).

On va passer à l'estime de soi, l'Objet de notre recherche.

2. L'estime de soi :

2.1. Définition de l'estime de soi :

L'estime de soi peut être fondée sur le choix des normes extérieures par le sujet, dont il constate qu'il est ou non capable de les attendre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet, le moi actuel d'une part et d'autre part le moi idéale, le moi qui devrait être l'image de lui que le sujet suppose chez certaines personnes qui le connaissent. (Bloch, H, 1997, p.117).

Selon Cooper Smith 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. (COOPER.S, 1984, p5)

2.2. Les types de l'estime de soi :

Selon (C, Andre, F, lelord) il existe 4 quatre grands types de l'estime de soi :

3.1. **Estime de soi basse et instable** : l'estime de soi est globalement basse, cependant elle est très sensible aux succès et échecs, elle augmentera rapidement en cas de réussite et diminuera aussi vite en situation d'échec.

3.2. **Estime de soi haut et instable** : l'estime de soi est globalement haute, elle cependant diminue lors des situations négatives. Les personnes s'en défendent alors fortement afin de retrouver leur niveau initial d'estime de soi.

3.3. Estime de soi basse et stable : l'estime de soi globalement basse et peut sensible aux événements extérieurs, qu'ils soient positifs ou négatifs.

3.4. Estimes de soi haute et stable : l'estime de soi est globalement haute elle évolue peu en fonction des situations de succès ou d'échecs contrairement à ce que nous pouvons penser au premier abord ,une estime de soi haute n'est pas forcément préférable a une estime de soi basse ,chacune présente des avantages et des inconvénients.(C.André.F.Lelord,2007,P64à78)

2.3. La construction de l'estime de soi :

Le développement des recherches portant sur l'estime de soi a donné une divergence des idées concernant la construction et le développement de cette dernière .Ces idées se regroupent sous forme de deux tendances principales.

2.3.1. Estime de soi construction personnelle et unidimensionnelle :

James W, est un des premiers auteurs à avoir considéré l'estime de soi comme résultante d'une construction personnelle. A cet effet, il pense que l'estime de soi est la conscience de la valeur du Moi. Il voit que l'estime de soi est le rapport entre ce que nous sommes (notre soi réel) et ce que nous voudrions être (Notre idéal de soi).

James (1892 ; in Harter, 1998) concevait que l'estime de soi était déterminée par le rapport entre les succès et les échecs en fonction des aspirations de l'individu à réussir : Si les succès sont égaux ou supérieurs à ses aspirations, l'individu aura une haute estime de lui-même. Au contraire, l'estime de soi est faible lorsque les aspirations de l'individu dépassent ses réussites effectives. Cependant, si l'individu ne réussit pas dans un domaine auquel il attribue peu d'importance, cela n'aura pas d'influence au niveau de son estime de soi. Autrement dit, « nous nous estimons en ce monde exactement d'après ce

que nous prétendons être et prétendons faire ; nous prenons pour mesure de notre valeur le rapport qu'il y a entre les résultats que nous obtenons et ceux que nous pensons pouvoir obtenir. » (James, 1998, p. 51). (L'ECUYER, 1978, p87)

2.3.2. Estime de soi, construction sociale multidimensionnelle :

En 1902, Cooley nuance cette vision en évoquant l'influence de l'environnement relationnel sur la perception qu'un individu se forge de lui-même : Cooley postule qu'autrui serait un miroir dans lequel nous nous percevons et que les jugements d'autrui sur nous seraient intériorisés et créeraient les perceptions que nous avons de nous. Ainsi, l'estime de soi ne résulte pas de la confrontation entre soi idéal et soi réel comme l'a évoqué James, mais bien de la confrontation entre soi idéal et soi *perçu* qui dépend de l'environnement relationnel de chacun.

Il a ensuite été démontré que l'estime de soi est largement influencée par la relation aux autres : les travaux de Cooper Smith (1967) visaient à démontrer la non corrélation significative entre l'estime de soi de l'enfant et la fortune, l'éducation ou la profession de ses parents, le seul facteur qui influence fortement l'estime de soi de l'enfant étant la qualité de sa relation avec ses Parents.

Cooper Smith considère également l'estime de soi comme une variable multidimensionnelle qui peut être appréhendée relativement aux différents secteurs de la vie d'un individu. Selon la conception de Cooper Smith, l'estime de soi renvoie au jugement que les individus portent sur eux même, quelles que soient les circonstances. C'est une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle).

Ainsi, il distingue l'estime de soi globale (eux mêmes qui renvoie à un jugement personnel général), l'estime de soi sociale, l'estime de soi familiale et l'estime de soi professionnelle ou scolaire. (Anne-Laure Padilla, 2009, p 09)

2.4. Les caractéristiques de l'estime de soi :

A partir du modèle de Shavelson, Hubner et Stanton (1976), Shavelson et Bolus (1982) ont-il est organisé ou structuré. Chaque individu organise ses différentes expériences selon des catégories identifiées sept caractéristiques essentielles dans leur définition du concept de soi.

- Il est organisé ou structuré. Chaque individu organise ses différentes expériences selon des catégories : famille, école, amis, travail...
- Il est multidimensionnel. Les visions que l'individu a de lui-même sont organisées ou structurées en différentes catégories, afin de faciliter le traitement de ces informations. L'individu différencie le soi « scolaire » du soi « social ». Ces différentes catégories sont toutefois en rapport les unes avec les autres. Les différentes dimensions reflètent le système de catégories adopté par un individu et/ou partagé par un groupe.
- Il est hiérarchique. Le concept de soi se hiérarchise depuis les perceptions de nos conduites vers des inférences à propos de soi dans des sous-champs (par exemple, pour le concept de soi social : les pairs ou autres significatifs), et des inférences à propos de soi dans différents domaines : scolaire, social, valeur propre.... Les perceptions relatives à un comportement spécifique se situent à la base de la hiérarchie, les inférences sur soi dans un domaine plus large au milieu de la hiérarchie, et on trouve au sommet de la hiérarchie le concept de soi général.
- Il est plus ou moins stable en fonction de son niveau dans la hiérarchie. Le concept de soi général est stable. Néanmoins lorsque l'on descend dans la hiérarchie, le concept de soi devient progressivement spécifique à la

situation et par conséquent moins stable. A la base de cette hiérarchie, les sous-champs des concepts de soi sont très variables en fonction des situations particulières et le concept de soi général peut néanmoins être affecté. Le succès ou l'échec dans une tâche de lecture peut modifier le concept de soi scolaire sans pour autant altérer le concept de soi général, tandis qu'il pourrait être affecté si plusieurs échecs dans des tâches différentes modifiant plusieurs dimensions du soi comme le soi scolaire et le soi social.

- IL est développemental. Le concept de soi devient progressivement multidimensionnel avec l'âge. lorsque l'individu se développe, de l'enfance à l'âge adulte, le concept de soi se différencie progressivement en de multiples composantes.
- Il présente un caractère descriptif et évaluatif. les individus peuvent dans une même situation se décrire (« je suis un basketteur ») et s'évaluer eux-mêmes (« je suis un excellent joueur de basket »). Ainsi, le concept de soi présente une caractéristique évaluative qui renvoie à l'estime de soi.
- Il est différencié. En allant du sommet vers le bas de la hiérarchie, la structure devient progressivement différenciée. Le concept de soi général se diversifie d'abord en deux branches : le concept de soi scolaire et le concept de soi non scolaire. La branche scolaire comprend quatre facettes : le concept de soi en français, mathématique, histoire et science.

Chacun de ces sous-domaines se ramifie en des concepts de soi séparés et plus spécifiques. la branche non-scolaire comprend trois sous-domaines : les concepts de soi social, émotionnel et physique. par ailleurs, la réussite scolaire doit être plus fortement corrélée avec le concept de soi scolaire général qu'avec le concept de soi social ou le concept de soi physique et le concept de soi dans certaines matières scolaires spécifiques (par exemple : français, maths) doit être

plus fortement corrélé avec la réussite dans ces matières plutôt que dans d'autres (Famose .J-P et Guérin, 2002, P30).

2.5. Les caractéristiques d'une basse estime de soi :

L'estime de soi est considérée comme une composante importante de notre personnalité. La personne qui manque d'estime de soi souffre de difficulté d'adaptation, dans la mesure où elle ne sait pas si elle peut compter sur elle-même, elle a peur des changements, se montre souvent rigide et contrôlant. Une autre façon de se protéger du changement est de fuir ou d'en laisser la responsabilité aux autres.

En outre, une autre caractéristique commune aux personnes qui manquent d'estime de soi est la difficulté à admettre leurs erreurs et cela se fait par le déni, qui est un usage externe (je sais mais je mens pour me « protéger ») ou qu'il ne peut remarquer consciemment qu'il a fait des erreurs (les autres qui en sont responsable), ainsi qu'une impossibilité à les corriger et par conséquent, à apprendre à faire autrement à l'avenir. Il se montrera comme défensif, il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien qu'il pense.

Lorsque la personne manque d'estime de soi et de confiance en soi, l'autre est aisément perçu comme accusateur et même menaçant, ou encore comme une source possible d'humiliation ou de rejet.

Le manque d'estime de soi, peut aussi se manifester par le désir d'avoir raison, ce qui suppose que l'autre a tort, dans le but de se rassurer sur ses compétences intellectuelles, ainsi que sur sa valeur morale. Ce qui entraîne des hostilités et agressivités qui peuvent apparaître sous forme de piques, d'ironies, de sous-entendus, de bouderies, de mauvaise humeur chronique, être exprimés

ouvertement ou réprimés, niés ou transformés en une gentillesse, désir de plaire si marqués qui peuvent parfois irriter l'interlocuteur ou le mettre mal à l'aise.

Ainsi, la personne manquant d'estime de soi risque d'osciller entre ce qu'elle croit être la conformité au désir de l'autre et une rébellion contre ce désir. A moins qu'elle n'adopte l'une ou l'autre de ses attitudes comme mode de relation privilégié aux autres et au monde. Cela fait un obstacle qui empêche la personne de se centrer sur des buts personnels, à satisfaire ses valeurs.

L'une des conséquences les plus désastreuses du manque d'estime de soi est les problèmes de communication qu'il engendre, ayant peur d'être « découvert », critiqué, jugé, le sujet ne livre pas facilement ses idées, ses sentiments, ses désirs. Il peut même affabuler dans le but de se valoriser (mythomanie, mégalomanie). Il en résulte une difficulté à communiquer et en particulier de façon honnête et ouverte, bien entendu, intime.

C'est aussi que cela provoque des difficultés dans les relations amoureuses, il est incapable de s'aimer lui-même, avoir aussi du mal à aimer réellement l'autre, cette personne cherche un miroir favorable qui lui renvoie de lui une image positive, aimable. Un autre problème, ils ont beaucoup de mal à croire à l'amour de l'autre (comment peut-on aimer une personne telle que moi ?). Le doute de cette amour, le met dans une situation d'insécurité permanente : la jalousie malade, s'ils sont enfin certains des sentiments qui leurs sont portés, ils risquent fort de dévaloriser la personne qui les aime (Ibid., 1999, p 23-27)

2.6. Les caractéristiques d'une Forte estime de soi :

Disposer d'une haute estime de soi, ce n'est pas seulement avoir une haute idée de soi-même, s'en convaincre et le faire savoir, six critères caractérisent la globalité d'une bonne estime de soi :

2.6.1. Hauteur :

La hauteur s'identifie dans premièrement, le discours à soi : plutôt s'apprécier, être sur de soi pour agir et prendre sa place parmi les autres, ne pas s'effondrer face aux échecs ou aux difficultés. Ainsi que d'être capable de parler positivement d'elle lorsque les circonstances l'y amènent et d'accepter les compliments sans gêne. En second lieu : dans son attitude face à l'action ; elle peut entreprendre, persévérer, renoncer sans s'humilier ni chercher d'excuses.

Enfin à ses attentes et à ses ambitions : elle ajuste ses prétentions à sa valeur ni trop ni trop peu.

2.6.2. Stabilité :

C'est un très bon indice de qualité de l'estime de soi, qui concerne sa réactivité aux événements de la vie, parfois, la façade de l'estime de soi se lézarde face à la difficulté. L'intensité de l'amplitude des réactions émotionnelles face aux revers, mais aussi aux réussites. Cette stabilité s'identifie au rôle d'amortisseur qu'elle peut jouer face aux réussites et aux échecs, ou aux approbations et aux critiques. Elle permet aussi une relative constance du comportement et du discours quels que soit le public ou les interlocuteurs.

2.6.3. Harmonie :

Vu de l'extérieur, certaines estimes de soi paraissent très ou trop investies dans un domaine limité de la vie personnelle. Dans la réussite professionnelle ou dans le maintien d'une apparence « jeune, par exemple : il peut aussi apparaître dans divers champs, notamment l'apparence physique, la conformité (être comme les autres), l'acceptabilité et la popularité (se rendre aimable et apprécié), le succès et le statut (se rendre supérieur à la majorité des autres) dans certains milieux

(métiers manuels...), à la force et l'habilité physique qui contribuent également à l'auto-estime.

Elle s'identifie premièrement, à la multiplicité des intérêts de la personne, à ce qui n'existe pas ou a peu de grands écarts entre personne privée (famille et proches) et personnage public. En second lieu à la capacité de se repérer dans un domaine, si on est en échec dans un autre.

2.6.4. Autonomie :

Certains estimes de soi sont centrées sur l'atteinte de valeurs, la pratique de vertus (ou supposées telles aux yeux de la personne) : se montrer gentil, serviable, solidaire, généreux, honnête....

Elle s'identifie, premièrement, surtout par rapport aux pressions sociales, sur ce qu'il faut avoir, faire ou montrer pour être (ou se sentir ou se croire) estimé des autres : conjoint, enfant. En second lieu, à la capacité de supporter le rejet ou le désaveu en termes de soutien social, les impacts émotionnels (des échecs).

2.6.5. Effet favorable sur la santé somatique :

Par exemple se pencher sur les bénéfices physiques de la tendance à l'auto-valorisation et de l'inclination réflexe à avoir spontanément « une illusion positive de soi ». Ces illusions positives sur soi font partie de ce qui compose une bonne santé psychique.

2.6.6. Une intelligence de soi :

L'estime de soi est une forme d'intelligence de soi, cette dernière est la faculté d'apparaître et de comprendre, mais aussi l'aptitude à s'adapter à des situations nouvelles et à découvrir des solutions aux difficultés que l'on

rencontre. Elle est finalement ce qui peut nous permettre de tirer le meilleur de ce que nous sommes à l'instant présents en fonction de l'environnement.

Ainsi, l'estime de soi est influencée également par les inégalités sociales, médicales, psychologiques. Il est par exemple plus facile de s'estimer si on est né dans une démocratie, en bonne santé, si on a un métier, si on a été aimé dans son enfance, si on nous aime aujourd'hui. (ANDRE.C, 2006, p 33-42).

2.7. L'estime de soi et le domaine corporel :

L'apparence physique intervient, en effet, dans la qualité de l'estime de soi qui comprend une valence esthétique corporelle. Dans un langage plus simple, l'idée que l'on a de son apparence détermine pour partie la confiance qu'on place en soi. Les spécialistes ont construit le concept de « l'image de soi » qui sous-tend la confiance en soi.

L'image de soi est fondée sur la perception qu'un individu a de son corps mais d'une façon plus subjective (l'idée faite au fil du temps et des événements) qu'objective (la perception que peut en avoir un évaluateur impartial d'après les normes habituelles). Evidemment la société influence l'image de soi et le souci de l'apparence. (Tighol (J), 2006, p 97).

2.8. La connaissance de soi et estime de soi de l'adolescent :

2.8.1. La connaissance de soi :

Les transformations physiques et celles du statut social engendrent un remaniement narcissique, qu'il apparait difficile à gérer. Selon Erikson l'identité de moi doit être constituée et il est nécessaire d'affirmer quel qu'en soit le prix. Cette construction se fait sur des éléments internes et externes. Les représentations que fait l'adolescent et son besoin de s'estimer joue un rôle primordial dans son développement personnel de cette dernière. A cela

s'ajoutent les interrogations de l'adolescent sur sa propre valeur qui favorisent un sentiment de soi plus ou moins cohérent.

À l'adolescence le jeune trouve des difficultés liée aux processus cognitifs qui poussent à intégrer les images de soi en une vision globale et cohérente. La perception d'une certaine instabilité de soi prive l'adolescent des repères qui lui seraient nécessaires pour construire des représentations solides, il perçoit cette instabilité dans ses conduites dans la fluctuation rapides de ses humeurs et de ses désires. L'adolescent cherche toujours à répondre ou à s'opposer aux attentes de son environnement. Il se perçoit différent d'un moment à l'autre et d'une situation à l'autre. On constate, aussi que l'adolescent est capable d'identifier les contradictions de certaines de ses caractéristiques qui lui donnent le sentiment d'être incohérent.

On note aussi que c'est à l'adolescence que, l'individu perçoit la permanence de son corps et la stabilité des reconnaissances venues des autres. Cette perception le conduit à un sentiment de continuité de soi. L'adolescent perçoit le passé comme centration sur les rapports affectifs avec l'entourage et l'évaluation positive de sa situation personnelle. Le présent se caractérise par l'appartenance à des catégories abstraites et existentielles, et se révèle tendu vers l'avenir. Ce dernier est conçu comme le lieu de l'autonomie, de la liberté et de l'accomplissement de soi.

On peut déduire que les adolescents ont le plus souvent, une vision positive, pensant avoir gagné des capacités intellectuelles des traits de personnalité positifs et aussi progressé en qualités émotionnelles, et en séduction physique. Ils estiment que leur épanouissement se poursuivra dans les années à venir. (COSLIN Pierre G, 2002, p : 120)

2.8.2. L'estime de soi :

L'estime de soi correspond à la dimension évaluative du concept de soi. C'est le jugement porté sur soi qui est associé aux normes sociales de réussite et d'échec, de valeur et de non valeur.

Le sentiment de valeur de soi se construit, dès l'enfance, et basé aussi sur la qualité de la relation affective avec les parents et sur les propres réalisations du sujet.

L'amour et le soutien constitue le besoin fondamentale des parents confèrent à l'enfant cette « sécurité de base » qui lui permet d'aborder le monde avec confiance. Les réalisations et les conquêtes lui permettent d'accomplir ses désires, de maîtriser son environnement et d'obtenir l'approbation des autres.

À l'adolescence les modalités relationnelles changent, les sources de valorisation ou de dévalorisation du jeune, aux coté de nouvelles personnes significative adultes ou avec les pairs « Bariaud, 1997 ». Dans une situation ou d'un terrain particulier l'adolescent est conduit à comparer ses performance à celle de ses camarades.

A l'adolescence aussi le phénomène de la réussite ou d'échec scolaires vont jouer un rôle considérable dans l'estime de soi. Réussites, les difficultés cumulées peuvent conduire à de graves dérèglements du sentiment de la valeur personnel de l'adolescent, soit dans le sens d'une dévalorisation profonde ou d'une exaltation de soi. Ce sont des situations désadaptant, dans la mesure où l'estime de soi ne se maintient pas que si elle est équilibrée par des mécanismes régulateurs « Perron, 1991 ». Sachons qu'une situation d'une dévalorisation particulièrement forte peut conduire certains adolescents à une attitude de résignation et de retrait et à l'émergence des conflits internes « Tyszkowa, 1990 ».

L'estime de soi intervient dans les rapports d'un individu avec le monde extérieur et il doit être apporté à l'image propre et à l'image sociale de l'individu. L'image propre est la description de soi même faite par le sujet de son propre point de vue, et cette notion renvoie à l'expression de la conscience de soi pour soi. « Rodriguez-tomé, 1983 »

On peut dire que le soutien parentale, l'affection témoignée par les proches, l'approbation qu'ils lui manifestent dans les actions participent hautement à l'estime que se porte à l'adolescence. (COSLIN -Pierre G, 2002, p122).

Conclusion :

En résumé, on peut dire que l'estime de soi est l'évaluation faite d'un individu en rapport avec ses propres valeurs, c'est être en bonne santé mentale, c'est la connaissance de soi, la connaissance de ses capacités, de ses faiblesses, de ses difficultés, de ses limites ainsi que ses besoins ayant pour effet une image de soi en rapport avec la réalité. Une représentation intérieure qui se construit à partir de notre contact avec les autres et l'environnement et quelques soit les approches la question de l'image de soi et l'estime de soi apparaissent comme éléments de base dans la vie du jeune.

Partie Pratique

Chapitre V

Méthodologie de la recherche

Préambule :

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation. Et avant d'exécuter notre recherche sur le terrain, il faut d'abord faire une pré-enquête qui nous permettra de recueillir des informations sur notre thème

Dans ce chapitre, on va montrer la méthode sur laquelle on s'est basé pour effectuer notre recherche ainsi que le terrain, la population d'étude, et les outils de recherche qu'on a utilisés.

1. Présentation du lieu de la recherche :

ESPOIR D'AKBOU : en bref, est une association des handicapés moteurs de la Daïra d'AKBOU, a vu le jour le 27 juin 2000 sous la direction d'un président « Mr : ISDIKEN KAMEL ». Elle se situe : au centre culturel « MOULOUD KACEM NAIT BELKACEM » AKBOU. Elle s'est fixée le devoir de recenser l'ensemble des handicapés moteurs de la Daïra d'AKBOU, pour leur offrir aide et assistance selon leurs besoins.

Leurs objectifs sont :

- Le soutien et la prise en charge psychologique.
- Scolarisation de tous les handicapés moteurs ainsi que le soutien scolaire.
- Démarches administratives au niveau des différents services pour l'établissement des cartes pour les handicapés et les cartes d'assurance ainsi que les pensions des handicapés, durant tout le prolongement de l'année.
- Démarches administratives au niveau de l'O.N.A.A.P.H pour l'établissement des fauteuils

roulants, voiturettes à moteur, les béquilles et tout le matériel orthopédique.

2. La méthode utilisée :

Pour vérifier notre hypothèse, on choisie la méthode descriptive :

La méthode descriptive essaie de décrire le phénomène tel qu'ils existent, plutôt de manipuler des variables pour tester les causes et leurs effets (WESTEN.D, 2000, p 62).

Beaucoup de méthodes de recherche en psychologie sont descriptives, (étude de cas, observation, systématique ou naturaliste. Enquête.....).elles interviennent au milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. Leur objectif d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (Khadija Chahraoui et Hervé Bénony, 2003, P125).

3. Les outils utilisés

3.1. L'entretien clinique :

Selon A. Blanchet, (1985) : l'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information, il s'agit d'un dispositif par lequel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B.

L'entretien permet d'étudier les faits dont la parole est le vecteur principal (étude d'action passées de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes,...).Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, explicitation).

Dans l'entretien clinique à visée diagnostique ou thérapeutique, on retrouve dans l'entretien de recherche les mêmes distinctions techniques. (HERVE BENONY et KHADIJA CHAHRAOUI, 1999, P64)

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet. Elle permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime ses rêves, ses fantasmes. Donc l'entretien clinique c'est un outil irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (Ibid., P12).

L'entretien clinique favorise la parole et l'émergence des phénomènes inconscients. C'est un processus exploratoire qui contient une possibilité permanente de reformulation d'hypothèse. (CYCCAU, 2003, p. 100).

Dans notre recherche on a choisie l'entretien semi-directif pour vérifier notre hypothèse.

3.2. L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif c'est un usage complémentaire où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien. (LONESCUS.S et BLANCHET.A, 2006, p13).

Dans l'entretien semi-directif le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (BENONY.H, CHAHRAOUI.KH, 1999, P17-19)

3.3. L'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith SEI :

3.3.1. Description de l'échelle :

L'inventaire d'estime de soi a été construit pour mesurer les attitudes évolutives envers soi-même dans les domaines sociaux, familiaux, personnels et professionnel (ou scolaire), une échelle de mensonge, a été ajoutée. Ce dernier contient deux formes. La forme adulte et scolaire. Dans notre cadre de recherche c'est la forme scolaire qui convient et qui répond aux critères de notre population d'étude. (COOPER.S, 1984, p9).

La forme scolaire a été élaborée au cours d'une étude vaste sur les origines, les implications et les Co-relation de l'estime de soi. La plupart des 50 items mis au point sont issus, après aménagement, de l'échelle de ROGERS et DYMOND 1954 : on leur a ajouté des items originaux. Tous les énoncés étaient formulés de façon à convenir à des enfants, à partir de 10 ans. Cinq psychologues ont classé ces items en deux groupes : ceux qui reflètent une estime de soi élevée et ceux qui reflètent un faible estime de soi.

Les items apparaissant comme répétitifs ou ambigus ou ceux sur les quels il y avait un désaccord dans le classement furent éliminés. Pour s'assurer de leur bonne compréhension par les enfants. On a testé les items retenus sur un groupe de 30 enfants. Cette analyse nous a permis de sélectionner 50 items se rapportant à des attitudes envers soi-même dans quatre domaines : social, familial, scolaire ou personne.

La forme définitive a été administrée, dans un premier temps, à 87 enfants (garçons et filles) ce qui a permis de constater qu'il n'y a pas de différences significatives entre les sexes : puis dans un deuxième temps, à 1748 enfants d'origine plus variées. Là encore aucune différence significative entre les garçons et les filles n'a été notée, mais la tendance à obtenir une note d'estime

de soi élevée très nettement : la moyenne du groupe était de 35 et l'écart type de 6,9. (COOPER.S, 1984, p9)

Au vu de ces résultats, une échelle de mensonge a été créée. Elle comporte 8 items dont les contenus sont si clairement négatifs ou positifs c'est-à-dire peu flatteurs ou avantageux que l'honnêteté des réponses ne peut laisser de doute. La note à cette échelle doit être considérée comme l'indice d'attitude de réponse défensive à l'égard du test, plutôt que comme un indice de mensonge.

Alors la forme scolaire contient « 58 items ». Décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant un cas « Me ressemble » ou « Ne me ressemble pas ».

Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs

Items positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items Négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57.

Tableau n°2 : Items positifs et items négatifs (Cooper Smith, 1984, P9)

Les items sont aussi répartis selon les composantes théoriques de l'estime de soi et en plus une échelle de mensonge.

Tableau n°3 : les différentes échelles de l'estime de soi (Cooper Smith, 1984, p10).

Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57
Echelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52
Echelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44
Echelle scolaire	2-17-23-33-37-42-46-54
Echelle mensonge	26-32-36-41-45-50-53-58

3.3.2. Administration et correction :

L'administration du S.E.I (Service Educatif Itinérant) peut être individuelle ou collective. La forme scolaire s'applique aux enfants et adolescents scolarisés, de 8 ans plus.

Au cours de l'administration, il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explication. L'emploi du terme « estime de soi » doit être évité. (On notera que, sur la feuille de réponse, ce terme n'apparaît pas dans le titre). Pour la forme scolaire, les consignes peuvent être lues à haute voix par l'examineur.

3.3.3. Les étapes d'analyse des résultats de test d'estime de soi :

L'analyse des résultats obtenus par le test d'estime de soi celui de COOPER SMITH se fait en deux étapes qui sont les suivantes :

3.3.3.1. La cotation :

La cotation du test d'estime de soi une grille de correction présentée dans l'inventaire d'estime de soi de COOPER SMITH, et comptant « 1 point » par croix apparaissant à travers les repères. Les 5 notes obtenues : générale,

familiale, scolaire et mensonge, seront inscrites sur la feuille de réponse. (COOPER.S, 1984, p11)

La note totale d'estime de soi s'obtient en sommant les notes aux 4 échelles générales, familiales, sociales et scolaires. La note de l'échelle de mensonge n'entre pas dans la note totale .la note maximum est de « 26 » points pour l'échelle générale et de « 8 » points pour les autres échelles, elle est de « 50 » points pour la note totale d'estime de soi. (Ibid. 1984, p12)

Tableau N° 4 : la grille de correction de l'échelle (Cooper Smith, 1984, P20)

composantes	Items		Réponses	Notes
Estime de soi générale	Positif	1-4-19-27-38-39-43-47	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24-25-30-31-34-35-48-51-55-56-57	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
Estime de soi sociale	Positif	5-8-14-28	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22-44	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
Estime de soi scolaire	Positif	33-37-42	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
Echelle de mensonge	Positif	26-32-41-50-53-58	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	36-45	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0

3.3.3.2. Classement et interprétation :

Après la correction des réponses obtenues, on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théorique et aussi la note totale de l'échelle de mensonge.

L'interprétation des résultats obtenue dans la correction est basées sur deux tableau le premier est celui du niveau total d'estime de soi classé par ordre en « 5 » classes et le deuxième le concernant les valeurs caractéristique des échelles : générale, sociale, familiale, scolaire et mensonge. (Cooper. S, 1984, P17)

Tableau N°5 : les niveaux d'estime de soi (Cooper. Smith, 1984, P18)

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	≤ 18	Très bas
2	19 à 30	Bas
3	31 à 38	Moyen
4	39 à 45	Elevé
5	46 à 50	Très élevé

Ce tableau indique qu'il y aura une possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon « 5 classe », la classe première (≤ 18) c'est la note minimale qui indique un niveau d'estime de soi très bas, la deuxième classe (19 à 30) indique un niveau d'estime de soi bas. C'est deux classe désignent ceux qui ont une évaluation négative d'eux même. Ensuite la troisième classe de (31 à 38) considéré comme un niveau moyen d'estime de soi, c'est un indicateur d'une évaluation positive de soi. la quatrième classe qui montre un niveau d'estime de soi élevé (39 à 45). Et enfin la dernière classe (46 à 50), qui englobe des sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (Centre de psychologie appliquée, 1984, P13)

Tableau n°6 : valeur et caractéristiques des échelles.

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Moyenne	18,46	5,67	4,92	4,12	33,35	2,38

L'analyse et l'interprétation des résultats doit se faire par une comparaison intra-individuelle, en repérant les domaines où l'estime de soi est plus basse ou plus élevée.

Une note élevée à l'échelle de mensonge peut indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi, l'interprétation de la note totale d'estime de soi devrait être modulée selon le résultat obtenu dans l'échelle de mensonge (centre de psychologie appliquée, 1948, P14).

4. Les caractéristiques de la population mère et d'étude

4.1. La population mère et ses caractéristiques :

Notre recherche est centrée au niveau de l'association des handicapés moteurs, ce dernier contient plus de 560 handicapés moteurs des deux sexes (femme « 90 », homme « 470 ») avec les catégories d'âge (adolescent, adulte, les personnes âgées).

Ce tableau montre les caractéristiques de la population mère.

Tableau n °7 : Présentation de la population mère.

Sexe de handicap moteur Age de l'handicap moteur	Sexe de handicap moteur		total	%
	masculin	féminin		
(13-15) ans	120	20	140	25
(16-22) ans	130	60	190	33,92
(23-40) ans	220	10	230	41,10
total	470	90	560	100

4.2. La population d'étude et ses caractéristiques :

Les recherches en science sociales est notamment en psychologie nécessite l'extraction d'un échantillon représentatif qui sera considéré comme modèle pour obtenir des informations sur une population plus vaste.

On peut considérer l'échantillon c'est l'ensemble des personnes à interroger, qui sont extrait d'une population plus large appelée une population mère ou population de référence. (Henri Mahe de BOISLANDELLE 1998)

Notre étude s'est focalisée sur huit (08) jeunes adolescents qui sont sélectionnés d'une manière ciblée, intégrés au sein de l'association. De six garçons et deux filles. Ces adolescents sont d'âges et de niveaux socio-économiques différents. Nous avons retenu pour la population d'étude tous les cas répondant à l'objet de notre étude.

Ce tableau montre les caractéristiques de la population d'étude.

Tableau n°8 : Les critères de sélection de la population d'étude.

Nom	L'âge	Le sexe	L'origine de l'handicap	Niveau D'étude
FATAH	16	masculin	Mal formation	Secondaire
SOFIANE	18	masculin	accident	Secondaire
SAID	18	masculin	accident	Secondaire
RADIA	18	féminine	accident	Secondaire
SABRINA	16	féminine	accident	Secondaire
IDIRE	19	masculin	Mal formation	Secondaire
KHELLAF	16	masculin	accident	Secondaire
Farid	18	masculin	accident	Secondaire

5. La pré- enquête :

La pré-enquête est définie par MICHELE. M et Jack. D comme étant « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre, d'une part les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas. Et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation ». (MICHELE.M et JACK.D, 2006, P19).

La pré-enquête ou la pré-étude est une étape importante dans toute recherche scientifique, appelée aussi la phase exploratoire.

Nous avons effectué notre pré-enquête au niveau de l'association des handicapés moteur (AKBOU), qui nous a permis de bien identifier notre thème de recherche.

Avant l'exécution de notre recherche, j'ai rencontré le président de l'association des handicapés à qui j'ai expliqué notre thème : (l'estime de soi chez les adolescents ayant un handicap moteur), ce dernier m'a orienté vers la psychologue de l'association à laquelle j'ai expliqué aussi mon objectif de recherche.

Cette pré-enquête qui m'a permis d'effectuer une certaine observation sur la situation psychologique des adolescents ayant un handicap moteur. Après l'observation, on a convoqué les sujets, avec qui on a effectué des entretiens, pour avoir des informations générales sur les sujets ex : (l'âge, sexe...), (l'entretien s'est déroulé en toutes les langues à savoir la capacité intellectuelle des sujets « kabyle, arabe, français »). C'est à partir de là, que nous aurions les difficultés de l'application de l'échelle en français. Alors nous pensés à la version traduite par le D Abd el Hamid Abd el Hafid en arabe en cas de nécessité. En effet nous avons pratiqué l'échelle d'estime de soi sur 50 personnes de différentes catégories et différents types et selon notre cadre de recherche nous avons choisi huit (08) cas qui répondent aux critères de notre population d'étude.

A la fin de notre pré-enquête, on a remarqué chez les adolescents handicapés moteur, l'isolement, la timidité, dévalorisation de soi-même.

Conclusion

Toute étude ou travail scientifique nécessite une méthodologie à suivre afin de vérifier les hypothèses mises en avant tout au long de la recherche, c'est pour cela que nous avons exposé et illustré dans ce chapitre les différentes étapes suivies à fin d'aboutir à des résultats de notre problématique : la confirmation ou la négation de nos hypothèses.

Chapitre VI

Analyse et

Discussion des

hypothèses

Préambule

Nous proposons d'analyser les résultats de notre recherche d'une étude de huit cas. Donc nous avons procédé à une présentation de cas, puis on passe à la présentation et l'analyse des résultats obtenus par l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith.

Tableau n°9 : récapitulatif des résultats obtenus chez les cas de notre population d'étude.

Cas	La note obtenue	Niveau d'estime de soi
KHELLAF	16	très bas
IDIR	17	Très bas
FATAH	24	Bas
SAID	28	Bas
SABRINA	30	bas
RADIA	30	bas
FARID	35	moyenne
SOFIANE	40	Elevé

A partir des résultats du tableau ci-dessus, on constate que les deux cas (KHELLAF, IDIR) ont des notes inférieures qui correspondent à (16 et 17 points), ce qui signifie un estime de soi très bas. et pour les cas (Sabrina, radia, Fatah, Saïd) ont obtenus des notes qui correspondent à la classe (19 à 30) ce qui explique qu'ils ont une estime de soi basse.

Farid il a une note de (35 points) qui correspond à la classe (31à 38) se qui explique qu'il à un estime de soi moyen

Sofiane il a une note de (40 pointe) qui correspond a la classe (39à 45) ce qui explique qu'il a un estime de soi élevée.

1. Présentation et analyse des cas :

1.1. Présentation de premier cas « KHELLAF »

KHELLAF adolescent âgé de 17 ans, il a un niveau de 2^{eme} année secondaire, issu de famille défavorable d'après le président de l'association, il est le benjamin d'une fratrie de deux(2) frères et 6 sœurs .son handicap du à un accident.

Ce tableau montre les résultats obtenus :

Tableau n°10 : les résultats de l'échelle d'estime de soi de KHELLAF

Echelles	Echelle Générale	Echelle sociale	Echelle Familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	11	5	2	2	16	5

1.1.1 Analyse de cas KHELLAF :

D'après les résultats de l'échelle d'estime de soi de COOPER SMITH. On constate que l' handicap a brouillé ainsi qu'a compliqué la vie du sujet, d'après nos observations sur le terrain on remarque l'isolement de notre cas, un manque de confiance en soi cela est confirmé par sa réponse me ressemble pas à l'item « en général je suis capable de me débrouiller tout seul ». Son état de santé n'est

pas satisfaisant, il présente un amaigrissement remarquable d'après sa réponse me ressemble à l'item « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens ». Ce qui signifie que la vie du sujet est embarrassée et troublée à cause de son handicap qui se voit dans ses réponses aux items par me ressemble « c'est très dure d'être moi-même », « je suis assez sûr de moi », en ce qui concerne ses rapports avec les autres et ses activités sociales, il a enregistré un score de (05 point) à la sous échelle sociale ce qui indique que KHELLAF Trouve la tendresse et soutien par des personnes de son entourage social, en répondant par me ressemble pas à l'item « les autres viennent souvent m'embêter » et par me ressemble à l'item « on s'amuse beaucoup en ma compagnie ». sur le plan familial il souffre à cause des mauvaises relations avec eux, il a répondu par me ressemble à l'item « à la maison ,je suis facilement contrarié » tout ça a causé des difficultés d'adaptation dans sa nouvelle classe ce qui a engendré selon lui une mauvaise performance scolaire, comme il est mentionné dans le score obtenu dans la sous échelle scolaire (2 point) cela est confirmé par sa réponse par me rassemble à l'item « je suis fier de mes résultats scolaires » et par me rassemble à l'item « je me sens souvent mal à l'aise en classe »

Une note de 04 points sur 08 points, qui est supérieure à la moyenne de 2,38%, ce que signifie que le sujet adopte une attitude défensive vis-à-vis du test, afin de donner une bonne image de soi.

1.1.2 Synthèse du cas

Le total des scores obtenus à l'échelle d'évaluation d'estime de soi est (16points), ce qui correspond à un niveau d'estime de soi très bas, comme il est indiqué dans l'inventaire de Cooper Smith (≤ 18 signifié un niveau d'estime de soi très bas.)

KHELLAF présente des troubles psychiques qui sont causés d'une part : par son handicap moteur, tel que la tristesse, le repli sur soi, manque de confiance en soi, d'un autre côté par manque de soutien familial et social.

1.2. Présentation de deuxième cas IDIR :

IDIR jeune adolescent âgé de 19 ans, il a un niveau de 3^{ème} année secondaire. Issu d'une famille d'un niveau socio économique favorable, c'est l'ainé d'une fratrie composée de deux (2) sœurs et Trois(3) frères. son handicap est du a une mal formation congénitale.

Ce tableau montre les résultats obtenus :

Tableau n°11 : les résultats de l'échelle d'estime de soi IDIR.

Echelles	Echelle Générale	Echelle sociale	Echelle Familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	10	1	4	2	17	4

1.2.1 Analyse de cas IDIR :

D'après les données obtenues par le test d'estime de soi de Cooper Smith, on a observé que le comportement du sujet était marqué par une angoisse, une inquiétude et une tristesse. Cette situation d'instabilité psychologique a créé une insatisfaction de sa vie, cela on la constaté dans les résultats obtenus par le sujet, une note de(10) points qui est très inférieure à la moyenne de 18,47%. Ce qui indique que IDIR a une estime de soi générale basse à cause de son handicap, la vie de notre cas est très compliquée, « tout est confus et embrouillé dans ma vie », ce qui a causé premièrement, une mauvaise image de son corps qu'on

remarque dans sa réponse, me ressemble, à l'item « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens ». En second lieu, une certaine dévalorisation et manque de confiance en soi, dont il a répondu à l'item « j'ai une mauvaise opinion de moi-même », par me ressemble. Un sentiment d'infériorité qu'on touche dans sa réponse par me ressemble à l'item « j'ai souvent honte de moi ». Enfin une incapacité à faire face à son handicap « je pense souvent être quelqu'un d'autre », le sujet est très sensible à la critique, il répond par me ressemble à l'item « je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches ». L'handicap de idir joue un rôle négatif dans les activités sociales, ça affirme qu'il a des mauvaises relations sociales et des problèmes relationnels qu'on peut remarquer dans le score obtenu d'un point(1) qui est inférieure à la moyenne de 5,67, qu'on peut remarquer dans sa réponse par me ressemble à l'item « la plupart des gens sont mieux aimés que moi ». Ainsi il n'a pas d'influence sur son entourage où il répond à l'item par me ressemble pas « j'ai généralement de l'influence sur les autres », sur le plan familial il n'a pas vraiment trouvé le soutien et l'encouragement dont il a besoin, puisque il a des problèmes familiaux, cela est bien mentionné dans son score au sous échelle familiale (4 points), cela est confirmé par sa réponse aux items par me ressemblé « il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison », « a la maison ,je suis facilement contrarie ». Tous ça provoque chez lui un mauvais rendement scolaire tant qu'il répond à l'item par me ressemble pas « je suis fière de mes résultats scolaires », des problèmes d'intégration et de concentration ou' il répond aux items « je me sens souvent mal à l'aise en classe », « il m'est très difficile de prendre la parole en classe » par me ressemble.

Une note de 04 points sur 08 points, qui est supérieure à la moyenne de 2,38%, ce que signifie que le sujet adopte une attitude défensive vis-à-vis du test afin de donner une bonne image de soi.

1.2.2 Synthèse du cas :

La note obtenue dans le test est de 18 points sur 50, il correspond à la classe (≤ 18) ce qui indique que IDIR a un estime de soi très bas.

IDIR est un adolescent qui vit dans un environnement social défavorable .ceci laisse introduire chez lui un sentiment d'indifférenciation. Comme il présente des douleurs psychiques telles que le manque de confiance en soi, l'isolement et une forte sensibilité face à son handicap. Donc notre cas il souffre d'une mauvaise intégration sociale. Tout ça influence sur +leur degré d'estime de soi

1.3 Présentation de troisième cas Fatah :

Fatah est un jeune adolescent, âgé de 16ans, issu d'une famille défavorable. Scolarisée en 1^{ère} année secondaire. Il est le quatrième d'une fratrie de huit enfants ; dont Trois filles et Cinq garçons. Il vit avec sa mère, parce que leur parents se sont divorcés. C'est un handicap moteur de la naissance.

Tableau n°12 : les résultats de l'échelle d'estime de soi de Fatah.

Echelles	Echelle Générale	Echelle sociale	Echelle Familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	12	4	1	4	21	4

1.3.1 Analyse du cas Fatah :

D'après les résultats obtenus de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, on remarque que notre cas Fatah présente des perturbations à tous les niveaux, qui ont été marquées par un sentiment d'infériorité, de dévalorisation ainsi que par un manque de confiance en soi, qui se voit dans ses réponses par me ressemble aux items « j'ai souvent honte de moi » « j'ai un mauvais opinion de moi-même ».notre cas a eu un score de 12 points sur 18,46%points dans sous échelle générale, qui veut dire que son résultat est bas par rapport à la moyenne à cause de son refus vis-à-vis de son handicap qui a causé sa souffrance durant sa vie, ainsi que une mauvaise image de son corps, puis qu'il a répondu par me ressemble aux items « toute est confus et embrouillé dans ma vie » « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens ».au sein de sa famille on observe l'instabilité et l'insécurité entre les membres, qui sont

causées par le divorce de ses parents. Cela est remarqué par sa note de 1 point qui est inférieure à la moyenne de 4,92% qui est confirmée par sa réponse me ressemblé pas à l'item « mes parents me comprennent » « mes parents et moi passons de bons moments ensemble ». Fatah a obtenu une note inférieure à la moyenne de 5,67% (4 point) qui renvoie à non adaptation dans leur environnement social qu'on peut tirer dans ses réponses par me ressemblé aux items « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes » et « les autres viennent souvent m'embêter ». une note de 4 points qui est à peu près proche de la moyenne de 4,12% qui se manifeste par de mauvais résultats scolaire, et l'incapacité de prendre la parole en classe qui se voit dans ses réponses par me ressemble « mes professeurs mes font sentir que mes résultats sont insuffisants » « je me sens souvent mal à l'aise en classe ».

Une note de 04 points sur 08 points, qui est supérieure à la moyenne de 2,38%, ce que signifie que le sujet adopte une attitude défensive vis-à-vis du test afin de donner une bonne image de soi.

1.3.2. Synthèse du cas :

A partir des résultats obtenus on a déduit que Fatah a une estime de soi basse qui est confirmée dont la note maximale (21 points), elle correspond à la classe de 19 à 30 points qui signifie une estime de soi basse. On conclut que les relations de Fatah n'étaient pas bonnes au sein de sa famille, ainsi que les moyens jouent un rôle important dans la vie de notre cas. Il souffre des problèmes relationnels et tout ça influence sur leur vie et leur estime de soi.

1.4. Présentation de quatrième cas Saïd :

Il s'agit de l'adolescent Saïd âgé de 18 ans, scolarisé en 3^{ème} année secondaire, il est issu d'une famille défavorable, le 08^{ème} d'une fratrie de 02 garçons et 06 filles. Il s'agit d'un handicap moteur inférieur, qui à est l'origine d'un mauvais geste de la part de la sage femme où elle a tiré son pied violemment.

Tableau n°13 : les résultats de l'échelle d'estime de soi de Saïd

Echelles	Echelle Générale	Echelle sociale	Echelle Familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	15	5	4	5	29	3

1.4.1. Analyse de cas Saïd :

A partir des résultats obtenus de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith ; on constate chez le sujet une attitude de mésestime, obstacles et refus totale vis-à-vis de l'handicap dont il répond par me ressemble aux items : « tout est confus et embrouillé dans ma vie » « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens » ce qui a amené à une mauvaise image de son corps et au manque de confiance en soi et aux pensées négatives. Ainsi qu'un sentiment d'infériorité qu'on touche dans sa réponse par me ressemble à l'item « j'ai souvent honte de moi ». Des difficultés d'intégration dans le milieu social confirmées par sa réponse, me ressemble, à l'item « les autres viennent souvent m'embêter ». Un environnement familial défavorable qu'on peut constater dans sa réponse par me ressemble à l'item « à la maison, je suis facilement contrarie », et le manque de communication au sein de la famille d'après sa

réponse à l'item « mes parents et moi passons des bons moments ensemble » par me ressemble pas. Il a obtenu une note de 05 points à sous échelle scolaire qui est supérieure à la moyenne de 4,12% mais cela n'empêche pas d'avoir des difficultés dans le milieu scolaire, cela est confirmé par ses réponses me ressemble « en classe, je ne réussis pas bien que je voudrais » et par me ressemble pas à l'item « je suis fier de mes résultats scolaires ».

Notre cas a une attitude défensive vis-à-vis du test. IL a obtenu un score de 03 points supérieur à la moyenne 2,38%, ce qui signifie une bonne image de soi.

1.4.2 Synthèse de cas :

D'après tout ça le sujet a une basse estime de soi, vu qu'il a obtenu une note de 28 points qui correspond à la classe de 19 à 30 points.

La basse estime de soi de Saïd on peut expliquer par son refus de son handicap, et non intégration dans son environnement.

1.5. Présentation de cinquième cas Sabrina :

Sabrina, une jeune fille de 16 ans, elle a un niveau de 1^{ère} année secondaire, issue d'une famille favorable, la troisième d'une fratrie de deux sœurs et un frère, son handicap est causé par un accident pendant l'accouchement de sa mère.

Ce tableau montre les résultats obtenus :

Tableau n°14 : les résultats de l'échelle d'estime de soi de Sabrina.

Echelles	Echelle Générale	Echelle sociale	Echelle Familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	13	7	5	5	30	3

1.5.1 Analyse du cas Sabrina :

Les résultats d'échelle d'estime de soi, montrent que l'handicap a mené une vie embrouillée au sujet, un comportement de mésestime, en répondant à l'item « c'est très dur d'être moi » par me ressemble. Ce qui signifie une mauvaise image de son corps « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens ». Manque de confiance en soi accompagné par une dévalorisation qu'on remarque dans sa réponse par me ressemble à l'item « j'ai une mauvaise opinion de moi-même ». En ce qui est de ses relations sociales on remarque, d'après l'observation faite que notre cas a eu des bonnes relations avec son environnement social, qu'on constate dans sa réponse, me ressemble pas à l'item « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes » et par me ressemble à l'item « je suis très appréciés par les garçons et les filles de mon âge ».

Le sujet vit dans un milieu familial favorable « en générale, mes parents sont attentifs à ce que je ressens » et aussi un mauvais résultat scolaire et des difficultés d'intégration en classe ont causé des troubles de langage, d'où il répond par me ressemble pas à l'item « je suis fière de mes résultats scolaires » et par me ressemble» à l'item « je me sens souvent mal à l'aise en classe ».,

On remarque que notre sujet a une certaine attitude défensive face au test, puisqu' elle a obtenue un score de (3 points) dans le sous échelle de mensonge.

1.5.2 Synthèse de cas Sabrina :

À partir de l'application de l'échelle d'estime de soi on a obtenu une note de 30 points sur 50 points, qui correspond à la classe de 19 à 30 points ce qui signifie que le sujet a une estime de soi basse. On conclut que Sabrina souffre de manque de confiance en soi, malgré qu'elle ait des relations positives avec son environnement social et familial.

1.6. Présentations de sixième cas radia :

Radia âgé de 18 ans, elle a un niveau de 2^{ème} année secondaire, issue d'une famille favorable, elle est la deuxième d'une fratrie deux sœurs et un frère, elle présente un handicap causé par un accident routier.

Ce tableau montre les résultats obtenus par radia :

Tableau n°15:les résultats de l'échelle d'estime de soi de radia.

Echelles	Echelle Générale	Echelle sociale	Echelle Familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	13	6	7	4	30	3

1.6.1. Analyse de cas radia :

Les données obtenues par l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, montrent que le sujet a une estime de soi générale basse comme l'indique le sous échelle de ce dernier qu'elle a obtenu (13points), ça signifie un déséquilibre dans la vie psychique de notre cas, une dénégarion de son handicap ,cela est confirmé par ses réponses, me ressemble pas, à l'item : « je suis assez content de ma vie » et aussi par me rassemble à l'item « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » .

Malgré ses difficultés, elle garde des relations satisfaisantes avec son environnement social, cela est prouvé par le score obtenu dans le sous échelle social (6 points) qui signifie que le sujet n'a pas vraiment de problèmes relationnels ou sociaux, elle répond à l'item « on s'amuse beaucoup en ma

compagnie » par me ressemble, et par me ressemble pas à l'item « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes ».

Sur le plan familial elle a des bonnes relations, elle trouve le soutien dans sa famille, aimée et entourée par sa dernière, cela est confirmé par la note (7points) au sous échelle familiale et d'après sa réponse, me ressemble, aux 'items « mes parents et moi passons des bons moments ensemble », « mes parents me comprennent ».

Radia développe une incapacité et une difficulté à se concentrer sur ses études, elle ressent souvent mal à l'aise en classe, cela est prouvé par le score obtenu dans le sous échelle scolaire (4 points), d'après ses réponses, me ressemble, à l'item « mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants »et par me ressemble pas « je fais toujours mon travail de mieux que je peux ».

On remarque que notre sujet a une certaine attitude défensive face au test, puisqu' elle a obtenu un score de (2points) dans le sous échelle de mensonge.

1.6.2. Synthés de cas :

On conclut que notre cas radia a est une estime de soi basse malgré que son environnement sociale et familial est favorables, cela est confirmé par la note obtenue (30 points) comme il est indiqué dans l'inventaire d'estime de soi de coopter Smith (19à 30 points) qui désigne un niveau d'estime de soi bas.

1.7. Présentation du cas de Farid :

Farid est un adolescent âgé de 18 ans, dérivé d'une situation familiale défavorable d'après le président de l'association, il suit ses études en 2^{ème} année secondaire, il est le 08^{ème} d'une fratrie de 05 garçons et 04 filles. L'origine de son handicap est causée par un accident.

Ce tableau montre les résultats obtenus :

Tableau n° 16:les résultats de l'échelle d'estime de soi de Farid.

Echelles	Echelle Générale	Echelle sociale	Echelle Familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	16	5	7	7	35	4

1.7.1Analyse de cas Farid :

selon les résultats de l'échelle d'estime de soi, on souligne plusieurs points : absence d'affirmation de soi pour faire face aux défis de la vie, cela est confirmé par sa réponse à l'item par me ressemble pas «je suis capable de prendre une décision et », un sentiment d'indifférence et une vie confuse à cause de son handicap ,on répondant à « c'est très dure d'être moi » « je suis assez sur de moi », une certaine dévaluation et manque de confiance en soi « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » et aussi une bonne relation avec les membres de sa famille qui est justifiée par me ressemble pas à l'item « à la maison je suis facilement contrarié » ainsi qu'une certaine incapacité à se focaliser sur ses études, on remarque aussi que le sujet utilise l'inhibition et l'isolement comme mécanisme de défense vis-à-vis des entraves causées par son handicap, on répondant par me ressemble pas à l'item « quand j'ai quelque chose à dire, en

général, je le dis ». Il a un score de 05 points qui est à peu près équivalent à la moyenne de 5,67%, ce qui signifie que Farid a de bonnes relations avec son entourage qui est justifié par sa réponse à l'item par ne me ressemble pas « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes ». Le sujet a eu une note supérieure à la moyenne de 4,92% qui est de 07 points qui veut dire qu'il a de bonnes relations avec sa famille en générale qui est confirmé à l'item par ne me ressemble pas « à la maison je suis facilement contrarié » tous ça est indique par l'environnement favorable est interprété par les bonnes relations sociales et familiales ,encouragent notre cas à obtenir un bon rendement scolaire, d'après le score obtenu dans les sous échelle scolaires, il a répondu par me ressemble à l'item « je fais mon travail de mieux que je peux ».

Le sujet a eu une note de 04 points sur 08 points qui est supérieure à la moyenne de 2,38%, ce qui souligne que le sujet a adopté une attitude défensive vis-à-vis du l'échelle, dans le but de donner une bonne image de soi.

1.7.2. Synthèse de cas :

La relation de Farid avec son environnement social et familiale est une relation équilibré, favorable et sa présente chez Farid un certain équilibre, et selon l'inventaire de COOPER SMITH la note obtenue par Farid est de 35points sur 50 points, ce qui explique que le sujet a une estime de soi moyenne.

1.8. Présentation du cas Sofiane :

Il s'agit de l'adolescent Sofiane âgé de 18 ans, il suit ses études en 1^{ème} année secondaire (par correspondance), issu d'une famille d'un niveau socio-économique favorable, il est le 05^{ème} d'une fratrie de 03 garçons et 02 filles. Un jeune intelligent avec un niveau 5 en français, il avait un niveau intellectuel élevé.

Ce tableau montre les résultats obtenus par Sofiane :

Tableau n°17 : les résultats de l'échelle d'estime de soi de Sofiane

Echelles	Echelle Générale	Echelle sociale	Echelle Familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	18	7	7	7	40	6

1.8.1 Analyse du deuxième cas Sofiane :

D'après les résultats de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith ; on observe que son comportement est caractérisé par un sentiment de compétence, dans l'échelle générale, le sujet a eu une note de 18 points qui est la note maximale, équivalente à la moyenne de 18,46%, ce qui signifie que la vie du sujet est équilibré , ce qui a conduit à une certaine satisfaction de sa vie d'après ses réponses par me ressemble a l'item « je suis assez content de ma vie » , confiance en soi , dont il à répondu par me ressemble à l'item « je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir ». L'environnement favorable est expliqué par les bonnes relations familiales et sociales, Il a obtenu une note de 07 points, supérieure à la moyenne de 5,67%, ce qui montre qu'il a des bonnes relations avec son environnement social, cela est confirmé par sa réponse

à l'item « on s'amuse beaucoup en ma compagnie » par me ressemble. Ainsi que sa réponse à l'item « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes » par ne me ressemble pas. Un score très élevé sur l'échelle familiale 08points qui est la note maximale à la moyenne de 4,92%, ce qui montre que les relations avec les membres de sa famille sont régulières et stables, cela affirme sa réponse par ne me ressemble pas à l'item « à la maison, je suis facilement contrarié » c'est-à-dire le sujet trouve une certaine sécurité dans sa famille

Notre cas à une attitude défensive vis-à-vis du test, il a obtenu un score de 06 points supérieur à la moyenne 2,38%, ce qui signifie une bonne image de soi.

1.8.2 Synthèse du cas Sofiane :

D'après l'analyse de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith SEI, nous avons déduit que le sujet a une estime de soi élevé, qui correspond à la classe de 39 à 45. Donc on constate que Sofiane a une bonne estime de soi.

Les résultats obtenus par Sofiane montrent qu'il a une estime de soi élevée, malgré son handicap. Ça montre que l'environnement social et familial joue un rôle très important dans l'équilibre de soi du Sofiane, ainsi la disponibilité de matérielle qui lui aide à satisfaire ses besoins.

2. Discussion de l'hypothèse :

A Partir des différentes observations faites au niveau de l'association des handicaps moteurs d'AKBOU et le test d'évaluation de l'estime de soi Cooper Smith, six cas sur huit ont confirmé notre hypothèse qui porte sur : « il ya une relation significative entre l'handicape moteur des adolescents et leur estime de soi ? » Ils présentent tous une mauvaise estime de soi, s'inscrivent tous dans la classe entre (18 à 30) qui correspond à un niveau d'estime de soi basse.

Les deux cas ont infirmés notre hypothèse, dont Sofiane s'inscrit dans la classe (38 à 45), ce qui signifie une estime de soi élevée. Farid s'inscrit dans la classe (31 à 38) ce qui signifie une estime de soi moyen.

en s'appuyant sur les résultats cliniques de test de Cooper Smith, ont affirmé notre hypothèse ; ça affirmer la mauvaise estime de soi du nos cas, cela due à la complexité de l'individu face à son handicap qui s'explique par les troubles du comportement tel que la honte de son handicap, les douleurs psychiques comme manque de confiance en soi, le sentiment d'incapacité d'accomplir une tache, sentiment d'insécurité, le mépris, l'isolement et la dévalorisation du soi.

A travers l'analyse des résultats de nos cas, on ne constate que L'environnement familial et social est parmi les facteurs très importants dans la construction de soi, ça est confirmé par la basse estime de soi chez nos cas, cela est confirme par Anne-Laure Pailla (voire la page 43) qui explique l'influence de l'environnement relationnel sur la perception qu'un individu se forge de lui-même. Cooper Smith considère également l'estime de soi comme une variable multidimensionnelle qui peut être appréhendé relativement aux différents secteurs de la vie. par exemple (Fatah) avait une estime de soi basse à cause de l'environnement défavorable, par contre Sofiane il avait une estime de soi élevée due à l'environnement favorable.

La période de l'adolescence va être propice à certaines perturbations de l'estime de soi chez les handicapés moteurs, parce que les changements corporels ne correspondent pas toujours à leur physique, mais aussi à leur psychique. Donc l'adolescent souffre d'un handicap moteur ou de malformation physique, cela provoque une mauvaise reconnaissance de soi-même et intégration sociale.

Conclusion

Conclusion

Conclusion

Dans notre étude intitulée « estime de soi chez les adolescents ayant un handicap moteur », dont l'âge varie entre 13 à 20 ans, a travers la quelle on a illustré la qualité de l'estime de soi chez cette catégorie. Pour vérifier notre hypothèse qui est « il ya une relation significative entre l'handicape moteur des adolescents et leur estime de soi », on a choisi la méthode descriptive car elle répond aux objectifs de notre recherche, ainsi on utilise plusieurs outils : d'une recherche bibliographique, d'un ensemble d'observation constatée sur le terrain d'étude lors de pré-enquête et des résultats obtenus à partir de la passation de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, qui montre six sur huit de notre cas ont une estime de soi basse, ce dernier est dû à la maladie elle-même. l'handicap moteur qui a amené à l'inacceptation de cette affection et de son handicap, une faible autonomie corporelle qui influence premièrement sur leurs situations personnelles : mauvaise image du corps, manque de confiance et d'affirmation de soi, sentiment de dévalorisation, manque d'amour de soi, en second lieu sur leurs relations sociales et environnements familiaux, qui varient entre un milieu favorable ou défavorable.

Nos souhaitons à travers cette recherche avoir participé à faire comprendre et diminuer la souffrance de ces adolescents, et qu'on a pu transmettre ce besoin, et avoir d'autres travaux et recherches qui traitent le thème d'estime de soi chez les adolescents ayant un handicap moteur, prenant d'autres facteurs et des nouvelles ouvertures pour d'autres recherches scientifiques.

Nous proposons d'apporter plus d'intérêt à ce sujet de recherche en particulier l'importance et le rôle d'une bonne prise en charge pour cette catégorie c'est-à-dire prise en charge psychologique et création d'un centre spécial qui offre la prise en charge orthopédique gratuitement.

Conclusion

Notre expérience nous a montré l'opportunité de nous approcher de cette catégorie de la société qui est les adolescents handicaps moteurs, qui présentent des troubles psychiques divers ainsi qu'un déséquilibre social et familial, ce qui nous encourage à ouvrir le champ pour d'autres questions de perspectives ;

- ✓ Est-ce que les adolescents ayant un handicap moteur souffrent d'une dépression ?
- ✓ Est-ce que les adolescents ayant un handicap moteur souffrent de l'anxiété ?
- ✓ Est-ce que l'handicap moteur chez les adolescents influence sur leur image de corps ?
- ✓ Qu'elle est la relation entre la qualité de la prise en charge psychologique et l'acceptation du milieu familial pour ces adolescents ?

Bibliographie

List bibliographie :

1. ANDRE(C), (2006), « **imparfait libres et heureux pratiques de l'estime de soi** », Odile Jacob, paris.
2. André (c), libord (f), (2007), « **l'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres** », odile Jacob, paris.
3. BIOTY (A) et FOUQUES (D), (, 2002), « **Manuel de la psychologie du soutien** », éd Bréal.
4. BENONY Hervé, (2005), « **l'examen psychologique et clinique de l'adolescence** », Ed Armand colin.
5. CYSSAU, C. (2003), « **L'entretien clinique** ». (2eme édition).paris.
6. COOPER, S, (1984), « **Inventaire d'estime de soi** » paris : centre de psychologie appliquée.
7. COSLIN Pierre G, (2002), « **Psychologie de l'adolescent** », Paris, Armand Colin/VUEF.
8. COSLINE, P, (2006), « **Psychologie de l'adolescent** ». Paris : éd Armond colin.
9. CHAHRAOUI(K) et BENONY (H), (2003), « **Méthodes, évaluations et recherche en psychologie clinique** » Paris, Dunod,
10. CHARLOTTE, M et ADELIN, V, D. (2004). « **L'indispensable de la psychologie** », Ed sturdyrama.
11. Christophe André, François Lelord. (1999-2007), « **l'estime de soi s'aimer pour mieux vivre avec les autres** »paris, Ed Odile Jacobe.
12. Dense OSSON, (1990), « **l'adolescent d'aujourd'hui entre son passé et un avenir** » paris, presses universitaire de lille.

13. FAMOSE, J-P.et GUERIN, F. (2002). « **La connaissance de soi.** » Paris Armand colin/VUEF.
14. Gerard Lutte, (1988). , « **Libérer l'adolescence** », Edition Pierre Mardaga.
15. GUIDETTI.M. (2002). « **Les étapes de développement psychologique** ». Paris.
16. Kübler-Ross E. (1974), « **La mort, dernière étape de la croissance** » Québec, Québec-loisir,
17. LONESCU.S et BLANCHET.A, (2006), « **Psychologie clinique et psychopathologie** » Paris : éd PUF.
18. L'écuyer, (1978), « **le concept de soi** », (1ere édition).paris : PUF. Patrick Alvin.
19. Nicolas Danziger. Sonia Alamowith, (2003), « **Neurologie** », Edition Estem et med.line, Paris
20. Patrick Alvin .D.Marcelli, (2005), « **Medecine de l'adolescence** », Edition Elsevier Masson.
21. Ramu Céline, (2004), « **le style d'attachement de l'estime de soi chez les jeunes adulte** », Université de Genève.
22. SANT PAUL (J), (1999), « **Estime de soi, confiance en soi, les fondements de notre équilibre personnel et social** », Paris,
23. Tighol (J), (2006), « **Les défauts physiques imaginaires** », Odile Jacob, paris
24. WESTEN (D), (2000), « **Psychologie, pensée cerveau et culture** », Ed de Boeck Supérieur,

Cités internet :

Organisation mondiale de la santé -OMS « World Health Organization - WHO »
:http://www.who.int (30 /04/2013) 41h251.

Thèse et Mémoire :

1. ANNE-LAURE Padilla, L'estime de soi chez les enfants à haut potentiel intellectuelle, Mémoire en Master1, Aix-en-Provence, 23 Juin 2009, pages : 38
- 2 .BOUCHLOUKH (M).rééducation fonctionnelle et pris en charge en psychologique des enfants handicapés moteurs : cas des hémiplésiques et infirmés moteur cérébraux à Constantine, psychologie clinique, psychopathologie infanto juvénile, constantine, 2008.
3. Brahimi, S. Bounab, S, (2007), « 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.
4. Jacqueline Gassier, Corine cordan, (2004), Diplôme d'état auxiliaire de vie sociale, Edition Elsevier Masson.

REVUES

1. Champonnois (C), (1989)., Groupe d'Aide Mutuelle, Groupe thérapeutique. Sémaphores, n° 13-14.
2. Véronique, I, m. (1999).l'infirmité motrice cérébrale, n° 137 P 139-148.
3. SAM(N). (2008)., la prise en charge psycho-orthophonique de l'enfant IMC, in champs psychopathologie et clinique sociale, vol. 4, 8,

Dictionnaire :

- 1.** BLOCH.H et all. (1997), « dictionnaire fondamental de la psychologie », Bordos, édition Larousse.
- 2.** Petite Larousse de la psychologie .Édition Larousse.2005.
- 3.** Le dictionnaire encyclopédique de la langue française (1996), « Le MAXIDICO », Édition de la connaissance, Paris.
- 4.** Guillemot MICHELLE.2002.Dictionnaire fondamentale de la psychologie Larousse, PARIS.
- 5.** Le dictionnaire encyclopédique de la langue française, Larousse expression.
- 6.** Gérard zribi, Dominique poupée fontaine, dictionnaire du handicap, édition école national de la santé publique.2004.
- 7.** Garnier/Delamare (1989), le dictionnaire des termes de Médecine, édition Maloine, Paris.
- 8.** Encyclopédie familiale de la santé, éd Québec Amérique.
- 9.** Encyclopédie Universalis vol3 1998.

Les Annexes

Annexe n 01 :

INVENTAIRE DE COOPERSMITH

FORMA SCOLAIRE

SEI

NOM :.....

PRENOM :.....

AGE :.....

SEXE.....

CLASSE :.....

CONSIGNES

LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REPONDRE.

- Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions .vous lirez attentivement chacune de ces phrases. Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulé « me ressemble ».
- Quand une phrase n’exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « ne me ressemble pas ».
- Efforcez vous de répondre à toutes phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNER LA PAGE ET COMMENCEZ

Me ressemble

Ne me ressemble

1. En général, je ne me fait pas de souci.....
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....
3. Il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés.....
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.....
6. A la maison, j suis facilement contrarié.....
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....
9. En, général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens.....
10. Je cède très facilement aux autres.....
11. Mes parents attendent trop de moi.....
12. C'est très dur d'être moi.....
13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie.....
14. J'ai généralement une influence sur les autres.....
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.....
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.....
17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe.....
18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens..
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
20. Mes parents me comprennent.....
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....

22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. Je ne suis jamais inquiet.....
27. Je suis assez sûr de moi.....
28. Je plais facilement.....
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.....
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. J'aimerais être plus jeune.....
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. Je suis fier de mes résultats scolaires.....
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
35. Je regrette souvent ce que je fais.....
36. Je ne suis jamais heureux.....
37. Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.....
38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.....
39. Je suis assez content de ma vie.....
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. J'aime tout les gens que je connais
42. J'aime être interrogé en classe.....
43. Je me comprends bien moi –même.....
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison

45. On ne me fait jamais de reproches.....
46. En classe, je ne réussis pas bien que je voudrais.....
47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.....
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être fille/garçon.....
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....
50. Je ne suis jamais intimidé.....
51. J'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter.....
53. Je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants.....
55. Je me moque de ce que peut m'arriver.....
56. Je réussis rarement à ce que j'entreprends.....
57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches.....
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

G

So

Fa

Sc

T

M

--	--	--	--	--	--

Annexe 02 :

INVENTAIRE DE COOPER SMITH

ترجمة : الدكتورة عبد الحميد عبد الحافظ

تعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتعلق بمشاعرك، إذا كانت العبارة تصف ما تشعر به عادة ضع علامة (×) داخل المربع في الخانة "تنطبق"، أما إذا كانت العبارة لا تصف بما تشعر به فضع علامة (×) داخل المربع في خانة "لا تنطبق".

ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر بها عن شعورك الحقيقي.

من فضلك دون:

الاسم:

العمر:

غسم المدرسة:

الجنس:

الشعبة:

التاريخ:

تنطبق لا تنطبق

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. لا تضايقتني الأشياء عادة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. أجد من الصعب علي أن أتكلم أمام زملائي في الفصل |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. يسعد الآخرون بوجودهم معي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. أتضايق بسرعة في المنزل. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. أنا محبوب بين زملائي من نفس سني. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. يراعي والدي مشاعري عادة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. استسلم بسهولة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. يتوقع والدي مني الكثير. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. من الصعب جدا أن أظل كما أنا. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. تختلط الأشياء كلها في حياتي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. يتبع زملائي أفكارني عادة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. لا أقدر نفسي حق قدرها. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. أود كثيرا لو اترك المنزل. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. أشعر بالضيق في المدرسة غالبا. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. يفهمني والدي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

21. معظم الناس محبوبون أكثر مني.
22. أشعر عادة كما لو كان والداي يدفعاني لعمل الأشياء.
23. لا أتلقى التشجيع غالبا في المدرسة.
24. أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر.
25. لا يمكن للآخرين الاعتماد علي.
26. لا أقلق على أي شيء أبدا.
27. أنا واثق من نفسي تماما.
28. من السهل على الآخرين أن يحبوني.
29. أستمتع أنا و والداي بقضاء الوقت معا.
30. أقضي وقتا طويلا في أحلام اليقظة.
31. أتمنى لو كنت أصغر من سني.
32. أفعل الصواب دائما.
33. أشعر بالفخر بذاتي المدرسي.
34. يجب على الآخرين أن يخبروني بما يجب أن أفعله.
35. كثيرا ما أشعر الندم على ما أقوم به من أعمال.
36. أنا لست سعيدا على الإطلاق.
37. أقوم بأعمالي بأفضل ما يمكنني (لأقصى جهدي).
38. أستطيع أن اعتني بنفسي عادة.
39. أنا سعيد للغاية.
40. أفضل اللعب مع أطفال أصغر مني سنا.
41. أحب كل من أعرفهم.
42. يعجبني أن أكون بارزا في الفصل.
43. أفهم نفسي.
44. لا يهتم من المنزل بي كثيرا.
45. لا يؤذيني أحد على الإطلاق.

