

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de sociologie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie clinique

Thème

L'Estime de soi chez les enfants dyslexiques

Etude de huit (8) cas âgés de 8 à 12 ans réalisé au sein de l'UDS
de Tazmalt

Préparée par :

M^{elle} NAIT AMARA LYDIA

M^{elle} HAMADI NORIA

Encadré par :

M^{em} boucharma samia

Année Universitaire

2013/2014

Remerciements

Le grand merci au Bon Dieu

*Au terme de l'élaboration de ce modeste travail, je tien à exprimer toutes nos
gratitudes et nos vifs remerciements pour notre promotrice madame boucherma
samia*

*Pour avoir voulu accepter d'encadrer ce travail, pour la confiance, sa
disponibilité permanente et sa patience. Ainsi, on mesure pleinement ses conseils
qu'il n'a cessé de nous prodiguer.*

Grâce à votre participation que ce travail a vue le jour

Ainsi que tout le personnel de L'U D S de TAZMALT

Un remerciement particulier et sincère pour tous vos efforts

Fournis. Vous avez toujours été présente.

Que ce travail soit un témoignage de nos gratitudes et notre profond

Respect.

*On exprime également nos sincères remerciements à l'ensemble des membres du
jury*

*Vous me faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de siéger
parmi notre jury. Veuillez accepter ce travail, en gage de notre grand respect et
notre profonde reconnaissance.*

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail

À mon père qui a toujours rêvé de ce jour et qui a tant souffert pour me voir grandir et accomplir cette réussite.

À ma mère qui a sacrifié toute sa vie pour notre bonheur et notre bien-être.

Je leur dédie cette réussite en guise de récompense et de reconnaissance.

Que Dieu les bénisse.

À toute la famille et mes amies

À celles qui ont toujours été à mes côtés et m'ont donné la force et le courage pour affronter tous les obstacles, foufa, houa.

*Je t'exprime à travers ce travail mes sentiments de
Sérénité et d'amour à mon cher mari.*

Nait Amara Lydia

Sommaire

Introduction

Problématique et hypothèses.....	3
Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	8
Choix et objectif du thème.....	10

Partie théorique

Chapitre I : la dyslexie

Introduction.....	11
1. Définition de la dyslexie.....	11
2. Aperçue historique.....	12
3. Les causes de la dyslexie.....	13
4. Les symptômes de la dyslexie.....	17
5. Les types de la dyslexie.....	21
6. Les théories explicatives de la dyslexie.....	23
7. Les difficultés spécifiques responsables de trouble de la lecture chez l'enfant..... dyslexique.....	26
8. Les troubles non spécifique du langage écrit.....	28
9. Le diagnostic.....	28
10. La prise en charge.....	31
10.1. L'orthophonie.....	32
10.2. Les méthodes alternatives	33
Conclusion.....	35

Chapitre II : l'estime de soi

Introduction.....	36
1. Définition de l'estime de soi.....	36
2. Aperçue historique de l'estime de soi.....	39
3. L'évolution de l'estime de soi.....	40
4. Principales composantes de l'estime de soi.....	41
5. les facteurs qui influencent le développement de soi.....	43

6. L'évolution de soi pendant l'enfance.....	44
7. Les composantes de l'estime de soi.....	45
8. les différentes approches théoriques de l'estime de soi.....	47
9. les trois piliers de l'estime de soi.....	49
10. les variables de l'estime de soi.....	51
11. description qualitative de l'estime de soi.....	53
12. Les facteurs influençant une basse estime de soi.....	55
13. L'influence de l'estime de soi sur les plans familiaux et scolaire.....	57
14. les mécanismes de défenses de l'estime de soi.....	60
15. les troubles associés à une baisse l'estime de soi de l'estime de soi.....	60
16. la prise en charge de l'estime de soi.....	62
Conclusion.....	65

Partie pratique

Chapitre I : le cadre méthodologique de la recherche

Introduction.....	66
1. la démarche de la recherche.....	66
1.1. La pré enquête.....	66
1.2. La méthode clinique.....	67
2. le lieu de stage.....	67
3. la population d'étude.....	68
4. les techniques de la recherche.....	69
4.1. L'entretien clinique.....	69
4.2. Le guide d'entretien.....	70
4.3 le teste d'estime de soi de Cooper Smith.....	71
5. Les difficultés de la recherche.....	75
Conclusion.....	76

Chapitre II : présentation et analyse des résultats

Introduction.....	77
1. présentation et analyses des cas.....	77
1.1. présentation et analyse du premier cas.....	77
1.2. présentation et analyse du deuxième cas.....	80
1.3. présentation et analyse du troisième cas.....	82
1.4. présentation et analyse du quatrième cas.....	85
1.5. présentation et analyse du cinquième cas.....	87
1.6. présentation et analyse du sixième cas.....	89
1.7. présentation du septième cas.....	92
1.8. présentation et analyse du huitième cas.....	94
2. Discussions des hypothèses.....	98
Conclusion.....	102

Conclusion générale

Liste Bibliographique

Annexe

La liste des tableaux :

Tableau N°	Titre	page
01	Erreurs typiques faites par des enfants dyslexiques	p.20
02	Récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude	p.68
03	Présentation de la grille de correction	p.72
04	Les niveaux d'estime de soi	p.74
05	Valeurs et caractéristiques des échelles	p.74

Schéma n°1 : Model théorique de soi selon HARTER et LAURENCE. P37.

Figure N° 1 : Description des deux voix utilise dans l'acte de lecture pour comprendre le principe alphabétique. p 14.

Introduction

Introduction générale :

Au carrefour de l'affectif, du cognitif et du monde social, l'estime de soi est un indice essentiel de la personnalité, baromètre de l'équilibre individuel. Enjeu de société, l'estime de soi est évaluée et considérée à tout propos. Elle motive à trouver de bonnes stratégies et permet l'engagement dans l'action. Mais sa conception renferme une grande subtilité du fait de son caractère multidimensionnel et de son évolution tout au long de l'existence.

Selon sa construction initiale et le cours de son développement, l'estime de soi peut être ébranlée face aux difficultés, comme la dyslexie. L'apprentissage du langage écrit est laborieux et suit la plupart du temps un retard du langage oral. De nombreux troubles associés peuvent faire leur apparition.

La dyslexie se décèle lors du passage à l'écrit, c'est à dire lorsque l'enfant est confronté à la tâche de transcription des sons (lorsqu'il doit écrire ce qu'il entend).

Certains symptômes peuvent nous faire suspecter son pouvoir l'affirmer une dyslexie : retard de langage oral et, lenteur caractérisé, maladresse dans des gestes, mauvais repérages dans l'espace et le temps, mémorisation difficile, fatigabilité anormale, désintérêt pour les apprentissages et les tâches demandées en petites classes, il est important de préciser que le diagnostic de la dyslexie ne peut être posé qu'à partir du moment où le décalage entre l'âge chronologique de développement et l'âge de lecture est suffisamment significatif.

On ne peut pas parler de la dyslexie avant une durée d'apprentissage de deux ans minimum du langage écrit. Ce qui explique le diagnostic aussi tardif.

Notre recherche portée sur l'estime de soi chez les enfants dyslexiques est réalisée auprès d'une population d'étude de (08) cas âgés entre 8 et 12 ans. Nous avons choisi comme terrain de recherche l'U D S sis à Tazmalt qui répond aux objectifs de notre recherche, et pour le moyen d'investigation nous avons choisi d'utiliser l'entretien clinique et aussi l'échelle de Cooper Smith.

Pour atteindre notre objectif nous avons adopté un plan de travail qui comporte les éléments suivants : Une partie théorique : divisée en deux chapitres, le premier chapitre consacré pour la dyslexie où on va introduire les définitions les plus pertinentes de la dyslexie, ensuite on exposera ses causes et ces types, puis on abordera les différentes théories explicatives de ce trouble, Enfin nous terminons avec le diagnostic et la prise en charge. Le

Introduction

deuxième chapitre comprend : le soi et l'estime de soi, dans lequel nous avons présenté : la définition du concept de soi, ses principales composantes, les facteurs qui influencent le développement de soi, et les différentes approches théoriques qui abordent le soi.

Tandis que dans l'estime de soi nous avons abordé : la définition de l'estime de soi, son historique, ses différentes théories, ses variables, les facteurs influençant une basse estime de soi, et les mécanismes de défense de l'estime de soi. Et une deuxième partie c'est la partie théorique. Comprend deux chapitres le premier chapitre est la méthodologie de la recherche : Dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode utilisée dans notre recherche, le lieu de recherche dont nous avons effectué notre stage pratique, les critères de notre population d'étude et les caractéristiques de choix de cette dernière, et enfin les techniques et l'outil de recherche utilisé pour confirmer ou infirmer nos hypothèses ainsi que leurs analyses. Et le deuxième chapitre comprend : Présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith et discussion des hypothèses.

Enfin nous avons achevé notre étude par une conclusion et par la liste bibliographiques et les annexes.

La problématique :

Les troubles du langage oral ou écrit chez l'enfant sont des troubles spécifiques du développement cérébral. Ils peuvent être globaux et perturber les processus attentionnels, la mémoire immédiate verbale puis les aptitudes phonologiques, visuo-attentionnelles, gestuelles mises en jeu dans l'acquisition du langage oral, de la lecture, de l'orthographe du graphisme et des praxies. L'atteinte de telles compétences peut avoir pour conséquences des dysfonctionnements de type dysphasique, dyslexique, dysorthographique, dysgraphique dyspraxique et des troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ces troubles peuvent être spécifiques touche l'apprentissage de la lecture, l'écriture. La dyslexie qui est un trouble du langage écrit désigne un groupe de difficultés touchant spécifiquement l'apprentissage et l'usage de la lecture et l'écriture, mais dont les symptômes sont différents.

Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS), la dyslexie est un trouble spécifique de la lecture, il s'agit également d'un trouble persistant de l'acquisition du langage écrit. Caractérisé par de grandes difficultés dans l'acquisition et dans l'automatisation des mécanismes nécessaires à la maîtrise de l'écrit (lecture, écritures, orthographe) (OMS, 1994, in icalle et al, 2007).

L'apprentissage du langage écrit et les difficultés qui le caractérisent font l'objet de débats des sociétés, parfois passionnels. En effet, cet apprentissage intéresse toutes les catégories sociales et professionnelles et les attentes sont de plus en plus exigeantes.

Le langage écrit est un outil indispensable à la scolarité de manière directe, mais également fondamental dans la vie quotidienne et culturelle et la dyslexie sera donc responsable de désavantages indirects qu'il faudra essayer de réduire au maximum. Les difficultés interférant avec la scolarité nécessiteront des adaptations permanentes, dans toutes les matières et non seulement en français, à moduler en fonction du niveau scolaire.

Les difficultés de l'apprentissage de la lecture sont un fait universel depuis que l'école est obligatoire et les recherches qui se préoccupent d'en expliquer les raisons foisonnement. Ces études proviennent de tous les horizons du savoir en sciences humaines et sociales. (Champy,PH., et Elévé, CH., 2002, p. 627).

Un enfant qui ne sait pas lire est un enfant qui souffre, de se savoir incompris et différent, de voir ses efforts peu récompensés, de ne pas comprendre ce qui lui arrive, d'être mal jugé vu comme un paresseux ou d'être humilié par ses pairs, ses parents ou parfois sans le vouloir par ses enseignants. La motivation est le résultat du plaisir attendu à réaliser une tâche, du sentiment d'obligation pressenti. C'est une anticipation sur le résultat en termes de gratification ou non. Le risque est important pour le dyslexique de démotivation et donc d'aggravation de ses difficultés. pas seulement on lecture, et dans les autres matières.

L'enfant dyslexique se sent encore plus dévalorisé et atteste, d'un large manque de confiance. Il développe des comportements d'évitement assez significatifs face à l'écrit ; il élabore des stratégies pour ne pas lire, tarde à rendre ses copies, tente de copier sur son camarade etc... Souvent, il « boude » les matières qui demandent un large investissement de l'écrit. Il a des difficultés d'organisation et de gestion spatiale et temporelle (besoin de repères visuels). Il a des difficultés de concentration. Il est très rapidement en surcharge cognitive. (Barré de Miniac & Leté, 1997 ; Lahire, 1993),

De nombreuses études à plus grande échelle ont confirmé l'existence d'enfants dyslexiques, leur prévalence étant estimée entre 1 et 7%, encore une fois, ces chiffres de prévalence sont à prendre avec précaution, puisqu'ils dépendent inévitablement de la définition de la dyslexie et du seuil de sévérité choisis, il est de plus à noter que la langue et le système d'écriture influençant la difficulté de l'apprentissage de la lecture, ils influencent également la prévalence mesurée de la dyslexie. (Lindgren, derenzi, richman, 1985)

Depuis une trentaine d'années, l'institution scolaire et les professionnels de la santé s'efforcent de prendre la mesure des difficultés rencontrées par certains enfants dans l'accès au langage oral et écrit, et parfois des troubles qui affectent son développement. Cette attention s'explique par l'importance de la maîtrise du langage comme élément fondamental de l'épanouissement de la personnalité de l'enfant, de sa réussite scolaire, de son intégration sociale et de sa future insertion professionnelle. (Willcut, pennington, 2000).

Les troubles du comportement liés à des perturbations affectives tiennent une place prééminente dans le tableau de la dyslexie de l'enfant : anxiété, sentiment, dévalorisation, repli sur soi, une faible estime de soi. (pialocia, m, valtat, g, freyss, 1975, p. 194).

L'estime de soi est une composante psychologique qui se réfère à la perception, positive ou négative, que chacun a de sa propre valeur au sentiment plus au moins favorable qu'il éprouve envers ce qu'il est, ou ce qu'il peut être. (Perron R. 1991, p 22).

Cette composante a été un objet d'étude depuis très longtemps, trois grandes périodes d'intérêt pour le soi peuvent être déterminées :

Le début du XIX^{ème} siècle avec les ouvrages de James (1890), Baldwin(1897) et Cooley(1902). Les années 30 avec les travaux de Mead(1934) et enfin la fin des années 70 avec l'émergence d'un attrait de la psychologie sociale et expérimentale pour le soi notamment dans les travaux de G. Markus (1977), Rogers, Kuiper(1979).

Le développement des recherches portant sur la construction et le développement d'estime de soi a fait naître deux tendances principales : une postule que l'estime de soi est une construction personnelle unidimensionnelle (W. James et S. Harter), mettant l'accent sur la dynamique intra-personnelle et intrapsychique. Pour cette tendance, un individu aurait une haute estime de lui-même dans la mesure où ses succès seraient égaux ou supérieurs à ses aspirations. (L'Ecuyer R. 1979, p 87). L'autre tendance dite multidimensionnelle, avance l'hypothèse selon laquelle le sentiment de valeurs de soi serait une construction sociale façonnée par les interactions avec l'entourage, et cela dès l'enfance. Donc une perception de soi qui dépendrait étroitement de la façon dont un sujet est perçue ou pense être perçu par l'autre. En somme les deux modèles théoriques mettent l'accent sur deux aspects important qui interviennent dans le développement d'estime de soi.

On s'accorde aujourd'hui pour dire que l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale, cela signifie que l'estime de soi se construit progressivement et que son développement est un processus dynamique et continu. Si l'estime de soi semble être socialement déterminée au niveau psychologique, elle s'opère à travers les processus d'identification, d'intériorisation et d'appropriation ou à travers plusieurs processus.

L'estime de soi l'un des concepts fondamentaux des théories du développement et de l'apprentissage, en effet, la première étude empirique sur l'estime de soi et la dyslexie date de 1973 (Rosenthal, 1973).depuis, est apparue une petite douzaine de travaux empirique sur l'estime de soi des personnes dyslexiques anglophones et francophones.

Notre recherche s'articule dans la perspective cognitive-comportementale ou les représentations de soi, sujet, réflexion consciente, sont généralement nommées conception de soi. Elles diffèrent quant à leur centralité ou leur importance. Les conceptions de soi centrales sont généralement les mieux élaborées et présumés à diriger plus fortement le traitement de l'information et les comportements s'accorder sur le fait que le soi contiendrait une variété des représentations. Les représentations de soi seraient cognitives ou affectives. Ces derniers correspondent aux autos évaluations positives et négatives, de formes verbales, neuronales ou sensori-motrice, ou sous forme d'image.

Les différentes recherches qu'on abordé précédemment sur l'origine et la nature des relations existantes entre la dyslexie et l'estime de soi, nous ont motivé à effectuer une recherche sur l'estime de soi chez les enfants dyslexiques ; Au sein de l'UDS de Tazmalt, à travers une pré enquête effectuée aux prés de ces enfants on a précisé (8) à (12) ans comme tranche d'âge de notre étude. Et on a élaboré les questions suivantes :

Les enfants dyslexiques développe-t-ils une mauvaise estime de soi ?

Est ce que le manque de soutien familial peut engendrer une mauvaise estime de soi chez les enfants dyslexiques ?

Hypothèses :

✓ **Hypothèse générale :**

L'enfant dyslexique développe une faible estime de soi.

✓ **Hypothèse partielle :**

1. Le manque du soutien familial engendre chez l'enfant dyslexique une faible estime de soi.

Définition des concepts clés :

Avant de commencer notre thème, nous devons définir les concepts utilisés dans notre recherche, qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique. En donnant les deux définitions qui sont les plus proches à notre thème de recherche qui traitent les hypothèses que nous avons déjà formulé et par la suite nous allons essayer d'opérationnaliser ces concepts.

1. Définition de la dyslexie :

La dyslexie avant tout est un trouble d'apprentissage spécifique qui est causé par un désordre neurologique.

Elle se caractérise par des difficultés au chapitre de la reconnaissance de mots (exactitude et /au fluidité) , des difficultés orthographiques de décodage .ces difficultés sont le résultat d'un déficit d'une composante phonologique du langage , fréquemment inattendues étant donné les habilités cognitives et les méthodes d'enseignement appropriées , appliquées .En classe les conséquences secondaires peuvent inclure une difficulté de compréhension de lecture et une faiblesse au niveau de la richesse de vocabulaire et de certaines connaissances qui sont directement attribuables à une manque d'exposition à la lecture. (The international dyslexia, association annals 2003).

2. Définition opérationnelle :

-Le domaine de la dyslexie est l'objet de nombreuse recherche, elle touche toutes les catégories d'âge ;

-La dyslexie est une difficulté durable dans l'apprentissage de la lecture ;

-Les enfants dyslexiques sont des enfants intelligents mais qui ont un problème d'ordre ; cognitif ; parfois des problèmes psychologiques secondaire ;

- Les enfants dyslexiques sont des enfants qui n'arrivent pas à lire des lettres et des mots ;

- la confusion entre les lettres ;

- les omissions des lettres ;

- Addition de lettres.

3. Définition de l'estime de soi

L'estime de soi renvoie à l'évaluation qu'une personne fait généralement d'elle-même. Elle est le reflet d'une attitude d'approbation ou de désapprobation « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». elle indique comment la personne se voit avec la valeur en question relative à l'environnement scolaire, familiale ou sociale. (Jacques Thomas, Célia Vas-Cerniglia. Guy Willems, p.45).

L'estime de soi est le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou la réputation, bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous-mêmes on peut dire aussi c'est l'appréciation favorable de soi même. il s'agit donc d'une évaluation ; d'un jugement de valeur à propos de soi. (Saint Paule (j), 1999, p.07).

4. Définition opérationnelle

- L'estime de soi, c'est avoir une assez bonne connaissance de soi pour oser faire et dire des choses. C'est ne pas avoir peur de la critique, du regard des autres, de l'opinion des autres. C'est se donner des projets et se mettre en mouvement pour les réaliser avec confiance. C'est aussi assumer ses choix et ses actes.
- L'estime de soi résulte du regard que l'on porte sur soi.
- L'estime de soi est un processus continu et cumulatif, positif ou négatif, qui peut dépendre de différents temps forts ou cycles de la vie. L'estime de soi se bâtit et se transforme tout au long de notre vie.
- Estime de soi ce que nous ressentons lorsque ce que l'on fait correspond ou se rapproche de l'image que nous avons de nous-mêmes.

Les raisons de choix du thème :

Notre thème porte sur « l'estime de soi chez les enfants dyslexiques ».

La pratique de la psychothérapie avec les enfants dyslexiques indique que le développement d'une estime de soi positive semble particulièrement difficile pour ces jeunes .donc notre choix est dû à une réflexion sur l'influence de la dyslexie sur le développement et l'épanouissement de l'enfant.

La possibilité d'améliorer le niveau de l'estime de soi chez les enfants dyslexiques et la rareté des études sur ce thème en Algérie sont les motifs de choix de ce dernier .ce qui va nous donner des motivations a la recherche autant que psychologue clinicienne, en outre la disponibilité du lien de recherche et les cas à étudier , ainsi que la disponibilité de la documentation sur l'estime de soi .

✓ L'intérêt du thème :

Le manque d'estime de soi est très présent dans toutes sociétés, le regard des autres est primordial, il est nécessaire à l'école primaire d'aider les enfants dyslexiques à avoir une plus juste estime d'eux-mêmes, les aider à surmonter leur obstacle et s'intégrer dans la vie ordinaire et scolaire d'où l'intérêt de notre thème de recherche.

✓ Les objectifs de la recherche :

Notre recherche s'est portée sur l'influence de l'estime de soi sur les enfants dyslexiques.

A cet effet notre objectif de recherche visé en premier lieu à :

- Décrire les souffrances psychiques et sociales chez ces enfants.
- Tenter de mesurer le niveau de l'estime de soi chez ces enfants.
- Un autre but visé à expliquer comment le regard des autres influence négativement le niveau de l'estime de soi chez ces enfants.

Introduction:

L'apprentissage de la lecture et de l'écriture sont un enjeu majeur de l'école. Parmi les obstacles à l'acquisition de ces compétences, **la dyslexie**, un trouble du langage écrit.

On va introduire ce chapitre par les définitions les plus pertinentes de la dyslexie, ensuite on exposera ces causes et ces types, puis on abordera les différentes théories explicatives de ce trouble. Enfin, nous terminons avec le diagnostic et la prise en charge.

1- Définitions de la dyslexie :

1-1 Définition selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) :

En 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît officiellement la dyslexie (pour un historique complet, cf. Van hout & Estienne, 1998). La définition donnée à l'époque distingue « dyslexie acquise » de « dyslexie développementale ». La dyslexie acquise est un trouble apparaissant chez les lecteurs compétents après un accident cérébral. En fait, les sujets ont perdu la capacité de lire, totalement ou partiellement selon la localisation des lésions cérébrales. La dyslexie développementale est, quant à elle, un trouble de l'apprentissage. Dans ce cas, l'enfant ne parvient pas à acquérir une compétence lexicale normale. Depuis peu, le terme de dyslexie développementale est regroupé sous le vocable de troubles spécifiques de l'acquisition du langage écrit. (OMS ,1970).

1-2 Définition selon l'observatoire nationale de la lecture (O.N.L) :

Les chercheurs s'accordent maintenant sur une définition précise : la dyslexie/dysorthographe est un trouble DURABLE et PERSISTANT de l'apprentissage de la lecture (dyslexie) ou de l'écriture (dysorthographe), qui se manifeste chez des enfants ayant une efficacité intellectuelle normale, ne présentant aucun trouble de la vision, ni de l'audition, et ayant suivi une scolarisation adéquate. C'est « une anomalie de la capacité à traiter des mots écrits. L'origine de cette anomalie se trouve dans les structures cérébrales et cognitives qui sous-tendent cette capacité » (O.N.L., 1998, p. 172-173).

L'Observatoire National de la Lecture (1998) nous informe que les dyslexiques ne constituent qu'une partie des mauvais lecteurs (lecteur dont le niveau de compréhension de l'écrit est jugé insuffisant par rapport aux exigences sociales) sur environ 10 % de mauvais lecteurs moins de 5 % seraient effectivement des dyslexiques. Moins de 1 % présenteraient une déficience dite « sévère ». D'autres chiffres (plus sévères) sont avancés. Spink & al

(2000) parlent de 5 % d'enfants dyslexiques, ce qui représenterait environ un enfant par classe. En fait, il est difficile aujourd'hui de savoir exactement la proportion de sujets dyslexiques sur le territoire français, car les études épidémiologiques sont en cours de réalisation. (Ibid.)

1-3 Définition de DEBRAY-RITZEN :

La dyslexie est une difficulté durable d'apprentissage de la lecture et d'acquisition de son automatisme, chez des enfants intelligents, normalement scolarisés, indemnes de troubles sensoriels. (Debray,R ,1979 ,P.14).

1-4 La dyslexie sur le plan étymologique :

La dyslexie est un terme très général qui signale simplement l'existence de difficultés dans le langage écrit. Apprendre à lire, c'est apprendre à construire des significations à partir d'une extraction d'indices et formuler des hypothèses à partir de cette extraction ; c'est aussi utiliser, à chaque moment, l'information déjà recueillie pour traiter la suite du message. (Estienne, 1982, p.419)

2- Aperçu historique :

La dyslexie a été découverte voilà environ un siècle par le corps médical. Le terme "dyslexie" est inventé en 1887 par Rudolf Berlin.

En 1895, James Hinselwood, ophtalmologiste, donne la description d'un jeune garçon de 14 ans intelligent, scolarisé depuis l'âge de 7 ans et incapable de lire. Il baptise ce phénomène la cécité verbale ou alexie. Terme employé à tort, puisqu'il est habituellement employé pour des gens qui ont perdu la lecture après un accident. Le 7 novembre 1896, le docteur Pingle Morgan décrit dans le British Medical Journal le cas d'un garçon dont les aptitudes en mathématiques étaient bonnes, mais dont la lecture et l'orthographe étaient sévèrement défaillantes. D'après son instituteur, il serait le meilleur élève de l'école, si l'instruction était entièrement orale.

En cette fin du XIXème siècle, l'incapacité d'apprendre à lire et à écrire chez un enfant intelligent est donc appelée : cécité verbale congénitale. Curieusement, jusqu'au début du XXème siècle, les éducateurs demeurent muets sur le sujet. Des psychologues (Bronner-1917, Hollingworth) vont bientôt commencer à s'intéresser au phénomène, ainsi que des

pédagogues. Ces différents courants rendent compte des hypothèses mises en avant pour expliquer les causes de la dyslexie : médicales, psychologiques et pédagogiques.

Cependant, un courant issu du milieu éducatif affichait un certain scepticisme face à cette conception médicale de la dyslexie. Il s'opposait à l'assimilation à une maladie congénitale et préférait mettre l'accent sur une pédagogie déficitaire ou inadaptée, un environnement défavorable, un trouble psychologique ou un manque de motivation.

De 1915 à 1937 ORTON élabore une conception originale : il propose une théorie reposant sur la constatation de la fréquence des gauchers et des maux latéralisés parmi les dyslexiques. Il s'agirait donc là d'un trouble de la dominance latérale.

En 1930, deux auteurs belges, AUGUSTE et JACQUES LEY montrent la plus grande fréquence de la dyslexie chez les garçons.

A partir de 1950 on trouve de nombreux travaux : statistique et génétique (HALLGREN ET EVA MALMQUIST), neurologie des fonctions symboliques (AJURIAGUERRA). Travaux portant sur les troubles affectifs des dyslexiques et sur la possibilité d'une psychogénèse PRICK et CALON (pialocia, m, valtat, g, f leyent, 1975, p.188). Il existe plusieurs types de dyslexie:

3-Les causes de la dyslexie :

Le sujet dyslexique rencontre des difficultés dans l'apprentissage du langage écrit car la nature de ses troubles est d'origine cognitive par conséquent cérébrale mais aussi génétique. Afin de comprendre les difficultés spécifiques des dyslexiques, il est nécessaire de revenir sur le processus utilisé dans l'acte de lecture.

➤ Le processus d'apprentissage de la lecture:

L'apprentissage de la lecture intervient sur deux voies utilisées par l'enfant apprenant (Pelletier, 2006) :

- La voie d'assemblage (phonologique) est utilisée lorsque le lecteur commence son apprentissage de la lecture, rencontre des mots nouveaux et des non-mots. C'est le décodage des mots son par son. La connaissance des lettres, la correspondance graphème-phonème, la discrimination auditive, la conscience phonologique et la mémoire sont sollicitées dans cette voie.

- La voie d'adressage (globale) est utilisée lorsque le lecteur a emmagasiné dans son lexique de mots et fait face à des mots irréguliers. Il n'a plus besoin de décoder les mots qui sont dans son lexique, il les reconnaît. La mémoire et l'accès lexical sont sollicités dans cette voie.

Reconnaissance du mot écrit

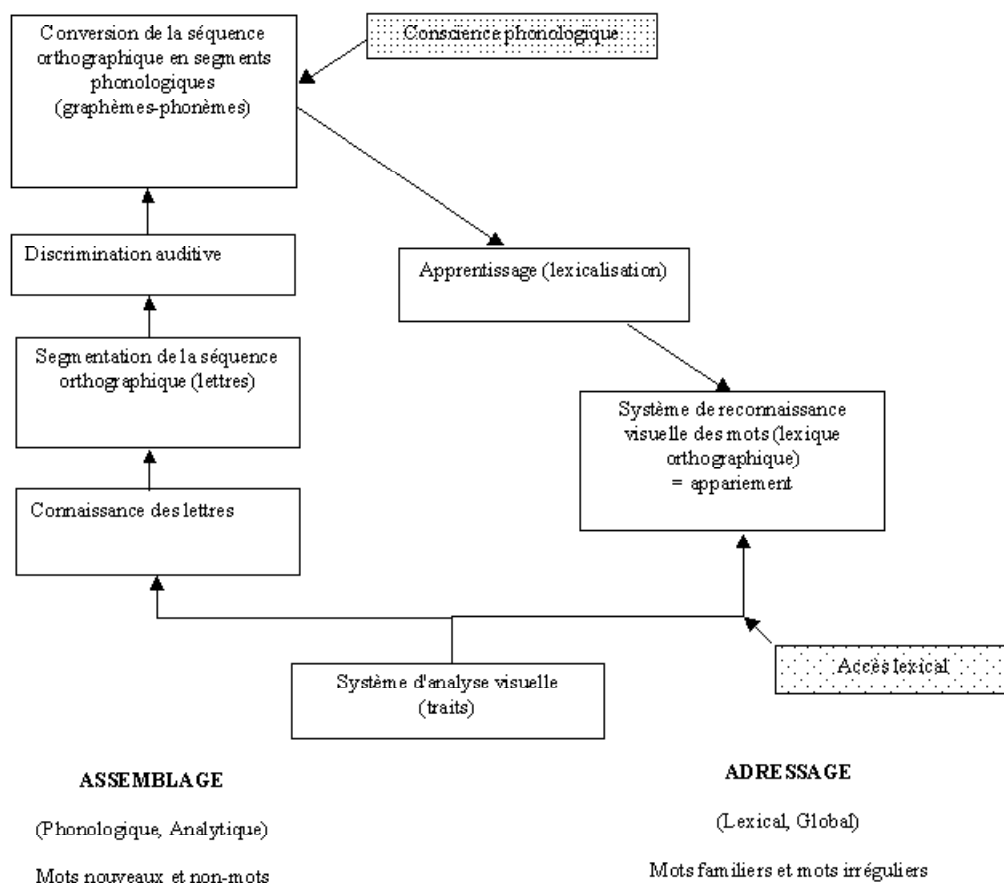


Figure 01 : Description des deux voies utilisées dans l'acte de lecture (Pelletier, 2006) Pour comprendre le principe alphabétique.

Pour comprendre le principe alphabétique, l'enfant doit effectuer une analyse consciente de la structure du langage parlé- la conscience phonémique - qui correspond à la capacité d'identifier et de manipuler intentionnellement les sons de la parole. Elle conduit l'enfant à comprendre que les mots parlés sont constitués de sons élémentaires dont les lettres sont les correspondants visuels. En utilisant les associations lettres-sons, il pourra lire les mots par la procédure phonologique (Lambert *et al*, 2006). Il va acquérir la conscience phonologique,

capacité à réaliser qu'en deçà du mot, la parole se décompose en sous-unités (syllabes et phonèmes) qui forment une combinatoire. Elle émerge vers l'âge de 5-6 ans sur la base d'une sensibilité phonologique acquise antérieurement.

C'est seulement au moment où ce pré-requis cognitif est en place qu'il est possible d'enseigner la lecture à un enfant (Ecalte *et al*, 2007).

Au début de l'apprentissage de la lecture, les enfants s'appuient principalement sur le décodage, lent et laborieux au départ. Cela leur permet d'apprendre à lire tous les mots qui ont des correspondances régulières entre graphèmes et phonèmes. Ils font beaucoup d'erreurs quand ils doivent lire des mots irréguliers même très fréquents, comme *sept* lu comme *septembre*. De plus, la facilité de cet apprentissage dépend de la transparence des relations entre code écrit et code oral. Plus l'écriture est proche de l'oral, plus vite et mieux les enfants apprennent à lire. Les bons décodeurs précoces sont ceux qui progressent le plus vite, y compris pour la lecture de mots irréguliers.

Un autre point important est que mieux l'enfant sait lire, plus il va percevoir l'image sonore des mots. Cela a été montré en utilisant des tâches dites d'amorçage, dans lesquelles deux mots écrits sont présentés successivement et très rapidement : un mot cible et une amorce supposée faciliter sa reconnaissance, la relation entre les deux pouvant être sonore (fraise-frèze), visuelle (fraise-froise) ou sémantique (fraise-fruit) (Sprengr-Charolles, 2003). Un enfant intelligent ne peut comprendre un texte écrit que s'il a automatisé les mécanismes qui permettent d'identifier les mots écrits. Chez un lecteur expert, le caractère automatique de l'identification des mots écrits est mis en relief par l'effet dit *stroop* qui résulte d'une interférence entre le sens d'un mot et sa forme ("*vert*" écrit en rouge). L'expert a accès presque immédiatement à la forme mais aussi au sens des mots (Sprengr-Charolles, 2003). Casalis (1997) affirme que l'analyse des mouvements oculaires indique que les lecteurs experts regardent tous les mots.

L'automatisation de l'identification des mots est une condition essentielle pour que soient disponibles des ressources attentionnelles mobilisables pour des activités de traitement. L'enfant doit apprendre le système orthographique propre à sa langue qui présente trois difficultés :

1- la même lettre peut prendre des valeurs différentes, seule (valeur du *s* dans *rose* et *soupe*) ou en fonction des combinaisons avec d'autres lettres (*c* dans *ch*, *s* dans *ss*, *a* dans *ain*, *i* dans *in*),

2- le même phonème peut être représenté par des graphèmes différents (*vin, vins, vain, vainc, vingt*).

3- de nombreuses lettres ne se prononcent pas, leur présence est due à des raisons grammaticales (nombre, genre) ou étymologiques (*vingt* du latin *viginti*).

Si l'enfant apprend à lire essentiellement sous l'effet de l'enseignement, il acquiert implicitement, bien avant le début de l'instruction formelle, des connaissances sur les caractéristiques structurales du langage oral et écrit (Ecalte *et al*, 2007).

La dyslexie survient lorsque l'une des deux voies (assemblage/adressage) ou les deux ne sont pas fonctionnelles. Si l'apprentissage spécifique du langage écrit n'est pas acquis par l'enfant dyslexique, au-delà de toute autre considération (intellectuelles, sociales, ...), c'est en particulier pour des questions d'ordre cognitif donc cérébral.

Depuis plusieurs années, les recherches se sont multipliées en France et à l'étranger pour comprendre l'origine de la dyslexie. Mais malgré une présence accrue d'hypothèses, de majeurs difficultés restent globalement inexpliquées. On peut dire que tous les spécialistes s'accordent à l'heure actuelle sur deux points : la dyslexie n'est aucunement la conséquence d'une déficience intellectuelle ni même le résultat de l'utilisation de mauvaises méthodes de la lecture. (Marie Debeugny, 2005)

Dans les travaux des spécialistes très connus, nous pouvons trouver les informations d'après lesquelles nous pouvons classer les causes suivantes.

3-1 Les causes héréditaires :

Les études génétiques récentes ont identifié au moins 5 régions chromosomiques impliquées dans l'étiologie de la dyslexie, les chromosomes 2, 3, 6, 7, 15, 18. Les études génétiques montrent un nombre important d'enfants dyslexiques dont l'un des parents est dyslexique.

« Les observations du professeur Pierre Debray-Ritzen auprès d'enfants dyslexiques ont montré que 62 % d'entre eux avaient des antécédents familiaux de dyslexie. »

3-2 Une perturbation physiologique acquise :

Des scientifiques américains ont découvert dans les années 1980 de petites malformations à la surface du cerveau (sous forme d'excroissances constituées de plusieurs milliers de neurones). (Ibid.)

Le cerveau humain comporte deux hémisphères, dont l'un est dominant et plus volumineux (à gauche pour les droitiers, à droite pour les gauchers). Chez les dyslexiques, il existe des anomalies de répartition du volume des deux hémisphères. Il a été démontré qu'un certain nombre d'aires cérébrales sont « différentes » chez les dyslexiques. (Habit, 2000 in Franck Ramus, De l'origine biologique de la dyslexie, 2004).

3-3 Un déficit de traitement phonologique :

Les recherches sur la dyslexie s'accordent largement sur le fait que l'immense majorité entre causes différentes a un déficit cognitif de type phonologique. (Snowling, 2000 in Franck Ramus, de l'origine biologique de la dyslexie, 2004).

4- les symptômes de la dyslexie :

C'est au niveau comportemental que se définit la symptomatologie de la dyslexie, le symptôme définitoire est le trouble de lecture. Typiquement, l'enfant dyslexique a des difficultés particulières avec l'identification des mots, plutôt qu'au niveau de la compréhension du texte. Plus précisément, dans la mesure où il a identifié les mots d'une phrase, les capacités de compréhension écrite de l'enfant dyslexique correspondent à ses capacités de compréhension orale (qui sont souvent préservées). Le facteur limitant sa compréhension écrite est l'identification des mots (ce qui le distingue souvent de la plupart des autres enfants en difficultés de lecture). L'enfant dyslexique a le plus souvent de grosses difficultés à acquérir les correspondances graphèmes-phonèmes, et par conséquent à décoder les mots selon la procédure phonologique (ce qui se voit bien en lecture de pseudo-mots). (Liederman, Kantrowitz, & Flannery, 2005).

L'enfant dyslexique a le plus souvent Certains indices qui décrivent ses difficultés :

4-1 Les indices en lecture :

Contrairement à une opinion couramment répandue, il n'y pas d'erreur-type et unique de l'élève dyslexique (par ex. inversion de lettres ou de syllabes). Les erreurs commises, aussi bien en lecture qu'en écriture, sont multiples et plurielles. Par ailleurs, il est important à noter que la plupart des ces erreurs sont commises par tous les lecteurs/rédacteurs débutants et sont inévitables au début de l'apprentissage, représentant même un des leviers nécessaires.

Le signal d'alerte réside donc dans leur persistance et leur récurrence dans le temps. L'élève dyslexique n'a strictement aucun problème de compréhension orale, mais ne retire aucun sens à ce qu'il lit ; en effet, il est capable de comprendre si on passe par une autre modalité que l'écrit. Le déchiffrage est lent et saccadé (débit syllabique), avec une forte ignorance de la ponctuation. En lecture, plusieurs types d'erreurs sont repérés :

- confusions de consonnes sourdes (t/d, f/v..., crocodile lu crocodile ; valise lu falise...).
- confusions auditives ou phonétiques (a/an, s/ch, u/ou ... ; cheval lu seval).
- erreurs visuelles dans les lettres visuellement proches (d/b ; m/n ; p/q).
- erreurs phonémiques : (chauffeur/faucheur), contaminations (palier/papier). (Serrano, J.A. 1988, p, 239).

4-2 Les indices en rédaction :

L'écriture est lente, hésitante avec une pauvreté dans la production. L'élève dyslexique a d'énormes difficultés de prise de notes et de recopie (sauts de mots ou de paragraphes réécriture de segments linguistiques etc.). Le graphisme est peu précis (lettres mal formées) ; les ratures sont très fréquentes, mais témoignent d'un fort investissement d'autocorrection. L'écriture est peu soignée et, selon Serrano (1988), révèle le refus inconscient d'écrire (rejet de l'acte) qui met en évidence l'échec ou la différence face au groupe classe.

Aux mêmes anomalies que celles produites en lecture, s'ajoutent d'autres spécifiques à l'écriture :

- erreurs de recopie ; économies de syllabes (semblable/semble) ; découpages arbitraires (l'égume/il sé lancé) ; fusion arbitraire (l'image/limage ; son nid/soni) ; omissions (bébé/bé ; liberté/librt) ; beaucoup de fautes de conjugaisons et de grammaire. (ibid.).

4-3 Les indices comportementaux particuliers :

4.3.1. Compte tenu de l'exigence sociale et de la culture scolaire valorisant incontestablement l'écrit (Miniac & Leté, 1997 ; Lahire, 1993), l'élève dyslexique se sent encore plus dévalorisé et atteste, d'un large manque de confiance.

4.3.2. Il développe des comportements d'évitement assez significatifs face à l'écrit ; il élabore des stratégies pour ne pas lire, tarde à rendre ses copies, tente de copier sur son voisin etc... Souvent, il « boude » les matières qui demandent un large investissement de l'écrit.

4.3.3. Il a des difficultés d'organisation et de gestion spatiale et temporelle (besoin de repères visuels).

4.3.4. Il a des difficultés de concentration. Il est très rapidement en surcharge cognitive. (Serrano, J.A. 1988, p, 250).

5-Les types de la dyslexie :

5-1-Dyslexie acquise : ce terme recouvre les troubles de la lecture consécutifs à une lésion cérébrale, se subdivisant en deux catégories : les dyslexies périphériques et les dyslexies centrales. Dyslexie centrale, dyslexie périphérique, alexie.

5-2-Dyslexie centrale : ce terme regroupe l'ensemble des troubles acquis de la lecture résultant d'un dysfonctionnement dans les étapes plus tardives, plus "centrales" du processus de lecture, que celles observées dans les dyslexies périphériques. Les auteurs distinguent trois principales formes de dyslexies centrales : la dyslexie de surface, la dyslexie phonologique, la dyslexie profonde. Ces termes. (frédérique, b et cathrine c, et véronique, m, 2004 p.80)

5-3-Dyslexie de surface : dyslexie centrale, acquise (consécutif à une lésion cérébrale), caractérisée par une altération de la voie lexicale des mécanismes d'identification des mots écrits : d'une manière générale, les mots réguliers et les pseudo-mots mieux identifiés que les mots irréguliers sur lesquels s'observent des erreurs de régularisation ; sont parfois aussi relevées des erreurs visuelles (confusion de lettres). Effet de régularité, mot irrégulier, mot régulier, pseudo-mot, adressage. (Ibid.)

5-4-Dyslexie développementale : ce terme désigne les troubles spécifiques de l'apprentissage de la lecture se manifestant chez les enfants de niveau d'efficacité intellectuelle normal, sans problèmes sensoriels primaires, visuels ou auditifs (DSM IV), sans troubles psychiques graves, ayant toujours été normalement scolarisés, et issus de milieux socioculturels normalement stimulants. Les enfants dyslexiques recouvrent une population hétérogène, au sein de laquelle peuvent être décrits différents sous-groupes de dyslexies développementales. Parmi lesquelles certains auteurs distinguent deux formes différenciées et communes : la dyslexie phonologique et dyslexie de surface, et une forme plus rare et contestée : la dyslexie profonde. Dyslexie développementale phonologique, dyslexie développementale de surface, dyslexie développementale profonde, dyslexie dyséidétique, dyslexie dysphonétique. (ibid.)

5-5-Dyslexie développementale de surface : se caractérise par des difficultés à reconnaître les mots irréguliers (erreurs de régularisation), alors que l'identification des mots réguliers et des non-mots est relativement préservée, ainsi que par des difficultés majeures pour la définition de mots homophones non homographes.

La production écrite se caractérise principalement par le fait que les mots s'écrivent comme ils se prononcent, l'écriture sous dictée de mots irréguliers et complexes étant particulièrement perturbée. Effet de régularité, erreur de régularisation, mot irrégulier, mot régulier. (frédérique,b,cathrine,c,et véronique,m, 2004,p.80).

5-6-Dyslexie développementale phonologique : se caractérise par des difficultés à identifier les non-mots (ou logatomes), ce d'autant plus qu'ils sont longs (erreurs de lexicalisation), avec d'assez bonnes performances en reconnaissance de mots réguliers ou irréguliers (sauf pour les mots rares) sur lesquels s'observent cependant des paralexies visuelles et morphologiques, sans erreur sémantique ni effet de concrétude. Des difficultés similaires apparaissent en orthographe pour les mots longs peu fréquents, et pour les non-mots. erreur de fréquences, effet de longueur, effet de régularité. (Ibid.).

5-7-Dyslexie développementale profonde : trouble massif et sévère d'apprentissage de la lecture, partiellement comparable avec la dyslexie profonde acquise décrite chez l'adulte (difficultés majeures de segmentation phonémique, dysgraphie), semblant cependant se greffer sur un tableau global de trouble du langage (difficultés de dénomination), mais ne cadrant pas avec la définition stricte de la dyslexie développementale puisque certaines études de cas réalisées, soit ne corroborent pas systématiquement le lien avec le trouble observé principalement chez l'adulte dyslexique profond (production importante d'erreurs sémantiques), soit font l'hypothèse d'un fonctionnement de type logographique dans la lecture de l'enfant dyslexique profond, fonctionnement correspondant à un stade primitif de l'architecture du système cognitif sous-tendant la lecture, et ne correspondant plus aux connaissances supposées auxquelles l'adulte à recours dans son acte de lecture. Stratégie logographique.(ibid.).

5-8-Dyslexie dyséidétique : définie par E. Boder (1973) comme la difficulté manifestée par certains enfants à élaborer une image visuelle stable des mots (trouble de la reconnaissance globale des mots) se caractérisant par une oralisation lente et laborieuse par application pénible des règles de transcodage graphémophonologique, avec difficultés majeures pour les mots irréguliers, et par la production en orthographe de formes "phonologiquement" acceptable. Ces enfants semblent lire davantage, par l'oreille" comme les lecteurs "phéniciens" (Baron et Strawson, 1976) qui utilisent préférentiellement la voie

phonologique. La dyslexie dyséidétique de Boder s'apparente à la dyslexie de surface. Dyslexie dysphonétique.

5-9-Dyslexie dysphonétique : définie par E. Boder comme la difficulté de recodage phonémique manifestée par certains enfants, qui semblent lire davantage " par les yeux" comme les lecteurs " chinois" (Baron et Strawson, 1976) et qui utilisent préférentiellement la voie visuelle, même s'ils n'acquièrent au bout du compte, qu'un faible vocabulaire " visuel" en lecture et en orthographe. La dyslexie dysphonétique de Boder se rapproche de la dyslexie acquise phonologique. Dyslexie dyséidétique.

5-10-Dyslexie périphérique : ce terme recouvre l'ensemble des troubles acquis de la lecture consécutifs à un déficit dans l'analyse visuo attentionnelle des stimuli écrits.

5-11-Dyslexie phonologique : dyslexie centrale, acquise, caractérisée par une atteinte sélective du système non lexical (c'est-à-dire du système non signifiant, concernant donc plus particulièrement les non-mots) : d'une manière générale, les mots sont mieux oralisés que les pseudo_mots, et peuvent parfois être observées des erreurs dérivationnelles et des substitutions de mots fonctionnels, il, elle' ou "sur, sous". Dyslexie acquise, dyslexie central, assemblage, adressage, effet de lexicalité.(Ibid. p.81).

5-12-Dyslexie profonde : dyslexie centrale, acquise, souvent associée à une aphasie de Broca et ou une anomie, caractérisée à la fois par une altération de la voie non lexicale (assemblage) (incapacité à oraliser les pseudo-mots) et par un déficit dans la voie lexicale (adressage), c'est-à-dire un déficit d'accès au système sémantique à partir du lexique orthographique (erreurs sémantiques majeures avec effets de concrétude et de classe grammaticale) ; sont aussi observées des erreurs visuelles, dérivationnelles, ainsi que des substitutions de mots fonctionnels. Dyslexie acquise, dyslexie centrale, effet de classe grammaticale, effet de concrétude. (ibid.p.81)

6- Les théories explicatives de la dyslexie :

6-1 Théorie phonologique :

Le fondement de la théorie phonologique est que la lecture est une activité langagière. Cette théorie part également du constat que la langue écrite, qui s'est mise en place après la langue orale dans la phylogenèse (le développement de l'espèce humaine) se met également

en place après la langue orale dans l'ontogenèse (le développement de l'individu). De plus, quel que soit le système d'écriture, la langue écrite est, de façon intrinsèque, un système second par rapport à la langue orale : même si la perception de l'écrit dépend de la vision alors que celle de l'oral dépend de l'audition, le lecteur peut toujours avoir accès à la forme sonore des mots qu'il lit. Enfin, la théorie phonologique.

S'appuie sur la définition de la dyslexie, qui est un trouble spécifique d'apprentissage de la lecture ne résultant pas, entre autres, de déficiences sensori-motrices avérées. Ces différentes explications permettent de comprendre pourquoi l'activité de lecture implique surtout les réseaux neuronaux utilisés pour traiter le langage oral. (Inserm, 2007, p389) .

6-2 Théorie visuelle :

À la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, les médecins confrontés à des cas sévères de troubles d'apprentissage de la lecture soupçonnent que des troubles visuels sont à l'origine des dyslexies développementales, Le terme de « cécité verbale congénitale » est alors utilisé pour rendre compte des difficultés majeures que rencontrent certains enfants dans l'apprentissage de la lecture, en dépit de capacités intellectuelles normales. Le tout premier cas fut décrit en 1896 par le Docteur Morgan dans un article paru dans le *British Medical Journal*. Il y décrivait le cas d'un jeune garçon de 14 ans normalement intelligent mais tout à fait incapable d'apprendre à lire. Morgan écrivait : « Le maître d'école qui l'a suivi pendant des années dit qu'il serait le garçon le plus intelligent de l'école si l'instruction était entièrement orale ». Plusieurs cas de cécité verbale congénitale furent décrits par la suite notamment dans la monographie proposée par Hinshelwood (1917).

Commença ensuite « une phase d'analyse et de discussion avec un changement considérable d'orientation. Elle inaugura également une ère de doute, d'indécision et de confusion » (Critchley, 1974, p. 37).

6-3 Théorie du déficit de la fonction cérébelleuse :

Partant de la constatation que les dyslexiques présentent non seulement des difficultés de lecture, mais également d'autres troubles dans les domaines visuel, auditif et moteur Angela Fawcett et Rod Nicolson concentrèrent leur attention sur une série de caractéristiques qu'ils avaient remarquées chez leurs patients dyslexiques : un retard dans les étapes du

développement moteur, des troubles de nature séquentielle et temporelle (dire l'heure, se rappeler les mois de l'année), et surtout la présence de troubles de la coordination motrice et de troubles de l'équilibre (Fawcett et Nicolson, 1999). Or, tous ces symptômes se trouvent également être des manifestations classiques

De dysfonction du cervelet. Parallèlement, tout un pan de la recherche développée durant les années 1980 et 1990, a permis au cervelet de sortir de son statut d'organe purement moteur, en révélant un domaine d'intervention beaucoup plus vaste, incluant de nombreuses fonctions cognitives. (Schmahmann et Sherman, 1997 ; Schmahmann, 1997). Ainsi, Fawcett et Nicolson (1999) décrivaient le tableau caractéristique de dyslexie comme « un déficit des aptitudes phonologiques, des habiletés motrices, de la rapidité du traitement d'information et de l'automatisation (Nicolson et Fawcett 1990 ; Yap et Van der Leij, 1994) ». Ce dernier aspect est sans doute le point le plus original du raisonnement de ces auteurs, faisant référence spécifiquement au rôle du cervelet dans l'apprentissage en général, et celui des procédures en particulier. C'est donc sur ces bases qu'a été postulée la théorie cérébelleuse de la dyslexie (Nicolson et coll., 1995 et 2001).

6-4 Théorie du trouble du traitement temporel :

L'enfant dyslexique, et plus généralement l'enfant souffrant de trouble spécifique d'apprentissage, a très souvent des problèmes avec le temps en général, qu'il s'agisse de la gestion des aspects temporels liés à la réalisation des actes quotidiens, de la conscience et/ou la perception de la durée d'événements, ou encore de la discrimination d'événements brefs, tels que ceux constitutifs de la parole humaine. De très nombreuses études, utilisant des approches diverses, se sont penchées sur cette étrange caractéristique, dans le but de trouver un point commun entre cette dernière et les difficultés d'apprentissage elles-mêmes. (Habib, 2000 ; Tallal, 2004).

7- les difficultés spécifiques responsables des troubles de la lecture chez l'enfant dyslexique :

7-1-La discrimination visuelle :

En dépit d'une vision normale avec ou sans correction, l'enfant différencie difficilement des formes proches. D'où les confusions visuelles de lettres f / t, n / r, m / n, p / q / b / d et les inversions dans les séquences de lettre (pro/por...). Par ailleurs, l'enfant dyslexique peut présenter des dysfonctionnements de la motricité oculaire, qui gêneront la lecture : des saccades incontrôlées peuvent faire perdre un mot ou une ligne dans le texte. ([Http : inpes.santé.fr](http://inpes.santé.fr)). (Janvier 2014).

7-2-La discrimination auditive :

Le niveau d'audition est normal, mais l'enfant perçoit difficilement la différence entre les sons proches p / b, t / d, k / g, f / v, s / z, ch / j, m / n, r / l. Cela se traduit par des erreurs d'écriture et aussi d'enchaînement des sons dans la production orale (les inversions, ajouts ... signent des difficultés de traitement séquentiel des informations auditives). (Ibid.).

7-3-La mémoire visuelle :

C'est la mémoire visuelle de travail, c'est-à-dire la rétention d'éléments perçus visuellement, qui fait défaut chez l'enfant dyslexique. Dans l'activité de lecture, l'enfant retient peu ou mal la forme et l'ordre des lettres, alors qu'il doit effectuer une tâche de conversion de celles-ci en sons. La mémoire visuelle à long terme peut également être touchée, entraînant une impossibilité de retenir l'orthographe des mots, même courants. (Ibid.).

7-4-La mémoire auditive :

C'est également la mémoire auditive de travail qui fait défaut, ou la capacité à maintenir et à travailler sur des informations sonores. L'enfant retient difficilement les sons entendus à l'intérieur d'un mot ou les mots à l'intérieur d'une phrase. Il en découle des difficultés de répétition de mots et des erreurs d'écriture avec des omissions, des confusions, des inversions de lettres ou de mots. (Ibid.).

7-5-L'organisation temporo-spatiale :

L'enfant éprouve des difficultés à se situer dans le temps et dans l'espace. La gauche et la droite sont longtemps confondues. Il ne se situe pas facilement dans le temps social (matin, après-midi, hier, avanthier...). ([http :inpes.santé.fr](http://inpes.santé.fr)) (Janvier 2014).

7-6-La latéralité :

L'enfant met plus de temps qu'un autre à définir son côté dominant (œil, pied, main). Si la latéralité est mal installée ou non homogène (pas le même côté dominant pour l'œil et la main par exemple), l'enfant va éprouver des difficultés à coordonner les mouvements des yeux au geste graphique et aux nécessités du sens conventionnel de la lecture. (Ibid.).

7-7-Le langage oral :

L'enfant peut présenter un retard de parole, c'est-à-dire qu'en l'absence de trouble articulaire, les mots sont prononcés de façon incorrecte. Des sons sont omis, transformés, inversés dans les mots prononcés (« bologan » pour « toboggan », « tris » pour « triste ». Cela traduit une difficulté de discrimination et de mémoire auditive. Le vocabulaire peut s'avérer imprécis (« fruit » pour « poire », « c'est un truc pour ...»). L'enfant précise difficilement sa pensée, ses phrases sont peu structurées, il cherche ses mots. L'enfant dyslexique présente un trouble persistant de la manipulation des unités sonores de la parole (conscience phonologique). La compréhension orale est le plus souvent normale.

7-8-La coordination motrice :

L'enfant semble maladroit. Il manipule les ciseaux avec difficulté, met du temps à s'habiller. Les erreurs de boutonnage et d'endroit-envers sont fréquentes. Les mouvements fins à but précis (écriture, coloriage, tissage...) démontrent une maladresse.

7-9-L'attention :

L'activité de lecture demande un haut niveau d'attention pour être effectuée dans les meilleures conditions. Certains enfants présentent une instabilité et un déficit de concentration, même s'ils sont intéressés par les activités proposées en classe. Il s'agit d'un trouble à part entière qui peut être traité pour aider l'enfant à être plus disponible aux apprentissages. (Ibid.).

8- Les troubles non spécifiques du langage écrit :

- Retards de parole et de langage liés à une immaturité ou à une carence éducative (troubles fonctionnels du langage). Surdité transitoire ou chronique (otite séreuse).
- Scolarisation irrégulière. Scolarisation inadaptée (si la pédagogie n'est pas différenciée en cas de surdité ou de déficience intellectuelle).
- Trouble visuel non corrigé.et manque d'envie d'apprendre à lire, ou incompréhension des mécanismes et des buts de la lecture.
- Immaturité intellectuelle et affective (l'enfant n'est pas encore prêt pour l'apprentissage de la lecture).
- Trouble psychologique (transitoire ou non) ou psychiatrique. Déficience intellectuelle.

9- Le diagnostic :

Le diagnostic positif de la dyslexie repose de la quantification de la fonction lexicale mise en regard du niveau intellectuel et confrontée avec l'âge de l'enfant.

On va essayer de décrire la dyslexie telle qu'on la rencontre au cours des trios différentes périodes :

1- Notons qu'il n'est pas possible de faire le diagnostic avant l'âge de 7ans et 7ans et demi. En effet, on ne peut distinguer avant cet âge les mauvaises initiations à la lecture (probablement 15 20% des enfants) et les seules vraies dyslexiques apprendre en r ducation. Quelque soit la méthode d'apprentissage employée, l'enfant voit accroitre ses difficultés avec le stade ou il doit agencer les lettres entre elles pour écrire ou déchiffrer les mots. On rencontre :

- * confusions de configuration spatiale :
- confusions de lettres de formes voisines : Exemple :b-d, p,q –m-n,m-w.
- difficultés de déchiffrement de sons complexes .exemple :ail-ille,oin-ion,eil-euil.
- omission de lettres ou de syllabes. Exemple :puie pour pluie * confusion phonétique :
- mauvaise discrimination de sons voisins, confusion sourdes sonores :p-b,t-d,f-v,k-g

On rencontre d'autres fautes telles que des suppressions pures et simples ou, au contraire des additions de mots entiers.(pialoax,m,valt t,g,et freyss,f,1975 , p .190).

2- De 8 à 12ans, la comparaison des difficultés rencontrées par l'enfant et les données lexicales font admettre qu'une différence de 18 mois implique une souffrance scolaire qui invite à poser le diagnostic de la dyslexie.

A 8 ans, le corps même des études primaires nécessite absolument une lecture courante. Le grand problème de cet âge est l'orthographe, dont l'apprentissage est impossible à celui qui n'a pas acquis la lecture auparavant. Ce qui frappe à cet âge plus tardif, c'est d'abord le manque de l'automatisme. et on note la pauvreté de l'expression libre due à la difficulté à enchaîner des signifiants selon des règles syntaxiques complexes.

A ce stade, les troubles du comportement sont fréquents, ils se manifestent de différentes façons :

-La recherche d'une valorisation.

-des conduites d'échec traduisant une culpabilité et une régression des désirs de valorisation.

-une inhibition, proche des conduites d'échec qui interdit tout début de réalisation et semble correspondre à une régression.

-une opposition qui représente l'aspect actif du conflit, l'enfant exprime son agressivité ouvertement en paroles et en actes. (Ibid., p, 192).

3- après 12 ans, le problème qui se pose à l'enfant dyslexique est celui de l'orientation scolaire ou professionnelle, ce moment est souvent pour l'enfant un constat d'échec, le dyslexique est un adolescent au passé scolaire mauvais, qui de plus est en général handicapé par des troubles du comportement.

La lecture peut être encore à cet âge syllabique, hachée, le plus souvent, elle est fluide, mais elle a un débit irrégulier ; elle devient beaucoup plus lente et hésitante lorsque les mots sont inconnus. Quelque soit la réaction de l'enfant à son handicap, le résultat est toujours le même : ce qu'il lit est la plupart du temps dépourvu de sens pour lui. de ce fait, la lecture n'a aucun attrait. même si les problèmes de lecture sont réglés, l'orthographe est déplorable : l'orthographe usuelle est ignorée : elle a un aspect phonétique mais erroné. Enfin l'accès à une analyse grammaticale est impossible. (ibid).

9-1 Critères diagnostiques du Trouble spécifique de la lecture selon la CIM-10 et le DSM-IV :

Le critère du DSM-IV pour le trouble spécifique de la lecture est le suivant :

Les réalisations en lecture (exactitude, rapidité ou compréhension), évaluées par des tests sont nettement en dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge chronologique du sujet, de son niveau intellectuel (mesuré par des tests) et d'un enseignement approprié à son âge.

Les autres critères de la CIM-10 et du DSM-IV : troubles (enseignement adapté à l'âge, environnement socioculturel favorable et intelligence adéquate), ont été détaillés précédemment. À noter que la CIM-10 spécifie que le trouble de la lecture ne doit pas résulter directement d'un trouble neurologique avéré. La principale différence entre les deux classifications concerne la comorbidité du trouble de la lecture avec d'autres troubles des apprentissages (notamment les troubles du calcul et de l'écriture).

En cas de comorbidité, dans la CIM-10 le diagnostic de trouble de la lecture est prédominant par rapport à tous les autres, tandis que le DSM-IV permet de porter plusieurs diagnostics.

Dans les définitions plus récentes de la dyslexie, il est de plus en plus question des mécanismes cognitifs perturbés et de l'étiologie des troubles. Les recherches des dernières années sur ces facteurs, en particulier sur les compétences impliquées dans le processus de la lecture, ont beaucoup progressé et les définitions se sont adaptées aux nouvelles connaissances. Ainsi, la définition récemment proposée par Lyon et coll. (2003) et qui remplace une définition précédente des mêmes auteurs propose :

« La dyslexie est un trouble spécifique de l'apprentissage dont les origines sont neurobiologiques. Elle est caractérisée par des difficultés dans la reconnaissance exacte et/ou fluente de mots ainsi que par une orthographe des mots (*spelling*) et des capacités de décodage limitées. Ces difficultés résultent typiquement d'un déficit dans la composante phonologique du langage qui est souvent inattendu par rapport aux autres capacités cognitives de l'enfant et à l'enseignement dispensé dans sa classe. Les conséquences secondaires peuvent inclure des problèmes dans la compréhension en lecture. Cela peut entraîner une expérience réduite dans la lecture qui pourrait empêcher la croissance du vocabulaire de l'enfant et ses connaissances générales. ».

S'il est vrai que la plupart des études récentes soulignent que la dyslexie est liée à un trouble du système phonologique (Morris et coll., 1998, Sprenger-Charolles et coll., 2000), d'autres données plaident pour l'existence d'autres troubles cognitifs responsables d'autres types de dyslexie (Mattis et coll., 1975 ; Stein, 2001 ; Valdois et coll., 2004). Certains auteurs proposent de réserver l'appellation « dyslexie » au sous-groupe majoritaire, porteur de troubles phonologiques prédominants (Kamhi et Catts, 2002). Cependant, la prise en compte d'un déficit en phonologie comme critère d'inclusion dans la définition de la dyslexie a été également critiquée.

Enfin, il est important de rappeler que c'est dans le cadre de la dyslexie que le critère de discordance (entre les performances à des tests de lecture et le QI de l'enfant) a été le plus appliqué et contesté par la suite (Shapiro, 1996 ; Fletcher et coll., 2002 ; Shaywitz et Shaywitz, 2003). Deux arguments s'opposent à ce critère. En premier lieu, la croissance du vocabulaire des dyslexiques pourrait être négativement influencée par les problèmes de lecture (voir la définition de Lyon et coll. 2003, ci-dessus) et le QI verbal, qui intègre le niveau de vocabulaire, pourrait alors diminuer progressivement conduisant les dyslexiques à être de moins en moins discordants (Stanovich, 1986). Par ailleurs, ce critère suppose que le dysfonctionnement des processus cognitifs à l'origine des troubles de lecture des individus discordants soit différent du dysfonctionnement d'individus ayant des notes comparables aux tests de lecture mais un QI moins contrasté. Plusieurs travaux n'ont pas trouvé de différence entre ces deux groupes pour une variété de tâches cognitives comprenant la phonologie, d'autres aspects du langage et de la mémoire (Siegel, 1992 ; Fletcher et coll., 1994 ; Stanovich et Siegel, 1994).

10-La prise en charge :

Le dépistage précoce des enfants dyslexiques est une condition nécessaire de l'efficacité des traitements. Il convient d'agir avant que l'enfant n'ait accumulé trop de retard dans l'apprentissage de la lecture, avant d'entrer dans la spirale de l'échec. Ce sont les personnes qui évoluent au plus près des enfants (instituteurs, psychologues et médecins scolaires) qui sont les mieux placés pour se charger du dépistage. Une fois l'enfant à risque dépisté, il doit être adressé à un professionnel qualifié de manière à procéder à un diagnostic complet. Il convient également de dégager du temps et des moyens pour organiser une prise en charge spécifique au sein ou en dehors de l'école. La meilleure prise en charge est de nature pédagogique (Ramus, 2005a). L'évaluation des difficultés nécessite un ensemble d'épreuves portant sur le langage écrit et oral. Plusieurs tests existent allant du dépistage précoce à celui de la dyslexie (Odedys2, Belec, L'Alouette).

L'orthophonie est traditionnellement la rééducation par défaut préconisée pour la dyslexie mais d'autres pratiques existent.

10.1. L'orthophonie :

La prise en charge classique est effectuée par l'orthophoniste. Son travail est axé sur l'entraînement des capacités phonologiques de l'enfant, la rééducation de la lecture avec des méthodes souvent différentes de celles pratiquées en classe, la mise en place de stratégies de compensation pour permettre à l'enfant de contourner les déficits identifiés.

Le programme de rééducation est individualisé, fondé sur un bilan précis des compétences et des faiblesses de l'enfant, et exécuté en individuel, permettant une interactivité optimale et une adaptation en temps réel aux besoins de l'enfant. Il existe également des programmes d'entraînement en langue anglaise évalués chez les enfants dyslexiques ou faibles lecteurs de nombreuses études ont mis en évidence qu'un entraînement phonologique améliore la lecture d'enfants diagnostiqués dyslexiques et à risque de développer une dyslexie Grâce à la répétition des exercices, l'objectif est de récupérer ou améliorer certaines capacités phonologiques déficitaires. Plus précisément, l'objectif de ces entraînements est de permettre à l'enfant d'accéder à une lecture normale dont l'aboutissement est l'utilisation d'une procédure de lecture orthographique, qui se développe à partir de l'utilisation de la procédure phonologique et qui permet au lecteur de reconnaître un mot écrit directement à partir du traitement de sa structure orthographique.

On constate néanmoins que ces entraînements n'apportent pas pour certains enfants les bénéfices escomptés (Lambert *et al.*, 2006). Il est nécessaire de rééduquer la conscience phonologique de l'enfant dyslexique par différentes manières. Ce dernier a besoin d'un entraînement explicite. Il convient également de lui enseigner la lecture différemment. En effet, l'enfant dyslexique bénéficie peu de l'enseignement de la lecture tel qu'il est prodigué en classe. Il a besoin de méthodes structurées, systématiques et intensives délivrées de façon individuelle ou en petits groupes. Ces méthodes alternatives aident surtout l'enfant à trouver un moyen de contourner son déficit. L'enfant qui n'arrive pas à se représenter les phonèmes peut se représenter les syllabes et apprendre à lire par ce biais. Il n'existe pas une stratégie unique pour apprendre à lire (Ramus, 2005a). Il existe aussi un entraînement audio-visuel à l'identification des syllabes orales et écrites- le programme *Play On* (Danon-Boileau *et al.*, 2002 in Ecalte *et al.*, 2007) qui est un outil complémentaire de la rééducation orthophonique. Il montre l'effet positif d'un type très spécifique d'entraînement, suggérant qu'il s'agit d'un des ingrédients à intégrer dans le cadre d'une rééducation plus complète. De même, un entraînement morphologique sur l'extraction des unités morphémiques, bases, préfixes,

suffixes, à l'oral et à l'écrit, améliore significativement le déchiffrage et la compréhension (Colé *et al.*, 2005 in Ecalte *et al.*, 2007).

Il s'agit davantage de la mise en évidence d'un élément important de la rééducation que d'un traitement complet. Les séances d'orthophonie sont la base de l'amélioration du déficit phonologique mais d'autres méthodes sont pratiquées, généralement en complément.

10.2. Les méthodes alternatives :

Des difficultés dyslexiques récurrentes malgré des séances d'orthophonie classiques laissent la place à d'autres méthodes complémentaires qui, même si elles ne sont pas toujours vérifiées scientifiquement, peuvent apporter une alternative. Un entraînement auditif basé sur la théorie du traitement auditif temporel a obtenu des résultats intéressants pour la rééducation d'enfants avec trouble du langage et suggéré que le traitement était efficace pour la dyslexie. Mais rien n'a encore été publié dans la littérature. Certaines rééducations du contrôle binoculaire ou des capacités visuo-attentionnelles ont obtenu des effets positifs dans des essais contrôlés (Facoetti *et al.*, 2003 in Ecalte *et al.*, 2007) mais ils demandent à être répliqués. Il existe aussi des rééducations de la motricité et de l'équilibre basées sur la théorie cérébelleuse de la dyslexie mais qui n'ont pas encore scientifiquement prouvé leur efficacité (Reynolds *et al.*, 2003 in Ecalte *et al.*, 2007).

Une rééducation de la persistance des réflexes archaïques a obtenu des effets positifs dans un essai clinique (McPhillips *et al.*, 2000 in Ecalte *et al.*, 2007) mais il semble plausible qu'il s'agisse d'un effet indirect. Si les enfants présentant une persistance de réflexes archaïques souffrent de troubles moteurs, et que le traitement proposé améliore la motricité, il peut s'ensuivre un gain de confiance et d'estime de soi qui change l'attitude et les performances de l'enfant dans de multiples domaines scolaires et extrascolaires dont la lecture.

Une autre méthode similaire à la théorie cérébelleuse s'est diffusée récemment avec des effets extrêmement limités. Il s'agit d'une rééducation de la proprioception et de la posture, exigeant le port de lunettes à prismes, de semelles compensées et la répétition de certains mouvements (Quercia *et al.*, 2004 in Ecalte *et al.*, 2007).

Il n'existe aucune donnée pouvant suggérer une efficacité de la psychothérapie sur la dyslexie. En revanche, le recours est adapté dans le cas de traitements de symptômes associés car certains enfants dyslexiques présentent des troubles anxieux ou dépressifs (Ecalte *et al.*, 2007). Quel que soit le traitement envisagé, il n'existe pas de remèdes miracles. Au mieux, on

peut aider l'enfant à contourner son déficit mais on ne le guérit pas. Les succès varient selon les enfants (Ramus, 2005).

La méthode Borel-Maisonny vise à établir une relation gestuelle entre le schéma écrit et le phonème correspondant.

La méthode Chassigny consiste à laisser l'enfant s'exprimer par écrit, et à l'arrêter à chaque erreur pour lui dicter sur un mode rythmique une succession de mots apparentés au mot erroné. Les traitements proposés aux enfants dyslexiques croisent à des degrés divers trois stratégies principales :

10.2.1. La reprogrammation de compétences cognitives élémentaires :

Dont l'inefficience est corrélée aux difficultés de lecture. C'est l'objectif que se fixent, par exemple, les entraînements des habiletés de conscience phonologique, de mémoire verbale de travail ou de dénomination d'objets.

10.2.2. Le renforcement de capacités préservées :

Et le développement de procédures compensatoires. Il s'agit de s'appuyer sur des points forts de l'enfant dyslexique, comme le traitement visuel, pour lui permettre de construire un apprentissage de façon plus harmonieuse. On peut par exemple faire appel à une lecture visuelle pour court-circuiter le phonème, l'objectif étant de remotiver des enfants dont l'échec en lecture entraîne un désinvestissement massif des savoirs.

10.2.3. La prise en compte des composantes émotionnelles et relationnelles :

De la lecture, ainsi que de la dimension psychopathologique que l'échec de son apprentissage peut susciter. La diversité parfois contradictoire des stratégies de traitement proposées est une conséquence directe de la multiplicité des modèles explicatifs de la dyslexie. Toutefois, malgré cette richesse théorique, les enfants dyslexiques sont confrontés à une relative pauvreté des propositions thérapeutiques. Ce constat est lié à l'insuffisance actuelle, voire à l'absence, d'évaluation rigoureuse des différents traitements permettant d'en établir l'efficacité et la validité, sur un mode autre que celui de l'empirisme (Delahaie M. *L'évolution du langage de l'enfant. De la difficulté au trouble. Guide ressources pour les professionnels*. Saint-Denis : Inpes, 2009 p79 et 80).

Conclusion :

Pour conclure ce chapitre on peut dire que la dyslexie ou trouble du langage écrit, est définie comme la survenue non attendue d'un déficit spécifique et persistant de l'acquisition de la lecture chez un enfant d'intelligence normale, en dépit d'une instruction adéquate et on l'absence de déficit sensorielle visuelle auditif sévère, d'une pathologie psychologique ou neurologique avérée ou de carences psychoaffectives graves.

Tableau : Erreurs typiques faites par des enfants dyslexique (Bosse,Coridys,Apedys, 2000) :

Difficultés	Exemples
Confusion de phonème.	p/b ; t/d ; k/g ; fa/uvd ; i tsi/vze ; s cohu/ gp h ; ognoéiftiequure pso ur coiffeur ; anchine pour angine
Erreur de lettres symétriques.	b/d ; p/q ; m/n ; u/n ; qourri pour pourri
Inversion de lettres dans un graphème complexe ou dans une syllabe.	plamier pour palmier ; lion pour loin ; cla/cal ; sta/sat
Omission de phonème.	abre pour arbre
Addition de phonème.	partir pour partir
Erreurs orthographiques sur les mots outils fréquents.	
Erreurs orthographiques en copie.	Fame pour femme ; istoire pour histoire
Erreurs d'orthographe sur des noms fréquents.	Planaite, puis planette pour planète
Écriture d'un même mot de plusieurs façons différentes dans un même texte.	
Oubli de mots, rendant ainsi une phrase incorrecte.	Longardé pour l'ont gardé ; a rive pour arrive
Erreurs de segmentation des mots.	
Manque de temps pour faire un exercice, lenteur.	
Troubles d'orientation spatiale.	gauche /droite
Troubles d'orientation dans le temps. Problèmes de chronologie.	Difficultés à lire l'heure.
Troubles de l'écriture. Graphisme mal formé.	
Prise de notes.	b ressemble à l ; a ressemble à o
Écriture de façon confuse de certaines lettres.	Dorure/rorure ; palier/papier
Contaminations.	chauffeur/faucheur
Substitutions.	
Lecture du texte hésitante, saccadée, débit syllabique.	
Ignorance de la ponctuation.	Comprendre les consignes des problèmes mathématiques.
Problème de compréhension de texte : le dyslexique ne retire pas ou partiellement de sens de ce qu'il a déchiffré. Le message lui échappe.	
Mémoire immédiate auditive insuffisante : rythmes, poésies, mémorisation de plusieurs consignes	
Mauvaise latéralisation.	
Soin négligé.	
Pauvreté du lexique	
Écriture en miroir.	
Inversion des signes mathématiques.	</>
Confusion dans l'écriture des chiffres et nombres.	6/9 ; 12/21

Introduction :

L'équilibre mental de la personne humaine étant lié à la conscience de soi, au regard d'autrui, au contexte affectif relationnel et à la perception que la personne a de son inscription dans son environnement, l'estime de soi apparaît au centre de la prévention en santé mentale. Dans ce chapitre nous allons développer cette composante de la personnalité, on commençant par un aperçu historique.

1. Définition de l'estime de soi :

Estime de soi est composé de deux mots, nous allons d'abord définir le concept de « Soi », puis passer à l'explication de l'estime de soi.

1.1. Définition du concept de soi : René L'Écuyer, 1994 définit le concept de soi comme suite :

« Le concept de soi réfère à la façon dont la personne se perçoit, à un ensemble de caractéristiques (goûts, intérêts, qualités, défauts, etc.), de traits personnels (incluant les caractéristiques corporelles), de rôles et de valeurs etc. que la personne s'attribue et reconnaît comme faisant partie d'elle-même, à l'expérience intime d'être et de se reconnaître en dépit des changements. »

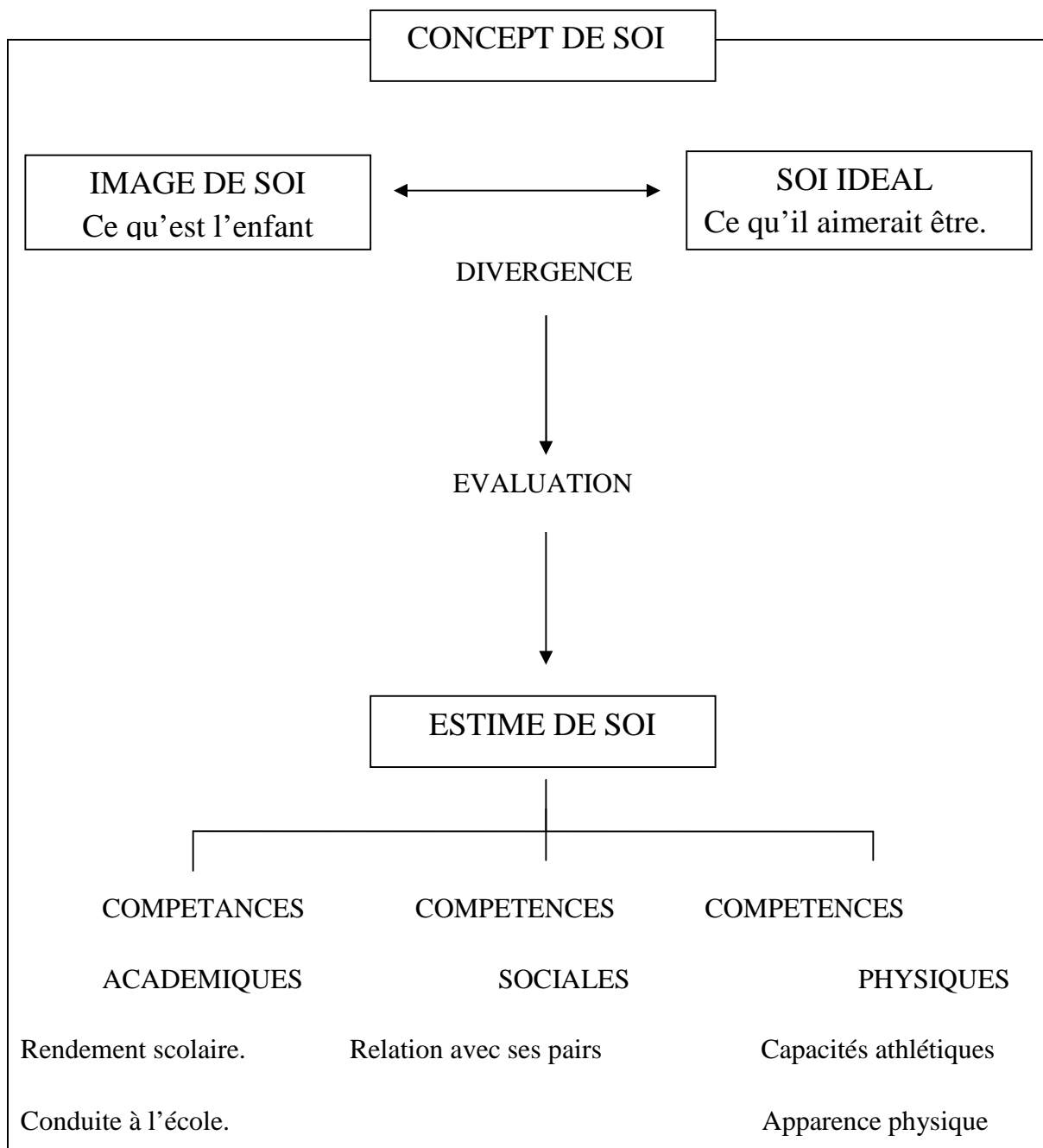
Le concept de soi propre à l'individu est composé de l'idéal du moi, de l'image corporelle, de l'estime de soi, et de l'identité personnelle. Est un processus continu, survenu au cours de la vie de l'individu. Ce processus peut être influencé par les événements de la vie y compris la maladie qui débordent sur n'importe lequel des facteurs identifiés positivement ou négativement. (Helen C. 2004, p 538, 540).

Cooper Smith (1967), **Epstein** (1973), et **Harter** (1983) ont délimité quatre dimensions sous-jacentes au concept de soi global :

- A-** La compétence autrement dit la perception des succès concernant différentes tâches de la vie.
- B-** L'acceptation sociale ou l'attention.
- C-** Le mérite et les renforcements positifs venant d'autrui significatif.
- D-** Le contrôle, c'est à dire les sentiments de responsabilité interne concernant les résultats obtenus. (Paul J. et al, 2002, p 25-26).

Le model théorique du concept de soi selon **Harter** (1982) et **Lawrence** (1988) :

Schéma N°02 : Model théorique de soi selon Harter et Lawrence



Ici, il est question du model théorique du développement du soi adapté par « **Harter** »(1982), « **Lawrence** »(1988).

A l'aide des travaux de **Harter**, portant plus particulièrement sur la perception et l'évaluation des caractéristiques personnelles, Lawrence tire une certaine conclusion, l'enfant qui s'évalue de façon négative, au niveau de ses compétences dans un domaine

particulier, n'affecte pas pour autant le sentiment global de satisfaction qu'il peut ressentir par rapport à sa valeur personnelle.

1.2. Définitions de l'estime de soi : Vu la complexité de l'estime de soi, il n'existe pas de définition universellement acceptée.

Selon le grand dictionnaire de psychologie, l'estime de soi est :

« Valeur personnelle, compétence qu'un individu associe à son image de soi. L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistantes chez le même sujet ; le moi actuel d'une part, et d'autre part le moi idéal, le moi qui devrait être, l'image de lui que le sujet suppose chez certains personnes qui le connaissent. (Bloch H. et al. 2000, P 346).

Selon l'inventaire de Cooper Smith, l'estime de soi est une approbation ou désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans qu'elle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs.

L'estime de soi repose sur la notion d'« auto-évaluation ». Ce terme renvoie à un processus de jugement par lequel l'individu considère ses résultats, ses capacités, ses qualités, selon un système de valeurs et de normes personnelles, et porte un jugement sur son mérite personnel. (Cooper Smith, S. 1994, P6 et 7).

L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité placée au carrefour des trois composantes essentielles du soi : comportementale, cognitive, émotionnelle. Elle comporte des :

- A-** Aspect comportementaux : elle influence nos capacités à l'action et se nourrit en retour de nos succès.
- B-** Aspect cognitifs : elle dépend étroitement du regard que nous portant sur nous, mais elle le module aussi à la hausse ou à la baisse.
- C-** Enfin l'estime de soi reste pour une grande partie une dimension fortement affective de notre personne, elle dépend de notre humeur de base, qu'elle influence fortement en retour.

2. Historique d'estime de soi :

Lorsqu'on aborde le sujet de l'estime de soi dans la littérature scientifique, on se retrouve face à une multitude de termes utilisés de façon plus ou moins synonymes. Ainsi on parle de *conscience de soi*, *de perception de soi*, *de concept de soi*, *de représentation de soi*, *de l'image de soi*, *voir d'identité*. Pour n'en citer que les plus courants. A priori, l'ensemble de ces termes a pour intérêt principale de définir le soi en tant que construction psychique complexe, mettant toutefois différemment en valeur certains mécanismes sous-jacents.

L'intérêt scientifique pour ce concept de l'estime de soi ne date pas d'aujourd'hui ; il a été un projet d'étude depuis très longtemps :

Le premier qui en a parlé est le psychologue Américain **W. James** (1890), à cette époque, il limitait l'estime de soi au rendement ou à la performance. Il mettait l'accent essentiellement sur la dynamique interpersonnelle. (Guérin F. Famose J. 2005, p 7).

Ce n'est qu'en 1902, **Cooley** le pionnier du modèle social, apporte une nouvelle perspective en avançant l'hypothèse que le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée par l'interaction avec l'entourage et cela dès l'enfance. En 1934, les travaux de **G.H Mead**, qui postule que ce serait la moyenne de ces jugements qui seraient intériorisés. (Blanchet M. Chevallier L. 2008).

En fin des années 70 avec l'émergence d'un attrait de la psychologie sociale et expérimentale, de nombreuses recherches ont vu le jour ; 1970 dans la hiérarchie des besoins, **A. Maslow** ajoute que l'estime de soi correspond à une double nécessité pour l'individu, se sentir compétent et être reconnu par autrui ; est un besoin d'ordre supérieur, pour qu'il se manifeste, il faut que les besoins d'ordre inférieur soient comblés ; par exemple, si les besoins physiologiques ne sont pas satisfaits de même que pour les besoins de sécurité, et les besoins d'amour, le besoin d'estime de soi n'émergera même plus. (Http : Oser-changer.com).

Les travaux de **Cooper Smith** 1984 ont beaucoup apporté à cet objet d'étude. Il insiste sur le fait que vers le milieu de l'enfance que l'individu se forge une image de lui-même qui restera relativement stable au cours de la vie. Cette image pourra être affectée par des événements de la vie. **Cooper Smith** a prouvé que les variables dues aux

expériences individuelles, au sexe, à l'âge sont importante car chacun construit son appréciation de soi en s'appuyant sur des considérations plus spécifiques dans différentes domaines selon l'importance subjective qu'il leur apport.

Aujourd'hui l'estime de soi est devenue une aspiration légitime aux yeux de tous : considérée comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive, vu son influence sur positive ou nocive sur le fonctionnement psychique ; les chercheur s'accordent actuellement pour dire que l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociales. Cela signifie que l'estime de soi se construit progressivement et que son développement est un processus dynamique et continu. (Pervin A. L, John O.P. 2005, P159).

3. L'évolution de l'estime de soi:

L'estime de soi n'est pas un élément statique, figé en soi, bien au contraire, c'est un phénomène dynamique, qui évolue tout au long de l'existence et est marqué par des ruptures et des crises.

L'histoire de l'estime de soi commence bien avant la naissance d'un enfant. Avant de venir au monde, cet enfant est déjà fantasmé et imaginé par ses parents, et lui accorde une place dans les projets familiaux. Les attentes ainsi projetés sur le nouveau-né auxquelles l'enfant devra répondre s'il ne veut pas trop décevoir ses parents, constituent les premiers enjeux interactionnels intervenant à leur tour dans la constitution de l'estime de soi.

Toutes les recherches montrent que les premières relations que le bébé, puis le petit enfant entretient avec son entourage influençant cette construction de l'estime de soi.

Cassidy(1988) confirme qu'une relation étroite entre la qualité de l'attachement précoce à la mère et l'estime de soi à 5-6 ans qui continu a influencer pendant longtemps l'estime de soi de l'enfant.

Pendant toute la première enfance, mais avec une accélération vers 3ou4 ans l'enfant est de plus en plus confronté à un monde social plus élargie (garderie, jardin d'enfant...etc.), il commence à se rendre compte des impressions que les autres individus ont sur lui. C'est à ce moment là que l'enfant se préoccupe de son acceptation sociale. Mais il ne peut pas pour autant évaluer les informations données par autrui. Le début de la

prise de conscience de soi chez l'enfant, en devenant capable de comprendre le lien entre ses propres actions et les résultats obtenus.

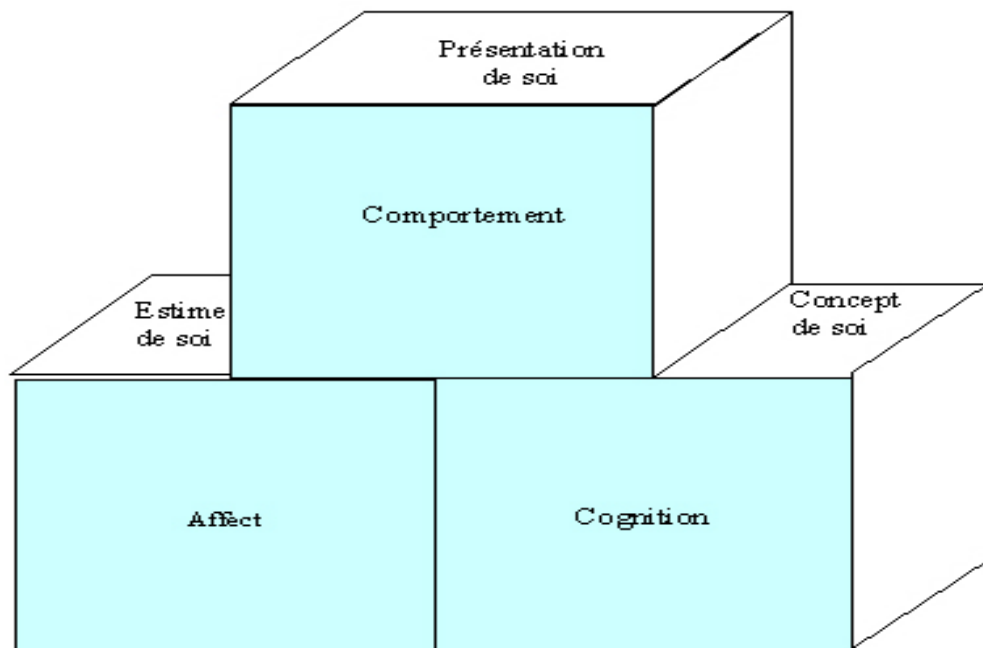
Selon **Harter**(1988) c'est à partir de l'âge de 8ans que l'enfant devient capable de conceptualiser une représentation de soi sur le plan cognitif. C'est ainsi qu'il accède à une représentation psychologique globale de lui-même qui puisse être mesuré et évaluer scientifiquement. L'enfant perçoit son invariant comprend qu'il travers les différents moments qu'il vie, il reste le même. Le regard qu'il commence à porter sur cette personne dont il prend peu à peu conscience, constitue la base de son future estime de soi. (André C, Lelord F. 2007, P 80).

Bien entendu que cette appréciation de soi sera affectée par les événements de la vie. Chaque personne verra son estime fluctuer de bien au cours de chaque passage de sa vie (enfance, adolescence, adulte, vieillissement) qui amènera son lot d'amélioration ou de détérioration de notre estime de soi. Cela s'explique par le fait que les expériences de vie jouent négativement ou positivement sur la perception de nous même. L'estime de soi devra régulièrement être réactivée pour conserver sa force.

4. Principales composantes de Soi :

La capacité d'autoréflexion est nécessaire pour que les individus aient le sentiment de comprendre leurs propres motivations et émotions ainsi que les causes de leurs comportements. Le Soi est fortement influencé par les facteurs sociaux et environnementaux. Notre façon de penser et d'essayer de nous présenter ; nous pouvons considérer que ce Soi social est structuré par trois composantes : l'affect, le comportement et la cognition, comme le montre la figure N3. (Delphine Martinot, 1995, P. 23).

Figure 1 : As 2 : *du Soi social et/ou profess 1*



4.1. La dimension cognitive :

La dimension cognitive mène vers la **prise de conscience** de nos atouts et de nos faiblesses. De ce que l'on sait ou pas, de ce que l'on sait faire ou pas. Elle donne une capacité à se décrire et à s'analyser de manière précise, et à anticiper notre attitude et notre aptitude dans diverses situations. Cette dimension cognitive est porteuse également des « croyances » envers soi, qui peuvent être limitantes ou épanouissantes (Delphine Martinot, 1995, p. 24).

4.2. La dimension affective :

Cette dimension porte l'attention que l'on a envers soi, le respect de ses ressentis, le « **prendre soin** » de nos états d'émotion. Elle amène à l'appréciation et l'acceptation de soi. Cette dimension affective permet d'évoluer vers une intelligence émotionnelle qui permet de clarifier ce que l'on ressent, pour identifier, comprendre, exprimer et utiliser les émotions au service d'une finalité centrée sur soi ou sur les autres. (Bruner, j, 2000, p. 131)

Pour conclure on peut dire que la stabilité, l'instabilité de la composante affective du Soi, dépend de la certitude que les individus possèdent sur ce qu'ils sont.

4.3. La dimension comportementale :

Explorons maintenant la dernière composante de Soi, la composante comportementale, qui se manifeste par l'intermédiaire de l'activité d'auto présentation. Le sociologue Erving Goffman (1959) penche pour la deuxième solution. Il compare l'auto présentation au fait de jouer un rôle. Comme les acteurs, nous prêtons souvent une attention spéciale aux apparences, à la façon de nous habiller, à nos manières, et aux actes professionnels que nous sommes censés déployer. Une deuxième caractéristique de l'auto présentation est la répétition. Avant un événement important, ou une situation professionnelle importante, nous allons penser à ce que nous dirons et ferons, mentalement nous essaierons diverses approches. Un autre aspect important de l'auto présentation est de connaître son public. Ainsi, un des défis de l'interaction sociale est d'être capable de changer notre comportement d'une situation à l'autre, en fonction de nos buts autopréésentationnels et de la nature de l'audience. (Delphine Martinot, 1995, P. 25).

Pour conclure on peut dire que pour les psychologues cognitivistes, ce phénomène indique que les individus sont sélectifs dans leurs perceptions du stimulus tandis que pour les psychologues sociaux, ils illustrent le fait que le soi n'est pas seulement un stimulus social parmi d'autres il est l'objet le plus important de notre attention.

5. Les facteurs qui influencent le développement de soi :

La perception de soi n'est pas fixée une bonne fois pour toutes .elle évolue et subit des changements provoqués par des facteurs qui influencent son développement.

5.1. L'image du corps :

Le corps est le seul repère stable, au fondement du sentiment de soi malgré les changements qu'il subit. Il participe d'un retour symbolique pour accéder aux sentiments d'être soi, l'intervention sur le corps exprime la volonté de la maîtriser.

David Leberton souligne : « L'importance de la tenue corporelle à travers la mise en scène spectaculaire (une mise en spectacle) de la chevelure, de la peau, vêtement, des attitudes , Sur signification de ce qu'il prétend être à travers l'affichage à outrance volonté

de sursignifier son corps, son identité, son appartenance sexuelle ou de jouer avec elle selon les moments et les public » (Delphine Martinot, 1995, p.17).

5.2. L'interaction sociale :

L'étude de **Coombs** en (1969) a montré que la réussite des interactions sociales donnent des bonnes pensées sur soi , et l'estime de soi , positive augmente les interactions et les relations sociales.

6. L'évolution de soi pendant l'enfance :

Il faut savoir que la perception du soi prend son origine avant la naissance de l'enfant, dans l'imaginaire de ses parents. L'enfant idéal est fantasmé. Des qualités et des valeurs lui sont attribuées.

6.1. Petite enfance (0-5ans) :

L'enfant se valorise toujours il ne voit que ses qualités. « Elle est basée sur des caractéristiques concrètes qui peuvent être des comportements, des compétences, des attributs physiques, des émotions, des possessions ou des préférences » Ils sont incapables de se comparer avec les autres enfants car ils ont une vision de soi positive. C'est une forme d'égoïsme

6.2. Moyenne enfance (5-7ans) :

La description de soi est encore concrète, il ne généralise pas ses compétences, en se considérant comme « athlétique » par exemple. La comparaison fait son apparition mais elle est « temporelle », ce qui signifie qu'il se compare avec lui-même par rapport à ses compétences antérieures .Il peut dire « j'écris plus vite que quand j'étais plus petit ». Il commence à se rendre compte des impressions que les autres individus ont sur lui. Mais, il ne peut pas pour autant évaluer les informations données par autrui.(Martinot-Toczek, A. 2004, P. 38).

6.3. L'enfance (8-12ans) :

L'enfant devient capable d'utiliser des traits pour se définir. Ce qui indique une appréciation cognitive du soi.

Selon **Harter**(1988) c'est à partir de l'âge de 8ans que l'enfant devient capable de conceptualiser une représentation psychologique globale de lui-même qui puisse être mesuré et évaluer scientifiquement.L'enfant perçoit son invariant comprend qu'il travers les différents moments qu'il vie, il reste le même .Le regard qu'il commence à porter sur cette personne dont il prend peu à peu conscience, constitue la base de son future estime de soi. (André C. Lelord F.2007, p.80).

Bien entendu que cette appréciation de soi sera affectée par les événements de la vie. L'enfance est une période transitoire qui prépare à la phase de l'adolescence, elle est primordiale pour la construction de la personnalité et sa valorisation.

7. Les composantes de l'estime de soi :

Selon **Germain Duclos**, l'estime de soi est faite de quatre composantes : *le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de compétence.* (Saint Paule de J. 1999, P9).

Chez d'autres comme **Robert Reasoner**, auteur du programme d'estime de soi à Québec, décrit cinq sentiments qui sont à la base de l'estime de soi : *sentiment de sécurité, sentiment d'identité, sentiment d'appartenance, le sentiment de détermination, et le sentiment de compétence.*

Et **André** et **Lelord** parlent d'amour de soi, confiance en soi et vision de soi. Même si les termes utilisé ne sont pas les mêmes, le contenu et les fondements de l'estime de soi sont identiques. Donc nous allons expliqués les composantes proposées par Germain Duclos.

7.1. Le sentiment de confiance en soi :

Une agréable certitude de posséder les capacités nécessaires pour compter sur toi, c'est le sentiment d'assurance et de sécurité¹. Le bien être et l'assurance par la compréhension des limites, la connaissance des attentes d'autrui. Il se constitue au fils des relations d'attachement et des expériences que fait l'enfant. Il éprouve le sentiment de confiance et de sécurité lorsqu'il a une vie stable dans le temps, l'espace ; et dans ses relations avec les autres.

7.2. Le sentiment de connaissance de soi :

Se connaître c'est savoir qui on est physiquement et psychologiquement. Les enfants se connaissent et s'adaptent avec leurs forces et leurs faiblesses, sont capables de se faire une place dans le groupe sans savoir à utiliser la force ou la résistance passive (se faire oublier). L'enfant qui s'accepte est aussi capable d'accepter l'autre et ne cherchera pas à le dominer ou à l'admirer de façon exagérées. Il s'aura établir des relations saines. Savoir qui nous sommes c'est apprendre à composer avec soi et avec les autres, c'est apprendre nos limites et celles des autres.

7.3. Le sentiment d'appartenance à un groupe :

L'enfant à besoin de savoir qu'il compte aux yeux des autres, ce que les autres lui disent, ce qu'ils pensent de lui, la façon dont ils le voient aide l'enfant à se définir, à modifier son image de lui-même et sa valeur personnelle. Le concept du moi se construit en parallèle du concept d'autrui. L'enfant à besoin d'un lieu où il sait qu'il est aimé comme il est. Il peut développer des liens de confiance et une certaine intimité lorsqu'il sait que ceux qui l'entourent le connaissent vraiment.

7.4. Le sentiment de compétence :

C'est le fait de se sentir capable de faire quelque chose. C'est au cours de ses apprentissages et surtout de ses réussites que l'enfant peut progressivement développer ce sentiment de compétences personnelles. Développer le sentiment de compétence, c'est d'abord connaître et accepter ses forces et ses faiblesses. Développer le sentiment de compétence, c'est établir des conditions qui permettent de mieux apprendre et des objectifs réalistes. C'est rendre l'enfant conscient que le succès est relié à l'effort.

On peut résumer que " le sentiment de confiance en soi est préalablement à l'estime de soi. En effet, il faut d'abord le ressentir et le vivre afin d'être disponible pour réaliser des apprentissages qui vont nourrir l'estime de soi. Il en va autrement des trois autres composantes. On peut stimuler la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence à chaque stade de développement, à chaque période de la vie, par des attitudes éducatives adéquates et des moyens concrets. Il faut donc accorder une importance toute spéciale à sécurité et à la confiance ». (Duclos G. 2000, 115p).

8. Les différentes approches théoriques d'estime de soi :

8.1. Approche en psychologie sociale :

La psychologie sociale et psychologie de la personnalité, se focalisent plus volontiers sur l'étude de l'appréhension d'autrui c'est-à-dire de la façon dont un individu perçoit d'autres personnes. L'étude de la perception des personnes est une tradition de la recherche bien établie en psychologie sociale (Schneider, Hastorf et Wells Worth, 1979), reposant sur des méthodes sophistiquées pour étudier la formation des impressions, la mémoire des personnes, les théories implicites de la personnalité. En fait la psychologie sociale vers la fin des années 70 a découvert le soi objet que les sociologues n'avaient pas oublié leur part. (Mead G .H, 2006, P16).

8.2. Approche psychologie clinique :

Très tôt la psychologie à l'instar de **S. Freud**, s'est intéressée à l'étude de soi à travers l'analyse des processus subjectifs et notamment des mécanismes de défense de moi. Cette branche de la psychologie à d'ailleurs donné lieu à l'une des familles théoriques les plus prolifiques dans ce domaine la psychologie de l'ego impulsée par Hartmann (1939). On a également étudié le soi en adoptant une perspective phylogénétique (Smith, 1978), puis strictement biologique (Bernard, Bessir et Debreu, 1990). Le soi qui a longtemps été considéré comme un invariant humain paraît soumis à des variations en fonction des contextes culturels Markus et Kita Yama, 1991. (Ibid., P8-9).

8.3. Approche interactionniste symbolique :

Le postulat fondamental de l'interactionnisme symbolique est que l'individu et société sont des unités inséparables, interdépendantes, se construisent réciproquement. Le soi et la société interagissent mutuellement.

Les interactionnistes vont alors considérer les concepts de soi des individus comme étant déterminé par leurs interactions symboliques avec autrui. Cette aptitude naissante à adopter le point de vue d'autrui et à se considérer soi même comme un objet engendre des croyances et des attitudes relatives à soi, bref une « conception de soi ».

Les théoriciens de rôle (Goffman, 1959 ; Mead, 1934, 1963) ont élaboré et employé le concept de soi comme une structure cognitive qui naît de l'interaction de l'organisme

humain et son environnement social donc le social et le cognitif paraissent indissociablement liés. Ce courant, se caractérise par un scepticisme croissant à l'égard de « l'attitude pseudo scientifique traditionnelle », et de la démarche expérimentale. (Mead G.H. 2006, P18).

8.4. Approche cognitive de soi :

Cette approche a pour principale caractéristique de considérer les processus mentaux comme une succession d'étape, chacune d'entre elles consacrée à l'exécution d'une fonction particulière d'une partie de traitement de l'information. Dans cette perspective cognitive, expérimentale, les représentations de soi, sujet de réflexion consciente, sont généralement nommées conception de soi. Elles diffèrent quant à leur centralité ou leur importance. Les conceptions de soi centrales sont généralement les mieux élaborées et sont présumés diriger plus fortement le traitement de l'information et les comportements.

Les théoriciens du soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le soi contiendrait une variété de représentations. Les représentations de soi seraient cognitives affectives. Ces derniers correspondent aux auto-évaluations positives ou négatives, de forme verbales, neuronales ou sensori-motrice, ou sous forme d'image. La large adoption, ces dernières années, pour décrire le soi, détermine tels que prototype (Rogers et Knider, 1979), réseau en mémoire (Bower et Gilligan, 1979), ou schéma (Markus, 1977), alimente l'hypothèse selon laquelle le soi est une structure de connaissance. Il devient clair que le soi peu influencer chaque aspect du traitement de l'information susceptible de concerner les individus. (Ibid., P20-21).

8.5. Approche psychanalytique :

La construction de la représentation de soi se comprend dans le modèle psychanalytique en référence à la notion d'idéal du Moi. Selon A. Braconnier, S. Freud a introduit cette notion dans sa deuxième topique, « pour caractériser une représentation de soi cherchant à accéder à des représentations idéalisées. » il est élaborer en fin du complexe d'œdipe, constitué d'identifications narcissiques et d'identifications secondaires, liées à la résolution du complexe d'œdipe. Il est vu comme intégré au surmoi. (Bioy A. Fouques D. 2000. P 140).

9. les trois piliers de l'estime de soi :

L'estime de soi repose sur trois fondements : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. Un bon équilibre entre chacune de ces composantes est indispensable à l'obtention d'une estime de soi harmonieuse.

9.1. L'amour de soi :

Il prédomine les deux autres piliers. On s'aime malgré ses défauts, ses limites, les échecs rencontrés, car une « petite voix intérieure » nous indique que l'on mérite l'amour et le respect des autres et surtout de nous-mêmes. Cet amour de soi « inconditionnel » ne dépend pas de nos performances. C'est grâce à cette force en nous que l'on se reconstruit après un échec ou face à l'adversité. Il n'empêche ni le doute ni la souffrance en cas de difficultés, mais il protège et donne confiance contre le désespoir.

L'amour de soi est « donné » en majeure partie par notre famille en effet il dépend de l'amour que nos parents nous prodiguent quand nous sommes enfants. Cet amour qui permet à ces personnes de ne jamais douter en leur progéniture, et les encourage à éduquer le mieux possible leur enfant. Les carences d'estime de soi ayant leur origine à ce niveau sont les plus difficiles à rattraper. En tant qu'enseignant il est donc primordial d'y apporter une attention toute particulière.

Lorsque l'on ne s'aime pas soi-même il est difficile de croire en l'amour que les autres portent sur nous. On ne comprend pas comment les autres peuvent nous aimer. (André. C, 2007, p.13).

L'amour de soi est donc bien l'assise de l'estime de soi le plus caché et le plus intime. Il est donc très difficile de cerner le degré exact que se porte quelqu'un.

9.2. La vision de soi :

La vision de soi est définie comme le regard que l'on porte sur soi, cette évaluation, fondée ou non, que l'on se fait de ses qualités et de ses défauts.

Dans cette notion, la subjectivité prend une place importante, son observation et sa compréhension sont donc délicates. Ainsi, par exemple, « une personne complexée – dont l'estime de soi est souvent basse- laissera souvent perplexe un entourage qui ne perçoit pas les défauts dont elle se croit atteinte.

Ce regard que l'on porte sur soi, est en grande partie régi par notre environnement qu'il soit familial ou social. « Tous les enfants naissent princes ou princesses se sont les parents qui les transforment en crapauds » Il est important de prendre conscience de cette vision que l'on porte sur soi pour avancer plus vite et ainsi gagner du temps. En effet, cette prise de conscience nous permet de connaître exactement nos désirs et souhaits. C'est pourquoi cette vision ne doit pas changer de camp, c'est-à-dire, qu'elles viennent des parents, des proches, de l'enseignant ou de quiconque. Il est fondamental qu'une personne se réalise non dans le projet qu'on lui attribue mais bien dans la continuité de sa vision. Cyrulnik qualifie cette orientation par le terme : « l'enfant chargé de mission ». (André. C, 2007, p.16).

On peut constater que Cette vision de soi se cimente dans l'évaluation subjective que l'on porte sur soi. Cette évaluation repose sur la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations.

Ce qui sera important dans cette étape, c'est le fait d'être au plus proche de son système de valeurs, de son code éthique, de se rapprocher des images d'idéal, en termes de projets ou de comportements. Cette vision de soi est conditionnée par le regard des autres. Cette estime de soi, se construit dans le rapport à autrui.

9.3. La confiance en soi :

On assimile souvent cette notion avec l'estime de soi. « Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes ». Ce concept est facilement identifiable, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu. C'est la conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi. Pour un enseignant, donner confiance à un enfant c'est exposer les échecs comme une conséquence possible et non effroyable de ses faits. C'est aussi le gratifier autant pour ses réussites que d'avoir essayé de réussir. Il faut leur apprendre à tirer des leçons de leurs échecs, au lieu de baisser les bras et ainsi perdre cette confiance en lui. (André. C, 2007, p.17).

La confiance en soi permet de croire qu'on est capable d'agir de façon appropriée dans les situations importantes. Ceci sous entend que l'individu est déterminé par la croyance qu'il a dans sa capacité de maîtriser les choses et de changer les situations.

10. les variables de l'estime de soi :

L'estime de soi se compose de l'ensemble des perceptions et des croyances que la personne entretient au sujet d'elle-même. C'est le sentiment que l'individu éprouve relativement à sa valeur en tant qu'être humain, la confiance en ses propres capacités et l'anticipation qu'il a d'être accepté ou rejeté par les autres. Il existe deux types de mauvaises estimations de soi : la sous-estime de soi et la surestime de soi. Toute la difficulté est de trouver le juste milieu afin de «s'estimer raisonnablement ».

10.1. Sous-estime :

De nombreuses recherches menées en laboratoire ou sur le terrain, tend à renforcer l'opinion des cliniciens sur l'importance de l'estime de soi dans la vie personnelle et dans les rapports sociaux.

elles ont aussi démontré que les personnes créatives ont également une haute appréciation d'elles-mêmes : avoir la conviction que l'on peut imposer son propre modèle, ne serait-ce qu'à une partie de l'univers, est probablement un élément fondamental de créativité. Les personnes qui ont une haute estime de soi d'elles-mêmes sont aussi susceptibles, plus que d'autres, d'assurer un rôle actif dans les groupes sociaux, et l'ambivalence, plus résistant aux menaces, plus librement et efficacement. Plus libéré dans des doutes et l'ambivalence, plus résistant aux menaces, plus dégagé des troubles mineurs de la personnalité. (Cooper Smith S. 1984, p.8).

Les personnes à haute estime de soi ont tendance à se montrer raisonnables, confiantes, gaies, créatives et pleines d'un sens de l'humour. D'une façon générale, elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie. En ce qui concerne leur attitude par rapport aux autres, elles se sentent leurs égales, ni inférieures, ni supérieures. Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont, en générale, calmes, coopératives, sociables, bienveillantes envers leur semblables. En effet n'ayant rien à prouver ni à elles-mêmes, ni aux autres, ne craignent pas le jugement d'autrui.

Frey, D et Carlock, J ont décrit qu'une personne qui a une bonne estime de soi d'elle-même est réaliste, s'accepte, accepte les autres comme ils sont, et le monde tel qu'il est. Elles savent très bien que nul n'est parfait, et elle reconnaît ses limites. Elle peut comme

beaucoup d'autres, se sentir sous pression, déprimée ou anxieuse. Elle est seulement mieux armée pour s'en remettre rapidement. (Saint Paul J .1999, p.21-22)

10.2. Surestime :

La vision subjective positive est une force intérieure qui permet d'atteindre ses objectifs malgré l'adversité. Cela se retrouve particulièrement chez les personnes orgueilleuses et narcissiques. Malgré tout, il se peut qu'une surestime de soi camoufle en fait une faible estime de soi. Ainsi, lorsqu'une personne ressent un besoin impératif de se montrer mieux et supérieure aux autres et est centrée excessivement sur les apparences, de tels agissements sont en quelque sorte un masque permettant à la personne de rehausser son image et de s'approcher d'un soi idéal. Bien qu'une surestime de soi dissimule la perception négative que la personne manifeste à son égard, elle éloigne celle-ci de son vrai soi, de sa véritable personnalité, pour laisser place à un faux soi et à une fausse personnalité souvent empruntée à une sorte d'idole ou de modèle.

Ch. André fait remarquer qu'il ya un cercle vicieux de la mauvaise estime de soi. Avec une basse estime de soi les actions Sony rares et on hésite à s'y engager .Si elles réussissent, on doute et l'estime de soi est inchangée. Par contre si elles échouent l'estime de soi baisse.

La simple perspective d'un échec possible décourage la personne souffrante du manque d'estime de soi ; elle imagine à l'avance tous les obstacles qui pourraient se dresser sur son chemin, et elle est portée à abandonner le projet avant même d'en avoir commencé la réalisation .Sont les expériences infructueuses du passée l'obsèdent et viennent renforcer ses appréhensions. Son dialogue est « je ne peux pas réussir, je n'arriverai pas à bout ». (Mombourquette J. 2002, p.47).

Ainsi, on peut dire que l'estime de soi c'est l'attitude que chaque personne a envers elle même. Elle Peut être positive, élevé, ou bien négative, baisse.

11. Description qualitative de l'estime de soi :

L'estime de soi l'attitude que chaque personne a envers elle même. Peut être positive, élevé ou bien négative donc baisse.

11.1. Description qualitative de l'estime de soi élevé :

Plusieurs auteurs se sont intéressés aux caractéristiques des personnes qui font preuve d'estime de soi et de confiance en soi, et en particulier à ce que ces personnes pensent d'elles-mêmes, des autres et du monde.

De nombreuses recherches menés en laboratoire ou sur le terrain, tend à renforcer l'opinion des cliniciens sur l'importance de l'estime de soi dans la vie personnelle et dans les rapports sociaux. On aussi démontré que les personnes créatives ont également une haute appréciation d'elles-mêmes : avoir la conviction que l'on peut imposer son propre modèle, ne serait ce qu'à une partie de l'univers, est probablement un élément fondamental de créativité. Les personnes qui ont une haute estime de soi d'elles-mêmes sont aussi susceptibles, plus que d'autres d'assurer un rôle actif dans les groupes sociaux, et de s'exprimer librement et efficacement. Plus libéré dans des doutes et l'ambivalence, plus résistant aux menaces, plus dégagé de troubles mineurs de la personnalité. (Cooper Smith S. 1984, p8).

Les personnes à haute estime de soi ont tendance à se montrer raisonnables confiantes, gaies, créatives et pleins d'un sens de l'humeur. D'une façon générale, elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie. En ce qui concerne leur attitude par rapport aux autres, elles se sentent leurs égales, ni inférieures, ni supérieures. Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont, en générale, calmes, coopératives, sociables, bienveillantes envers leurs semblables. En effet n'ayant rien à prouver ni à elles-mêmes, ni aux autres, ne craignent pas le jugement d'autrui.

Frey, D et Carlock, J dans leur ouvrage : « augmenter l'estime de soi » ont décrit qu'une personne qui a une bonne estime d'elle-même est réaliste, s'accepte, accepte les autres comme ils sont, et le monde tel qu'il est. Elles savent très bien que nul n'est parfait, et elle reconnaît ses limites. Elle peut comme beaucoup d'autres, se sentir sous pression, déprimée ou anxieuse. Elle est seulement mieux armée pour s'en remettre rapidement. (Saint Paul J. 1999, p21-22).

Ch. André fait remarquer qu'il ya un cercle vertueux de la bonne estime de soi. Avec une estime de soi, on ne craint pas de s'engager dans des actions, on se félicite et estime de soi augmente lorsqu'elles sont réussies. Par contre si elles échouent on sait relativiser l'échec et l'estime de soi se maintien.

Une personne confiante dans ses aptitudes aura en générale une vision positive de son avenir. Quand elle songe à réaliser un projet, elle ne se laisse pas décourager par les difficultés rencontrées.

Pour une personne qui possède une saine estime de lui-même, le succès engendre le succès. Les réussites augmentent sa confiance en l'avenir et en son destin de « gagnant ». (Monbourquette J. 2002, p46).

11.2. Description qualitative de la baisse estime de soi :

Dans la mesure où l'estime de soi est une composante importante de notre personnalité, le niveau de notre estime de soi a nécessairement des conséquences profondes dans notre vie. Le manque d'estime de soi semble être un obstacle majeur pour l'un comme pour l'autre.

Les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent d'un sentiment d'incapacité et d'infériorité. Ses personnes se considèrent comme inaptes à améliorer leurs situations et comme manquant des ressources stressantes dans la vie quotidienne. (Rogers et Dymond, 1959, cité par Cooper Smith.).

Pour vivre dans de bonnes conditions, dans un monde en perpétuelle changement, il est nécessaire de s'adapter en permanence. Or les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation. Les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlantes.

En outre l'une des caractéristiques communes aux personnes qui manquent d'estime de soi est la difficulté à admettre leurs erreurs. Il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de se reconnaître ou même de les voir, le déni peut être à usage extérieur (je sais, mais je mens pour me protéger). Elles se montrent aisément défensives, même si elles n'ont commis aucune erreur. Pour ces personnes, l'autre est perçue comme accusateur et même menaçant et

source d'humiliation ou de rejet. Le but de ces comportements est souvent destinés à se rassurer en prouvant sa valeur aux autres et à soi même.

Le manque d'estime de soi engendre des problèmes de communication, en particulier à communiquer de façon honnête, ouverte et intime. De graves difficultés se posent dans les relations amoureuses, lorsque le manque d'estime de soi est important. Tant que la personne qui manque d'estime de soi doute de cet amour, il vit dans une insécurité permanente : la jalousie maladroite est souvent la conséquence d'un manque d'estime de soi. (Saint Paul J. 1999, p 23-26).

Ch. André fait remarquer qu'il ya un cercle vicieux de la mauvaise estime de soi. Avec une basse estime de soi les actions sont rares et on hésite à s'y engager. Si elles réussissent, on doute et l'estime de soi est inchangée. Par contre si elles échouent l'estime de soi baisse.

La simple perspective d'un échec possible décourage la personne souffrante du manque d'estime de soi ; elle imagine à l'avance tous les obstacles qui pourraient se dresser sur son chemin, et elle est portée à abandonner le projet avant même d'en avoir commencé la réalisation. Sont les expériences infructueuses du passé l'obsèdent et viennent renforcer ses appréhensions. Son dialogue est « je ne peux pas réussir, je n'arriverai pas à bout ». (Monbourquette J. 2002, p47).

Une faible estime de soi, serait souvent à l'origine de manifestations de dépressions, d'anxiété, de symptômes somatiques, de vulnérabilité. En psychiatrie, plusieurs études ont confirmé le lien entre basse estime de soi et risque dépressifs, et que la faible estime de soi est synonyme de dysthymie, troubles de l'humeur.

12. Les facteurs influençant une basse estime de soi :

La basse estime de soi est causée par des facteurs destructeurs, principalement internes ou externes :

12.1. Facteurs externes et environnementaux :

Des facteurs relatifs aux milieux dans lesquels évolue un enfant (comme la maison, la garderie et l'école) peuvent nuire au développement de l'estime de soi. Ainsi, une situation stressante ou éprouvante à la maison (p. ex. deuil, divorce) risque de nuire aux interactions

entre un enfant et ses parents/responsables. Les interactions positives sont le fondement d'une bonne estime de soi. En situation de stress, les parents/responsables peuvent avoir du mal à procurer ce climat de confiance dont les enfants ont besoin pour vivre leurs réussites et leurs déceptions. ([Http : pathol08.com.10/03/2012](http://pathol08.com.10/03/2012)).

La qualité de la relation entre l'enfant et ses parents/responsables touche directement l'estime de soi de l'enfant. Les enfants qui n'ont pas un attachement sécurisant à l'égard de leurs parents/responsables sont plus à risque de développer de la dépendance affective. Leurs interactions sont moins positives et moins chaleureuses: ces enfants ne sentent pas qu'ils peuvent compter sur leurs parents/responsables ni qu'ils contrôlent leur milieu. Ils peuvent, par conséquent, développer de l'insécurité, ce qui peut donner lieu à de la dépendance affective et à un sentiment d'être inadéquat.

Le mode d'éducation que pratiquent les parents/responsables a aussi une influence sur le développement de l'estime de soi. L'éducation autoritaire est une forme de discipline dure et intransigeante où on utilise la peur pour faire obéir les enfants. Cette forme d'éducation apprend à l'enfant que ses opinions ne comptent pas beaucoup. Ceci peut empêcher l'enfant de développer une image de soi positive et confiante.

12.2. Facteurs internes :

Comme de petite voix intérieures qui nous poussent à nous déprécier et à nous sous estimer. Certains traits de personnalité peuvent aussi moduler le développement de l'estime de soi. Les enfants particulièrement sensibles aux attentes des parents/responsables peuvent parfois sentir qu'ils les déçoivent, ce qui peut mener à une faible estime de soi. Ces enfants sont peut-être aussi trop dépendants de leurs parents/responsables, si bien qu'ils n'arrivent ni à expérimenter la réussite personnelle ni à apprendre de leurs erreurs. Certains enfants sont critiques à leur propre endroit et déçus d'eux-mêmes. Cette attitude va de pair avec le besoin d'être toujours parfait : les enfants qui se sentent ainsi finissent par s'accuser eux-mêmes quand les choses ne se passent pas comme ils l'avaient espéré. Cette situation peut se prolonger et nuire à l'estime de soi des enfants. (Bee H. et Boyd D. 2004, p 216).

Aussi d'autres facteurs psychologiques, tel que l'influence des maladies chroniques comme le diabète sur l'estime de soi, en provoquant chez le malade un sentiment de culpabilité, d'incapacité, la non satisfaction, la défaillance physique et le sentiment de manque et des se sentir mal dans ça peau et avoir des idées négatives sur soi, le replis sur

soi, la honte et le complexe, tout cela provoque une basse estime de soi. Avoir atteint d'une maladie chronique constitue une menace à la santé dans la vie quotidienne, suscite des impressions et des réactions émotionnelles souvent négatives, se sentir inférieur aux autres, évaluer d'après son passé, d'après les critiques des autres, l'impression de ne rien valoir vient avant tout de son dialogue intérieur souvent négatif, la façon dont nous pensant joue un rôle déterminant sur l'estime de soi.

13. L'influence de l'estime de soi sur les plans familiaux et scolaire :

13.1. Sur les plans familiaux et éducatifs :

Pour tout éducateur, il est important de trouver l'équilibre entre la sécurité (montrer à l'enfant qu'on l'aime) et la loi (rappeler les règles incontournables). C'est donc une qualité d'éducation globale qui est à la base du développement de l'estime de soi (Prêteur, 2002).

Selon Vondracek (1993) cité par Kracke et Noack (*in* Rodriguez-Tomé *et al.*, 1997), une atmosphère familiale favorable se caractérise par la confiance que les parents ont en leur enfants, leur tolérance à l'égard des idées et des actions qui lui sont propres et par leur ouverture d'esprit. Les enfants présentent alors une bonne estime de soi qui les incite à explorer des situations nouvelles, et leur donne de la ressource pour surmonter les difficultés.

Des pratiques éducatives reflètent également des différences sociales. Les familles plus favorisées utilisent un langage abstrait, riche, permettant à chacun de se définir en tant que personne à part entière, dont on valorise les intentions, les sentiments et pas uniquement les actes. Cela favorise une plus grande liberté d'action et d'être. A l'inverse, les familles peu responsabilisantes présentent un code linguistique plus restreint. Leurs interactions sont fondées sur les statuts de chacun plutôt que sur leur individualité (Bouissou, 1998). Dans le cadre d'une éducation de type contractualisée avec une autorité plus négociatrice que coercitive.

L'intérêt manifesté par les parents au travail scolaire influence aussi l'investissement scolaire de leur enfant. Meyer (1987 de Léonardis *et al.* 1998) confirme que les élèves qui ont un bon statut scolaire ont une estime de soi encore plus favorable si leurs parents s'y intéressent (renforcement du caractère valorisant les bons résultats).

13.2. Sur le plan scolaire :

Il est facile de faire le lien entre une estime de soi élevée et de bons résultats scolaires : un élève confiant se sent souvent capable de réussir et réussit. Une faible estime de soi peut démotiver un élève puisqu'il se croit voué à l'échec (Prêteur, 2002).

Si un élève n'est pas intégré dans son nouvel environnement scolaire, son estime de soi tend à diminuer. L'absence de soutien de la part des pairs et/ou des enseignants peut également avoir un effet négatif. Si les exigences fixées sont plus importantes que ses capacités, il perd confiance (Perron *et al.* 1994).

Dans une recherche de Bariaud (1998), les résultats indiquent que l'estime de soi, évaluée un an avant, prédit de manière significative, la nature des stratégies mises en place à la rencontre de la première difficulté scolaire. Ainsi, à une estime de soi élevée au collège, s'associent des modalités d'ajustement de type émotionnel, cognitif ou comportemental. Inversement, un faible degré d'estime de soi au collège prédit des modalités mal adaptées : tristesse, fatalisme, anticipation négative de l'issue de la difficulté, évitement, fuite, passivité, déni. Une mauvaise estime de soi pourrait rendre difficile voire empêcher, une bonne adaptation à l'environnement scolaire et amener l'enfant vers une situation de difficultés qui peut aboutir à des échecs, à un sentiment de mal-être (Perron *et al.* 1994). Cependant, les élèves en échec scolaire ne se dévalorisent que de façon sélective (dans le domaine des compétences intellectuelles et/ou scolaires). Ils peuvent compenser en s'estimant sur le plan physique, c'est d'ailleurs fréquemment le cas chez les garçons.

Les élèves fréquentant les cursus spécialisés (réservés à ceux qui sont en grande difficulté), se dévalorisent moins au plan scolaire que les élèves ayant redoublé. Dans ces classes spéciales, les élèves se sentent soulagés de ne plus avoir à supporter la pression des classes ordinaires. De plus, les enseignants spécialisés de ces classes ont d'autres attentes et adoptent des attitudes pédagogiques différentes (Prêteur, 2002). Pierre Humbert *et al.* (1998) supposent que la pédagogie pratiquée dans les classes à cursus spécialisés, orientée vers le renforcement des succès davantage que celui des échecs, contribue à restituer aux élèves une réelle satisfaction d'eux-mêmes.

Toutefois, l'hypothèse que ces enfants n'ont simplement plus l'occasion de se comparer à leurs pairs peut être émise. Ils n'auraient donc plus de motifs de dévalorisation, et de surcroît ; l'accompagnement pédagogique positif proposé pourrait favoriser une survalorisation, peu réaliste chez ces enfants dont le niveau de compétences scolaires et

cognitives demeure objectivement faible. L'importance de la situation de l'individu dans son groupe et la confrontation aux autres peut être soulignée. Les élèves qui ont confiance en leurs capacités d'apprentissage dans une matière choisissent de préférence des activités présentant un défi en leur donnant l'occasion de développer leurs habiletés. Ils se fixent en général des objectifs d'apprentissage plus élevés, cherchent à comprendre en profondeur et à donner du sens à ce qu'ils étudient, gèrent mieux leur temps de travail, se laissent moins distraire de leurs objectifs et persévèrent face aux difficultés. Ils dominent également mieux le stress et l'anxiété, et aboutissent finalement souvent à de meilleures performances. Inversement, les élèves ont tendance à se désintéresser des activités dans lesquelles ils se sentent peu efficaces, ce qui peut avoir des répercussions sur leurs choix d'études. Cette manière de faire leur permet de conserver une bonne estime d'eux-mêmes, mais peut conduire certains jeunes à se désinvestir de la scolarité.

Guichard *et al.* (in Rodriguez-Tomé *et al.*, 1997) concluent que ceux qui ont choisi une filière peu prestigieuse ont en général, transitoirement, une image de soi dépréciée puis, ils la revalorisent en lui attribuant des caractéristiques positives car ils croient en leurs capacités d'apprentissage (Galand, 2006). Bandura (Galand, 2006) stipule que cette confiance provient de quatre sources d'information : les performances passées, l'observation des performances d'autrui, les messages de l'entourage et les états physiologiques et émotionnels.

Thomas (1980 in Gohier, 1990) identifie l'école comme le deuxième facteur influençant le concept d'estime de soi de l'enfant (le premier étant la famille). L'école procure un sentiment de compétence qui pèse sur l'image de l'enfant en le situant dans un groupe à l'intérieur duquel sa popularité agit sur son image. L'estime de soi scolaire joue donc un rôle régulateur. Elle exprime des stratégies de positionnement de soi qui permettent à l'élève d'articuler son besoin de valorisation à l'école avec sa vie familiale et sa vie scolaire, ses compétences et son intégration dans le groupe-classe. A l'adolescence pourront apparaître chez certains des stratégies de retrait par rapport à cette identité d'élève (Prêteur *et al.* 1998).

La filière de formation scolaire est discriminative quant à l'âge prévu d'insertion dans la vie active. Elle l'est aussi quant au degré de précision du projet dans son ensemble. Les projets les moins nourris proviennent des lycéens de l'enseignement classique. Les élèves du technique court sont trois fois plus nombreux à mentionner leur future progression dans la carrière qu'ils envisagent (Rodriguez-Tomé *et al.* 1987). La raison provient

probablement de leur scolarité pratique et concrète, plus facilement projetable vers l'avenir.

Ces critères se transforment tout au long de la vie et fluctuent selon les facteurs situationnels. Des techniques d'évaluation permettent d'appréhender les différents statuts et les évolutions de l'estime de soi.

14. Les mécanismes de défense de l'estime de soi :

Il est normal d'y avoir recours aux mécanismes de défense, lorsque nous sommes confrontés à des difficultés, car ils jouent un rôle d'amortisseur. Ils servent à éviter des émotions ou des pensées pénibles à notre conscience. Ils évitent des remises en question trop frontales et représentent une forme de remaniement et d'évitement de la réalité. Les principaux mécanismes de défense de l'estime et leurs fonctionnements se résume comme suite :

- 1. L'évitement et le retrait** : échapper au risque d'échec.
- 2. Le déni** : refuser d'admettre les problèmes.
- 3. La projection** : attribuer ses propres sentiments négatifs et difficultés aux autres.
- 4. Les fantasmes et rêveries** : imaginer et rêver sa réussite au lieu de la construire.
- 5. La rationalisation** : reconnaître les problèmes, mais leurs attribuer des causes évitant une remise en question.
- 6. La compensation** : fuir un sentiment d'infériorité en s'investissant dans d'autres domaines.

Ce n'est pas l'utilisation occasionnelle d'un mécanisme de défense qui pose problème, mais c'est d'y avoir recours à l'excès. (André C. et Lehord F. 1999, P208 et 209).

15. Les troubles associés à une baisse l'estime de soi :

Les sentiments de faible estime de soi ont affecté tant d'individu au fils des ans. Bien que certains en souffrent seulement de temps à autre, ceci affecte de manière durable l'impression que les autres se font à leur sujet. La faible estime de soi a souvent été vue

comme étant la cause de plusieurs problèmes psychologiques, en partant de la dépression, les complexes, les traumatismes, arrivant jusqu'aux troubles des conduites alimentaires.

15.1. La dépression :

La sémiologie de la dépression est dominée par l'association d'une humeur dépressive et d'un ralentissement psychomoteur. La culpabilité, le désespoir, la vision pessimiste de l'existence, les signes somatiques complètent le tableau clinique. (Doron R. et Parot F. 2007, P147).

Le manque d'estime de soi peut entraîner une dépression due à une construction du soi défaillante, les rapports entre l'estime de soi et la dépression sont souvent complexes, car ils dépendent aussi des éléments déclencheurs du manque d'estime de soi, et donc de la dépression. Le sentiment d'impuissance, de dévalorisation et de rejet entraîne une mauvaise estime de soi qui peut être l'un des facteurs déclencheurs de la dépression. La dépression anéantit souvent la capacité et l'envie d'une personne d'affronter la vie. La dépréciation de soi amène à une dépression.

15.2. Les traumatismes psychologiques :

Les victimes d'agression, en général leur estime de soi est ébranlée. On retrouve presque toujours des sentiments de honte et d'humiliation chez les victimes de viol (« je suis souillée à tout jamais ») ou d'agression (« j'aurais dû me défendre mieux »), ou des sentiments de culpabilité chez les rescapés de catastrophes (c'est le « syndrome du survivant » : « pourquoi suis-je là alors que d'autres sont morts ? »). Ces sentiments de honte vont être à l'origine de la chronicisation des souffrances de ces personnes : ils vont par exemple les pousser à s'isoler, à ne pas parler de leurs problèmes, ou encore leur donner le sentiment de ne pas être comme les autres, d'être incomprises, etc.

15.3. L'alcoolisme :

Dans un ouvrage (1999) de F. Lelord et C. André, l'alcoolisme est souvent une tentation pour les personnes dont l'estime de soi est vulnérable. L'alcool aide à échapper à la vision critique que nous avons de nous-mêmes. C'est puissant désinhibiteur qui facilite le passage à l'acte. Les enfants victimes de ces différents abus souffrent de très graves altérations de l'estime de soi et souvent de troubles psychiatriques variés.

15.4. Les troubles des conduites alimentaires :

Les troubles des conduites alimentaires sont caractérisées par des perturbations graves du comportement alimentaire. Les études récentes des troubles alimentaires les plus fréquentes sont : l'anorexie et la boulimie. La dépréciation de soi, la dévalorisation, les gens qui souffrent d'une faible estime de soi expriment constamment leurs désarrois à leur image corporelle et à leur allure. Certains peuvent compenser aux effets de cette mauvaise image de soi en souffrance d'une forme quelconque de troubles alimentaires, par exemple : les chercheurs ont montré que les personnes à basse estime de soi ont d'avantage tendance à grignoter ou à trop manger.

15.5. Les complexes :

Ensemble de représentations, d'attitudes et de conduites en rapport avec un sentiment d'infériorité. **A. Adler** a donné une signification centrale à cette notion qu'il rattachait à un défaut physique effectif, une infériorité d'organe, morphologique ou fonctionnelle. (Doron R. et Parot F. 2007, p 377).

Lorsque les patients parlent de leurs complexes d'infériorité, ils sont convaincus d'être porteurs d'un défaut physique, ou d'autre type auquel ils rencontrés dans leurs existences. (André C. et Lelord F. 1999, p 198).

Les personnes diabétiques ayant du complexe vis-à-vis de leurs maladie, présente une estime de soi très gravement altérée, des complexes au niveau physique dut aux complications du diabète, ils éprouvent une insuffisance physique. Et aussi au niveau psychique c'est-à-dire se sentir insatisfait, différent et un sentiment d'infériorité globale par rapport aux autres. (<http://relation-aide.com>, 02/04/12).

16. La prise en charge l'estime de soi :

Un jugement négatif de soi entraîne des souffrances pouvant engendrer des conséquences désastreuses sur l'épanouissement d'une personne et l'efficacité de ses actions, donc une amélioration d'estime de soi est nécessaire, pour mieux de connaître et mieux s'exprimer et modifier peu à peu des comportements quotidiens dans l'objectif d'éviter ce désastre. Il existe des thérapies individuelles ou en groupe pour l'amélioration de la connaissance de soi et de l'estime de soi, mais les moyens utilisés pour atteindre cet

objectif sont différents. Il existe en gros deux grandes familles de psychothérapie : la thérapie cognitivo-comportementale, et la thérapie psychanalytique.

16.1. Thérapie cognitivo-comportementale(TCC) :

Les TCC ciblent les pensées et les comportements qui affectent notre bien être. Le but est de développer des façons de penser et de se comporter qui favorisent une meilleure humeur et estime de soi, ainsi qu'une qualité de vie enrichie. ([Http : therapie-cognitive.ca](http://therapie-cognitive.ca), 03/01/12).

Cette thérapie part du principe que ce ne sont pas des situations en elle-même qui provoquent les émotions et les comportements mais plutôt les pensées automatiques (cognition) traversant l'esprit à ce moment là. Elle a pour objectif de faire repérer les pensées sans fondement réel (conviction), et leurs substituer des conceptions plus réalistes qui modifieront la perception des événements et permettront de réagir de manière plus adéquate. Les pensées erronées viennent de la perception que l'on a soi même et du jugement porté sur ce qui arrive. Cette interprétation des événements dépend de notre système de croyance, elle provoque des conséquences indésirables, reformuler les croyances irrationnelles permet de changer la nature des réactions émotionnelles. ([Http. Psycho-d. net](http://Psycho-d.net), 02/04/12).

Le thérapeute de formation cognitive comportementale, doit s'assurer qu'en remettant en question la véracité d'une croyance, et ne heurtera pas l'estime de soi du client, toute en maintenant son rôle d'aidant qui consiste à faire prendre conscience au client de ses forces, de ses qualités personnelles, et à lui donner la possibilité d'atteindre ses buts. Le thérapeute peut aussi travailler à modifier les attributions négatives ancrées chez certaines personnes. (Leclerc C. 2004, P 17). En ce qui concerne les pensées, cette thérapie utilise un outil nommé « restructuration cognitive ». Il s'agit de méthodes qui corrigent les erreurs de pensée. Quant aux comportements, cette thérapie utilise des techniques de détentes et de « désensibilisation systématique », et aussi des techniques de modification de comportement et des méthodes de communication et de résolutions des problèmes.

Le dernier rapport de l'institut national de la santé et de la recherche médicale sur l'évaluation des psychothérapies, publié en 2004, conclut que les thérapies comportementales et cognitives sont plus validées scientifiquement. En pratiquant régulièrement des exercices concrets et en remettant en cause les schémas de pensée, elles modifient les comportements et les pensées négatives. ([Http. Médecines-douces.co](http://Medecines-douces.co), 02/04/12).

16.2. La thérapie psychanalytique :

Le principe d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique est de comprendre et de revivre, des éléments de son passé. Le but est d'aider le patient à prendre conscience de certaines significations cachées de ses difficultés et d'acquérir une plus grande lucidité sur lui même, de s'accepter, d'être honnête envers soi et s'affirmer. (André, C. et col, 1999, p 244-261).

Dans la psychanalyse, l'estime de soi résulte très souvent de notre histoire personnelle, de notre milieu d'origine. A partir de cette histoire de vie, chacun a construit des croyances, car la psychanalyse nous permet de prendre conscience de nos valeurs intrinsèques d'être humains, afin de naître au fond de nous des certitudes, croyances positives, équilibre intérieur et l'envie de vivre enfin avoir une image de soi positive. On écoutant donc les mots, les phrases, laissé venir les images mentales, qui vont s'installer en nous, et nous permettre de changer, et nous apprécier avec nos qualités et nos défauts. ([http.synergies-psy.com](http://synergies-psy.com), 02/04/12).

La thérapie psychanalytique est conseillée à ceux qui souhaite entamer un travail en profondeur sur les causes réelles de son mal être, qui se fait en longue durée a compté avec des années.

Aujourd'hui de plus en plus de thérapeutes utilisent des approches dites « éclectiques » c'est-à-dire reposant sur des outils issus de différents courants psychothérapeutiques. (André. C, et col, 1999, p 261).

Conclusion :

Ce chapitre était encloué à travers les différentes interprétations de la part de plusieurs auteurs chacun selon sa conception théorique pour déterminer l'importance de cette notion dans la vie d'un individu.

L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité. Pour nous sentir bien dans notre peau, nous avons besoin d'être aimés et appréciés et de nous, sentir compétent. Ce besoin de valorisation aux yeux des autres guide toutes nos activités. Porter un regard positif sur nous-mêmes est donc vital pour notre équilibre psychologique, car il nous donne le sentiment de sécurité interne nécessaire pour faire face aux difficultés de la vie. Un jugement négatif, par contre, entraîne des souffrances pouvant avoir des conséquences désastreuses sur l'épanouissement d'une personne et sur l'efficacité de ses actions.

Introduction :

Ce chapitre va nous permettre de définir la méthode sur la quelle on va s'appuyer, afin d'effectuer notre recherche, de même que la population d'étude, les outils de recueil des informations et le terrain.

Nous avons effectué un stage pratique au sein de l'établissement mouhamed boudiaf, U D S, de tazmalt la Wilaya de Bejaia, du 02 février 2014 au 02 avril 2014.

Dans notre thème de recherche, nous avons abordés l'estime de soi, comme étant une réaction qui accompagne chacun d'entre nous, et beaucoup plus les enfants dyslexiques.

Afin d'effectué notre recherche, on s'est référé a l'utilisation d'un entretien clinique semi-directif et l'échelle d'estime de soi de S Cooper Smith.

1- La démarche de la recherche**1-1 La pré-enquête :**

Est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle est appelée phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de la quelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente. (Cario. R, 2000, p113).

La pré-enquête joue un rôle très important dans la réalisation de la recherche, elle nous permet de cerner notre thème de recherche et d'organiser notre recherche afin de recueillir le maximum d'informations par rapport à notre thème de recherche, d'avoir des renseignements sur le terrain concernant la population d'étude.

Notre pré-enquête c'est dérouler au sein de l'établissement U D S de tazmalt, de la Wilaya de Bejaia, où nous avons consultés les dossiers, des enfants dyslexiques, dans le but de recueillir des informations personnelles, médicales et pédagogiques, après on a réalisés des contacts avec ces enfants, ces derniers ont été l'objet de recherche, afin de justifier nos hypothèses de travail.

En psychologie clinique, il convient de dire que ces recherches interviennent en milieu naturel, et font principalement appel aux méthodes cliniques dont l'objectif est d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois, de décrire la relation qui existe entre les variables de la recherche.

1-2 La méthode clinique :

« Historiquement, la méthode clinique est avant tout l'étude approfondie d'un cas individuel qu'il soit normal ou pathologique. Mais la méthode clinique s'applique également à l'étude des groupes (petits ou grands) étudiés dans des contextes différents ». (A.M.Lavarde, Paris, 2008, p232).

Au centre de la méthode clinique on trouve l'étude de cas qui est une démarche exploratoire ou on décrit en détail une personne ou un petit groupe de personnes en s'appuyant sur l'observation approfondie des conduites ou l'administration rigoureuse de tests psychologiques. Elle comporte habituellement des informations sur l'enfance de la personne étudiée, ses rêves, ses fantasmes, ses expériences, ces relations avec ses proches ou encore ses espoirs, en somme tous les éléments permettant de mieux étudier son comportement. Les études des cas sont employées en particulier par les cliniciens afin d'illustrer certains principes psychologiques à l'aide de portrait détaillé d'un individu, ce que ne permettent pas les généralisations ou les statistiques. Elles représentent également une grande utilité pour les chercheurs qui ne disposent parfois d'aucun autre moyen pour étudier une problématique donnée. L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (C. Tavis, C. Wade, 1999, P39).

2- Le lieu de stage :

Notre stage pratique s'est déroulé au sein de l'établissement Mouhammed Boudiaf U D S «Unité D'épistage Scolaire » de la Wilaya de Bejaia, qui a vu le jour en 2009.

Il accueille les personnes scolarisées, qui présentent de différents troubles (difficulté scolaire, problème de santé, l'énurésie, phobie scolaire et l'échec scolaireetc.). Dans le but de leur offrir de l'aide et assurance selon leur besoins.

2-1 La prise en charge : il est assuré par une équipe pluridisciplinaire, qui est formée de :

- Un président
- Deux psychologues cliniciens
- Un psychologue orthophoniste
- Secrétaire pédagogique
- Un dentiste
- Un médecin généraliste

3 -La population d'études:

La population de la recherche porte sur des enfants dyslexiques qui sont scolarisés dans différents établissements primaires de Tazmalt. Cet échantillon d'étude comporte sur six (08) enfants dyslexiques, âgés de 08 à 12 ans, de sexes différents.

On a réalisé avec eux des entretiens et on les a fait passer l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith (la forme scolaire) dans le but de confirmer ou d'infirmer l'estime de soi chez eux.

Tableau n°2 : récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.

Prénom	Age	Sexe	Niveau d'étude
NADJET	9 ans	féminin	3 ^{eme} année primaire
MILINA	11 ans	féminin	5 ^{eme} année primaire
AXCEL	10ans	masculin	4 ^{eme} année primaire
ghilas	8ans	masculin	2 ^{eme} année primaire
YOUBA	9ans	masculin	3 ^{eme} année primaire
GAYA	12ans	masculin	5 ^{eme} année primaire
mayssa	08ans	féminin	2 ^{eme} année primaire
yanis	09ans	masculin	3 ^{eme} année primaire

3.1. Les critères de sélection :

Les critères d'homogénéités :

- il s'agit des enfants dyslexiques
- des enfant ayant la tranche d'âge entre 08et 12 ans.

Les critères non pertinents de la sélection :

- nous n'avons pas pris en considération les critères suivants :

- le niveau d'étude de L'enfant. - le critère de sexe n'est pas pris en considération

4- Les techniques de la recherche :

On appelle instrument de recherche le support, l'intermédiaire particulier dont va se servir le chercheur pour recueillir les données qu'il doit soumettre à l'analyse. Ce support est un outil dont la fonction essentielle est de garantir une collecte d'observation et /ou de mesures prétendues scientifiquement acceptable et réunissant suffisamment de qualité d'objectivité et de rigueur pour être soumises à des traitements analytiques. (O Aktouf, 1987, p81).

4-1- L'entretien clinique :

Pour Collette Chiland, l'entretien clinique est une relation de soins où d'aide suite à la demande du patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs. Son but est de diagnostiquer dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. (K. Chahraoui, H. Bénony, 2003, p 32).

L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique, à la fois outil de diagnostic, outil de thérapie et de soutien, c'est lui qui permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande qui préside à l'interaction.

L'entretien clinique est une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet qui vient en général exposer une souffrance, un conflit, une interrogation, l'entretien est à la base de la méthode clinique, l'entretien clinique prend en compte tous les aspects originaux, anamnésiques « c'est-à-dire relatifs à l'histoire de l'individu » et actuels du problème posé par le sujet. (R. Samacher, 2005, P 381).

Il existe trois types d'entretiens selon l'objectif recherché :

Entretien directif, entretien non directif et entretien semi-directif, dans notre recherche c'est l'entretien semi-directif qui semble le plus adéquat.

* **L'entretien semi-directif** : Vu l'intérêt et la qualité des informations qu'on a recherché, on a opté pour l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux personnes interrogées. L'entretien semi directif se définit comme « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations ». (M. Engers, 1997, P144).

Il favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse ». (K. Chahraoui, H. Benony, 2003, P32).

* **Les attitudes du clinicien durant l'entretien de recherche** :

Ce genre d'entretien permet au patient une certaine liberté d'expression. Une fois la consigne est donnée, l'investigateur doit être attentif face au sujet. Il évite de parler et surtout de l'interroger au cours de ces associations. Il encourage cependant la parole de ce dernier d'une manière neutre (la neutralité bienveillante) par des oui, par mimiques, des gestes, signifiants son ouverture. Il doit en effet se laisser mener pendant un temps au rythme de l'autre adopté un module selon les contenus de son discours. Une attitude systématiquement mettre de l'investigateur peut être aussi nuisible qu'une activité d'intervention pour certains et même pour évoquer le sentiment d'abandon chez l'autre, par contre les interventions répétées de la part du clinicien peuvent être vécues comme intrusion, c'est pour ça que le patient doit trouver une attitude qui convient. (P. Marty, 1990, P 19).

4-2 Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (*Blanchet, 1992*). Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identiques pour tous les sujets. (K. Chahraoui, H. Benony, 2000, P144).

Le guide d'entretien contient quatre axes. Chaque axe contient plusieurs questions soit principales ou secondaires, elles nous permettent de recueillir un maximum d'information sur le sujet ; les questions posées sont soit directives ou semi directives, elles répondent plus

précisément à notre but de recherche, les questions seront posées soit en langues française, arabe, ou kabyle tout dépend la langue maternelle, du niveau l'instruction du sujet interrogé.

- A) Informations personnelle.
- B) Informations sur le trouble.
- C) Informations sur l'école.
- D) Informations sur l'avenir.

5- Le test d'estime de soi de Cooper Smith (SEI) :

Pour mesurer le niveau d'estime de soi de notre échantillon d'étude, on a privilégié un instrument Anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le Centre de Psychologie Appliquée (C.P.A). Il s'agit de l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith (SEI).

L'inventaire d'estime de soi a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel (ou scolaire). Une échelle de mensonge a été ajoutée. Le SEI (Self Esteem Identité) comporte « 58 items », décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case « Me ressemble » ou « Ne me ressemble pas ». Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte). La composition de l'inventaire est identique dans les deux formes : Echelle générale, sociale, familiale, professionnelle ou scolaire.

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

Source : Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

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

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 de mensonge	26-32-36-41-45-50-53-58.

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

-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 S.Cooper Smith se fait en deux étapes qui sont les suivantes :

A- La cotation :

La cotation du test d'estime de soi se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire d'estime de soi S. Cooper Smith, et comptant « 1 point » par croix apparaissant à travers les repères .Les 5 notes obtenues : générale, familiale, sociale, scolaire et mensonge, seront inscrites sur la feuille de réponse.la note totale d'estime de soi s'obtienne en sommant les notes aux 4 échelles générale, familiale sociale scolaire. La note de l'échelle de mensonge n'entre pas dans le totale. La note maximum est de « 26 » pour l'échelle générale et de « 8 » pour les autres échelles elle est de « 50 » pour la note totale d'estime de soi.

Tableau N°3 : Présentation de la grille de correction :

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	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi sociale	Positif	5-8-14-28.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0

	Négatif	21-40-49-52.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22-44.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi scolaire	Positif	33-37-42.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Echelle de mensonge	Positif	26-32-41-50-53-58.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	36-45.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

Source : Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith.

B- 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 basée sur deux tableaux le premier est celui du niveau total d'estime de soi classé par ordre en « 5 » classes et le deuxième concernant les valeurs caractéristiques des échelles : générale, sociale, familiale, scolaire et mensonge.

Tableau N°4 : Les niveaux d'estime de soi :

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

Source : Inventaire d'estime de soi de S. Cooper Smith.

Ce tableau indique qu'il y aura une possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon « **5 classes** », la classe première (≤ 18) c'est la note minimale qui indique un niveau d'estime de soi très bas, la seconde (19 à 30) indique un niveau d'estime de soi bas. C'est deux classes désigne ceux qui ont une évaluation négative d'eux même.

Ensuite la troisième classe de (31 à 38) considérée comme un niveau moyen d'estime de soi, c'est un indicateur d'une évaluation positive de soi.

La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (39 à 45).

Enfin la dernière classe (46 à 50), qui englobent des sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (CPA 1984, p 13).

Tableau N°5 : Valeurs et caractéristiques des échelles :

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Moyenne	18.46	5.67	4.92	4.12	33.35	2.38

Source : Inventaire d'estime de soi de S.Cooper Smith.

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 donc, l'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu dans l'échelle de mensonge. (Centre de Psychologie Appliquée, 1984, p14).

6-Les difficultés de la recherche :

- Manque de la documentation et ouvrages traitant La dyslexie au sein de notre université.
- Difficultés de déplacement de ces enfants, au niveau de l'établissement.

➤ Les points positifs :

- Ce travail nous a permis de connaître le terrain et l'application de l'échelle de S Cooper Smith.
- Il nous a permis aussi d'avoir des liens amicaux avec cette catégorie d'enfants et les membres de l'établissement.
- Il nous a même permis de comprendre la dyslexie, comme étant un trouble qui touche l'enfant et l'adulte.

Conclusion :

Ce chapitre méthodologique nous a permis d'avoir une bonne organisation de notre travail de recherche, pour analyser le contenu des cas.

En vue de mesurer l'estime de soi chez les enfants dyslexiques, on a réalisé notre recherche au sein de l'établissement Mohammed Boudiaf « U D S de Tazmalt la wilaya de Bejaia », notre population d'étude est constituée de huit (08) cas.

Pour la collecte des informations, on a utilisé deux outils d'investigations qui sont l'entretien clinique semi-directif, ainsi que l'échelle de l'estime de soi de S Cooper Smith. La première étape consiste la collecte des informations qui est la réalisation des entretiens avec chacun de nos cas. La deuxième est l'application de l'échelle de l'estime de soi, afin d'acquérir des informations qui seront exposées et analysées dans la partie suivante.

Introduction :

Ce dernier chapitre indique la partie pratique, qui englobe les résultats qu'on a obtenus durant notre stage pratique, au sein de l'établissement Mouhammed Boudiaf (U D S) de Tazmalt, wilaya de Bejaia. Nous avons choisis « 08 » cas, âgés de 08 à 12 ans, pour les quels on a fait passer l'entretien clinique, et l'échelle de S Cooper Smith. Ce travail va nous permettre d'affirmer, ou d'infirmier nos hypothèses.

1- Présentation et analyse des résultats :**1-1- Cas de NAJET****1-1-1 Présentation du 1^{er} cas :**

Nadjet est une fille, âgée de 09 ans, avec un niveau d'étude de 3^{ème} année primaire, elle est l'aînée d'une fratrie de 3 enfants (02filles et 1 garçons), son père est un commerçant, et la mère femme au foyer.

1-1-2 Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien a été effectué avec Nadjet, le 18-02-2014.

Au cours de l'entretien, Nadjet s'est montrée calme et souriante

Elle décrit que le mot dyslexie présente un grand obstacle, afin de lire et d'écrire une phrase et même un mot. Durant l'entretien notre cas utilise un discours limité.

Nadjet nous à parler de son problème, qui est la peur d'aller à l'école, elle a déclarée : « je n'aime pas du tout aller a l'école, et je déteste mon enseignante, car elle est méchante ».

Au cours de l'entretien, notre sujet nous révèle qu'elle présente des difficultés pour s'exprimer, surtout à l'école, par contre à la maison elle ne trouve aucun problème. Elle s'est avérée qu'elle se sent différente de ses camarades dans la classe, alors qu'en dors de la classe elle est plus alaise, elle dit : «je me sens différente juste lorsque mon enseignante me demande de lire un texte, et de faire des exercices mathématiques au tableau, parce que (oussinagh walou...) je ne connais rien». Durant l'entretien, nadjet nous a déclarer qu'elle n'a aucun objectif d'aller chez un orthophoniste ou bien un psychologue, car s'est son enseignante qui a demander ça pour ses parents, dans le but de lui donner de l'aide.

Concernant son état à l'école, elle dit « je ne suis jamais était bien ou alaise à l'école, c'est l'endroit que je déteste le plus ».

Durant l'entretien, elle nous a avouée qu'elle n'aime pas aucune activité, et aucune matière, elle déclare : « (ouhmilghara ak lkraya ...) je n'aime pas du tout les études ». Elle révèle qu'elle trouve des problèmes dans la dicté, parce que elle ne comprend pas les mots, la lecture et les mathématiques, elle dit : « (karhagh elimla, delkhat, akhatar oussinghara adktvagh...), je n'aime pas la dicté et l'écriture, parce que je ne sais pas écrire ». Elle décrit que ses parent ne l'aident pas dans ses cours, Nadjet nous a dit qu'elle a doublée dans la 3^{ème} année, mais elle ne savait pas pourquoi, elle déclare : « (ouzrighara iwachou...) je ne savais pas pourquoi ».

Elle préfère le dessin et le sport, mais elle déteste la lecture parce que elle ne comprend pas ce qu'elle lit, comme elle souffre des difficultés de prononciation, la dicté parce qu'elle ne savait pas écrire, et les mathématiques parce qu'elle est nulle dans les calcules.

Lors de l'entretien effectué avec notre sujet, elle nous a révélée qu'elle se sent toujours humilié, et déranger par les moqueries de ses camarades, et son enseignante qu'ils l'apprennent pour une idiote.

Nadjet, nous a confirmée qu'elle présente des difficultés pour s'exprimer, et de participer en classe, parce que elle a honte de soi-même, car elle dit : « (ma araghaltagh la classe ak tadssa fali...) quand je fais une faute toute la classe se rigole).

Elle dit, je ne suis pas comme les autres, et je suis mois inutile par rapport à mes camarades, (nak ghouri ifniyi ak g la classe...) je suis la plus faible dans ma classe).

Elle s'est avérée qu'elle souhaiter changer beaucoup de choses en elle, elle déclare : « (vghigh adharchagh amigadni nidan, akan outadssan ara fali, mi ouzmirghara...) je veux réussir comme les autres, mais je ne peux pas).

A la fin de l'entretien, notre cas sujet a révélée qu'elle ne pense pas du tout à son avenir, et elle n'a vraiment aucun projet en tête, elle n'as aucune projection dans le futur.

1-1-3 Présentation et analyse de l'inventaire de Cooper Smith :

Echelle	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge	Niveau
Moyenne	08	04	01	04	17	04	Très bas

Le Cas de nadjat, affiche un niveau très bas d'estime de soi, à un total de 17, cela signifie qu'elle a une évaluation négative de soi.

Sur l'échelle d'estime de soi générale, les résultats sont inférieurs à la moyenne, elle a eu un score de $08 < 18,64$. Ce qu'est apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. L'exemple de l'Item N°04 : « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés », sa réponse était négative « ne me ressemble pas », ce qu'explique que le sujet présente une hésitation et une incertitude de soi, cela confirme ses propos de l'entretien.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi sociale sont inférieures à la moyenne : $4 < 5,67$. Exemple l'Item N°21 « La plus part des gens sont mieux aimés que moi », nadjat a confirmé par « me ressemble », ce qui confirme son évaluation négative de soi.

L'échelle d'estime de soi familiale, marque un niveau très bas par rapport à la moyenne : $1 < 4,92$. Le score est adéquat à ce qui a été dit durant l'entretien. Exemple : Item N°16, ou nadjat confirme d'avoir l'envie de quitter le foyer familial, cela est causé par les relations perturbés au sein de la famille.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, le niveau est inférieur à la moyenne à un score de $04 < 4,12$. Exemple d'Item N°46, ou elle confirme son insatisfaction de ses résultats scolaires.

A l'échelle de mensonge, nadjat présente un score supérieur à la moyenne : $4 > 2,38$. Cela veut dire qu'il a une attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse :

D'après la concordance des réponses donnée à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on constate que la dyslexie à une influence négative sur l'estime de soi de ce sujet.

1-2 cas de MILINA

1-2-1 Présentation du 2^{ème} cas :

Milina est une fille âgée de (11) ans elle est huitième d'une fratrie de dix enfants (quatre garçons et six filles). Elle est scolarisée en cinquième année primaires pour la deuxième fois, son père est un mécanicien, et la mère femme au foyer.

C'est l'Unité de Dépistage et de Suivi qui a convoqué les parents de Milina, c'est l'orthophoniste qui a diagnostiqué que Milina est dyslexique.

1-2-2 Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien a été effectué avec Milina, le 25-02-2014

Au moment de l'entretien, le sujet est présenté avec une forte timidité, stable et calme, le contact a été possible mais marqué par un renforcement de notre part afin d'atteindre nos objectifs.

Elle décrit que le mot dyslexie présente celui qui ne sait pas lire, et qui ne comprend la lecture. Durant l'entretien notre sujet utilise un discours limité. Elle n'est pas à l'aise, elle a été entraînée de regarder par terre, et elle balance ces pieds.

Milina nous a parlé de son problème, qui est la peur des examens et surtout qu'elle a refais l'année, elle a déclaré : « ougadagh adsadigh surtout imi awdagh ilannée thimdukaliw ak antidt gel s e m ».

Au cours de l'entretien, notre sujet nous révèle qu'elle présente des difficultés pour s'exprimer, en classe c'est ce que je déteste de plus, mais à la maison elle s'exprime comme elle veut. Elle s'est avérée qu'elle se sent différente de ses camarades dans la classe c'est juste parce qu'elle a des difficultés dans la lecture, et qu'elle ne sait pas lire correctement, mais dans la cour elle est plus à l'aise, elle dit : « je me sens différente juste lorsque mon enseignant me demande de lire un texte, ou d'écrire au tableau, parce que (oussinagh ...) je ne connais rien ». Durant l'entretien, Milina nous a déclaré qu'elle n'a aucun objectif d'aller chez un orthophoniste ou bien un psychologue, car c'est lors d'une visite médicale que le psychologue lui a donné une convocation et il a demandé de voir ces parents, et elle doit revenir avec eux elle dit « zrih bli aflkraya iyidina oughaled... » Concernant son état à l'école, elle dit « je n'est jamais été à l'école, c'est dégoûtant, je déteste l'école... ». Durant l'entretien, elle nous a avoué qu'elle n'aime pas aucune activité, et aucune matière, elle déclare : « ouhmilghara elkiraa surtout l'arabe... ». Elle n'aime pas les études, Elle révèle qu'elle trouve des problèmes dans la dictée, parce que elle ne comprend pas les mots, la lecture

et les mathématiques, elle dit : « (karhagh elimla, delkhat, akhatar oussinghara adktvagh...), je n'aime pas la dicté et l'écriture, parce que je ne sais pas écrire ». Elle décrit que ses parents ne l'aident pas dans ses cours, milina nous a dit qu'elle a doublé dans la 5^{ème} année, mais elle ne savait pas pourquoi, elle déclare : « (ouzrighara iwachou...) je ne savais pas pourquoi ».

Elle préfère la science et le sport, mais elle déteste la lecture parce que elle ne comprend pas ce qu'elle lit des fois, comme elle souffre des difficultés de prononciation, la dicté parce qu'elle ne savait pas écrire.

Lors de l'entretien effectué avec notre sujet, elle nous a révélée qu'elle se sent toujours humilié, et déranger par les moqueries de ses camarades, et son enseignant et qu'ils l'apprennent pour une faible élève dans la classe.

Milina, nous a confirmée qu'elle présente des difficultés pour s'exprimer, et de participer en classe, parce que elle a honte de soi-même, car elle dit : « (ma araghaltagh outfakaghara yiwel elparagraf alma...) je fais beaucoup de fautes.

Elle dit, je ne suis pas comme les autres, et je suis rien par rapport à mes camarades, (nak ghouri ifniyi ak g la classe...) je suis la plus faible dans ma classe).

Elle s'est avéré qu'elle souhaite changer beaucoup de choses en elle, elle déclare : « (vghigh adharchagh amigadni nidan, adawigh cinqueme année...) je veux réussir comme les autres, mais je ne sais pas comment).

A la fin de l'entretien, notre sujet a révélé qu'elle veut être une avocate dans l'avenir

1-2-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (02) « milina »:

Echelle	Générale	sociale	familiale	scolaire	Totale	mensonge	niveau
Moyenne	7	4	5	3	19	2	très bas

Le Cas 2 à un niveau très bas estime de soi, avec un total de 19, cela démontre qu'elle n'a pas une évaluation positive de soi.

Elle affiche des résultats différents sur toutes les échelles, ou elle présente un niveau inférieur, même très bas par rapport à la moyenne sur l'échelle générale $7 < 18,64$, ce qu'était remarqué dans les différentes réponses obtenues sur cette échelle : l'exemple de l'Item N°27 : « je suis assez sûr de moi », sa réponse été Ne me ressemble pas.

Le score de l'échelle sociale est inférieur par rapport à moyenne $04 < 5,67$ se qui explique qu'elle se sous estime : par exemple l'Item N°21, la confirmation de la réponse le prouve.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi familiale, marque un niveau élevé par rapport a la moyenne $5 > 4,92$, ce qui démontre que milina mène une vie familiale marqué par une stabilité, cela est prouvé par ses réponses aux items de cette échelle : l'exemple de l'Item N°16 été confirmé « Ne me ressemble pas ».

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, elle présente un niveau très bas, avec un score inférieur à la moyenne $3 < 4,12$, apparu dans ses réponses négatives sur toute l'échelle, Ce qui est expliqué par son échec scolaire après ces difficultés.

Sur l'échelle de mensonge, elle affiche un score de $2 < 2,38$, veut dire qu'elle n'a pas d'attitude défensive vis-à-vis du test, ni un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse :

D'après la cohésion entre les résultats obtenus à l'entretien ainsi qu'au test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau d'estime de soi très bas à (17) selon le manuel d'estime de soi e Cooper Smith (\leq) indique un niveau d'estime de soi très bas.

1-3 Cas de AXCEL :

1 3-1 présentation du 3^{eme} cas :

AXCEL est un garçon âgé de 10 ans, il est scolarisé en quatrième année primaire pour la deuxième fois, il est l'aîné d'une fratrie de deux membres dont une fille en 1^{er} année primaire. son père est un plombier, et la mère est une coiffeuse. C'est lors d'une visite médicale systématique de dépistage au niveau de l'U D S ou l'orthophoniste à diagnostiqué que AXCEL est un enfant dyslexique.

1-3-2 présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien a été effectué ave axcel , le 04-03-2014

Le contact avec lui a été possible et riche en abordant ses principales difficultés liées à sa situation, il s'est présenté sérieux, actif, mai des fois avec un peux de peur et de timidité.

il décrit que le mot dyslexie est une lecture un peux difficile mais pas toujours.

Durant l'entretien notre sujet utilise un discours très riche. Il parle son lui posé la question il as beaucoup de choses a dire .

Axcel nous à parler de son problème, qui est la la lecture et surtout qu'il à refais l'année , il a déclaré : « kahagh kan lkiraa meme le francais karhagh adeghrgh... ».il a dit qu'il n'aime pas la lecture ni en arabe, ni en français, tous ce qui concerne la lecture soit les mots soit les phrases . Au cours de l'entretien, notre sujet nous révèle qu'il ne présent pas des difficultés pour s'exprimer malgré son trouble, en classe c'est tous le monde qui a des difficultés en lecture, il a déclaré : «ounsinara ak anghar machi hacha neki...» mais à la maison il s'exprimétré bien . il s'est avéré qu'il se sent pas différente de ses camarades dans la classe c'est juste il a des difficultés dans la lecture, et qu'il ne sais pas lire correctement, mais ca lui pose pas de problème il est très alaise , il dit : «oussinaghghra kan adgnragh mais normal harchagh gayen niden ...) ». Durant l'entretien, axcel nous a déclarer qu'il n'a pas obligé d'aller chez un orthophoniste ou bien un psychologue, et c'est lors d'une visite médical que le l'orthophoniste lui a donné une convocation et il a demandé de voir ces parent, et il doit revenir avec eux il dit « ouzrigara iwachou iyidina rouhed ak deyemak... » Concernant son état à l'école, il dit « je suis alaise à l'école, on es obligé d'aller à l'école...». Durant l'entretien, il nous a avoué qu'il n'aime pas just la lecture mais il aime les mathst,la science... il déclare : « ouhmilghara elkiraa surtou l'arabe... ». , il révèle qu'il trouve des problèmes dans la dicté, parce que il ne comprend pas bien les mots, il dit : « (karhagh elimla, delkhat, akhatar oussinghara adktvagh...), je n'aime pas la dicté et l'écriture, parce que je ne sais pas écrire ». il décrit que ses parent lui donnent l'aident dans ses cours, axcel nous a dit qu'il a doublée dans la 4^{eme} année, mais elle ne savait pas pourquoi, elle déclare : « (ouzrighara iwachou...) je ne savais pas pourquoi ».

Lors de l'entretien effectué avec notre sujet, il nous a révélé qu'il se sent pas humilié, et il n'est pas déranger par les moqueries de ses camarades pour lui c'est pas grave.

axcel , nous a confirmé qu'il présente des difficultés pour s'exprimer, et de participer en classe, mais ca ne lui dérange pas car il dit : « (ma araghaltagh taarakniyi les mots...) je fais beaucoup de fautes.

il dit, je ne suis comme les autres, (nak ghouri kifkif ak g la classe...) nous sommes tous parais ,il s'est avéré qu'il souhaiter changer, il déclare : « (vghigh adharchagh amigadni nidan, ...)je veux réussir dans la lecture, mais je ne sais pas comment.

A la fin de l'entretien, notre sujet a révélé qu'il beaucoup de projets dans la venir ;il veut être un pilot ou un médecin.

1-3-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (03) « AXCEL »:

Echelle	générale	Sociale	familiale	Scolaire	total	mensonge	niveau
Moyenne	19	06	06	04	35	3	moyen

Ce Troisième Cas a un niveau moyen d'estime de soi, avec un total de 35, ce qui signifie qu'il a une évaluation positive de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale est supérieur a la moyenne, il présente un score de 19>18,6. Ce qu'est apparu sur l'ensemble des Item de cette échelle avec des réponses positives : l'exemple de l'Item N°16, « Ne me ressemble pas » c'été sa réponse.

Ses résultats sur les échelles sociale et familiale, marque aussi un niveau supérieur a la moyenne : 6>5,67 sur l'échelle sociale, et 6>4,92, ce qui démontre l'adaptation son entourage avec une valeur élevé du moi, ce qu'a été aussi confirmé durant l'entretien. A échelle sociale, on prend l'exemple de l'Item N°8, il a coché « Me ressemble ». Et sur l'échelle de famille, en peut donner l'exemple de l'Item N°29.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, il présente un niveau très proche de la moyenne 4<4,12 ce qui explique sa satisfaction des ses succès égaux à ses aspirations. L'exemple de l'Item N°37 qui le confirme.

Le cas ne présente pas d'attitude défensive vis-à-vis du test avec un score de 2<2,38 à l'échelle de mensonge.

Synthèse :

La cohésion entre les propos de l'entretien ainsi que les résultats obtenus au test d'évaluation d'estime de soi, montre qu'une évaluation positive de soi, à un niveau moyen d'estime de soi avec un score de 35.

De se fait, on remarque que la dyslexie n'a pas influencé négative sur l'estime de soi de axcel.

1-4 Cas de GHILAS

1 4-1 présentation du 4 ème cas :

Ggilas est un garçon âgé de 8ans, il le plus jeune d'une fratrie de deux garçon st il est scolariser en deuxième année primaire. Son père est un comptable et sa mère et femme au foyer. . C'est lors d'une visite médicale systématique de dépistage au niveau de l'U D S ou l'orthophoniste à diagnostiqué que ghilas est un enfant dyslexique.

1-4-2 Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien a été effectué avec Ggilas, le 11-03-2014.

Au cours de l'entretien, Ggilas s'est montrée calme et gentil

Pour lui le mot dyslexie ne présente rien, il à déclarer : « ghouri adhewalou akhattar awlache wi snan adighar akan ilake ». Durant l'entretien notre cas utilise un discours normal et parle facilement malgré quelques hésitations dans ses réponses.

Ggilas nous à parler de ca situation avec toute tranquillité, et qu'il n'a de problème d'aller à l'école, il a dit : « ou yi thawkiara almaana atsrohogue normale, ougharaghe normal ».

Au cours de l'entretien, notre sujet nous révèle qu'il ne présente pas des difficultés pour s'exprimer. il s'est avérée qu'il ne se sent pas différent de ses camarades dans la classe, il dit : «oumkhalafghara fi yadhe amnaki amnoutheni mam noutheni ousinan ara adagherane kifkif aghe ». Durant l'entretien, Ggilas nous a déclarer qu'il n'a aucun objectif d'aller chez un orthophoniste ou bien un psychologue, car s'est son enseignante qui a demander ça pour ses parents, dans le but de lui donner de l'aide. «ami nouh artevive ag lecole ifkayid convocation anayid oughaled as natselatha thamadithe thawide vavakhe naghe yemakhe »

Concernant son état à l'école, il dit « nakini alaise ama glaclasse ama age la court mais achikhanaghe attaakidhade fli akariyid iwachou ithatteakidhadhe ». Durant l'entretien, il nous a avouée qu'il aime les activités, que leur enseignante propose sauf la lecture comme tout le monde, il déclare : « (ouhmilghara kan alkiraa ». il révèle qu'il trouve des problèmes dans la dicté, parce que il ne comprend pas les mots,. il décrit que ses parent l'aident dans ses cours, tout les jours mais c'est pour rien et il dit qu'il a doublée dans la 2^{eme} année, mais il ne savait pas pourquoi, il déclare : « (ouzrighara iwachou...) je ne savais pas pourquoi ».

Il préfère le sport et les maths, mais il déteste la lecture parce qu'il ne comprend pas ce qu'il lit.

Lors de l'entretien effectué avec notre sujet, il nous a révélée qu'il ne se sent pas déranger par les moqueries de ses camarades, ni de celles de son enseignante.

Ggilas , nous a confirmée qu'il ne présente pas des difficultés pour s'exprimer, et de participer en classe même si c'est faux , parce que il n'est pas honte de soi-même,

Il s'est avérée qu'Il souhaite change une chose qui est la lecture il déclare : « (vghigh adharchagh amigadni nidan, adhisinaghe adagheraghe glekitabe alkiraa, mi ouzmirghara...) je veux réussir comme les autres, mais je ne peux pas).

A la fin de l'entretien, notre sujet a révélé qu'il pense à son avenir, et souhaite être médecin.

1-4-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (04) « ghilas »:

Echelle	générale	sociale	familiale	scolaire	totale	mensonge	niveau
moyen	18	06	08	5	37	5	moyen

Ghilas a présenté un niveau moyen d'estime de soi avec un total de 37, ce qui signifie une évaluation positive de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale sont très proches de la moyenne avec un score de 18 < 18,64. Ce qui était apparu sur l'ensemble des items de cette échelle avec des réponses positives. Exemple à l'Item N°23, où il a infirmé cette réponse par « ne me ressemble pas ».

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi sociale et familiale marque toujours un niveau élevé par rapport à la moyenne : échelle sociale 6 > 5,67, échelle familiale 8 > 4,92 ce qui confirme les réponses de l'entretien et son adaptation familiale et sociale.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, elle présente un niveau supérieur par rapport à la moyenne : 5 > 4,12. Ce qui explique sa satisfaction de son rendement scolaire. On peut donner l'exemple de l'Item N°37, qui a été confirmé.

Ce Cas présente une attitude défensive vis-à-vis le test, et un désir de donner une meilleure image de soi, ce qui est expliqué par son niveau élevé par rapport à la moyenne : 6 > 2,38 sur l'échelle de mensonge.

Synthèse :

La cohésion entre les propos de l'entretien ainsi que les résultats obtenus au test d'évaluation d'estime de soi, montre qu'une évaluation positive de soi, à un niveau moyen d'estime de soi avec un score de 35.

De ce fait, on remarque que la dyslexie n'a pas une influence négative sur l'estime de soi de Ghilas.

1-5- cas de YOUBA :

1-5-1 Présentation du 5^{ème} cas :

YOUBA est un garçon âgé de 9 ans, avec un niveau d'étude de 3^{ème} année primaire, il est le deuxième d'une fratrie de 3 enfants (2 filles et 1 garçon), son père est un agent de sécurité à la banque, et sa mère femme de foyer.

C'est lors d'une visite médicale systématique de dépistage dans son école primaire que l'orthophoniste de l'UDS a découvert son trouble (dyslexie).

1-5-2 Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien a été effectué avec YOUBA le 18/03/2014, au cours de l'entretien YOUBA s'est montré gêné, et mal à l'aise.

Au cours de notre entretien, le sujet s'est présenté avec une forte timidité, stable et calme, avec un discours restreint, le contact a été possible marqué par un renforcement de notre part à fin d'enrichir et d'atteindre, l'objectif de notre entretien.

On abordant les questions qui concernent son attitude envers la dyslexie, YOUBA a confirmé sa connaissance de son trouble, il déclare que c'est insupportable, et que la lecture pour lui est un cauchemar, « autssupportighra ada ghraghe, autssupartighrarakayaadzraghethakthaubthe », et à propos de son enseignant il dit qu'il ne l'aime pas, et il le déteste.

Durant l'entretien, notre sujet nous révèle qu'il présente des difficultés pour s'exprimer en classe et face de ces camarades et malgré le renforcement de son enseignant, et il nous dit aussi qui il est plus aise à la maison que à la classe, donc il est gêné par les attitudes de ces camarades en vers lui et leurs moqueries par contre sa famille et plus compréhensible.

A l'entretien, YOUBA nous à déclarer qu'il n'a aucun envies d'aller chez un psychologue et c'est l'enseignant qui à demander ça pour ses parents, dans le but de l'aider à dépasser sa timidité et son mal aise, pour lire et parler.

Concernant son état à l'école il dit « mhassif kan idarterahayaghealoukanemachidheyemathilaktheaudasteralayegheraakougeakhatarkerhaghi l'école kerhagheichekhivve »

Aussi nous à avouée qu'il n'aime aucune activité et aucune matière sauf le dessin « الرسم », donc il révèle qu'il à des problèmes dans toutes les matières surtout la lecture, et il dis que même si il connaît quelque chose il ne parle pas a cause de sa timidité « astessathighe adhadhraghe, ghasassaghealhaghasousoumaghe », et il dit qu'il a des difficultés pour s'exprimer par ce qu'il est honte de lui-même.

Lors de l'entretien effectué avec notre sujet il nous à révéler, qu'il est toujours déranger et gêner dans la plupart du temps, et par tous ses camarades et aussi son enseignant.

Et a propos de sa famille il declare : « yema ouyithatsaawanara tout le gthecousinte yerna thakariyid oufahamghara lprograme agi ajdidhe ». Et il dit qu'il n'est pas comme les autres et qu'il ne serait jamais comme ses camarades, il déclare qui est le plus faible au monde .et qui est nul même pour parler.

A la fin une vision pessimiste envers l'avenir, « ouzmireghara adhevadlaghe ghas avghighe ouzmirghara ».une dévalorisation de soi, il se voit incapable de devenir ce qu'il souhaite donc aucune projection de la venir.

1-5-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (05)

« youba »:

Echelle	Générale	Sociale	Familiale	scolaire	Totale	Mensonge	Niveau
Moyenne	14	06	04	04	28	03	Bas

Ce Cas a présenté un niveau bas d'estime de soi, à un total de 28, ce qui signifie une évaluation négative de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale, sont inférieur par rapport à la moyenne : $14 < 18,64$, ce qui était apparu dans ses réponses négative dominante dans cette échelle. Exemple de l'Item N°10, ou il a confirmé « Me ressemble », ce qui explique que YOUNA présente un désespoir et une incertitude de soi. Un autre exemple : l'Item N°03, ou il confirme ça réponse ce qui démontre que le sujet n'a pas une conscience de la valeur du Moi.

Sur l'échelle d'estime de soi sociale, son score est supérieur à la moyenne : $6 > 5,67$. Exemple : Item N°08 a répondu « Me ressemble », ce qui explique son adaptation dans son entourage sociale.

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, il présente un score de $4 < 4,92$, c'est-à-dire proche à la moyenne, comme il la signalé dans l'entretien.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, le niveau est proche par rapport à la moyenne : $4 < 4,12$.

Dans l'échelle de mensonge, le sujet a présenté un niveau supérieur par rapport à la moyenne : $3 > 2,38$, cela veut dire qu'il a une attitude défensive vis-à-vis le test, et un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse :

La concordance entre les résultats obtenus à l'entretien et les scores du test d'évaluation d'estime de soi, montre un niveau bas d'estime de soi (28) et sa en rapport au classe présenté dans l'inventaire (entre 19 à 30 signifie un niveau bas d'estime de soi). Donc une évaluation négative de soi.

1-6-cas de gaya

1-6-1 Présentation du 6ème cas :

Gaya est un garçon âgé de 12 ans, avec un niveau d'étude 5ème année primaire, il est l'aîné d'une fratrie. de 3 enfants (3 garçons), son père est un cuisinier à la cantine et sa mère est femme au foyer.

C'est lors d'une visite médicale systématique de dépistage dans son école primaire que l'orthophoniste de l' U D S à découvert son trouble (dyslexie).

1-6-2 Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien à été effectué avec gaya le 25/03/2014, au cours de l'entretien gaya s'est montré timide et méfiant.

Au début de l'entretien, le sujet s'est présenté avec une incapacité de répondre à nos questions donc il s'est montré méfiant à notre égard et il ne répondait que brièvement.

A propos de son trouble gaya à confirmé sa méconnaissance envers ce trouble et à déclarer que ce n'est pas le seul à avoir ce trouble et que tout le monde a un problème et qu'il n'est pas le seul

Et malgré sa gaya nous a parler du son obstacle qui est la peur de lire un mot, ou une phrase, parce que sa prend du temps et ces camarades commence à rire de la façon avec laquelle il lit «astagadhaghe adagheraghe kouleche akhattare attadhessane fli ouma dhachikhiwe itsajathane. ».

Au cours de l'entretien, notre sujet nous a révélé qu'il présente des difficultés pour s'exprimer et pour participer et il dit aussi qu'il est lent pour finir de lire et aussi pour écrire et il dit que c'est pour ça qu'il à doublé l'année il déclare « outsefakaghara zkhike laktiva ama dhelakraya dhaghen afayagi ouyidiskarayara achikhiwe »

Gaya déclare aussi que sa famille ne l'aide pas à la maison, mais il na pas de difficulté envers eux. Et aussi envers les autres il n'a pas de problème et tout passe bien

Durant l'entretien gaya nous a déclarer qu'il n'a aucune envie d'aller chez un psychologue parce qu'il va ne faire rien pour lui et il déclare qu'il va resté comme ça, concernant son état à l'école, il dit que c'est pour rien de refaire l'année.

Parce que sa ne va pas l'aider, car il déteste ses camarades de classe, il, déteste son enseignant .et il déteste aussi les études en générale que sa soit les calculs, il dicté, la lecture.....

Donc il n'aime aucune activité, et aucune matière et ce qui aime c'est les jeux vidéos

Il dit que ne sert à rien et qu'il fini toujours le dernier, donc il est nul.

Lors de l'entretien effectué avec notre sujet, il nous a révélé qu'il est toujours dérangé et il nous déclaré que c'est pour rien de resté assez et de ne pas parler donc c'est pour rien de resté à l'école

Donc vers la fin il s'est avéré un grand désespoir envers sa situation mais malgré sa il souhaite faire d'autres choses a part les études.

D'après les réponses de gaya a propos de la vision de son avenir avec la dyslexie on a remarqué que malgré l'évaluation négative de soi ne l'empêche pas d'avoir une vision optimiste envers son avenir « vghighe adafghaghe dha mecanicien ».

1-6-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (06)

« gaya »:

Echelle	Générale	sociale	familiale	scolaire	totale	Mensonge	niveau
Moyenne	15	8	4	3	30	2	Bas

Pour ce Cas, il a présenté un niveau bas d'estime de soi à un total de (30), ce qui signifie une évaluation négative de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale sont inférieure par rapport à la moyenne : $15 < 18,64$, ce qui a été apparu dans ses réponses négative dominantes sur cette échelle, en peut donner l'exemple de l'Item N°03 : Gaya a confirmé ça réponse, ce qui démontre qu'elle n'a pas une conscience de la valeur réel du Moi.

Sur l'échelle d'estime sociale marque un niveau élevé par rapport à la moyenne $8 > 5,67$. Ce qui démontre que ce cas s'adapte à son entourage avec une valeur élevé du Moi qu'elle présente sur l'échelle sociale avec des repenses qui était toutes positives.

Sur l'échelle familiale, ses scores sont inférieure à la moyenne $4 < 4,92$. Par exemple l'Item N°06 : elle a confirmé en cochant sur « Me ressemble », aussi à l'Item N°44, qui explique qu'elle ressent la négligence de la part des membres de la famille, ce qu'est confirmé à l'entretien, la négligence du père pour cet enfant.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire le niveau est bas par rapport à la moyenne 3<4,12. On peut donner l'exemple de l'Item N°02, elle a répondu par « Me ressemble », ce qui explique son incertitude de soi.

Dans l'échelle de mensonge, Gaya présente un niveau inférieur par rapport à la moyenne 2<2,38. Cela veut dire qu'il ne présente aucune attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse :

D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on a constaté que la dyslexie a une influence négative sur l'estime de soi du sujet. **1-7-cas de Mayssa :**

1-7-1 Présentation du 7^{ème} cas :

Mayssa est une fille âgée de 08 ans, avec un niveau d'étude de 2^{ème} année primaire, elle est la première ou bien l'aînée d'une fratrie de 04 enfants (02 filles et 02 garçons), son père est un conducteur de bus, et sa mère femme au foyer.

C'est lors d'une visite médicale systématique de dépistage dans son école primaire que l'orthophoniste de L'UDS a découvert son trouble (dyslexie).

1-7-2Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien a été effectué avec Mayssa, le **01-04-2014**. Au cours de l'entretien, Mayssa s'est montrée calme et compréhensif .elle décrit que le mot dyslexie est son plus grand problème, pour lire ou écrire une phrase c'est vraiment la catastrophe. Durant l'entretien notre sujet utilise un discours limité et parle peu.

Mayssa nous a parler de son soucis, qui est la peur de parlée a haute voix en face de son enseignante et ses camarades de classe, elle a déclaré « ouhamlrhara akouya adhadhraghe, maàna thachikhattiw thathatimy inaki outtehamalrhara ».

Au cours de l'entretien, notre sujet nous révèle qu'elle présente des difficultés pour s'exprimer. Que ça soit à la classe ou à la maison ,elle s'est avéré qu'elle se sent mal aise envers Ses camarades de classe , et même envers ses frères et sœurs , parce que il y'a son petit frère qu'est avec elle dans même classe .c'est ça qui cause se mal aise a la maison parce que

lui aussi il se sent gênée par sa sœur , il se moque d'elle et il a traite de mauvais nom, elle dit : « attsathhirhe adhadhrarhe ama glaclasse ama agakhame akhatar yella agma glaclasse ittsethehi yarna ittakagimiya koul asse ». Et aussi elle dit : « imawlaniwe outawkihitara dhegi ak dhe les cours iw ». Donc elle ne l'aide pas ces parents .

Durant l'entretien, Mayssa nous a déclaré qu'elle n'a aucun envie d'aller chez un psychologue et c'est l'orthophoniste qui a demandé ça pour ses parents .dans le but de l'aider à dépasser ses peurs de lire et de passer au tableau.

Concernant son état a l'école elle nous a dit que ce qui la gêne plus c'est l'existence de son frère dans la même classe, c'est pour ça la classe est l'endroit qu'elle déteste le plus au monde.

Durant l'entretien, elle nous a avouée qu'elle n'aime aucune activité et aucune matière sauf « الاشغال اليدوية »

Elle révèle qu'elle a des problèmes dans la dicté et l'écriture et aussi elle nous dit qu'elle est nulle et quelle ne sert à rien « ouzmirrara adhekhathebarhe yerna dhaghen toujours attefakarhe ttanagarourthe ». Elle décrit que ses parents ne l'aident pas et son frère aussi.

Mayssa dit qu'elle est très lente à finir ces activités, c'est pour ça qu'elle a doublée, donc elle dit « affayagi iawedhagh, et kouleche ikime kifkif ». Comme l'année dernière encore cette année et la plus grave à cause de son frère.

lors de l'entretien effectué avec notre sujet, elle nous a révélée qu'elle est toujours déranger par les moqueries de ces camarades et surtout de ses frères, et son enseignant qu'il a comparé avec son frère. « atsathhirhe amara yedatskagimen yemdoukaliw mayela dhayathema akdhachikiw assafkaaniwi akhatar ittakagimiyid seghema ».

1-7-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du cas (07) « Mayssa ».

Echelle	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge	Niveau
Moyenne	14	04	02	03	23	03	BAS

Mayssa a eu un niveau bas d'estime de soi, avec un total de (23), cela démontre qu'elle a une évaluation négative de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale sont inférieurs à la moyenne : $14 < 18,64$, ce qu'est apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. Exemple : l'Item N°03, ou il confirme d'avoir envie de changé des choses en elle. On peut expliquer cela par le fait qu'elle ne s'accepte pas comme elle est, donc elle se sous estime.

Sur l'échelle d'estime de soi sociale, le score est inférieur par rapport à la moyenne, ou elle présente $04 < 5,67$. Exemple : l'Item N°52, elle confirme qu'elle est souvent critiqué par ses camarades, cela s'explique par un sentiment d'infériorité par rapport à eux.

Aussi le score de l'échelle d'estime de soi familiale est très bas par rapport à la moyenne, il est à $2 < 4,92$. Cela confirme ses propos sur ses relations familiales, durant l'entretien. Exemple : l'Item N°44, ou Mayssa affirme que ça famille ne s'occupe pas d'elle suffisamment.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, les résultats obtenus son inferieure a la moyenne, ils sont à $03 < 4,12$. Ce qui explique son insatisfaction de son rendement scolaire.

Mayssa présente une attitude défensive vis à vis du test, ou bien un désir de donner une meilleur image de soi, ce qu'est prouvé par son niveau élevée par rapport a la moyenne : $03 > 2,38$ sur l'échelle de mensonge.

Synthèse :

D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on constate que le sujet a une faible estime de soi.

1-8- cas de Yanis :

1-8-1 Présentation du 8ème cas :

Yanis est un garçon âgé de 09 ans avec un niveau d'étude 3 eme année primaire, il est le deuxième et le dernier après sa sœur, son père est un boulanger et sa mère fait de la couture a la maison.

1-8-2 Présentation et analyse de l'entretien :

L'entretien a été effectuée avec Yanis le 08-04-2014.

Au cours de l'entretien, Yanis s'est montré mal alaise et gêné au début mais les choses en changé vers la suite.

Il décrit que le mot dyslexie présente pour lui de graves difficultés, afin de lire un mot il lui faut beaucoup du temps surtout les nouveaux mots .durant l'entretien notre sujet utilise un discours limité.

Yanis nous a parler de son problème, qui est la peur d'entrer en classe et il a déclaré aussi qu'il ne veut pas partir à l'école complètement, et il n'aime pas les études, toujours il attend les vacances avec impatience. Et à propos de son enseignant il nous a dit qu'il le déteste parce qu'il est incompréhensible. « outhibighara la classe ak adhlecole meme lakraya dhaghene attaassaghe kan les vacances, ma dhachikhiw outhatthibighara akhatar ouyidifahmara »

Au cours de l'entretien, notre sujet nous révèle qu'il présente des difficultés pour s'exprimer en classe et face de ses camarades, par contre à la maison il ne trouve aucun problème, et même aussi à la cour il ne trouve pas de problème car sa grande sœur le défend quand ses camarades lui adressent des moqueries. « outsehibighara mara thasonj la cloche akni anakhechame a la classe akhattar oussinaghe waloo ».

Durant l'entretien, Yanis nous a déclaré qu'il n'a aucun objectif d'aller chez un orthophoniste ou bien un psychologue .car il dit :« ouhricheghara ouli woumi adherohaghe sani pour rien , akhattar oussinaghe waloo thaqariyid wetma ma gdassakhenaghe maana atsegamighe akhattar satsouyahe».concernant son état à l'école , il dit « kherhaghe lecole dhakhame itsehibighe akhethare ».

Durant l'entretien, il nous a avoué qu'il n'aime aucune activité surtout les calculs, peut-être c'est une dyscalculie, et aussi il trouve des problèmes pendant la lecture d'un mot ou d'une phrase surtout d'un texte.

Il décrit que ses parents ne l'aide pas à la maison et ce qui concerne sa sœur c'est lui qui refuse à chaque fois son aide.il préfère le sport : « atsehibighe el sport surtout aljudo » comme il souffre des difficultés de compréhension et de la dictée.

Lors de l'entretien effectué avec notre sujet, il nous a révélé qu'il est toujours déranger par les moqueries de ses camarades, et de comportement de son enseignant a son égard, il dit : « ikharhiyi » (son enseignant).

Yanis dit qu'il a des difficultés pour s'exprimer et de participer en classe, parce que il est honte de lui .Il dit : « ouherichegara amarache aquithe adhenakakae idhanagharou g la classe ».Il s'est avéré qu'il ne souhaite pas rester beaucoup à l'école, et il veut quitter rapidement.

A la fin de l'entretien notre cas a révélé qu'il ne pense pas que les études est son avenir parce qu'il est nul donc aucune projection de future.

1-8-3 Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du cas (08) « yanis ».

échelle		Sociale	familiale	scolaire	totale	mensonge	niveau
	générale						
moyenne	11	04	05	02	22	04	Bas

Ce cas a présenté un niveau bas d'estime de soi, à un total de 22, ce qui signifie une évaluation négative de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale sont inférieurs par rapport a la moyenne (11) ce qui était apparu dans ses réponses négatives dominantes dans cette échelle, exemple : de l'item N°10, ou il a confirmé « me ressemble » ce qui explique que Yanis présente un désespoir et une incertitude de soi.

Sur l'échelle d'estime de soi social, son score est proche à la moyenne (04) ce qui signifie que Yanis ne présente pas beaucoup des difficultés dans le côté relationnel.

Sur l'échelle familiale, il présente un score de (05) c'est-à-dire son score est supérieur par rapport a la moyenne ce qui signifie qu'il n'a pas de difficultés dans le coté familiale .sur l'échelle scolaire, il présente un score de (02) ce qui confirme sa non satisfaction de son rendement scolaire.

Dans l'échelle de mensonges, le sujet à présenté un niveau supérieur par rapport a la moyenne 04>02 ce qui signifie une attitude défensive envers le test et le désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Synthèse :

D'après cette analyse, on constate que Yanis présente un niveau d'estime de soi bas (22) tel qu'il est indiqué dans l'inventaire de **Cooper Smith**. (Un résultat de 19 à 30 indique une estime de soi basse).

3. Discussion des hypothèses :

Durant cette étude, on a tenté d'évaluer le degré d'estime de soi chez les enfants dyslexiques, âgés entre 08 à 12 ans. Ainsi d'étudier l'influence et le rôle du soutien familial dans le développement et le maintien d'estime de soi chez cette catégorie de personne.

Après avoir présenté et interprété les résultats obtenus dans notre pratique (résultats du test d'estime de soi, et de l'entretien semi directif). On poursuit avec la phase de discussion de nos hypothèses de recherche.

A partir de l'analyse des résultats de l'entretien semi directif et ceux du test d'estime de soi, on a confirmé nos hypothèses comme suite :

Hypothèse 01 (Générale): L'enfant dyslexique développe une mauvaise estime de soi :

(06) cas sur (08) de notre population d'étude confirment cette hypothèse.

Les Cas (01) et (02), ont obtenu un score de 17 sur l'échelle de l'estime de soi, selon les classes présentés à l'inventaire de Cooper Smith (≤ 18) présentent un niveau très bas d'estime de soi. Ainsi qu'on a constaté que ces scores correspondent en grande partie avec leurs propos à l'entretien.

Le Cas (05) avec un score de 28 sur l'inventaire de Cooper Smith, ainsi que le Cas (06) qui a obtenu un score de 30. Le Cas (07) a eu 23, et finalement, le Cas (08) avec un score de 20 ; qui signifie qu'ils ont des niveaux bas d'estime de soi selon les classes présentés à l'inventaire de Cooper Smith entre (19 à 30 un niveau bas d'estime de soi).

On a constaté aussi que les scores obtenus à l'échelle d'estime de soi pour ce groupe, correspondent en grande partie avec leurs propos aux entretiens.

Donc les Cas (01), (02), (05), (06), (07) et (08) qui sont dyslexiques, ont une Bas estime de soi, ce qui veut dire une évaluation négative de soi. Ce ci reflète la souffrance psychologique de ces derniers (tristesse, de dévalorisation de soi) due à plusieurs facteurs tel que les difficultés rencontre a l'école ainsi qu'un vécu chargé de honte et de la culpabilité. Devant leurs échecs dans la lecture.

De ce fait, il nous semble que notre première hypothèse est évaluée chez la majorité des Cas (06/08).

Hypothèse 02 (partielle): Le manque du soutien familial engendre chez l'enfant dyslexique une mauvaise estime de soi :

Chez les Cas (06/08) qui se caractérisent par une estime de soi basse, on constate que leurs scores au sous échelle familiale qui varient entre (01 et 04), correspondent en grande partie leurs réponses à l'entretien.

Le Cas (01) qui a eu un score de 04 au sous échelle d'estime de soi familiale, confirme à l'entretien « ma relation avec ma mère est mauvaise... ». Donc ce Cas souffre du manque de soutien familial.

Le Cas (06) qui a un score inférieur à la moyenne ($04 < 4,92$) au sous échelle de l'estime de soi familiale, affirme à l'entretien « Papa s'en fiche de moi il m'aide pas, il me dit si tu veux révise tes leçons mais moi j'ai pas le temps... ».

Le Cas (07) avec un score de (02), très bas par rapport à la moyenne, toujours à l'échelle d'estime familiale, confirme à l'entretien « mes parents sont fâchés de moi et mes cours... ».

Le Cas (08) à l'entretien il déclare « ma mère ne s'occupe pas de moi elle est toujours dans la cuisine, elle me dit qu'elle ne comprend pas le nouveau programme, il est difficile ... », et le score très bas (02) à l'échelle d'estime familiale le confirme.

Au deuxième groupe (02/08) se caractérisent par une évaluation positive de soi. On constate que leurs scores à l'échelle d'estime de soi familiale sont élevés (5 et 6) par rapport à la moyenne (4,92).

On trouve que leurs scores sont en concordance avec leurs propos à l'entretien. Le Cas (03) affirme « ma mère fait tout pour moi, elle essaie au maximum de m'aider dans mes cours chaque jour ... ». Le Cas (04) confirme aussi « chaque soir mon père ou ma sœur me donne de l'aide à faire mes devoirs... ».

Ceci confirme l'importance du rôle du soutien familial dans l'acceptation et l'estimation de soi chez les enfants dyslexiques, ce qui confirme notre deuxième hypothèse.

D'après cette analyse, on constate que la majorité des Cas (06/08) de notre population d'étude se caractérise par une évaluation négative de soi. Et une estime de soi basse (04/06) marquée par un manque du soutien familial, et une estime de soi positive (02/08) marquée par une existence du soutien familial. Ce qui confirme en grande partie nos hypothèses de recherche. Il est à signaler que les résultats de notre recherche sont éphémère, ne peuvent pas être généralisés, car notre population d'étude ne représente pas la population mère.

Puis la majorité des cas marqués par leur refus scolaire et une inhibition des études cela évalue notre hypothèse(02).

Ce qui évalue en grande partie nos hypothèses de recherche. Il est à signaler que les résultats de notre recherche sont éphémère, ne peuvent pas être généralisés, car notre population d'étude ne représente pas la population mère.

Conclusion :

Après la présentation, l'analyse et la discussion des résultats issue de l'ensemble des outils utilisées, nous avons aboutit à la confirmation de nos hypothèses générale ainsi que partiels.

Conclusion

Conclusion :

L'estime de soi suscite l'intérêt en psychologie par son impact sur la personnalité et sur la motivation qu'elle engendre ,l'enfance est une étape importante de consolidation dans un processus continu de valorisation de soi construit depuis la naissance (**Rodriguez Tomé1997**).

L'objectif de notre étude est de cerner l'influence de la dyslexie sur l'estime de soi de l'enfant ayant des difficultés d'apprentissage du langage écrit .et pour la réalisation de ce travail nous avons choisi une population de huit (08) cas au niveau de l'U D S Mohammed Boudiaf sis à Tazmatt que nous avons interrogé par l'intermédiaire de échelle de Cooper Smith grâce à cette technique on a pu déduire que la dyslexie peut être un facteur qui contribue à une baisse estime soi chez ses enfants .

Aussi on a fait appel a l'entretien clinique plus précisément l'entretien semi –directif et ça vu l'intérêt et la qualité des informations qu'on a cherché.

Après la passation du test de l'estime de soi de Cooper Smith on a constaté que l'enfant ayant des difficulté au niveau de l'apprentissage de langage écrit et/ou oral ce caractérise par une évaluation négative de son image de soi dans toute les sous échelle de test(général-familial –social –scolaire).

Il est a dire aussi que la dyslexie peut avoir de très importantes répercussion chez l'enfant ,car les enfants dyslexique relève d'abord d'un problème médical qui devient éducatif puis social .En clair le problème est médico-socio-éducatif, ces répercussions sont plus graves si la dyslexie est méconnaissant ,plus reconnu celle-ci peuvent être atténué si la dyslexie est dépisté très précocement, ce qui permis une prise en charge éducative d'autant plus efficace que l'enfant est plus jeune .

Les résultats obtenus ont confirmés notre hypothèse.

Pour conclure , l'estime de soi que l'enfant opte sur lui-même à inévitablement une répercussion sur ces performances ,donc l'enfant dyslexique a besoin d'une estime de soi élevé pour réussir a mieux surmonter ces difficultés tant qu'il s'aime au tant qu'individu , sa lui permis de ne pas se démoraliser devant une difficulté ou un échec. L'image qu'il a de lui s'améliore il se renvois donc une image positive de lui-même, donne une portée dans l'avenir

Conclusion

avec ses performances et compétences, pour finir sa confiance en ses capacités et connaissances de soi augmente, ils se sont plus aptes à réaliser des travaux, et avoir le souhait dans sa vie sociale et professionnelle.

Donc il est nécessaire qu'une solution soit apportée parmi les enfants sortant du système scolaire, le tiers d'entre eux présentent des troubles d'apprentissage scolaire qui pouvant être rééduqués efficacement. Cela permettrait ainsi de diminuer significativement le taux important d'échec scolaire retrouvé et de réaliser des substantielles économiques tout en créant des emplois productifs.

Cette recherche sera une contribution modeste à de nouvelles études ultérieures, qui pourront compléter nos résultats, ciblant d'autres variables telles que le vécu psychologique des enfants dyslexiques, le profil socio-affectif de ces enfants.

Bibliographie

Les ouvrages :

1. André, C, Lelord, F, 2007 « *l'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres* » éd Odile Jacob paris.
2. Anne, (c), Debray, « *la psychologie de l'enfant* », édition clavier bleu, paris, 208.
3. Anne, (v), Françoise, « *les dyslexies : décrire, évaluer expliquer* » éd Masson 2001.
4. Bernard, (j) « *comprendre et aider l'enfant dyslexique*», Dunod ,2005
5. Bruner, J, « *comment les enfants apprendre à parler* » paris éd Retz, 2000.
6. Centre de Psychologie Appliquée, L'inventaire d'estime de soi de Soï de Cooper Smith, Paris, Ed de Centre de Psychologie Appliquée, 1984.
7. Chahraoui Khadija, Herve Benony,« *Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique* », Dunod, Paris, 2003.
8. Chiland, C, L'entretien clinique, Paris, PUF, 1983. 11-LEALLE, H, MELIER, D, psychologie et développement (enfance et adolescence), Paris, Dunod, 2002.
9. Claire Nadolski et Aurélie Nocer, « *La dyslexie à l'école primaire* ».
10. Cottraux, J, 2006, « *Les thérapies comportementales et cognitives* », Masson, Paris.
11. Delphine Martinot, 1995, « *le soi* », presse universitaire de Grenoble.
12. Francine, l, Janine, f, «*neuropsychologie de l'enfant*, », troubles développementaux et de l'apprentissage, Dunod, paris 2005.
13. Inpes, (institut national de prévention et d'éducation pour la sante) 2004.
14. Jeffrey Nevid, Spencer Rathus, Beverly Greene, «*Psychopathologies*», Pearson education, France, 2009.
15. L'ecuyer, A, « *Le concept de soi* », Paris, PUF, 1^{ER} Ed, 1978.
16. Liliane,(s),Charolles,(c) «*lecture et dyslexie*» Dunod ,paris 2003.
17. Marc(d) «*l'évolution du langage chez l'enfant : de la difficulté au troubles*» édition.
18. Pialonia, (m),valtat,(g),freyss,(f) , «*précis d'orthophonie*» Masson ,paris ,1975.
19. Saint Paul, « *estime de soi, confiance en soi* », Paris, inter édition, 1999.

20. Serge(b) « *l'enfant et la peur d'apprendre, édition* » Dunod, 2004.
21. Bariaud, F., & Bourcet, C. (1998). L'estime de soi à l'adolescence. In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp. 125-146). Delachaux et Niestlé : Lausanne.
22. Bouissou, C. (1998). Valorisation de soi et positionnement de soi chez les pré-adolescents. In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp. 147-163). Delachaux et Niestlé : Lausanne
23. Cooley, C. (1902). Nature humaine et ordre social. La signification du "je". In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp. 33-45). Delachaux et Niestlé : Lausanne.
24. Harter, S. (1998). Comprendre l'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent : considérations historiques, théoriques et méthodologiques. In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp. 57-81). Delachaux et Niestlé : Lausanne.
25. Lamia, A. (1998). L'estime de soi chez les enfants français de 6 à 10 ans. Différence d'appréciation selon le sexe et l'âge. In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp. 107-123). Delachaux et Niestlé : Lausanne.
26. Gohier, C. (1990). Le concept d'identité depuis William James. *Revue québécoise de psychologie*, 11, n°1-2, 107-125.
27. de Léonardis, M., & Oubrayrie, N. (1995). Estime de soi sociale et positions à l'égard des parents de l'enfance à l'adolescence. In Y. Prêteur, & M. de Léonardis (Eds). *Education familiale, image de soi et compétences sociales* (pp. 235-247). de Boeck Wesmael : Bruxelles.
28. de Léonardis, M., & Lescarret, O. (1998). Estime de soi, pratiques éducatives familiales et investissement de la scolarité à l'adolescence. In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp. 217-232). Delachaux et Niestlé : Lausanne.
29. Perron, R. & Perron-Borelli, M. (1994). *L'examen psychologique de l'enfant*. Puf : Paris.
30. Pierrehumbert, B., Tamagni Bernasconi, K., & Geldof, S. (1998). Estime de soi et alternatives pédagogiques. In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp. 183-194). Delachaux et Niestlé : Lausanne.

31. Prêteur, Y., & Vial, B. (1998). Estime de soi scolaire et métier d'élève. In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementale* (pp.19-215). Delachaux et Niestlé : Lausanne,
32. Rodriguez-Tomé, H., & Bariaud, F. (1987). *Les perspectives temporelles à l'adolescence*. Puf : Paris.
33. Tap, P. (1998). Préface. In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp. 9-30). Delachaux et Niestlé : Lausanne.
34. Winnicott, D.W. (1956). *La mère suffisamment bonne*. Payot : Paris.
35. Jendoubi, V. (2002). Estime de soi et éducation scolaire. *Office de recherche et de documentation* <http://www.ordp.vsnet.ch/fr/resonance/2002/novembre/Jendoubi.htm>
36. Pelletier, E. (2006). Association Québécoise des Psychologues Scolaires :<http://www.aqps.qc.ca/public/publications/bulletin/12/12-3-06.html>
37. Prêteur, Y. (2002). Développement de l'estime de soi et réussite scolaire :<http://www.ordp.vsnet.ch/fr/resonance/2002/novembre/Preteur.htm>
38. Tap, P. (1998). Préface. In M. Bolognini, & Y. Prêteur (Eds). *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp. 9-30). Delachaux et Niestlé : Lausanne.
39. Guichard, J., & Huteau, M. (1997). L'école et les intentions d'avenir professionnelles des adolescents. In H. Rodriguez-Tomé, S. Jackson, & F. Bariaud (Eds). *Regards actuels sur l'adolescence* (pp. 207-233) PUF : Paris.

Les Dictionnaires

1. Antoine (C), Delesalle (T), « *Dictionnaire médicale* », Larousse, 2003.
2. Catherine, (c), Emmanuelle, (l) «*Dictionnaire d'orthophonie* », Ortho, 2004.
3. Dictionnaire fondamentale de la psychologie, sous la direction de : H Bloch, E Depret, Gallo, PH Garnier, M D Gineste, P Leconte, J F Leny, J Postel, M Reuchlin, Larousse, France, 2002.
4. Le Grand dictionnaire de la psychologie, Paris, Larousse, 2000.
5. Norbert Sillamy, « *Dictionnaire de psychologie* », Larousse VUEF, 2003.
6. Roland CH, Bernard V, « *Dictionnaire de la psychanalyse* », Larousse, Paris, 2002.

Les revues :

1. Guérin F et Famose J-p. (2005), « *le concept de soi physique* », In bulletin de psychologie n° 274, 58(1), p 1-16.
2. Larivey. M. (2002), L'estime de soi, in, magazine électronique, « *La lettre du psy*», Volume 6, No 3c: Mars. p3-4.

Annexes

Annexe n°I :

-Le guide d'entretien :

Informations personnelles :

- prénom
- Sexe.
- Age.
- Niveau d'étude
- Nombre de la fratrie
- rang dans la famille (ainée, cadet, benjamin)
- La profession des parents.

Informations sur le trouble :

- Que représente pour vous le mot dyslexie ?
- Pouvez-vous nous parler de votre problème ?
- Est-ce que vous avez du mal à vous exprimer ?
- Est-ce que vous vous sentez différent des autres enfants de votre âge ?
- Quels est votre objectif de consulter l'orthophoniste et le psychologue ?

Information sur l'école :

- est ce que vous êtes aise a l'école ?
- Est-ce que vous aimez les activités que votre enseignant vous propose?
- En cours quels sont vos problèmes ?expliquez nous avec des exemples ?
- Est-ce que vos parents vous aident dans vos cours?
- Est-ce que vous avez doublé une classe ?ci c'est oui dites nous pourquoi ?
- Quelles sont vos matières préférées, et celles que vous n'aimez pas, on citant les difficultés rencontrés ?
- Est-ce que parfois vous vous sentez humilié ?
- Est-ce que vos camarades se moquaient de vous ?
- Est-ce que vous avez honte de parler, et de participer en classe à cause de votre difficulté ?

- Quelle est votre opinion par rapport à votre situation?
- Est-ce que vous souhaitez de modifier votre état si vous avez le pouvoir ?

Projections vers l'avenir :

- Que souhaitez-vous à l'avenir ?
- Quelles sont vos projets personnels pour l'avenir?

Annexe 02 : L'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

La consigne : Lisez attentivement les consignes avant de répondre.

- 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.

	Me ressemble	Ne me ressemble
1. En général, je ne me fait pas de souci.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A la maison, j suis facilement contrarié.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En, général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je cède très facilement aux autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mes parents attendent trop de moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. C'est très dur d'être moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Me ressemble	Ne me ressemble pas

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. J'ai généralement une influence sur les autres..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Mes parents me comprennent..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. En classe, je me laisse souvent décourager..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Les autres ne me font pas souvent confiance..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Je ne suis jamais inquiet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Je suis assez sûr de moi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Je plais facilement..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. J'aimerais être plus jeune..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Je fais toujours ce qu'il faut faire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Je suis fier de mes résultats scolaires..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Je regrette souvent ce que je fais..... | | |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 36. Je ne suis jamais heureux..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Je fais toujours mon travail de mieux que je peux..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Je suis assez content de ma vie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. J'aime tout les gens que je connais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. J'aime être interrogé en classe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Je me comprends bien moi –même..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. On ne me fait jamais de reproches..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. En classe, je ne réussi pas bien que je voudrais..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être fille/garçon..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Je ne suis jamais intimidé..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. J'ai souvent honte de moi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Les autres viennent souvent m'embêter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Je dis toujours la vérité..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Je me moque de ce que peut m'arriver..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Je réussis rarement à ce que j'entreprends..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. Je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |