



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

République Algérien Démocratique et Populaire

Université Abderrahmane mira Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vu l'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option : psychologie clinique

L'estime de soi chez les jeunes diabétiques

___ Etude de quatre (04) inscrits à l'université Abderrahmane mira de Bejaia, au
niveau du EUP centre médical de l'université de Bejaia ___

Réalisé par :

- Melle CHABANE Saliha

- Melle BOUDJENNAD Lynda

Sous la direction de :

Monsieur « LEKHAL Tarek

Samir »

Promotion : 2017/2018

Thème

*L'estime de soi chez les étudiants
diabétiques*

*Étude de quatre (04) inscrits à l'université Abderrahmane Mira de Bejaia ; au niveau du
(EUP) centre médical de l'université *

Remerciement

*En préambule à ce mémoire nous tenons tout d'abord à remercier le bon Dieu le
tous puissant, qui nous a aidé et donné la patience et le courage durant ces
longues années d'étude pour accomplir ce modeste travail*

*Surtout nous tenons à remercier très chaleureusement notre encadreur
« LAKHAL Tarek Samir », qui nous a permis de bénéficier de son encadrement,
pour ses précieux conseils, son aide et son orientation, qui ont constitué un
rapport considérable durant toute l'année sans lequel ce travail n'avait pas pu
être mené*

*Sans oublier nos remerciements les plus sincères à notre encadreur sur le
terrain, le docteur « Bouraoui Kamel » pour sa disponibilité et son soutien*

*Nos pensées vont à tous les étudiants diabétiques en leur souhaitant un bon
rétablissement*

*Nos vifs remerciements vont également aux membres du jury, pour
l'intérêt qu'ils ont portés à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail*

*A nos familles et nos parents, qui par leurs contributions, soutien, prières et
encouragement, on a pu surmonter tous les obstacles*

*Ces remerciements vont aussi au corps professoral et administratif de la faculté
des Sciences sociales, pour la richesse et la qualité de leurs enseignements et qui
déployent de grands efforts pour assurer à leurs étudiants une
formation actualisée*

*Sans oublier d'adresser un grand merci à nos enseignants tout au long de notre
cursus universitaire ; nous vous serons reconnaissantes à vie*

*Enfin, nous tenons également à remercier tous les personnes, amis, proches qui
ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire*

Merci à tous et à tous.

Dédicace

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, Le respect, la reconnaissance aussi, c'est tout simplement que
Je dédie ce modeste travail*

A mes chers parents,

Ma mère, qui a œuvré pour ma réussite, de par son amour, son soutien, tous les sacrifices approuvés et ses précieux conseils, pour toute son assistance et sa présence dans ma vie

Mon père, qui peut être fier et trouver ici le résultat de longues années de sacrifices et de privations pour m'aider à avancer dans la vie. Puisse Dieu faire en sorte que ce travail porte son fruit

A ma chère grand-mère, et mon grand père que Dieu l'accueille dans son vaste paradis

A mes chères sœurs « Zouba ; Lila ; Lamia ; Siham ; Najete ; Radia ; Assia » pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral

A mon cher frère, « Abdeslam » et son épouse « Fatima », pour leurs appuis et leurs encouragements

A ma cher nièce « Félicia » et mon cher neveu « Ayeman »

A mon bien aimé qui m'a soutenue tout au long de mon parcours universitaire, A tous mes amis, avec qui j'ai partagé une salle, un amphi, un café, un repas, tout au long des cinq années

A ma binôme Lynda

*A toute ma famille, et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce mémoire soit réalisable
A tout ce qui porte le nom « Chabane »*

Je vous dis merci.

Saliha

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

*A mes très chère parents pour leurs soutien leur encouragement
leur amour chaleureux qui mon ouvertes les portes du savoir Que
dieu leur procure bonne santé et longue vie*

Ainsi mes frères et mon unique petite sœur :

Juba avec lui j ne connais ni la fatigue ni abondance

Messi avec lui j connais le vrais sens du mot courage

*Anais ma perle rare qui m'éclaire avec ces mots plein d'espoir elle
me dit souvent « fait de ton mieux Dieu est avec toi »*

A mon oncle farid qui m'encourage malgré la distance de pays

*Sans oublié ma grand mère kamir et mon cousin Yanis à mes
deux grands père achour et belaid paix à leur âmes*

*A ma cousine qui est à la fois une sœur et une copine de chambre
mes remerciements pour sa présence de toujours*

*A toute la famille boudjennad en générale pour leur soutien tout
au long de mon parcours universitaires*

À ma binom

*Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce
projet soit possible, je vous dis merci.*

Lynda

Sommaire

Introduction générale

01

Chapitre I : le cadre méthodologique de la recherche

1. Problématique de la recherche	04
2. Les hypothèses	08
3. Définition et opérationnalisations des concepts	09
4. Les objectifs de la recherche	11

La partie théorique

Chapitre II : l'estime de soi

Préambule	13
1. L'école de l'estime de soi, une brève histoire	14
2. Le bilan de votre image	21
3. Les principales caractéristiques du concept soi	28

4. La différence entre l'estime de soi et le concept soi	28
5. La différence entre l'estime de soi et la confiance en soi	29
6. Les caractéristiques d'une personne qui s'estime	29
9. les différentes dimensions d'estime de soi	36
10. les composantes de l'estime de soi	36
11. le développement de l'estime de soi à travers les âges de la vie	38
12. les théories de l'estime de soi	42
13. les facteurs de l'estime de soi	46
14. les deux conceptions de base de l'estime de soi	46
15. les conséquences d'un manque d'estime de soi	48
16. la formation et la modification de l'estime de soi	50
17. le niveau d'estime de soi selon l'âge et le sexe	51
18. les indicateurs de l'estime de soi	52
19. les symptômes de souffrance de l'estime de soi	57
20. L'évolution de l'estime de soi	60
Synthèse générale	62

Chapitre III : le diabète

Préambule	63
1. Définition du diabète	63
2. La classification internationale du diabète	64
3. L'origine du diabète	64
3.1. Facteur génétique prédisposant	64
3.2. Facteurs environnementaux initiant le processus auto-immun	64
3.3. Processus auto-immun	65

4. le diabète de type 1	66
4.1. Physiopathologie du diabète de type 1 (insulinodépendant)	66
4.2. Les facteurs de risque et causes du diabète de type	66
4.3. Les signes et symptômes du diabète de type 1	66
4.4. Le diagnostique et traitement du diabète de type 1	67
5. Le diabète de type 2 (non insulinodépendant)	68
5.1. Physiopathologie du diabète de type 2	68
5.2. Les facteurs de risque et causes du diabète de type 2	69
5.3. Les signes et symptômes du diabète de type 2	70
5.4. Traitement du diabète de type 2	70
6. Le diabète en Algérie	71
7. Evolution du diabète	72
8. Les troubles psychologiques liés au diabète	73
9. L'acceptation de la maladie	75

La partie pratique

Chapitre IV : la démarche de la recherche et les méthodes utilisées

Préambule	77
1. La démarche de la recherche	77
1.1. La prés-enquête	77
1.2. La description de lieu du stage	79
1.3. La présentation des cas d'études	79
1.5. La sélection des cas d'études	80
2. Les méthodes utilisées	81
2.1. La méthode descriptive	81

Chapitre V : les techniques utilisées et leurs analyses

Préambule	85
I. techniques utilisées	85
1. l'entretien clinique de recherche	85
1.1. Définition de l'entretien clinique	86
1.2. L'entretien semi-directif (semi-structuré)	86
1.3. L'attitude du clinicien l'or de l'entretien	87
1.4. Le guide d'entretien	88
2. les échelles d'évaluations	89
2.1. échelle de l'estime de soi de Cooper Smith	89
2.2. 2.2. Définition de l'inventaire d'estime de soi	90
2.3. 2.3. Le rôle capital de l'inventaire de Cooper Smith	90
2.4. 2.4. La description de l'inventaire d'estime de soi	91
II. l'analyse des techniques utilisées	95
1. L'analyse de l'entretien clinique	95
1.1. La santé physique	95
1.2. Les renseignements relatifs à l'estime de soi	95
2. l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith	95
2.1. La correction	95
2.2. La cotation	97
2.3. L'interprétation	98
2.4. La validation	100

Analyse et interprétation des résultats

Préambule	101
I. Modalités des cas d'étude et déroulement des entretiens	101
1. présentation générale du cas 01	102
1.1. L'analyse de l'entretien clinique du cas 01	102
1.2. La santé physique du cas 01	102
1.3. Les renseignements relatifs à l'estime de soi du cas 01	105
1.4. L'analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 01	106
Synthèse du cas 01	108
2. Présentation générale du cas 02	109
2.1. L'analyse de l'entretien clinique du cas 02	109
2.2. La santé physique du cas 02	109
2.3. Les renseignements relatifs à l'estime de soi du cas 02	111
2.4. L'analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 02	111
Synthèse du cas 02	113
3. Présentation générale du cas 03	114
3.1. L'analyse de l'entretien clinique du cas 03	114
3.2. La santé physique du cas 03	114
3.3. Les renseignements relatifs à l'estime de soi du cas 03	116
3.4. L'analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 03	117
Synthèse du cas 03	119
4. Présentation générale du cas 04	120
4.1. L'analyse de l'entretien clinique du cas 04	120
4.2. La santé physique du cas 04	120
4.3. Les renseignements relatifs à l'estime de soi du cas 04	121
4.4. des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 04	122
Synthèse du cas 4	123

Chapitre VII : discussion des hypothèses

1. Arrangement générale des cas	125
2. Discussion des hypothèses	128
2.1. Hypothèse générale	128
2.2. Hypothèses partielles	128
Synthèse générale	131
<hr/>	
Conclusion générale	134
<hr/>	

Bibliographie

Annexes

1. La liste des tableaux

18. les indicateurs de l'estime de soi	51
18.3. Tableau représentant image et estime de soi	55
1.3. Présentation des cas d'étude	78
1.3.1Sélection de notre population d'étude	79
Tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'études	79
2. les échelles d'évaluations	88
2.1. L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith	98
Tableau représentant la forme scolaire de l'inventaire de Cooper Smith	91
Tableau récapitulatif des différentes échelles de l'estime de soi et leurs scores généraux	92
2. l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith	94
2.1. La correction de l'échelle de l'estime de soi	94
Tableau représentant la grille de correction de l'inventaire de Cooper Smith	95
2.2. La cotation	96
Tableau représentant les valeurs et les caractéristiques des sous échelles	97
2.3. L'interprétation	97
Tableau représentant les valeurs et les caractéristiques des sous échelles	97
Tableau représentant les classes et les limites de l'échelle de Cooper Smith	98
Analyse des résultats totaux de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith	103
1.4. Analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 01	104
Tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 01	104
2.4. Analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 02	109
Tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 02	110
3.4. Analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du ca 03	115
Tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 03	115

Analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 04	121
Tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 04	121
1. Arrangement générale des cas	123
Tableau résumant les résultats de l'échelle de Cooper Smith pour les quatre cas	123
Tableau représentant les valeurs et les caractéristiques des sous échelles pour les quatre cas d'après l'échelle de Cooper Smith.	125
2. Discussion des hypothèses	126
Tableau récapitulatif les hypothèses infirmées et les hypothèses confirmées pour les quatre cas d'après les résultats de l'échelle de Cooper Smith	129

2. la liste des figures

2.2. le soi

23

Figure N° 01 : modèle théorique du concept de soi

25

2.1. l'estime de soi

21

Figure N°02 : cycle dynamique de l'apprentissage

22

Introduction

Générale

Introduction

Très longtemps en Occident, l'humilité a été un idéal. « Kant » pouvait ainsi écrire : « *L'amour de soi*, sans être toujours coupable, est la source de tout mal ». Puis l'individu est devenu la valeur primordiale de nos sociétés, et avec lui son ego. Si Pascal pouvait écrire « Le moi est haïssable », quelques siècles plus tard, la formule était ironiquement complétée par Paul Valéry : « ... mais il s'agit de celui des autres ». L'estime de soi est aujourd'hui devenue une aspiration légitime aux yeux de tous, considérée comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive. La question de l'estime de soi s'est même avérée décrite qu'il s'agissait d'une priorité éducative et sociale de premier ordre, soulignant que « le manque d'estime de soi joue un rôle central dans les difficultés individuelles et sociales qui affectent notre état et notre notion ».

L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité pour nous sentir bien dans notre peau, la plupart d'entre nous avons besoin d'être aimés et appréciés et de nous sentir compétents. Ce besoin de valorisation aux yeux des autres guide plusieurs de nos activités. On s'accorde aujourd'hui pour dire que l'estime de soi, définie comme étant l'évaluation globale de la valeur de soi, c'est-à-dire le degré de satisfaction de soi-même, constitue à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale. En d'autres termes, l'estime de soi se construit progressivement (elle n'est pas innée) et son développement représente un processus dynamique et continu, si bien que si l'estime de soi semble être socialement déterminée, au niveau psychologique elle s'opère à travers des processus d'identification, d'intériorisation et d'appropriation. (Jendoubi, 2002)

« Avoir une bonne estime de soi, ce n'est pas avoir la tête enflée ou se prendre pour quelqu'un d'autre. C'est plutôt se connaître suffisamment bien

pour pouvoir utiliser ses forces personnelles tout en ayant une vue assez juste de ses limites. C'est pouvoir faire face aux difficultés de la vie en croyant fermement en soi, sans se faire d'illusion et sans cultiver le sentiment de devoir être le meilleur au monde, favoriser l'estime de soi Association »

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»

Les maladies chroniques sont définies comme des maladies de longue durée qui ne se résolvent pas spontanément et pour lesquelles il n'existe pas de cure complète. La plupart de ces maladies sont évitables ou peuvent à tout le moins être retardées si l'on modifie des facteurs de risque en cause. Chez les jeunes, les maladies chroniques ayant les plus forts taux de prévalence sont l'asthme et le diabète. (Portrait de santé pdf, 2010)

Le diabète sucré est une affection du métabolisme caractérisée par l'augmentation du taux de sucre sanguin (hyperglycémie), qui perturbe le métabolisme des hydrates de carbone, des graisses et des protéines. L'affection est due à une défaillance de la sécrétion d'insuline, de l'action de l'insuline ou des deux. (Johan & Patricia, 2007)

Un diabète non maîtrisé a de graves conséquences pour la santé et le bien-être. Le diabète et ses complications grèvent par ailleurs sérieusement les finances des patients et de leur famille, ainsi que l'économie des nations.

Sans accès à de l'insuline à un prix abordable, les diabétiques dont la survie dépend de l'insuline sont sacrifiés. Le diabète gagne du terrain. La prévalence du diabète. Longtemps l'apanage des pays nantis, progresse régulièrement partout, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire.

Le traitement du diabète insulino-dépendant repose sur l'injection d'insuline, et le diabète non insulino-dépendant repose sur les mesures d'hygiène et diététiques et les médicaments en comprimés, aussi les médicaments injectables qui sont un traitement difficile à suivre par des étudiants diabétiques.

Durant notre travail de recherche, on va étudier la notion de l'estime de soi, ainsi des généralités sur le diabète. Cela en reliant entre ces deux variables dans ; la variable indépendante (le diabète) qui influence sur la variable dépendante (l'estime de soi). Pour l'objectif d'évaluer l'impact du diabète sur l'estime de soi chez les étudiants affecté par cette maladie.

Pour cela on a organisé notre travail selon les chapitres suivants :

Chapitre I : le cadre méthodologique de la recherche.

Chapitre II : l'estime de soi.

Chapitre III : le diabète.

Chapitre IV : la démarche de la recherche et les méthodes utilisées.

Chapitre V : les techniques utilisées et leurs analyses.

Chapitre VI : analyse et interprétation des résultats.

Chapitre VII : la discussion des hypothèses.

Chapitre 1

Le cadre méthodologique de la recherche

1. La problématique

Durant notre recherche exploratoire, on vise à évaluer l'impact du diabète sur l'estime de soi des étudiants affectés par cette maladie chronique. Ainsi leurs rapports à cette dernière, pour analyser comment ils gèrent leurs pathologies qui distinguent leurs quotidiens. Ces étudiants attendent peuvent avoir un impact sur leurs estimations de soi si la maladie est mal acceptée.

L'être humain est doté d'une estime de soi essentielle et originelle, qu'il perd peu à peu au fil de sa navigation, dans les méandres de la méfiance et du désir de contrôler les variables qui le dépassent ; quelle que soit son habileté à naviguer sur internet ou à s'occuper des différentes tâches, afin de compléter ses vides. Dans notre prétendue ère du savoir et de l'information. La mission de notre vie consiste en partie à assumer la responsabilité d'enrichir notre santé, notre bonheur, notre engagement et nos efforts dans le monde qui nous entoure et en nous-mêmes. C'est quand nous y arrivons que nous augmentons notre véritable estime de soi. (Simon&Arsenaul, 2009).

L'estime de soi est un processus qui se construit tout au long de notre vie. Ce n'est pas le cadeau de naissance que nous aurions reçu ou non, mais un jardin qui se cultive et d'entretien au fil des ans. L'estime de soi est la relation que nous entretenons avec nous-mêmes. Elle n'est jamais établie définitivement, elle se développe tout au long de notre vie avec les expériences que nous vivons et la maturité que nous gagnons. Nous évoluons parce que le monde évolue, parce que l'environnement est de plus en plus mouvant, parce que les turbulences font partie de la vie, parce que les réussites comme les échecs nous permettent de grandir. (Couzon & Nicoulaud, 2012).

Selon « Cooper Smith » le terme estime de soi renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes, quelles que soient les circonstances. C'est, en

ce sens, une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle).

Quoi qu'il en soit, chacun se voit comme un être valable ou non, « bon » ou « mauvais » ; chacun s'aime ou non dans une mesure variable et a de soi-même une opinion plus ou moins élevée, selon les expériences positives ou négatives qu'il a vécues et sa façon de réagir aux événements. Tout cela peut s'ajouter la pathologie, la sobriété, l'arrogance, le drame, à des degrés qui varient en fonction des différences individuelles (Simon & André, 2009)

En Partant de l'estime de soi vers le diabète, une pathologie qui peut être considérée comme une gravité ou un obstacle pour certains individus, en particulier chez les étudiants diabétiques. Ces derniers ont toujours des difficultés à vivre librement et tranquillement accompagnés de leur pathologie chronique et invisible. Cette dernière a toujours été un malheur dans leur vie, ce qui les empêche à être heureux, stable et digne d'énergie. Le diabète est souvent mal vécu en ce qu'il suppose une situation d'infériorité du malade, un sentiment de dépendance, de faiblesse, de vulnérabilité. Le diabétique vit mal l'atteinte à son intégrité physique et, bien souvent, il souffrira de déprime par manque d'espoir et de vision claire. Ces étudiants diabétiques ressent toujours un vide à l'intérieur ; c'est pourquoi ils n'arrivent pas à s'occuper des activités hors de leur scolarités : ils sont tout le temps coupable ; insatisfaisants et envie d'être seul ; avec des sentiments d'infériorités et d'incapacités entourés par des pensées erronées.

Au niveau de la wilaya d'Alger, il y a environ 30,000 diabétiques.

Tandis que pour d'autres étudiants atteints par cette maladie, ils sont tout le temps mouvants, leurs diabètes n'ont jamais été un obstacle pour eux. Ils veulent faire oublier leurs soucis en penchant sur des choses qui les rendent heureux, stables et équilibrés ; telles que les activités sportives au sein de leur universités, les sites internet ; les sorties accompagnés de leurs collègues ; ainsi s'occupés des formations comme des rajouts à leur spécialités ; tout cela est marqué comme un avantage pour eux, afin de faire disparaître leurs souffrances en passant tout le temps sur leurs pathologies et de se sentir différents de leurs collègues.

Parmi les maladies chroniques qui touchent les gens, il y a le diabète. Cette pathologie pose un certain nombre de difficultés d'ordre psychologique et physique. Nous nous sommes intéressés à étudier l'impact de cette pathologie sur la valeur de l'estime de soi chez les étudiants diabétiques.

« Le diabète est une maladie caractérisée par la présence d'un taux de sucre (glucose) anormalement élevé dans le sang, conséquence d'une carence absolue en insuline ». C'est une maladie chronique et invisible qui nécessite un traitement permanent : des injections d'insuline, un équilibre alimentaire et un contrôle régulier des glycémies. (Chabot & Blanc, 2002).

L'O.M.S. (Organisation mondiale de la santé) définit ainsi le diabète : "Est dit diabétique un sujet présentant une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,24g de glucose dans un litre de sang et/ou 2g de glucose dans un litre de sang deux heures après absorption d'une charge glucosée par voie orale supérieure. (Jean & Dangles, 1998)

Se piquer donc tous les jours et limiter son alimentation lorsque les envies sont là, c'est intolérable, accentué par l'impuissance à comprendre et l'horrible sentiment d'être incomprise, alors gérer cette maladie qui impose des

complications c'est vraiment insupportable, c'est ainsi qu'une absence de la visibilité du diabète implique d'avantage des difficultés à reconnaître l'affection, donc à s'adapter à la vie. Pendant la période de la scolarisation, l'étudiant diabétique va prendre conscience qu'il –elle doit apprendre à vivre sa maladie. C'est aussi que l'institution scolaire peut lui apporter du soutien en lui permettant de poursuivre sa scolarité à l'aide de certains aménagements et dans de bonnes conditions, afin de mieux préparer son avenir.

Une personne atteinte de diabète doit intégrer sa maladie dans son mode de vie quotidienne. Les glycémies doivent être contrôlées plusieurs fois par jour ; les injections doivent être faites à des périodes précises de la journée ; la personne doit être attentive aux signes précurseurs d'une hyper ou une hypoglycémie et un régime alimentaire doit être respecté. Toutes les contraintes liées au traitement du diabète vont influencer la vie de la personne et de son entourage. « La maladie est plus qu'un corps véhicule de symptômes, plus qu'un rôle à assumer temporairement, plus qu'un simple comportement, elle est un mode de vie. » (Saillant, 1988)

Dans notre travail de recherche nous voulons savoir ***Dans quelle mesure le diabète en tant que maladie chronique peut influencer la valeur de l'estime de soi chez les étudiants diabétiques ?***

2. Les hypothèses

2.1. Hypothèse générale

- ❖ Le diabète a une influence significative sur l'estime de soi des étudiants diabétiques.

2.2. Hypothèses partielles

- Sur le plan général les étudiants diabétiques manifestent une estime de soi basse.
- Sur le plan social les étudiants diabétiques manifestent une estime de soi basse.
- Sur le plan familial les étudiants diabétiques manifestent une estime de soi basse.
- Sur le plan scolaire les étudiants diabétiques manifestent une estime de soi basse.

3. Définition et opérationnalisation des concepts clés

3.1. Définition des concepts clés

- **l'estime de soi**

L'estime de soi est l'un des concepts psychologiques les plus souvent vulgarisés de notre temps, sans doute parce qu'elle nous aide à comprendre le périple de notre vie à la recherche du bonheur. L'estime de soi est donc un trait de caractère souhaitable et positif, à plus forte raison quand elle est bien équilibrée et qu'elle ne confine ni la haine de soi ni au narcissisme. (Simon, Dolan & André, 2009).

- **Le diabète**

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une augmentation de la glycémie (taux de sucre dans le sang) au-dessus de la valeur normale. (Johan, 2007)

3.1. Opérationnalisations des concepts clés

- **Opérationnalisation positive de l'estime de soi**

- Avoir des idées claires sur soi même.
- Parler du soi même de la manière tranchée et positive.
- Tenir sur soi –même un discours plus cohérent et un jugement stable.
- Avoir une plus grande confiance en soi, ses valeurs, et ses opinions, à coté des relations plus satisfaisantes avec les autres.
- Acquérir une meilleure connaissance de ses talents et de ses habilités, et avoir une vie plus équilibrée, une meilleure santé psychologique.

-
- Prendre des décisions plus satisfaisantes et devenir plus habile à solutionner ses problèmes pour atteindre ses buts, se réaliser et réussir.
 - Etre mieux avec soi-même.
 - Développer une amélioration continue de sa vie.

- **Opérationnalisation négative de l'estime de soi**

- Avoir du mal à se connaître.
- Parler du soi d'une façon neutre et se d'écrire d'une manière plus modérer, flou et incertaine.
- Tenir sur soi-même un discours contradictoire
- des jugements sur soi même peu stable.
- l'estime de soi conditionne la confiance du sujet en lui-même et ses compétences à se soigner.

- **Opérationnalisation du diabète**

De façon générale, grandir et s'épanouir avec une maladie chronique telle que le diabète est vraiment difficile, il a un impact sur la construction identitaire du sujet. Le diabète se caractérise donc par

- Une hyperglycémie, c'est à dire un taux de sucre (glucose) trop élevé et l'urine.
- Le taux de sucre sanguin est contrôlé par l'insuline, une hormone fabriquée par le pancréas.

L'insuline incite les cellules de l'organisme à capter le sucre.

4. Les objectifs de la recherche

Dans tous les domaines d'étude chaque travail de recherche mise en place, doit automatiquement avoir des objectifs. Au départ un chercheur schématise plusieurs buts que désire mettre en évidence en réalisant sa recherche.

Pour notre travail de recherche intitulé « l'estime de soi chez les étudiants diabétiques », notre souhait est de découvrir les modes de vie de ses étudiants à travers le récit de leurs vies quotidiennes et de cerner l'impact de l'estime de soi sur leurs diabètes ; mais aussi sur leurs cursus universitaire. Pour cela, nous avons tracé des objectifs théoriques ainsi que pratiques.

4.1. Les objectifs théoriques

- Retourner vers l'histoire pour bien comprendre la théorie de l'estime de soi ainsi ses fameux fondateurs.
- Différencier les indicateurs d'une bonne et d'une mauvaise estime de soi.
- Pencher sur le coté médical pour bien connaître la maladie invisible qui est le diabète. Ainsi son étiologie et ses complications.
- Avoir un aperçu sur sa symptomatologie.

4.2. Les objectifs pratiques

- Déplacer vers le terrain afin de consulter les étudiants diabétiques et pouvoir effectuer des entretiens avec eux.
- Acquérir plus d'informations sur le vécu et les complications de leurs maladies à l'aide d'un guide entretien préparé à l'avance.
- Observer s'il existe des différences entre les filles et les garçons au niveau des résultats scolaires ainsi dans l'auto-évaluation de soi.
- Evaluer le niveau d'estime de soi présenté par les étudiants dans tous les domaines (social, familial, scolaire, général) à l'aide d'une échelle d'estime de soi de « Cooper Smith »

Tous ces objectifs visent donc à donner une bonne compréhension et clarification à notre travail de recherche.

Partie
Théorique

Chapitre 11

L'estime de soi

Préambule

Être en bonne santé mentale, c'est la connaissance de soi, la connaissance de ses forces, de ses faiblesses, de ses difficultés, de ses limites, et de ses besoins, ayant pour effet une image de soi en rapport avec la réalité.

L'estime de soi est une des fonctions les plus fondamentales, c'est un phénomène discret, impalpable et complexe dont nous n'avons pas toujours conscience. Si vous avez une image positive de vous-même, vous pourrez enrichir votre vie. Elle est une attitude intérieure qui consiste à se dire qu'on a de la valeur, qu'on est unique et important, c'est se connaître et s'aimer comme on est avec ses qualités et ses limites. C'est s'apprécier et s'accepter comme on est.

Lorsque nous sommes bien dans notre enveloppe, les relations que nous entretenons avec les gens sont plus satisfaisantes, et nous sommes davantage capables de faire face aux exigences de la vie ; donc nous sommes très heureux.

Ce chapitre donc nous permet d'acquérir plus d'information et d'avoir une bonne compréhension sur l'estime de soi qui est notre travail de recherche.

1. L'école de l'estime de soi, une brève histoire

Le terme « estimer », du latin « oestimare », signifie « déterminer une valeur » et « avoir une opinion favorable envers ou sur quelqu'un ou quelque chose ». Alors que la notion du concept de soi implique un aspect descriptif de sa propre personne, sans connotation forcément évaluative, l'estime de soi implique un jugement de sa valeur personnelle (Duclos, Laporte, & Ross, 2002).

On assiste aujourd'hui à un débordement de publications sur l'estime de soi la panacée moderne à tous les maux de la société. On l'utilise dans diverses domaines que l'éducation, la croissance personnelle, la psychothérapie, les relations de travail, la spiritualité, le sport, la lutte contre la délinquance et la criminalité, etc. Presque tous les programmes de cours et d'ateliers de croissance personnelle font état de l'estime de soi et de la confiance en soi. Mais les définitions qu'on y présente sont si diverses qu'elles semblent parfois s'opposer. La vague de popularité de l'estime de soi mène en effet un mélange d'études scientifiques et de solutions toutes tirées de la « pop psychology ».

L'histoire de l'estime de soi se réfère à un ouvrage intitulé « l'estime de soi a l'estime du soi » de « Mombourquette Jean », pour présenter des réflexions de psychologues et de philosophes, qui se sont penchés sur le sujet, et afin de comprendre le concept de l'estime de soi qui est notre travail de recherche. qui nécessite donc une connaissance exhaustive de ce concept, la référence au passé semble être plus important, afin de découvrir les différentes définitions et marqué les débuts des recherches autour de l'estime de soi ; ainsi l'évolution et le développement de ce dernier.

1.1. Selon William James

Une définition originale de l'estime de soi a été décrite et analysée pour la première fois par le psychologue américain William James qui explique que « l'estime de soi se situe au sein même de la personne, qu'elle se définit par la cohésion entre les aspirations et les succès. »

Il est le « père » de la psychologie américaine, dans « principes of psychology » publié en 1890 selon William James ce concept est l'estime que nous avons de nous-mêmes qui dépend entièrement de ce que nous prétendons être et faire, c'est aussi le rapport entre réussites et aspirations ainsi que les résultats et les échecs. Il définit l'estime de soi comme « la conscience de la valeur du moi » qui s'explique entre un autre rapport, le soi réel et le soi idéal, plus le rapport est harmonieux, plus l'individu tend vers une estime de soi favorable. (William, 1998)

1.2. Selon Charles H Colley

En 1902, l'estime de soi est définie comme une construction sociale, l'estime de soi est déterminée socialement. L'estime comme construction sociale serait façonnée par l'ensemble des interactions (les opinions, le jugement, les actions etc.) de l'individu et cela dès la naissance. Pour lui c'est le regard des autres qui pourra donner à la personne une compréhension de ce que les autres pensent de lui, ce «miroir» est partie intégrante à la perception de soi. (Colley, 1902)

L'estime de soi une définition changeante

1.3. Selon Abraham Maslow

En 1943, « Maslow » considère de sa pyramide éponyme l'estime de soi comme un besoin fondamental. Il est le premier à inventer l'école humaniste appelé en psychologie « la troisième force » après la psychanalyse et le

behavioriste, il ne s'intéresse pas à étudier les maladies mentales mais plus tôt l'étude de la santé mentale et spirituelle, il fait donc une distinction entre la psychothérapie et les mouvements du potentiel humain (humain potential) pour lui la psychothérapie fait retour aux besoins de bases qui peut être :

- les besoins physiologiques tels que manger et boire.
- le besoin de sécurité, le cadre et l'autorité qui rassurent et fournissent les repères indispensables.
- les besoins sociaux, l'appartenance sociale, contraire à l'isolement.
 - le besoin d'estime des autres, la considération et la reconnaissance des autres individus.
- le besoin d'estime de soi en lien avec la propre valorisation, conscience de soi, le rapport que nous avons avec nous même.
 - le besoin d'accomplissement de nous même, pouvoir élaborer son projet de vie. La psychologie Maslownienne donc vise le plus être des personnes et non pas le bien ou le mieux être. (Maslow, 1943)

1.4. Selon Martinot

En 1995, il avance la définition suivante de l'estime de soi comme : « L'ensemble des éléments qui nous définissent composé des attitudes, des croyances et des sentiments que les individus ont d'eux mêmes » cette définition centre davantage sur le sujet, tout en faisant référence à l'aspect sociétal qui se dégage des attitudes. (Martinot, 1995)

1.5. Selon Freud

Sigmund Freud s'est également penché sur l'estime de soi et son rapport avec le narcissisme, il n'a pas focalisé sur l'estime de soi mais il a abordé le MOI qui est entre le SURMOI et le ÇA, le moi conscient se trouve dans une situation incertaine , fragilisé par les pressions du surmoi et du ça, et cela par la présence des mécanismes de défenses qui permet de le protégé et de le soulager

de son angoisse, il considère le moi comme un l'égo. « Sigmund Freud » considère que le moi ne se développe jamais parce que il ya absence de tous instance spirituelle, qui permet au moi d'être équilibré et stable et cela pour assuré l'équilibre entre le moi et le soi. Freud considère le moi conscient comme une menace des forces libidinal, JUNG envisage le soi comme organisateur de l'activité du psychisme, le fondateur de la psychanalyse donc accord un rôle primordiale a la spiritualité ce qui est conséquence négative a la conception de l'estime de soi et du soi.

1.6. Selon Danielle Laporte

Il a précisé que : « L'estime de soi se réfère à la valeur que l'on se donne des différentes sphères de nos vies. D'autres parlent de l'estime de soi en précisant que le « soi » est un concept descriptif et évolutif lié à la façon dont une personne élabore et évalue la définition de son identité ».

1.7. Selon Carl Rogers

L'auteur a reconnait chez la pluparts des sujets une tendance a ne pas s'accepter comme ils sont et se dénigrer c'est pourquoi il accepte inconditionnellement ces patients en psychothérapie, ou il écrit a leurs sujets : « Dans la grande majorité des cas, ils se méprisent et se considèrent dénués d'importance et indignes d'amour. » Cette acceptation des sujets par le thérapeute permet donc selon Rogers d'apprendre à s'accepter tel qu'il est et à s'aimer mêmes avec ses défauts.

1.8. Selon Camp Bell

Selon lui « l'estime de soi est la conscience d'être quelqu'un de bien » dans ce cas, est phénoménologiquement défini par l'individu et peut faire référence par exemple aux habiletés, à l'esprit ou même aux biens matériels exemple

n'implique pas nécessairement un code moral quelconque et en fait peut être basé sur des caractéristiques sociales négatives. Par exemple, l'habileté à être volontairement brutal dans des sports comme le hockey, le rugby, etc. peut être considéré comme nécessaire pour une acceptation à l'intérieur de l'équipe et peut fournir une source principale d'estime de soi pour un membre aspirant en faire partie. Posséder une estime de soi, alors, est simplement le sentiment que «je suis une personne « ok » dépendant des termes de référence utilisés pour définir le «OK». (Camp, 1984)

1.9. Selon Alfred Adler

l'être humain des son enfance il éprouve un sentiment d'infériorité qui dure toutes la vie et cherche a développer un sentiment de supériorité pour évité les effets d'infériorité ,ce dernier met le sujet dans un complexe, sa théorie de la personnalité se base donc sur la conception de basse estime de soi innée que la personne cherche toujours a la remplacé par une haute estime de soi, c'est aussi l'esprit de domination , ce qui est faux car cette théorie n'accord pas une place normal et juste pour une estime de soi.

1.10. Selon Rosenberg

Considérez l'estime de soi comme une attitude évaluative envers le soi « L'estime de soi, comme nous l'avons noté, est une attitude positive ou négative envers un objet particulier, à savoir, le soi... Une haute estime de soi, telle qu'elle est reflétée dans les items de notre échelle, exprime le sentiment qu'on est «suffisamment bien». L'individu sent simplement qu'il est une personne de valeur ; il se respecte lui-même pour ce qu'il est, mais il ne reste pas en stupéfaction vis-à-vis de lui-même ni n'attend pas des autres qu'ils restent stupéfaits par lui. Il ne se considère pas nécessairement lui-même comme supérieur aux autres. (Rosenberg, 1979)

1.11. Selon Virginia Satir (1916-1988)

Elle accorde une importance à l'estime de soi dans la thérapie familiale comme un excellent critère de la santé mentale, elle estime que la source d'une réussite familiale c'est l'acquisition d'une bonne estime de soi, elle affirme que au sein d'une famille saine la liberté laissée à ses membres d'exprimer ses émotions est un outil de bonne estime de soi.

1.12. Selon Éric Berne

Dans son ouvrage nommé « *Des jeux et des hommes* », les comportements des attentions, d'affections et des remarques positives éducateurs capable de créer et favoriser une haute estime de soi et de développer chez l'enfant une bonne estime de soi l'amour et la confiance en lui. Selon lui une personne qui se caractérise par une faible estime de soi pour mettre en évidence une manipulation de son entourage soit par l'exagération de sa faiblesse soit par l'autorité, par ailleurs ceux qui présentent une haute estime de soi d'elle-même restent toujours honnête authentique.

1.13. Selon La psychologie analytique de Carl G. Jung

Elle permet d'attribuer l'estime de soi aux différentes formes de la spiritualité, Carl Jung accorde une importance à l'estime de soi dans ces œuvres et cela pour assurer la continuité entre l'estime de soi et l'estime du soi, cet auteur relie la psychologie à des conceptions de la spiritualité, il trouve une articulation entre la psychologie de l'estime de soi et l'approche spirituelle du soi et cela grâce à la conception jungienne du soi du fait que Jung a défini le soi comme l'Imago Dei, sa psychologie fait que l'individu devient « soi-même ».

1.14. Selon Nathaniel Branden

Au début de sa carrière de psychologue en l'année 1950 il s'est intéressé à découvrir les effets nocifs de l'absence de l'estime de soi comme l'échec

scolaire ,la dépression, l'agressivité le pauvre rendement au travail, l'abus d'alcool et de drogue, la violence familial le ,la passivité chronique, ...etc. son ouvrage nommé « The Six Pillars of Self-Esteem » lui a permet de faire face a ces effets de l'absence d'estime de soi et considéré comme un classique au sujet.

1.15. Selon Les auteurs contemporains français (Christophe André et François Lelord)

« Christophe André et François Lelord » dans leur livre Le 22 février 2001 s'intéresse aux différentes dimensions de l'estime de soi et à l'apport de la théorie de l'attachement à la composante interpersonnelle de l'estime de soi. Prendre en compte l'origine développementale de l'estime de soi et sa construction en interaction aux réactions de l'environnement dans les situations de détresse et d'alarme de l'enfant permet de visiter le sentiment de honte de certains adultes, la notion de parentification et la difficulté à supporter l'échec, en particulier dans les professions soignantes.

Synthèse

Ces chercheurs montrent que cette notion n'est pas qu'un travail psychologique moderne, mais il est aussi spirituelle, on peut compter aussi sur les recherches et les contributions d'autre chercheurs pour en découvrir plus sur ce concept.

En résumé l'estime de soi est un concept riche et difficile à définir, cependant on peut dire aujourd'hui que l'estime de soi résulte d'une construction psychique ainsi que d'une activité cognitive et sociale. Cette construction s'exerce tout au long de la vie du sujet. « Il faut s'aimer soi-même pour aimer les autres », car c'est difficile de parler de ce sujet sans parler de soi.

2. Le bilan de votre image

2.1 L'estime de soi

Selon la psychologie L'estime de soi est en psychologie, un terme désignant le jugement ou l'évaluation faite d'un individu en rapport à sa propre valeur. Lorsqu'un individu accomplit une chose qu'il pense valable, celui-ci ressent une valorisation et lorsqu'il évalue ses actions comme étant en opposition à ses valeurs, il réagit en « baissant dans son estime ». Selon certains psychologues, l'expression est à distinguer de la « confiance en soi » qui, bien que liée à la première, est en rapport avec des capacités plus qu'avec des valeurs.

L'estime de soi étant la conscience de ses valeurs personnelles qu'on se reconnaît dans différents domaines. C'est un ensemble d'attitudes et de croyances qui nous permettent de faire face au monde. L'estime de soi suppose une conscience de ses forces, de ses difficultés et de ses limites personnelle elle représente une valeur positive qu'on se reconnaît globalement en tant qu'individu et dans chacun des domaines important de la vie .l'estime de soi est cyclique parfois instable et toujours variable à l'image de la vie.(Germain, 2010)

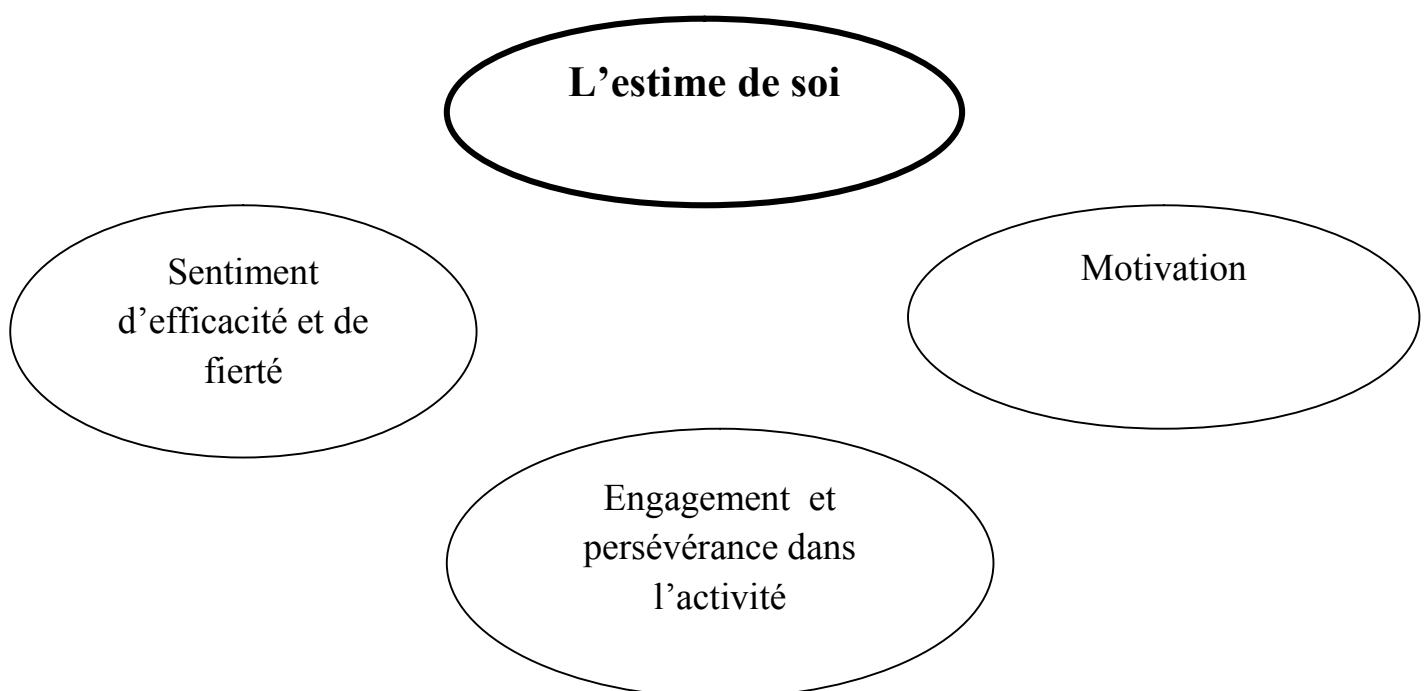
Selon Cooper Smith « L'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur ». Il est important de signaler que l'estime de soi n'est pas le reflet des capacités réelles du sujet, mais de celles qu'il croit avoir ou pas, évidemment l'estime de soi ne dépend pas que de soi mais également de la façon dont nous prenons que les autres nous perçoivent, les personnes concernées sont les proches (Cooper, 1984)

Il est souvent le résultat d'une auto-évaluation. Il s'agit en quelque sorte d'un baromètre révélant dans quelle mesure nous vivons en concordance avec nos valeurs. L'estime de soi se manifeste par la fierté que nous avons d'être nous-

mêmes et repose sur l'évaluation continue de nos actions. Que nous en ayons conscience ou non, l'évaluation que nous faisons de nos comportements. Avoir une bonne estime de soi, ce n'est pas avoir la tête enflée ou se prendre pour quelqu'un d'autre. C'est plutôt se connaître suffisamment bien pour pouvoir utiliser ses forces personnelles tout en ayant une vue assez juste de ses limites, c'est pouvoir faire face aux difficultés de la vie en croyant fermement en soi, sans se faire d'illusion et sans cultiver le sentiment de devoir être le meilleur au monde. *(Danielle)*

Parler de l'estime de soi, de celle des autres, c'est reconnaître à la fois les existences de soi et des autres, en tant qu'homme, tant dans leurs diversités que dans leurs qualités et leurs défauts. C'est donc un délicat équilibre à trouver entre ne pas surévaluer ses propres capacités, ni celles des autres, mais ne pas plus les sous-évaluer.

Figure N°02 : cycle dynamique de l'apprentissage selon « Duclos, 1997 »



➤ Explication de la figure

Cette figure représente le cycle dynamique de l'apprentissage, c'est à dire la chemin que les étudiants diabétiques suivent, ainsi la liaison entre l'estime de soi et leurs éducations.

L'étudiant motivé manifeste sa motivation en faisant preuve de persévérance, tout en utilisant des stratégies et des moyens efficaces. cette persévérance s'observe chez l'étudiant lorsqu'il fournit les efforts nécessaires à la tâche. Toutefois, celle-ci doit présenter un défi raisonnable à l'étudiant. Ce dernier doit être conscient qu'il est capable de réussir. Malgré les difficultés rencontrées (essais et erreurs), l'étudiant démontre sa persévérance à travers ses attitudes et ses stratégies utilisées. Cela lui procure un sentiment d'efficacité. Ainsi la dynamique de l'apprentissage, au cœur duquel l'estime de soi est le pilier de base.

2.2. Le soi

Le soi a été l'objet de nombreux travaux depuis plus d'un siècle en raison de son importance dans la vie de chacun, il s'agit d'une structure cognitive qui permet aux personne de penser à des objets et à des événements survenu dans le monde externe. Le soi peut être donc défini de plusieurs manières :

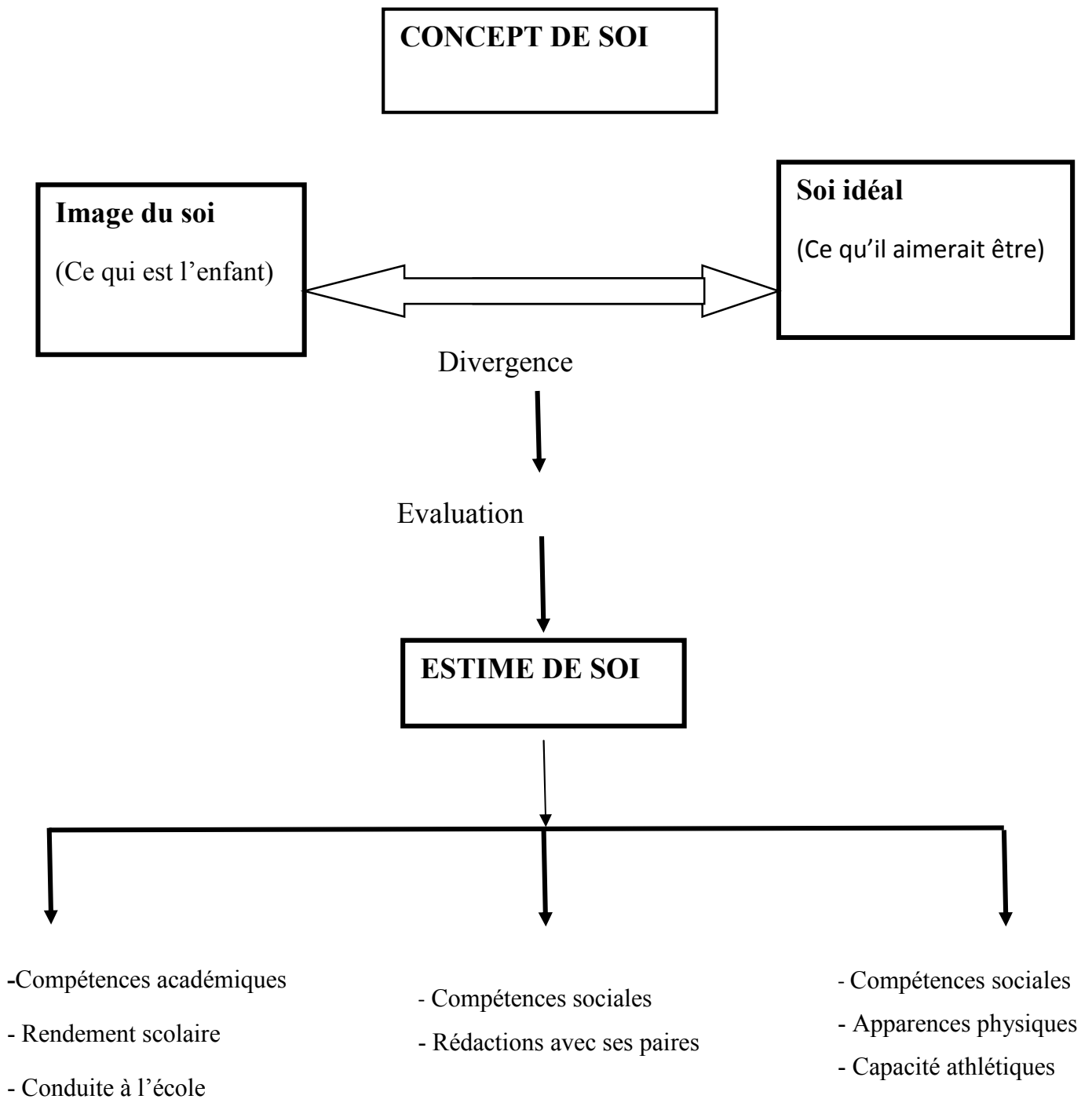
Selon Murphy le concept soi c'est « *l'individu tel qu'il est connu par l'individu* » Il représente les croyances de la personne sur évaluation ou description relativement stable de soi, en terme de croyances sur notre corps physique Comme (apparence, intelligence, aptitudes, habilités...Etc.), c'est aussi que nos relations sociales avec le membre de la famille, les amis, les collègues et ainsi que les rôles que nous jouons comme étudiant, élève, comptable, enseignant, vendeur, les croyances que nous a adoptons consciemment.

Le concept de soi englobe donc des réponses à des questions qui suis-je ? quel type de personne suis-je ? Quel sont mes forces et mes limites ?

Dans le domaine scolaire la connaissance de soi à une influence sur les objectifs que se fixent les élèves et sur leur volonté de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour atteindre. la motivation et la persévérance scolaire sont donc intimement liées à la connaissance de soi. Le concept de soi et l'estime de soi demeurent extrêmement liés (Jendoubi, 2002)

Finalement le concept soi se définit selon deux dimensions : la dimension cognitive (la connaissance de soi) et la dimension évaluative (l'estime de soi). la connaissance de soi renvoie aux multiples conceptions de soi que possède chaque individu. ces conceptions concernent les habilités, les compétences et les valeurs.

Figure° 01 : Modèle théorique du concept de soi (Arter & Lawrence, 1982,1988)



Cette figure représente un modèle théorique de concept de soi, ce dernier s'explique de la manière suivante.

L'estime de soi est la base sur laquelle on construit une image de soi (Ce qui est l'enfant), En effet, lorsque l'enfant voit dans les yeux des personnes significatives (parents, frères, sœurs...) qu'il est aimé pour lui-même et non pour ce qu'il fait, ces regards et démonstrations l'amènent à croire qu'il mérite d'être aimé, elle est suivi d'un soi idéal (se que nous voulons être ou se que on aimerais être), on associant ces deux concepts sa nous donnera une estime de soi basse ou élevé.

Il faut aussi un équilibre entre ce que l'on croit être, ce que nous voulons être (soi idéal), et ce que nous sommes en réalité. Suffisamment bien pour pouvoir utiliser ses forces personnelles tout en ayant une vue assez juste de ses limites. Certaines personnes possèdent des compétences que se soit académiques ou sociales et des talents précieux. Mais ils n'en prennent pas conscience, ce qui peut enjointrez une faible estime d'eux-mêmes.

2.3. L'image du soi

Elle est l'ensemble des idées qu'un individu a sur lui-même compris son rôle(métier ,classe social, etc.),ses traits de caractère et son corps.ces images propres sont alors composées des caractéristiques que les sujets s'attribuent de façon plus ou moins consciente et qu'ils intègrent progressivement comme partie constituante de leur Moi.(Argyle, 1994)

2.4. L'amour du soi

C'est le sentiment positif que vous ressentez pour vous. Il correspond et permet de satisfaire le besoin d'aimer et (surtout) d'être aimé. Si vous ne vous aimez pas, vous ne pouvez pas (vraiment) aimer quelqu'un d'autre et vous ne pouvez pas vous sentir (vraiment) aimé par vos proches, à fortiori par un

inconnu. Mais ce qui est encore plus gênant, c'est que vous risquez d'attirer et d'être attiré par des gens qui ne vous aiment pas, que ce soit en famille, en amour, en amitié, à l'école ou au travail. Ce qui est le résultat que vous devenez fréquemment le souffre-douleur ou le bouc-émissaire de votre groupe (famille, classe, club, service ou département de votre entreprise). Dans les cas extrêmes, vous attirez et êtes attiré par les pervers narcissiques, ces grands prédateurs toujours à l'affût de nouvelles proies. (Ras, 2012)

2.5. La confiance en soi ou l'assurance

C'est le sentiment de sécurité intérieure que vous éprouvez vis-à-vis de vous. Il correspond et permet de satisfaire le besoin de sécurité (vis-à-vis de l'extérieur, de l'inconnu et du futur). Si vous n'avez pas confiance en vous, vous ne pouvez pas risquer, entreprendre, décider, changer, oser et vous affirmer (sereinement). Sans un minimum de cette sécurité, vous ne pouvez rien entreprendre, rien risquer et rien créer. Cette carence vous confine dans l'attentisme (conséquence de votre inhibition permanente), le pessimisme, voire le défaitisme. Persuadé que vous n'y arriverez pas, vous réussissez... à échouer, ce qui prouve que vous aviez raison et entretient votre carence. C'est un cercle vicieux. Vos échecs ne sont que la concrétisation de ce manque de confiance en vous, qui produit de nouveaux échecs ...etc (Ras, 2012)

2.6. La timidité

La timidité c'est le trait de caractère et le type de personnalité qui s'appuie sur une carence générale de ces trois éléments (image de soi négative) en proportion variable. La timidité est plus ou moins grande (on parle alors de « timidité malade ») et surtout plus ou moins ancrée dans la personnalité (dans ce dernier cas, on parle alors de « timidité passagère »). On peut donc considérer la timidité comme un « passage obligé » dans notre pays. Mais il reste encore

quinze pour cents (un sur six) des adultes à se plaindre de la timidité, ce qui est énorme. (Ras, 2012)

3. Les Principales caractéristiques du concept de soi

- Il possède en premier lieu à la fois une dimension descriptive et évaluative de telle sorte que les personnes peuvent se décrire elles-mêmes (ex. je suis un sportif) et s'évaluer elles-mêmes (ex. je suis bon au tennis).
- Deuxièmement, le concept de soi est multidimensionnel. Les visions que la personne a d'elle-même sont organisées ou structurées en différentes catégories, afin de faciliter le traitement de ces informations. L'individu différencie, par exemple, les aspects du soi «physique», de ceux du soi «social» et «scolaire».
- Ces différentes catégories ne sont pas hermétiques, mais en rapport les unes avec les autres.
- Troisièmement, outre sa multi dimensionnalité, le concept de soi est organisé hiérarchiquement. Les perceptions relatives à un comportement particulier se situent à la base de la hiérarchie, les inférences sur soi dans un domaine plus large (ex. sentiments de compétences sociales, scolaires, sportives) au milieu de la hiérarchie, et on trouve au sommet, un concept de soi global/ général.).

4. La différence entre l'estime de soi et le concept soi

La question de la distinction conceptuelle entre la notion de concept de soi et d'estime de soi a généré un grand débat. Shavelson et al. (1976) ont souligné les confusions qui entouraient ces deux termes ; résultats d'un manque de clarification conceptuelle et empirique. Il semble qu'il y ait maintenant un accord assez large entre les chercheurs sur les différences qui existent entre ces deux construits. Le concept de soi dont les perceptions de compétence font partie renferme des jugements de nature plus cognitive et évaluative sur les

habiletés et les aptitudes personnelles que l'on possède dans des domaines particuliers (ex. la croyance que l'on est capable d'apprendre à faire de l'équitation, que l'on peut bien jouer au football ou encore que l'on peut se faire des amis).

En revanche, l'estime de soi est une évaluation de soi-même plus globale qui provoque des réactions de nature plus affective (ex. un élève se sent honteux vis-à-vis de lui-même parce qu'en cafouillant dans une partie de football il est apparu comme incompetent). Le concept de soi repose en effet sur des évaluations cognitives de la compétence dans certains domaines (e.g., « je suis bon » qui concerne la manière dont les individus peuvent se sentir vis-à-vis eux-même alors que l'estime de soi deux-même ex : je suis heureux de la façon dont je suis, L'estime de soi est essentiellement la dimension évaluative et affective du concept de soi.(Rosenberg , 1979)

5. La différence entre l'estime de soi et la confiance en soi

La grande différence entre l'estime de soi et la confiance en soi se situe au niveau de la conscience l'estime de soi (quel que soit son niveau) est consciente, tandis que la confiance en soi est inconsciente. Cette dernière se matérialise au travers de toutes les initiatives que vous prenez de façon plus ou moins naturelle et spontanée. C'est pourquoi les autres (vos proches en particulier) sont meilleurs juges que vous-même pour votre assurance. Si vous voulez néanmoins vous faire une idée plus juste de votre confiance réelle en vous, demandez-vous comment vous vous lancez dans l'action et comment vous vous comportez une fois lancé (Ras, 2012)

6. Les caractéristiques d'une personne qui s'estime

Selon l'ouvrage « estime de soi, confiance en soi » De nombreux 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 ses personnes pensent d'elles mêmes, des autres et du monde, et ce qu'elles font. Ses caractéristiques sont les suivantes :

- Les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont dignes d'être aimée et d'être heureuses, de plus elles se sont compétentes.
- Elles sont convaincues de leurs réussites à l'avenir du fait qu'elles savent tous faire. mais elles e donnent le droit a l'erreur par ce que elles s'avent qu'elles peuvent apprendre.
- L'une des caractéristiques communes aux personnes qui s'estime c'est que elles pensent qu'elles sont responsables de tous les choses qui leurs arrivera à l'avenir, mais aussi de leurs propre bonheur.
- Les individus qui s'estiment savent ce qu'elles veulent et sont prédisposées à agir pour l'obtenir. Elles ont ainsi tendance à se montrer raisonnablement confiantes, satisfaites, créatives, et pleines d'un sens de l'humour qui n'est pas à confondre avec l'ironie ou le sarcasme.
- Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont en général coopératives, calmes, sociables et bienveillantes envers leurs semblables. Elles ont aussi des atteintes positives à propos de ce que leur réserve la vie.
- Elles sont égales concernant leur attitude par rapport aux autres, et elles s'attendent à avoir avec eux des rapports agréables et constructifs.
- Ces individus donc n'ont rien a prouvé ni a elles mémé, ni à autrui, et qu'elles ne prennent pas en considérations les jugements des autres, elles sont libres d'apprécier le moment sans préoccupations et qu'elles savent bien écouter.

- Elles ont la possibilité d'être présent dans un échange avec autrui car elles n'éprouvent pas le besoin de centrer sur elles-mêmes ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. puis elles se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer leurs opinions nécessaire (Paul, 1999)

7. Les piliers (bases) de l'estime de soi

L'estime de soi repose sur trois piliers qui son :

- L'amour de soi.
- La vision de soi.
- La confiance en soi.

7.1. L'amour de soi

Dans l'estime de soi il est l'élément le plus important puisque c'est lui qui nous permet de passer au-dessus de nos défauts, accepter nos échecs et erreurs. S'estimer implique de s'évaluer, c'est-à-dire apprendre à se connaître de manière objective.

l'amour de soi c'est le résultat ou la conséquence de s'aimer soi-même malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers, simplement parce qu'une voix intérieure dirait que la personne concernée est digne d'amour et de respect, cet amour de soi «inconditionnel », ne dépendrait pas des performances mais il permettrait de résister a l'adversité et de se construire suite a un échec, il n'empêcherait ni la souffrance, ni le doute en cas de difficultés, mais il protégerait par contre du désespoir .

7.2. La vision de soi

La vision de soi est propre a la personne C'est le regard que l'on porte sur soi-même de se connaître des qualités avec ou sans l'approbation des autres,

c'est la vision que nous avons de nous-mêmes. Est-ce que c'est une valeur positive ou négative, se regarder sur soi-même est important dans le sens où s'il se révèle positif il permettra au sujet de réaliser ses désirs mais si il se révèle négative le sujet hésitera à réaliser ses projets mais il préfère d'adopter un statut suiveur par crainte de l'échec.

7.3. La confiance en soi

La confiance en soi serait le troisième pilier de l'estime de soi, celui-ci s'appliquerait surtout aux actions, en ce sens, être confiant serait de se penser capable d'agir de manière efficace et adéquate, dans des situations importantes.

Contrairement à l'amour de soi et à la vision de soi, la confiance en soi serait plus facile à identifier. Il suffirait d'observer comment une personne se comporte dans la réalisation de ce qu'elle entreprend, lorsqu'elle se trouve dans des situations nouvelles ou imprévues, devant des enjeux ou lorsqu'elle serait soumise à des difficultés particulières. La confiance en soi serait une conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi, mais son rôle serait tout de même primordial, dans la mesure où elle aurait besoin d'actions quotidiennes pour se maintenir ou se développer. Donc un petit succès au quotidien serait nécessaire à l'équilibre psychologique et à l'estime de soi. La confiance en soi proviendrait principalement du monde d'éducation qui aurait été prodigué en milieu familial et à l'école, particulièrement en ce qui a trait à la manière dont le concept d'échec aurait été présenté à l'enfant (André 2008).

8. Les types de l'estime de soi

Selon plusieurs recherches (« Baumeister, Tice, & Hutton, 1989, Brown, Collins, & Schmidt, 1988 ; Horney, 1950 ; Schneider, & Turkat » ; 1975..Etc.), il y aurait effectivement quatre types d'estime de soi qui sont :

- Haute Estime de soi.
- Basse estime de soi basse.
- Estime de soi défensive de type1.
- Estime de soi défensive de type2.

8.1. Estime de soi haute

Selon la matrice générée par les éléments de la structure fondamentale du concept d'estime de soi, une personne ayant une estime de soi élevée serait supposée coter à un bon niveau pour les deux variables de compétences et de valeur personnelles. Elle représente les situations où l'individu présente un historique développementale qui inclut un bon degré d'acceptation et de renforcement positif face aux comportements qui sont en harmonie avec le système de valeurs de l'individu et proposé par l'environnement de ce dernier. De la même façon pour la compétence, l'individu a été éduqué et encouragé à s'adapter aux défis développementaux (amis, école, travail) de son enfance et adolescence.

8.2. Basse estime de soi

Parce que le quadrant de la basse estime de soi est le quadrant directement opposé à celui de la haute estime de soi, des manières toutes aussi opposées doivent y être examinées. Dans ce quadrant, il serait attendu de retrouver des personnes sinécures et conservatrices, qui ont une basse impression de leur sentiment de valeurs et de compétences personnelles. Ici, plus la personne se retrouve basse dans le quadrant, plus dramatiques et sévères sont les symptômes cliniques observés. La matrice anticipe des situations de dépressions majeures, des troubles de personnalité sévères et d'autres déficits très importants.

➤ Estime de soi défensive (types 1 et 2)

Les recherches démontrent qu'il existe un type d'estime de soi par lequel l'individu se comporte comme s'il avait une haute et authentique estime de soi, alors qu'en fait, il souffrirait d'un manque important de celui-ci. Ce type d'estime de soi est appelé estime de soi défensive (Crowne & Marlowe, 1960, Horney, 1950, Schneider & Turkat, 1975).

Pour encore rejoindre les résultats de recherches, la matrice indique qu'il y a deux façon dont une estime de soi défensive peut s'exprimer, de type 1 et de type 2.

8.3. Estime de soi défensive de type 1

Le quadrant supérieure gauche indique que certains individus auront un sentiment de valeur personnelles, mais pas celui de compétences personnelles. ces individus peuvent être issus et éduqués par une famille aimante mais compliante à de bas standards de compétences concernant les comportements de leur enfants cette attitude aurait pour conséquence d'amener l'enfant vers un mode de vie de sous performance, puisqu'il ne lui aurait jamais été demandé de développer les différentes compétences généralement utile afin de progresser face aux défis de la vie. Le même résultat peut être obtenu dans les situations ou l'enfant à été trop « gâté » et approuvé par les parents, peu importe la qualité des comportements émis. Dans cette situation, l'enfant développerait une idée non réaliste face à la valeur de ses efforts ou de ses accomplissements. En se sens, la matrice prévoit que ses individus seront défensifs et vulnérables dans les situations qui leur demanderont une démonstration de leurs compétences.

8.4. Estime de soi défensive de type 2

Le quadrant inférieur droit est basé sur un arrangement différent de sentiment de valeurs et de compétences personnelles. Bien que représente lui aussi des déficits au niveau de l'estime de soi, ceux-ci doivent se présenter à travers des enjeux et des manifestations comportementales différentes que sa contrepartie.

Dans cette situation, si le niveau de compétence est positif, ce qui signifie que l'individu se débrouille assez bien face à l'accomplissement de plusieurs tâches. Dans ce type d'estime de soi, il est habituel d'observer des individus avec un historique de succès important dans l'atteinte de leurs objectifs et cela, dans plusieurs domaines de vie. En fait, il serait typique chez les personnes ayant ce modèle d'estime de soi de se tenir pleinement occupé à réussir leurs études, leurs performances athlétiques, leurs activités sociales et leur carrière, pour ainsi éviter le doute permanent et l'anxiété associée à une faible estime de soi.

Ce type d'estime de soi est cependant mieux perçu par la société, pour laquelle la sublimation et la gratification psychologique semblent être une façon généralement bien acceptée de vivre les conflits, puisque plusieurs accordent beaucoup de valeurs à la productivité et aussi au succès. Il demeure qu'une personne qui dépendrait de ses compétences pour compenser son manque de sentiments de valeurs personnelles, «rééquilibrerait» quand même faussement son impression d'estime de soi et demeurerait vulnérable à certaines situations. Par contre, comme ces individus sont souvent très confiants au sujet de leurs compétences, ces derniers réagiraient plutôt en s'entêtant à prouver de façon presque obsessionnelle leurs valeurs, en accomplissant de nouveaux objectifs et en atteignant de nouveaux sommets de succès (Mruk, 1999).

9. Les différentes dimensions de l'estime de soi

On peut avoir une bonne estime de soi à l'école mais ne pas se trouver à la hauteur dans les relations amoureuses. Chaque personne se forge une opinion d'elle-même sur différents plans :

- **Physique** : apparence physique, habileté, endurance : Est-ce j'apprécie mon corps ? est-ce que je plais aux autres ? Est-ce que je suis fort-e, rapide, endurant-e ?
- **Relationnel** : relations avec la famille, capacité à se faire des amis, popularité, relation amoureuse : est-ce que les autres m'acceptent ? est-ce qu'ils m'aiment bien ? est-ce que je les intéresse ?
- **Compétences intellectuelles et dans le travail** : capacités, raisonnement, mémoire, habileté, performance scolaire : est-ce que je suis capable, intelligent (e) ? est-ce que je réussis ce que j'entreprends ?
- **Conformité sociale** : statut social, conduite : est-ce je fais ce qui est juste de faire, est-ce que je me sens comme les autres ? (Lausanne, 2017)

10. les composantes de l'estime de soi

« Carl Pickhardt » distingue deux composantes :

a. Une composante descriptive « le soi » : c'est les différentes facettes qui composent la vie d'une personne (ce qu'elle ressent, ce qu'elle pense, ce qu'elle possède).

b. Une composante évaluative : elle dépend du jugement que l'on porte sur soi-même mais aussi de l'estimation de l'évaluation d'autrui. Ce jugement s'appuie sur plusieurs regards : son propre regard. Celui provenant de personnes

de son entourage (parents, frères,...), celui porté par une autorité extérieure (enseignant, animateur,...), celui résultant d'une comparaison avec un tiers.

Selon lui toujours l'estime de soi intervient dans cinq domaines :

- L'aspect physique : c'est le fait qu'un individu porte importance à sa forme ou structure physique (est ce que je suis beau, est ce que je plais aux autres ?)
- Les compétences athlétiques : cela correspond aux caractéristiques ou capacités d'un individu, ou bien aux idées qu'un être humain a de lui-même tel que (est ce que je suis intelligent, rapide, fort, active, gentil...etc.
- La popularité auprès des pairs : c'est-à-dire que l'individu cherche à savoir le regard des autres pour lui. (est ce que les autres m'aimes bien ?)
- La conformité comportementale : les autres m'apprécient –ils ?
- Les règles et la réussite scolaire : l'être humain cherche à savoir est ce qu'il a réussis sa vie sociale et professionnel et ses études ?

Quand un de ces domaines est défaillant, les autres peuvent suppléer et la valeur attribuée à chacun des domaines varie selon les milieux familiaux et culturels.

- L'estime de soi est connue aussi pour avoir une troisième composante appelée :

c. Une composante émotionnelle :

L'estime de soi permet effectivement d'expliquer l'impact émotionnel que peut avoir une bonne ou une mauvaise évaluation de soi-même pour soi-même. Les individus s'interrogent sur eux-mêmes et en fonction des réponses qu'ils obtiennent ou des croyances qu'ils se forgent. Ils s'apprécient ou se déprécient.

Cette composante émotionnelle permet à Leary d'avancer l'idée qu'il existe deux formes d'estime de soi ; une « trait » et une autre « état ».

- **estime de soi trait** : Les individus ont un niveau moyen d'estime d'eux-mêmes au travers des situations et du temps (estime de soi trait),
- **estime de soi état** : l'estime de soi est susceptible d'être fluctuante en fonction des situations et des contextes que rencontre l'individu

La présence de ces deux modalités de l'estime de soi s'explique par l'impact de la composante émotionnelle qui, pour « Leary », a une fonction primordiale dans le cadre des relations sociales.

« GERMAN Duclos » ajoute une quatrième composante d'estime de soi :

- **Le sentiment d'appartenance**

Il s'agit du besoin d'appartenir à un groupe, de se sentir relié à autrui, rattaché à un réseau relationnel. Le sentiment d'appartenance ne peut se vivre qu'avec le développement de la socialisation.

11. Le développement (construction) de l'estime de soi à travers les âges de la vie

Tous individus est un être social qui se développe en contact avec les autres. L'estime de soi n'est pas innée mais acquise au cours de toutes les étapes de développement, comme un muscle, qui n'exige d'être entretenu tous au long de la vie. L'estime de soi inclut le sentiment d'être une bonne personne, méritant l'amour et le respect des autres, la juste reconnaissance de nos compétences et aussi de nos faiblesses. Ces trois facettes de l'estime de soi sont importantes, on peut avoir une lacune dans une ou les trois. Si les trois facettes sont bien développées l'estime de soi sera plus stable et plus solide.

Donc durant la vie de chaque individu la construction de l'estime de soi se fait de la manière suivante :

➤ *Pour l'enfance*

La construction de l'estime de soi prend ses racines dès la plus petite enfance, avec ce que Jacques Salomé appelle le biberon relationnel. Autrement dit, comment s'effectue la transmission des messages entre l'enfant et ses parents.

Le père et la mère jouent un rôle clé dans le développement de l'estime de soi. Si celle-ci se consolide au fil des expériences de la vie, elle n'en est que renforcée si l'on grandit dans un environnement stable, où l'on se sent en sécurité, où l'on est approuvé.

Le poids du regard d'autrui est un facteur puissant d'une bonne ou mauvaise estime de soi. Elle est à la base de la construction de la personnalité. L'estime de soi « s'entretient et se répare ».

➤ *Pour l'adolescence*

L'adolescence peut constituer une période de crises identitaire et conflictuelle remaniant l'estime de soi. Le développement de ce dernier. Selon « Henri Chabrol » dans un livre nommé « Psychopathologie de l'adolescent », l'auteur montre que l'adolescence est intimement liée à l'estime de soi. C'est une période de changements difficiles et audacieux, nécessitant une solide estime de soi qui elle-même sera fortement mise à l'épreuve.

Pour lui une des caractéristiques de l'adolescence est la construction identitaire, au travers de la crise pubertaire modifiant la physiologie et le schéma corporel. Ces modifications génèrent des inquiétudes. Celles-ci renforcent

eux même par la perte de l'image maternelle et du travail de séparations des valeurs et idéaux parentaux en donnant lieu pour la construction de l'estime de soi en le perturbant.

Selon le sociologue « Fize », la crise de l'adolescence est une manifestation des oppositions familiales, ayant pour but l'émergence de nouvelles identités. Le développement de l'estime de soi durant ce stade, dépend essentiellement du cadre de vie de l'adolescent. Son environnement et l'image qu'il aura de lui-même nourriront également son estime, son sentiment d'avoir une valeur ou non, un milieu insatisfaisant n'apportera pas la satisfaction des besoins fondamentaux comme l'affection, la considération, la sécurité et l'estime entre autres les séquelles et blessures de l'enfance se ravivent à l'adolescence.

➤ *Pour l'âge adulte*

l'environnement joue aussi un rôle important dans l'estime de soi et aussi les événements du passé comme les erreurs et les échecs confronté et aussi les succès vécu dans un domaine déterminé, on peut dire que une vrai estime de soi est fondé sur l'opinion que nous avons fait comme une chance, aptitude, mais qui n'a pas de relation avec notre valeur, l'estime de soi est donc notre évaluation et acceptation de nous –mêmes tels que nous sommes.(André & François, 2008)

11.1 Les attitudes de développement de l'estime de soi

a. *Attitude intérieure*

Pour la personne qui présente une faible estime de soi d'elle-même est dépourvu de valeur, ce qui fait donc qu'il va avoir des difficultés a réalisés ou a réussir ses désires et ses souhaits elle se fait des approches intérieurs et se trouve

incapable d'accomplir ses tâches il se sent inférieur par rapport aux autres, ce qui fait qu'il est toujours déprécié soi-même sans se rendre compte.

Cette personne s'évalue donc d'après les critiques des autres et d'après son passé, son impression de ne rien valoir qui vient avant tout de son dialogue intérieure qui est presque toujours négative.

« Nous sommes ce que nous pensons » c'est à dire que la manière dont nous pensons joue un rôle déterminant sur notre estime de soi. Si notre discours inférieur face à notre valeur est négatif notre estime de nous-même sera faible ou inexistant.

L'estime de soi est une attitude intérieure il est donc important de nous connaître et de nous aimer tel que nous sommes, connaître ses limites, ses goûts, ses soins, ses capacités, c'est aussi apprendre à s'accepter, à s'apprécier, tout ça nous aide à augmenter notre estime de soi, il ne faut pas changer d'attitude, avoir une vision de la vie et de nous-mêmes qui soit positive et réaliste.

b- Attitude positive et estime de soi

Le moyen facile pour que la personne puisse augmenter son estime de soi c'est de développer une attitude et une pensée positive par rapport à soi-même c'est aussi d'apprendre à se gâter et se faire plaisir du fait que ce dernier est une source de la personne pour un bien-être profond dans son corps, sa peau et son être physique, spirituel et émotif. Ce dire qu'il est important de se gâter et de faire plaisir peut sembler égoïste il faut donc apprendre à changer cette perception négative et cela se fait à tous âges.

Lorsque nous nous faisons plaisir envers nous-même nous connaissons et notre valeur et aussi apprendre à reconnaître nos bons côtés et notre bonne volonté, découvrir les aspects intéressants, être capable d'identifier ce que nous

aimons c'est le début d'une attitude positive pour augmenter notre estime de soi (Bruno, 1989)

11.2. Quelques exemples sur le développement de l'estime de soi

- Un domaine de vie réussi n'est pas garant non plus d'une bonne estime de soi comme par exemple quelqu'un qui peut se cacher derrière ses diplômes ou derrière une apparence très soignée sans pour tant s'estimer.
- Si on répond adéquatement à vos besoins physique ou psychologique vous apprenez à vous sentir important, à vous faire confiance aux autres. Si on n'a pas répondu à vos besoins vous apprenez à vous sentir méprisable, et vous apprenez aussi la méfiance et la honte.
- Si on a reflété une image de vous juste et réel, vous apprenez à vous voir tel que vous êtes et vous connaître.
- Si on a reflété une image de vous déformée, vous apprenez à ne pas savoir qui vous êtes et à ne pas vous connaître.
- Si on vous a donné le soutien et l'attention, vous apprenez que vous avez de qualités, des habilités et des compétences.
- Si on vous respecte vous apprenez que vous avez de la valeur, si on vous a pas respecté vous apprenez à douter de vous et à accepter l'inacceptable.
- Si on vous a négligé et critiqué négativement, vous apprenez à vous sentir inférieur, à ne voir que vos défauts et à dépendre des autres.

12. Les théories de l'estime de soi

12.1. La théorie de William James

James affirme que la conscience de la valeur du soi et l'estime de soi se situent à l'intérieur de la personne. Ce qui explique que le degré de nos réussites et nos échecs sont liés à notre qualité d'estime de soi, on prend comme exemple l'étudiant universitaire qui obtient ses années sans rattrapage et celui qui visait

une bonne moyen, dans ce cas l'estime de soi chez le premier augmente alors que chez le deuxième se diminue. Il a attribué la formule suivante :

Soi=réussites (réalisations) /aspirations (prétentions).

12.2. La théorie de Cooley

En 1902 L'estime de soi selon Harles Cooley est considéré comme un déterminant de la nature sociale, il considère que le développement de l'être humain est lié aux expériences de ses premières interactions avec l'environnement social et physique.

Le jeune est extrait du résultat de ses actions et du feedback de différents agents sociaux des représentations qui joue un rôle majeur dans sa conception de lui-même et son fonctionnement (Bandura, 1977, 1986, Markus, 1990).

La théorie de « Cooley » est donc expliquée de la manière suivante :

- tout ce qui augmente l'acceptation sociale augmente (un peu) l'estime de soi ;
- tout ce qui diminue l'acceptation sociale diminue (beaucoup) l'estime de soi.

12.3. La théorie de Harter

Pour « Harter » la combinaison entre les travaux de James et Cooley offre une explication complète à l'estime de soi aux cours de l'adolescence, plus que la perception des compétences d'un jeune est élevées plus son estime de soi sera aussi élevée, contrairement a celui qui ce sent incapable d'accomplir ses taches et qui reçoit moins de soutien, son estime de soi serra diminuée (Harter, 1998)

12.4. La théorie de Crocker

Selon lui l'estime de soi d'une personne se construit à partir des domaines du fonctionnement qu'il nomme contingence de

l'estime de soi que ce dernier se base sur les expériences de réussites et d'échecs qu'il vit, « crocker » met le point sur deux idées principales l'une c'est que les personnes diffèrent dans les domaines de contingence sur lesquelles elles fondent leurs estime de soi et l'impact des événements sur l'estime de soi, tandis que l'autre est fonder sur les compétences ou sur une combinaison de ses contingences, un jeune par exemple peut fonder son estime de soi sur ses compétences scolaires, et au cours de son développement avec les interactions sociales et les relations avec ses parents, normes, culture la personne développe une contingence qu'il doit satisfaire pour augmenter son estime de soi.

Mais au fil du temps si y aura des changements qui se produisent dans son environnement et dans ses capacités de satisfaire ses besoins, la personne va revoir ses contingences pour maintenir son équilibre de l'estime de soi.

12.5. L'estime de soi comme une théorie sociométrique

Selon « Leary », l'estime de soi a une fonction sociométrique, qui permet à l'individu de savoir où il en est de ses relations interpersonnelles. La perception que l'individu a de l'estime de soi état est un index subjectif qui indique en permanence à l'individu son degré d'inclusion ou d'exclusion auprès d'autrui. L'individu serait donc, en fonction du niveau interne, en permanence motivé à maintenir un certain niveau d'estime de lui-même afin d'éviter d'être rejeté socialement ou pour augmenter son seuil d'acceptabilité sociale. Pour « Leary », la présence de cet indicateur interne d'acceptabilité sociale s'explique par l'absolue nécessité qu'ont les êtres humains de vivre en groupe afin de pouvoir survivre. Ainsi, l'exclusion sociale peut, dans certaines circonstances, signer un

arrêt de mort plus ou moins immédiat pour l'individu et n'est, de toute façon, pas viable à long terme.

12.6. Une théorie en rapport avec nos défauts

En effet, il est plutôt rare d'atteindre ses idéaux dans la vie et c'est pourquoi nous nous appuyons sur des modèles pour nous en rapprocher. Tant qu'il n'y a pas de compétition avec les personnes qui représentent nos modèles, leur fréquentation nous permet d'imiter leurs compétences et d'augmenter notre savoir-faire et notre estime de soi. Les antis-modèles aussi peuvent augmenter notre estime puisqu'en comparaison avec eux, nous nous sentons mieux lotis. Cultiver les deux permettra donc à l'estime de soi d'être rassuré vers le bas et stimulé vers le haut. (André & Lelord, 2008)

12.7. L'approche (théorie) cognitive

Cette approche a pour principale caractéristique de considérer les processus mentaux comme une succession d'étapes, chacune d'entre elles étant consacrée à l'exécution d'une fonction particulière, d'une partie du traitement de l'information, les théoriciens du soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le soi contiendrait une variété de représentations, ces représentations seraient cognitives et affectives.

Ces derniers correspondent aux auto-évaluations positives et négatives de forme verbale, neuronale ou sensori-motrice, ou sous forme d'image. La large adoption, ces dernières années pour décrire le soi, alimente l'hypothèse selon laquelle le soi est une structure de connaissance, il devient claire que le soi peut influencer chaque aspect du traitement de l'information susceptible de concerner les individus. (Martinot, 1995)

13. Les facteurs de l'estime de soi

L'estime de soi est donc le sentiment plus ou moins favorable que chaque personne a d'elle-même. Elle représente la manière dont chacun de nous perçoit vous-même. La plupart des personnes souffrant d'une faible estime de soi ne le savent même pas, il pense que les choses sont ainsi que tous est normal et pensent qu'ils ne méritent pas mieux, l'estime de soi peut donc influencer sur l'individu à travers deux notions qui sont :

13.1. Par l'entourage

Certaines relations dans notre vie adulte peuvent nuire fortement à notre estime de soi. Par exemple, les situations de harcèlement moral, notamment au travail, sont destructrices. Les couples violents au sein desquels l'un des conjoints dévalorise régulièrement l'autre, abîment beaucoup.

13.2. Par nos réactions face aux difficultés

Les problèmes stressants comme perdre son travail, les ruptures amoureuses, ou même la maladie peuvent diminuer aussi notre estime de nous-mêmes. Dans les moments comme cela, Nous avons tendance à nous blâmer. Nous pensons en permanence que si nous étions «meilleurs» les choses se seraient passées tout autrement.

14. Les deux conceptions de base de l'estime de soi

14.1. Le premier courant

C'est celui de « Virginia Satir » que cette dernière insiste sur l'importance et la valeur intrinsèques (nécessaire) de l'être humain, pour avoir de la valeur, il n'y a rien à faire, il suffit d'être. Sa démonstration est simple : un nouveau-né a-t-il de la valeur ? est-il important ? la plupart d'entre-nous tomberont d'accord pour dire que c'est « évident ». C'est de la prise de conscience profonde de cette

valeur intrinsèques et inaliénable que vient l'estime de soi, il donc nécessaire de donner à l'enfant de l'amour inconditionnel et le sentiment de sa propre valeur, quoi qu'il fasse et quoi qu'il lui arrive.

Selon elle l'estime de soi à ce niveau est un « donné » puisque nous sommes des êtres humains, et nous avons de la valeur et nous sommes dignes d'être heureux. Nous avons tous un « soi essentiel » qui est en quelques sortes l'étincelle divine en chacun de nous.

« Virginia Satir » à comparer ce soi essentiel à un diamant qui se recouvre peu à peu des voiles de la personnalité au fur et à mesure que nous devons nous adapter à notre milieu et trouver des moyens pour y bien survivre.

Plusieurs personnes se trouvent avec une estime de soi défaillante et qui consiste à prouver aux autres et à eux –mêmes qu'ils ont de la valeur en présentant comme exemple leur diplômes, l'argent ou bien leurs réalisations. Cette conception de l'estime de soi a pour caractéristique d'être rassurante et tous a fait déculpabilisant. (Paul, 1999)

14.2. Le deuxième courant

Le principe de ce courant est que pour avoir une bonne estime de soi, il faut pouvoir compter sur soi-même et en particulier sur sa capacité de penser clairement et d'agir en accord avec son propre jugement.(Paul, 1999)

Le sens de sa valeur personnelle qui est probablement (dit-il) notre droit de naissance n'est que l'antichambre de l'estime de soi.il ne s'agit pas seulement de se sentir bien, il s'agit de vivre bien, et pour cela il faut s'en donner les moyens. C'est donc rendre à quelqu'un un mauvais service que de l'amener à dissocier la notion de valeur personnelle innée de la nécessité d'exercer sa conscience et sa responsabilité. (Le psychologue Nathaniel Branden)

Selon le même auteur le secret pour survivre est la conscience, notre bien-être dépend de notre capacité à maîtriser l'environnement, c'est la façon de bien penser juste et claire. Donc on pourrait dire qu'avec la conscience l'homme reçoit deux cadeaux la liberté et la responsabilité.

15. Les conséquences d'un manque d'estime de soi

L'estime de soi est une composante importante de notre personnalité, bien qu'elle ne soit pas la seule condition nécessaire pour être heureux et réussir notre vie, elle peut néanmoins être considérée comme un sorte de passeport pour le bonheur et pour la réussite, le manque d'estime de soi donc peut provoquer divers obstacles telles que les suivants :

15.1. La difficulté d'adaptation

Cela est liée aux différents changements qui se produisent au cours de la vie d'un individu, ils peuvent être dans les décisions qu'ils prennent, les relations qu'ils entretiennent avec autrui, ou les amis qu'ils choisissent dont la mesure ou les individus ne savent pas si ils peuvent compter sur eux-mêmes. Ce qui fait que ces changements leur font peur et ils se montrent souvent rigides et contrôlantes. Et pour se protéger du changement c'est de fuir ou d'en laisser la responsabilité aux autres, et si les choses tournent mal se sont eux qui seront blâmer.

15.2. La difficulté à admettre les erreurs

Quand l'être humain se rend compte que quelqu'un lui manque de sa valeur, il vaut mieux qu'il refuse de les reconnaître et les voir, comme il peut les ignorer. Le déni peut être à usage externe « je sais et je mens pour me protéger » c'est-à-dire que le sujet peut ne pas remarquer consciemment qu'il a fait une erreur et qu'il trouve des difficultés à les corriger, donc il réfléchit autrement comment faire son avenir.

Pour les mêmes raisons un sujet qui manquant aussi d'estime de soi se montrera aisément défensif ; même s'il n'a pas commis aucune erreur, même si ce qui lui est dit n'est en rien dévalorisant, il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien qu'il pense de lui, ce qu'on appelle une projection. (Paul, 1999)

15.3. Le désir d'avoir raison

Cette caractéristique explique que le sujet toujours cherche à être au sommet et d'avoir tous le temps raison, qu'il se rassure sur ses compétences intellectuelles, ses capacités et sa valeur moral.

Il suppose que l'autre soit toujours tort pour que j'aie raison, s'il gagne je perds, s'il est intelligent, je suis stupide, s'il a « tout », je n'ai « rien » une telle croyance donc entraînent une hostilité et agressivité, ces sentiment peut apparaitre sous forme de piques, d'ironie ou de mauvaise humeur qui peuvent être exprimés ouvertement ou au contraire réprimés, niés et qui se transforme en gentillesse et un désir de plaire.

15.4. Les problèmes de communication

C'est l'une des conséquences les plus désastreuses d'un manque d'estime de soi, c'est-à-dire que l'être humain avec ce problème de communication qu'il engendre il a peur d'être découvert, jugé et critiqué par les autres, qui fait que le sujet ne livre pas facilement ses idées, ses sentiments et ses désirs .la mythomanie et la mégalomanie sont aussi parmi les signes d'une faible estime de soi, cela fait donc il l'être humain trouve des difficultés a communiquer de façon honnête, intime et ouverte.

15.5. Les relations amoureuses

Cela est du a l'incapacité d'un individu a s'aimer soi même mais aussi qu'il a beaucoup de mal a aimer réellement les autres, il cherche toujours un miroir

favorable qui lui renvoie de lui une image positive et aimable. Certains sujet narcissiques cherche donc un partenaire valorisant (beau, célèbre, fortuné...etc.) en fonction de leurs critères personnels, mais d'autre parts certains d'autre cherche des personnes très défavorisées qui sont toujours a leurs yeux par ce que ils ont l'impression qu'ils sont supérieurs.

15.6. Se dévalorisé

C'est le fait que l'individu trouve du mal à croire a l'amour de l'autre il doute toujours de cet amour, alors il donne une image négative de lui-même (comment peut on aimer une personne telle que moi ?)

La jalousie malade est très souvent la conséquence d'un manque d'estime de soi, si ces individus sont certains des sentiments qui leur sont portés ils risquent donc de dévaloriser la personne qui les aime. L'amour de l'autre ne peut pas donc soigner le manque d'estime de soi. (Paul, 1999)

15.7. Manquer la conscience de soi

Entendre les secrets des périodes difficiles, écouter son corps et les messages qu'il nous adresse : voilà la clé de la sagesse !il s'agit d'apprendre accueillir les doutes, les questions, les difficultés, à leur donner leur place et à les respecter sous peine qu'ils nous submergent davantage.la première chose à faire est de se poser, de s'écouter sans rien juger afin de mieux s'occuper de soi et se respecter. D'accueillir aussi le présent, les petits et grands bonheurs, les cadeaux de la vie...bien se connaître, accéder à ses sentiments et ses désirs, c'est retrouver le chemin de l'estime de soi (Nicoulaud-Michaux & Couzon, 2012)

16. La formation et la modification de l'estime de soi

L'estime de soi est un produit de comparaison entre l'un et l'autre, il faut donc comprendre comment se construit le concept de soi ou la conception que

nous avons de nous-mêmes ainsi que notre idéal de MOI pour arriver à comprendre comment se forme l'estime de soi.

Comme on le savait tous que le nouveau-né ne vient pas au monde avec un concept de l'estime de soi, il n'est même pas conscient d'être une entité distincte de l'environnement, c'est petit à petit que ce concept va se former, à partir de l'interaction avec la mère et les autres personnes qui entourent l'enfant et en prennent soin, ces personnes constituent son cadre de référence.

Le processus d'apprentissage précoce est essentiel pour l'enfant mais il est important de savoir qu'un être humain apprend toute sa vie et c'est au fur et à mesure que l'être humain acquiert des expériences nouvelles grâce à ses différentes rencontres avec autrui ou des événements ou situations divers, donc le concept de soi est susceptible d'évoluer. Il est une impression favorable à propos de soi, des autres et du monde, on évite donc de corriger cette mauvaise impression, mais si il existe de la preuve démontrant que c'est possible cela peut demander du temps et de l'énergie pour le modifier. (Paul, 1999)

17. Le niveau de l'estime de soi selon l'âge et le sexe

Les recherches les plus récentes portant sur le niveau d'estime de soi globale des filles et des garçons font état de scores en moyenne plus élevés pour les garçons. La valorisation culturelle de la masculinité à travers la socialisation expliquerait cette différence. Sur le plan du sentiment de compétence dans des domaines particuliers, cette supériorité des garçons n'existe pas toujours. Par exemple, elle n'apparaît pas dans le domaine des compétences sociales et dans celui des compétences scolaires. Les scores ne vont pas tous dans le même sens (Bariaud, f, et Bourcet., 2000)

Block et Robin (1993) révèlent aussi des différences entre les sexes. Le niveau d'estime de soi des garçons tend à être plus élevé et celui des filles tend à

être plus faible. la prise de conscience par les filles des difficultés sociales en matière d'accomplissement de soi pourrait être un des facteurs expliquant cette différence. par ailleurs, des études sont portées sur la stabilité du niveau d'estime de soi. les résultats font état, quel que soit l'âge donné.

18. Les indicateurs de l'estime de soi

On distingue deux catégories d'estime de soi, l'une est haute, l'autre est basse.

18.1. Les indicateurs d'une bonne estime de soi

Disposer d'une bonne estime de soi, ce n'est pas seulement avoir une haute idée de soi-même, s'en convaincre et le faire savoir, être assez sûr de soi pour agir et prendre sa place parmi les autres, ne pas s'effondrer face aux échecs ou aux difficultés, une bonne estime de soi peut se manifester par :

- La maîtrise de soi
- L'aisance à recevoir la critique et les compliments
- L'aisance à faire des complications et à se réjouir du succès des autres
- Le sens des responsabilités
- La capacité de reconnaître ses torts
- La capacité d'entretenir des relations amicales et sociales harmonieuses
- La capacité de donner priorité et d'exprimer ses propres besoins
- La croyance de mériter les relations amicales et sociales harmonieuses
- La capacité de mettre en priorité ses propres besoins
- L'acceptation de ses limites
- La faculté d'adaptation
- La croyance de mériter le succès
- L'intégrité personnelle
- La confiance en soi et aux autres

- L'optimisme et la joie de vivre
- La fermeté sans agressivité
- L'ouverture d'esprit
- La reconnaissance de ses forces et ses limites
- Un bon niveau d'énergie physique et mental
- L'habitude de se fixer des objectifs réalistes
- L'aptitude à composer avec les situations stressantes
- La modération
- La capacité à affronter les problèmes
- La prise en charge de son équilibre mental
- La propension à vivre en fonction de ses valeurs, de gérer les obstacles et de garder espoir (Aline, 2000)

Une personne qui a une bonne estime de soi est réaliste, elle sait très bien que nul n'est parfait et elle reconnaît les limites, elle s'accepte d'autant mieux ainsi qu'elle sait qu'elle est perfectible et qu'elle a du plaisir à avancer sur le chemin de son développement personnel, elle peut comme beaucoup d'autres se sentir sous pression, déprimée ou anxieuse. (Paul, novembre 1999)

La gestion positive du changement : la vie sociale impose des mutations à la fois profondes et rapides. Une image positive de soi renforce l'adaptabilité et la créativité. Deux qualités que les tops managers se plaignent de trouver trop rarement chez leurs collaborateurs (Prod'Homme, 2003).

Elle est seulement mieux armée pour s'en remettre rapidement car elle décide, consciemment ou inconsciemment que c'est passager et elle compte sur ses ressources pour s'en sortir, si elle n'est pas satisfaite de la façon dont elle a géré une situation, elle n'en profite pas pour se dévaloriser en tant que personne ou pour invoquer son manque de chance, ou pour blâmer les autres mais elles

réfléchit à ce qu'elle a appris en traversant cette épreuve en tire des conclusions sur la manière de s'y prendre la prochaine fois dans des circonstances similaires. (Paul, 1999)

18.2. Les indicateurs d'une mauvaise estime de soi

La plupart des personnes souffrant d'une faible estime de soi ne le savent même pas, ils pensent que les choses sont ainsi que tout est normal et qu'il ne méritent pas mieux, les indicateurs donc qui explique leur faible estime de soi sont les suivant :

- La susceptibilité
- La sensibilité au rejet et a la critique
- La facilité à critiquer, a faire des reproches
- L'apitoiement (la victime), les plaintes
- L'attitude « ce n'est pas de ma faute » ou a chercher un coupable
- L'impression de ne pas être aimé, ni aimable (personne ne peut m'aimer)
- Le besoin excessif d'attention et d'approbation
- L'incapacité de recevoir (cadeau, compliments...etc.)
- L'absence d'amis intimes
- La tendance à être incapable de prendre soin de soi
- Le dévouement excessif
- Le désir de gagner a tout prix
- La propension a se placer en situation d'échec ou a saboter ses succès
- L'égoïsme
- Le mépris (pour soi ou pour les autres)
- Le pessimisme ou les doutes
- L'agressivité
- La rigidité de pensée

- La vantardise
- Des indices dépressifs qui ne sont pas liés à un événement précis (dépréciation, angoisse...etc.)
- La peur de la réussite ou de grandes difficultés à réussir
- La peur des échecs ou les échecs répétitifs
- Les abus (boisson, alcool, drogue)
- la dépression
- La fuite
- Les idées suicidaires ou la tentative de suicide (Aline, 2000)

Lorsque on a une faible estime de soi on risque fort de vivre dans la dépendance affective, dépend toujours l'impossibilité d'être affectivement dépend et d'avoir une bonne estime de soi –même.

La crainte du changement : c'est le critère le plus visible dans le comportement de l'individu à l'estime personnelle insuffisante. il se juge inapte à tirer parti des aspects positifs inhérents à tout changement et voudrait en rester à une situation de statu quo (Prod'Homme, 2003)

18.3. Image et estime de soi selon (André, 2008)

<i>Basse estime de soi</i>	<i>Haute estime de soi</i>
<p>Avoir du mal à se connaître</p> <p>Parler de soi de façon plutôt neutre</p> <p>Se décrire de manière plus modérée, flou, moyenne, incertaine</p> <p>Tenir sur soi-même un discours Contradictoire</p> <p>Tenir un jugement sur soi-même peu stable</p> <p>Le jugement sur soi-même dépend des circonstances et des interlocuteurs</p>	<p>Avoir des idées claires sur soi-même</p> <p>Parler de soi de manière tranchée</p> <p>Parler de soi de manière positive</p> <p>Tenir sur soi-même un discours plus cohérent</p> <p>Tenir un jugement sur soi-même assez stable</p> <p>Le jugement sur soi-même dépend relativement peu des circonstances et des interlocuteurs stables</p>
<p><u>Inconvénients</u></p> <p>Image floue et hésitante</p> <p><u>Avantages</u></p> <p>Adaptation aux interlocuteurs, sens de la nuance</p>	<p><u>Avantages</u></p> <p>Image plus tranchée et stable</p> <p><u>Inconvénients</u></p> <p>Trop de certitudes et de simplifications, risque de déplaire à certains interlocuteurs</p>

Tableau N° 01 : Tableau représentant l'image et l'estime de soi

19. Les symptômes de souffrance de l'estime de soi

Toutes les manifestations de souffrance de l'estime de soi sont normales tant qu'elle reste occasionnelle, le problème ne se pose que si elles deviennent fréquentes, constantes, ou intenses ; voila donc les symptômes qui détermine une souffrance de l'estime de soi :

19.1. Obsession de soi

C'est quand tous nos soucis sont fréquent et qu'ils ne sont pas résolu, les questions sur soi et son image, peuvent prendre une place attachante ou excessive à l'esprit de la personne, notre image, notre moi social devient alors un souci pour nous-mêmes.

19.2. Tension intérieure

C'est dans le cas ou il y a une insécurité dans les situations sociales avec une impression mentale liée au sentiment d'une surveillance par des interrogations inquiètes sur sa conformité, et par le regard des autres.

19.3. Sentiment de solitude

Ce sentiment peut être liée aux pensées qu'un individu ressent comme une impression d'être seul au monde, cela concerne aussi nos visions négatives quand nous nous comparons aux autres. C'est donc une impression d'être une personne différente des autres, comme l'ensemble des caractéristiques suivantes : plus fragile, plus vulnérable, plus isolée, moins compétent...etc.

Voila un exemple qui peut illustrer ce sentiment de solitude : une patiente qui raconte a ce propos et qui dise : « lorsque j'étais déprimée, j'allais regarder mon bébé dormir, je souffrais pour lui : je le voyais si fragile, si seul au monde. J'étais aveugle à tout l'amour qui l'entourait.je me sentais totalement seule, et du coup je projetais toutes mes peurs sur lui. Dans ces moments, j'ai compris ce

que les psys appellent le *suicide altruiste*, cette tentation, en se suicidant, d'amener avec soi dans sa mort ses enfants pour leur éviter de rester seuls et de souffrir dans ce monde si dur. »

19.4. Sentiment d'imposture

C'est l'un des symptômes qui est fréquent ou occasionnel et qui se déclenche au moindre succès, au signe de reconnaissance, dans ce cas l'individu pose souvent cette question : « est-ce que ce qui m'arrive, je le mérite vraiment ? » ou bien cette autre : « et maintenant, est-ce que je vais être à la hauteur de ce succès ? ».

19.5. Comportements inadéquats par rapport à nos intérêts

C'est un symptôme dont il ya un essaye d'impressionner ou de rabaisser autrui, alors que cela ne correspond pas à nos valeurs personnelles, c'est aussi de devenir désagréable lorsque l'on se sent jugé, mais aussi de voir faire ce qu'il ne faudrait pas faire, mais le faire, accomplir des choses qui nous horrifient, nous attristent ou nous exaspèrent. L'exemple suivant nous permet de mieux comprendre ce symptôme : « dire des vacheries, médire, je ne peux pas m'en empêcher, c'est plus for que moi. Depuis le temps, j'ai bien compris que ce n'étais pas bon signe chez moi, que plus j'allais mal, plus je dégommais autrui. Mais ca démarre tout seul, sauf si j'y fais spécialement attention. »

19.6. Tendance à l'auto-aggravation lorsqu'on va mal

Les personnes qui ont une basse estime de soi lorsque ils se sont mal, et qu'ils ne trouvent pas quoi faire pour allez mieux, ils voient que rien de tout ce qui pourrait les aidez.ils sont donc conscient de leurs incapacités, au lieu de voir des amis, ils s'isolent, au lieu d'écouter de la musique pour faire passé le temps ils réfléchissent sur autre chose, au lieu de sortir marcher et prendre l'air, ils restent enfermer chez eux. Donc ils faisaient tous ca tous le temps. Donc le

symptôme de tendance à l'auto-aggravation plus ça va mal, plus les individus s'enfoncent, ils n'ont pas tendance qu'ils ont besoin d'une aide d'autrui, mais ils s'occupent sur autre chose et comptent sur eux –mêmes pour résoudre leurs problèmes.

19.7. Procéder à des choix de vie contraire à nos envies

C'est quand la personne fait des choix et prend des décisions sans se rendre compte que ce sont des choix négatifs à ses intérêts, ses envies, et ses intuitions. On prend un exemple d'une fille qui choisit en toute connaissance de cause de se marier avec un homme qu'elle n'aimait pas, et d'en avoir divorcé des années plus tard avec un sentiment de désordre, d'absurdité et de regret.

19.8. Difficulté à demander de l'aide

Le plus entendu se sont les personnes à bonne estime de soi qui demandent le plus facilement de l'aide à autrui, ils ne se sentent pas dévalorisés de devoir le faire parce que ils le trouvent normal de s'aider entre les humains. Alors que les personnes à basse estime de soi trouvent vraiment des difficultés à demander de l'aide de la part d'une autre personne car ils se sentent incapables, faibles, dévalorisés et inférieurs des autres.

19.9. Tentation de négativisme

Le principe de ce symptôme c'est de ne pas être le seul à être mauvais, C'est le fait de rabaisser tout le monde, de ne voir que les mauvais côtés, choses sombres ou tristes. L'intolérance aussi, à tout ce qui remet en cause nos valeurs et nos certitudes, est sensible aux oscillations d'estime de soi, plus en doute de soi, moins on supporte ceux qui nous font douter, les contradictoires, les étrangers, ceux qui n'ont pas le même avis ou la même vie que nous.

19.10. Problèmes avec la remise en question

Ce problème est trop fatigant et persistant chez les personnes à basse estime de soi alors qu'il est difficile ou impossible chez les personnes à haute estime de soi fragile, qui face à ce qui pourrait leur apprendre, préfèrent nier leur responsabilité, détourner le regard, ou tourner la page. (Christophe André, 2006)

20. L'évolution de l'estime de soi

Il est très entendu que la conception de l'estime de soi est en cours de développement de la naissance jusqu'à la mort. Sa construction prend ses racines dès la plus petite enfance, avec ce que Jacques Salomé appelle le « biberon relationnel ». et c'est tous à fait que chacun de nous le développe à sa propre manière, à travers les expériences de la vie vécues au qu'elle viendra par la suite.

Il est important d'être acteur de sa vie pour être bien dans son corps et dans sa tête, de développer une philosophie de vie qui permet ;

- De vivre le présent, d'être juste là, dans l'événement. laisser le passé ou il est parce qu'aucun de ces moments ne reviendra pareil et laisser le futur parce que le future n'est pas prévisible.
- D'agir par petits pas, simples, réalistes et accessibles.
- De conserver sa capacité à s'étonner, s'émerveiller, rêver comme un enfant sait si bien le faire.

➤ Nous évoluons :

- Quand nous quittons la maison familiale pour voler de nos propres ailes ;
- Quand nous fondons un couple, une famille, quand l'amour est là ;
- Quand nous évoluons dans notre travail avec confiance ;
- Quand nous avons des enfants qui nous poussent à être présents ;

- Quand les turbulences professionnelles nous rattrapent ;
- Quand les turbulences personnelles nous obligent à faire les choix, parfois de séparation ;
- Quand nos enfants grandissent, quittent le foyer et que nous les laissons libres de leur choix et leur vie.
- Quand nous accompagnons nos parents âgés sans culpabilité et avec respect ;
- Quand nous prenons notre retraite pour profiter d'une nouvelle étape de vie ;
- Dans chaque événement de la vie, tout simplement.

L'environnement est parfois facilitateur : la famille, les amis, les collègues sont là et répondent présent et c'est très bien ainsi. Mais il est quelque fois plus difficile et nous oblige à aller chercher au plus profond de nous même, les ressources pour créer ou recréer de la vie en nous et autour de nous. il peut être nécessaire de se faire aider parce que l'isolement n'est jamais bon dans ces moments là. les périodes de crise permettent aussi d'avancer, de prendre conscience des changements à effectuer, des bilans à adresser et tous changements, il ya :

- Les pertes réelles : à ne pas confondre avec les pertes imaginaires
- Les bénéfiques : avec toujours à la clé le cadeau caché à découvrir

L'estime de soi peut être donc traduite dans le rapport entre ce que nous sommes en tant qu'individu (apparence physique, réussite sociale) et ce que nous souhaiterions être. Nous évoluons parce que le monde évolue, parce que l'environnement est de plus en plus changeant mais aussi nos projets, plan, souhaits, et réussites nous permet de grandir, son ignorer aussi le rôle de nos échecs parce que ces dernier nous apprend les difficultés de la vie et le

chemin à suivre vu que nous apprend par nos défauts et nos échecs. (Nicoulaud & Couzon, 2012)

❖ Synthèse générale

L'estime de soi est un processus qui se construit tous au long de notre vie. Ce n'est pas le cadeau de naissance que nous aurions reçu ou non mais un jardin qui se cultive et d'entretien au fil des ans. L'estime de soi est la relation que nous entretenons avec nous-mêmes. Elle n'est jamais établit définitivement, elle se développe tout au long de notre vie avec les expériences que nous vivons et la maturité que nous gagnons. Nous évoluons parce que le monde évolue, parce que l'environnement est de plus en plus mouvant, parce que les turbulences font partie de la vie, parce que les réussites comme les échecs nous permettent de grandir. (Couzon&Nicoulaud, 2012)

Chapitre III

Le diabète

Préambule

Le diabète sucré pose un problème majeur de santé publique de part sa prévalence sans cesse croissante et sa gravité. Quand il touche les sujets jeunes, le problème est encore plus aigue, vue les multiples complications auxquelles il les exposé.

En effet, dans ce chapitre on va présenter en premier lieu, la définition du diabète, puis l'origine du diabète, la classification international du diabète, se qui nous intéresse beaucoup plus c'est le diabète de type 1 et de type 2, on va approfondir dans ces deux types, après on va passer au diabète en Algérie. En dernier lieu, on va mettre l'accent sur l'évolution de la maladie, les troubles psychologiques liés au diabète et l'acceptation de la maladie.

1. Définition du diabète

"Groupe de maladies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de la sécrétion de l'insuline ou d'un défaut de l'action de l'insuline ou de ces deux anomalies associées". (Buffet & Vatie, 2010.)

"Le diabète est défini par une hyperglycémie chronique : une glycémie à jeune supérieure à 1,26 g/L (7mmol/L), ou une glycémie à n'importe quel moment de la journée supérieure à 2g/L (11 .lmmol / L), ou encore une glycémie à la deuxième heure de l'hyperglycémie provoqué orale (HGPO) supérieure ou égale à 2g/L, et ce à deux reprises.

Les valeurs glycémiques indiquées ici correspondant à un dosage surplasmaveineux par la technique enzymatique spécifique du glucose oxydase, avec une normale comprise entre 0,70 et 1,50 g/L. (Jean & Belon, 2005.)

2. La classification internationale du diabète

Il existe deux sortes de diabètes sucrés :

- **Diabète de type 1** : est le diabète insulino-dépendant (D. S. I. D. ou D. I. D.), ou diabète maigre, ou diabète des gents jeunes.
- **Diabète de type 2**, avec ou sans obésité, est non insulino-dépendant, (D. N. I. D; Ann Bertran, 2001.)

3. Origine du diabète

La survenue du diabète de type 1 implique des facteurs génétiques prédisposant, des facteurs déclenchant et le développement d'un processus auto-immun.

3.1. Facteur génétique prédisposant

Terrain génétique de susceptibilité dans le diabète de type 1 :

- Maladie polygénique, chez les caucasiens : 90% des sujets qui développent un diabète de type 1 dans l'enfance sont **HLA-DR3** et/ ou **HLA-DR4**;
- Taux de concordance entre jumeaux de 50%, ce qui implique d'autres facteurs.

3.2. Facteurs environnementaux initiant le processus auto-immun

De nombreux facteurs sont évoqués :

- Infection virale (rubéole, CMV, oreillons, coxsackie) ;
- Facteurs diabétiques (Introduction précoce du lait de vache dans l'alimentation du nouveau-né) ;

- Facteurs taxiques.

Ces facteurs sont différents des facteurs révélateurs de l'hyperglycémie : Facteurs émotionnels (choc affectif), pathologie intercurrente retrouvés dans les semaines précédentes la découverte de la maladie et qui sont des facteurs de décompensation.

3.3. Processus auto-immun

- Cible : cellules B des ilots de langerhans, créant une insulite.
- Réaction immunitaire dans les ilots de langerhans :
 - réaction de l'immunité cellulaire avec augmentation des lymphocytes, du rapport lymphocytes T4/T8, des lymphocytes T activés et diminution des lymphocytes T supresseurs ;
 - immunité humorale avec autoanticorps impliqués secondairement dans la destruction des cellules B.
- Au moins un des anticorps suivants est détectable dans 80% des cas :
 - autoanticorps anti-cellules des ilots : ICA (très spécifiques chez les sujets jeunes, disparaissent ensuite chez la majorité des patients) ;
 - autoanticorps anti-insuline (présents avant tout traitement par insuline) ;
 - autoanticorps anti-décarboxylase de l'acide glutamique (anti-Gad), dans 85% des diabètes récents ;
 - autoanticorps anti-La-2, témoins de l'imminence de la maladie clinique (anti-corps dirigé contre une phosphatase membranaire des cellules B).
- D'autres maladies auto-immunes sont fréquemment associées :

Présence d'auto-anticorps spécifiques d'organe dans 15% des cas.

(Buffet & Vatier, 2010.)

4. Le diabète de type 1 (DID)

4.1. Physiopathologie du diabète de type 1

La physiopathologie du diabète de type 1 résulte d'une destruction auto-immune des cellules bêta productrices d'insuline, situées dans le pancréas, laquelle entraîne une carence insulinique qui conduit à son tour à l'hyperglycémie. Environ 10 % à 15 % des personnes diabétiques sont atteintes d'un diabète de type 1. (Franc, 2012)

4.2. Les facteurs de risque et causes du diabète de type 1

Le diabète de type 1 (anciennement diabète insulino-dépendant) est une maladie qui touche préférentiellement les enfants et les jeunes adultes, bien qu'elle peut survenir parfois plus tard dans la vie. Il n'y a pas de facteur favorisant.

On ne connaît pas exactement les causes de ce diabète, même si un lien avec des infections virales semble de plus en plus plausible. Dans des cas exceptionnels, les défenses du corps réagissent en effet avec des excès à ces virus : l'organisme produit des anticorps contre les virus mais ces anticorps se trompent en quelque sorte de cible et vont attaquer également les cellules du pancréas qui produisent l'insuline.

Il n'y a généralement pas de transmission du diabète de type 1 dans la famille, en tout cas beaucoup moins qu'avec le diabète de type 2. Il existe certes une prédisposition génétique, mais qui reste très faible et n'est pas une fatalité. (Jean, 2012.)

4.3. Signes et Symptômes

Le diabète de type 1 est une maladie fortement symptomatique :

La polyurie (augmentation de la diurèse jusqu'à plusieurs litres par jour) est la conséquence directe de la fuite de glucose dans les urines. Cette polyurie entraîne en cascade une polydipsie (sensation impérieuse de soif).

La polyphagie qui est moins fréquente, observée surtout au début de la maladie. Malgré un appétit augmenté, le diabète de type 1 s'accompagne d'un amaigrissement.

Ces quatre signes très souvent associés, polyurie, polydipsie, polyphagie et amaigrissement, sont les signes cardinaux du diabète.

(André , Agnés & Heurtier, 2009)

4.4. Diagnostic et traitement

Le diagnostique repose sur la mesure de la glycémie, dont la valeur à jeun est supérieure à 1,26 gramme par litre (ainsi que dans tout diabète sucré), mais qui dans le diabète de type 1 atteint par ailleurs, en condition normale, des valeurs presque toujours supérieures à 2,5 grammes par litre. Le diabète de type 1 se caractérise en outre par la présence dans les urines de sucre (glycosurie) et d'acétone (cétonurie), facilement détectés à l'aide de bandelettes urinaires.

Le traitement repose sur l'injection d'insuline. Cette administration, quotidienne, est obligatoire et vitale. Elle se fait par voie sous-cutanée, à raison de 2 à 4 injections par jour, à l'aide d'une seringue ou de stylos injecteurs pré remplis.

Plus rarement, une administration continue d'insuline est réalisée à l'aide d'une petite pompe reliée à une aiguille implantée sous la peau. Des essais sont en cours concernant une administration d'insuline par voie orale, la voie nasale n'étant pas satisfaisante.

Le diabète de type 1 nécessite une surveillance par le diabétiques lui-même, qui peut mesurer sa glycémie plusieurs fois par jour, à partir de gouttes de sang

prélevées au doigt, grâce à un appareil appelé lecteur de glycémie. Il en existe aujourd'hui de nombreux modèles, permettant une mesure très fiable de la glycémie.

Cette auto surveillance permet d'adapter le traitement de façon à obtenir des variations de la glycémie, au cours de la journée, les plus proches possible de la normale. Les doses d'insuline doivent en outre être adaptées, au jour le jour, à l'activité physique et aux apports alimentaires.

Le seul effet indésirable que peut éventuellement entrain et ce traitement consiste en une hypoglycémie (taux sanguin de glucose inférieur à 0,60 gramme litre), due à une injection adaptée d'insuline et situant une pris rapide de sucre (resucrage).

Le patient doit en outre se soumettre à un régime alimentaire équilibré, adapté aux doses d'insuline administrées, consistant en trois repas apportant une ration suffisante de sucres "lents" (principalement féculents), et une à trois collations glucidiques quotidiennes-les sucres "rapides" sont par ailleurs limités. Une activité physique régulière, si elle est possible, et recommandée.

La transplantation pancréatique, constituant à théorie le traitement idéal, représente en pratique à l'intervention chirurgicale très lourde, nécessitant un traitement immunosuppresseur afin d'éviter le rejet de la greffe. Elle est réservée aux diabétiques nécessitant par ailleurs une greffe de reins. La recherche étudié la possibilité d'implanter des cellules pancréatiques très sécrétrices d'insuline.

5. Le diabète de type 2 (non insulino dépendant)

5.1. Physiopathologie

Le diabète de type 2 se définit par une sécrétion anormale d'insuline causée par une résistance périphérique. Il représente à lui seul 85 % à 90 % de l'ensemble des cas de diabète. (Franc, 2012)

5.2. Les facteurs de risque et causes du diabète de type 2

Les facteurs favorisant l'apparition du diabète chez les personnes prédisposées:

- L'âge : avec les années, le pancréas fabrique de moins en moins d'insuline.
- Le surpoids : le corps a besoin de plus d'insuline quand on est en surpoids. De plus, l'insuline fonctionne moins bien (insulinorésistance). Quand on est obèse : le risque de diabète est multiplié par six.
- La sédentarité: un manque d'efforts physiques augmente la résistance à l'insuline et diminue la consommation de glucose.
- Une alimentation déséquilibrée : un excès de graisses, un manque de fruits et de légumes favorisent la résistance à l'insuline.
- Une hyperglycémie modérée à jeun ($> 1,10$ g/l) ou une intolérance au glucose ($> 1,40$ g/l après une charge en glucose) : appelée parfois "pré diabète", il s'agit le plus souvent du développement progressif s'un diabète de type 2.
- Certains médicaments (corticoïdes, antirétroviraux...) : certains médicaments sont très efficaces et utiles, mais ont des effets indésirables.
- La grossesse : les besoins en insuline augmentent de façon majeure avec la grossesse. (Jean, 2012)

5.3. Les signes et symptômes du diabète de type 2

Le diabète de type 2 a une forte composante familiale :

Certaines familles ont des gènes de prédisposition au diabète. Il ne s'agit pas d'un seul gène qui provoquerait le diabète, mais d'un ensemble de gènes qui favorise son apparition dans certaines circonstances.

Ainsi, quand il y a du diabète dans la famille, il ne faut pas se décourager en

pensant que l'on sera forcément diabétique. Au contraire, c'est une raison de plus de mener une vie saine afin d'éviter au maximum la maladie. (Jean, 2012)

5.4. Signes et symptômes

Le diabète de type 2 ne se traduit souvent par aucun symptôme et est découvert de façon fortuite lors d'un examen ou d'une complication découlant d'un diabète déjà installé, le plus souvent neuropathie (lésion des nerfs périphériques) et infection cutané muqueuse ; la maladie est alors suspectée lorsque des antécédents familiaux de diabète de type 2 existent.

Il peut également être suspecté chez la mère à l'occasion de la naissance d'un enfant de plus de kilogrammes (une quantité excessive de glucose transmise au fœtus entraîne un développement plus rapide que la normale) ou se traduire par des symptômes d'hyperglycémie importante : polydipsie (soif intense), polyurie (augmentation du volume des urines), amaigrissement. (Jean, 2012.)

5.5. Traitement du diabète de type 2

Le premier traitement est ce que l'on appelle mesures hygiéno-diététiques. Il s'agit de mieux manger et d'augmenter son activité physique.

Le traitement de deuxième ligne est constitué par les médicaments en comprimés, appelés les antidiabétiques oraux. Le médecin a plusieurs familles de médicaments à sa disposition, qu'il associera si besoin pour établir pour chaque patient un traitement personnalisé.

Troisième ligne de traitement, les médicaments injectables. Il y a deux familles d'hormones qui peuvent être utilisées en complément des autres traitements pour équilibrer le diabète. (Jean, 2012.)

5. Le diabète en Algérie

- **D'après le président de l'association des diabétiques de la wilad'Alger, M. Fayçal Ouhada**

On a, environ, 10% de la population qui est atteinte de diabète, contrairement à ce qui disent les statistiques de l'Etat, qui, selon elles, les malades atteints sont de l'ordre de 7%, car il y a des malades non assurés.

Dans ce sens, nous demandons d'assurer tous les malades atteints de cette pathologie, afin de connaître le nombre exacte des malades. Le taux des malades, en Algérie, ne cesse d'augmenter.

Au niveau de la wilaya d'Alger, il y a environ 30,000 diabétique

- **Selon une enquête de l'institut national de santé publique**

Le diabète occupe la quatrième place dans les maladies chroniques non transmissibles.

- **Selon les enquêtes réalisées à l'est et à l'ouest du pays**

- La prévalence du type 2 varie entre 6,4 et 8,2% chez les sujets âgés de 30 à 64ans.
- Chez les touaregs du sud algérien dans la même tranche d'âge elle n'est que de 1,3% ce qui conforte l'influence du mode de vie et de l'activité physique sur le développement de la maladie.
- L'étude STEPS OMS réalisée en 2003 dans deux wilayas pilotes (Sétif et Mostaganem) chez les sujets de 25 à 64 ans a montré une prévalence de 7,1%. (www.ands.dz/Dossiers/direction-prevention/guide-diabeto.pdf)
- En 2006, une étude réalisée à Sidi Be labbes note une prévalence de 10,5%.

- L'enquête nationale TAHINA signale une prévalence de 12,26%.
- Selon les registres du diabète de type 1, chez les jeunes de moins de 15ans, l'incidence à Constantine en 2016 était de 17,44/100 000 et à Oran en 2011 de 26/100 000 et à Alger de 22,8/100 enfants.

(www.sante.dz/guide_diabete_2015pdf.)

5. Evolution du diabète

La manifestation clinique et l'évolution de la maladie varient considérablement d'un individu à l'autre à tel point qu'aux premiers stades, il peut être difficile d'établir avec certitude. Si le patient souffre d'un diabète de type 1 ou de type 2.

Le diabète de type 1 peut survenir à tout âge, mais évolue plus longtemps lorsqu'il apparaît chez l'adulte. D'un autre côté il est de plus en plus fréquent que le diabète de type 2 se manifeste de façon précoce, voir chez l'enfant et l'adolescent, ce qui contribue parfois à retarder la confirmation du diagnostique de plusieurs années. (Fran, 2015).

6. Les troubles psychologiques liés au diabète

6.1. L'inquiétude

Est un sentiment naturel lorsque l'on souffre d'une maladie. On a peur que la maladie soit grave, qu'elle ait des complications, qu'elle gâche notre vie quotidienne, qu'elle nous empêche de vivre librement.

6.2. L'anxiété

L'anxiété est une inquiétude plus intense, que l'on n'arrive pas à maîtriser : elle envahit notre pensée et nos actes. Comme si l'on souhaitait profiter d'une

belle musique mais qu'un bruit de fond continu nous en empêchait. On est moins détendu, plus irritable, moins concentré. Le corps peut le ressentir en développant maux de tête ou d'estomac, sommeil de mauvaise qualité.

6.3. L'angoisse

Représente le même genre de sentiments et sensations poussées à l'extrême : on a l'impression que les pensées négatives nous envahissent, font battre notre cœur sans contrôle et nous empêchent de respirer, le cerveau est en panique et ne dirige plus grand chose.

6.4. La Tristesse

La tristesse est une émotion le plus souvent passagère, motivé par quelque chose qui nous semble négatif. Il est normal d'être triste lorsque l'on nous communique une mauvaise nouvelle comme une maladie, un résultat de laboratoire inadéquat, le besoin de prendre plus de médicaments.

6.5. La dépression

La dépression est le versant maladif de la tristesse. La personne déprimée à des idées noires, voire suicidaires : elle pleur parfois sans raison mais peut également être facilement irritable. Tous son corps réagit avec une fatigue importante, une difficulté à se décider aux gestes les plus simples (se lever, se laver, s'habiller...), des troubles du sommeil (insomnie ou au contraire durée de sommeil excessive du jour comme de nuit), des troubles alimentaires qui se révèlent soit par une anorexie avec amaigrissement, soit par des prises alimentaires anarchiques entraînant une prise du poids. Une caractéristique importante de la dépression est la perte du plaisir à réaliser ce qui auparavant apportait bien-être et satisfaction. La personne déprimée n'a plus de goût à rien et en ressent de la culpabilité. Elle se sent un fardeau pour les autres et perd les saveurs de la vie.

6.6. La colère

La colère est souvent liée à un sentiment d'injustice :

- Pourquoi suis-je malade ?
- Qu'ai je fais pour mériter cela ?
- Pourquoi moi ?

Elle apparaît très souvent au diagnostic d'une maladie, parfois de façon différée après une période de sidération ou l'on est comme " sonné ".

Elle peut réapparaître au cours de la vie avec le diabète lors de périodes difficiles, ou en cas d'une mauvaise évolution alors que l'on a fait tout ce qu'il fallait pour bien suivre son traitement.

Le sentiment de colère est une réaction plutôt saine si on arrive à l'évacuer pour continuer à progresser, reprendre ensuite son chemin vers la meilleure vie possible. La colère peut être néfaste si elle est rentrée, elle devient sourde, constante et difficile à vivre pour les patients comme pour son entourage.

6.7. Le Dénî

Le déni est un refus de voir en face la réalité, de façon généralement inconsciente. Ainsi certaines personnes à qui leur médecin a diagnostiqué un diabète ne vont pas se soigner, ne se croyant pas malades.

On peut aussi refuser d'accepter des complications de la maladie, ou de la nécessité de changer le traitement. Cela peut être le cas de personnes qui pour le médecin ont manifestement besoin d'insuline pour équilibrer leur diabète, mais veulent rester aux comprimés en permettant de faire des efforts pour la prochaine consultation.

Plus grave le déni peut être lié à une angoisse très forte, par exemple durant

la grossesse d'une femme diabétique: son inquiétude pour la santé de son futur enfant peut la pousser à cacher inconsciemment de mauvaises glycémies, à écrire de faux résultats dans son carnet glycémique. Il ne s'agit donc pas de mensonges, mais de processus presque inconscients pour diminuer l'inquiétude et la culpabilité.

6.8. La culpabilité

Lorsque l'on est diabétique, on peut se sentir coupable de beaucoup de choses : d'être malade, de ne pas être en pleine forme.

On peut se croire un gêne pour son entourage qui doit s'adapter à notre mode de vie alimentaire ou aux horaires des traitements, à des difficultés pour certains voyages ou les vacances (Jean, 2012.)

7. Acceptation de la maladie

Accepter le fait que vous avez le diabète ne se fera pas du jour au lendemain ou d'un coup. Par contre, rappelez-vous que nous ne sommes pas seul dans cette situation. En parlant à votre conjoint, à un ami, à une personne atteinte du diabète ou à un professionnel de la santé, vous pourrez mieux gérer les hauts et les bas de votre nouvelle vie avec le diabète.

J'aimerais dire que les gens qui trouvent que c'est horrible d'avoir le diabète, que ça doit faire trop mal. Non ça ne fait pas trop mal. Enfin, je préfère avoir le diabète que, je ne sais pas, ça ne se voit pas, tandis que d'être, par exemple amputé d'une jambe ou bien, je ne sais pas, avoir des maladies graves, moi, je préfère quand même avoir le diabète.

Dès que vous aurez accepté cette réalité, Je peux échanger des trucs ou bien parler avec des gens qui ont le diabète, cela libère un peu de causer de ça avec des gens qui savent ce que c'est. Il vous sera plus facile d'apporter des

changements à votre style de vie, comme augmenter votre niveau d'activité et faire des choix alimentaires sains, qui amélioreront la gestion de votre diabète ainsi que votre santé physique et émotionnelle en générale.(André & Agnes 2009)

Partie

Pratique

Chapitre IV

La démarche de la recherche et les méthodes utilisées

Préambule

Ce chapitre présente le cadre méthodologique mit en place afin de réaliser notre travail de recherche, au départ l'approche méthodologique sera présentée, le déroulement de notre prés enquête, ainsi la description du terrain avec la sélection des sujets à l'étude ; s'ensuivra par les méthodes cliniques utilisées durant notre recherche et cela pour enrichir notre travail; ce chapitre permet d'acquérir une meilleure compréhension.

1. La démarche de la recherche

1.1. La pré-enquête

la pré-enquête est une étape cruciale, dont le chercheur tente de se familiariser d'une façon plus complète possible avec son sujet, il faut donc rechercher toutes les données pertinentes sur la population et sa composition ;il est aussi important de chercher à devenir suffisamment familier avec la population à l'étude, et avec le sujet de recherche pour être en mesure de rédiger un projet de recherche détaillé qui constituera notre travail. (Darrand, 2009)Le projet de recherche devra donc comprendre obligatoirement les points suivants :

- Un état de la recherche et un rappel de la problématique de la recherche.
- La formulation de la question de recherche.
- Une définition de la population visée.
- Une stratégie de la collecte des données d'échantillonnage.
- Une esquisse relativement détaillée des dimensions qui devront être mesurées pour pouvoir répondre à la question de recherche.
- Un échéancier de travail. (Darrand, 2009).

Nous avons donc effectué notre pré-enquête au sein du centre médicale de l'université de Bejaia, (EUP) « unité de médecin préventif » selon un temps impartis et selon la disponibilité de nos cas. Dans l'objectif d'acquérir des informations relatifs à notre thème de recherche intitulé « l'estime de soi chez les étudiants diabétiques ».

Afin de mieux organiser notre pré-enquête, on a tracé une méthode qui nous permet de faciliter la rencontre avec nos cas ; en premier lieu on a consulté le médecin du centre médical, pour demander la listes des étudiants diabétiques ; et après avoir fait la sélection des cas à l'étude, on a déplacé pour chaque département d'un étudiant pour demander leurs niveaux universitaires et leurs plannings.

En premier contacte avec ces étudiants diabétiques, nous sommes intéresser à étudier l'impact du diabète sur l'estime de soi de ces derniers, ainsi sur leurs études ; c'est aussi avoir un récit pour le vécu de leurs maladies, ces complications, et les conséquences du diabète sur leurs états physiques et psychiques. On a pu remarquer donc que cette maladie était une souffrance douloureuse pour eux, accompagné d'un manque de confiance en soi-même. Cette pré-enquête nous a permis de formuler des questions de recherche et de s'intéresser à l'estime de soi des étudiants diabétiques.

A l'aide d'un guide d'entretien préparé à l'avance, et l'entretien semi-directif on a effectué trois entretiens pour chaque cas, selon leurs richesses fantasmagiques. Cela donc nous a permis de récolter les informations souhaitées ; nous sommes aussi appuyé sur l'échelle de mesure de l'estime de soi de « Cooper Smith », afin d'arriver à l'objectif tracé au début, qui consiste à mesurer le niveau d'estime de soi de chaque cas et de discuter enfin nos hypothèses.

Aussitôt commence notre travail après avoir eu le consentement de nos étudiants diabétiques, pour participer à l'élaboration de ce travail de recherche.

1.2. La description du lieu de stage

Notre stage s'est déroulé au niveau du centre médical de l'université de Bejaia ; appelé (EUP) « unité de médecin préventif » pour une durée d'un moi, débuté donc du 08/04/2018 jusqu'au 08/05/2018. Et cela sous l'accord du médecin général principal « BOURAOUI Kamel ».

Ce centre permet à tous les étudiants de bénéficier gratuitement de consultations médicales, ainsi dans les cas des premiers soins de secours comme des blessures, hémorragie externe et des injections ...etc. ; il consiste aussi à calmer et diminuer les douleurs, telles que les maux de tête, les vomissements et l'étourdissement.

Cette unité de médecin préventif comprend trois cabinets médicaux qui sont :

- une infirmerie
- Deux salles de repos et d'observations qui sont : une salle d'attente et une pharmacie, afin de profiter des médicaments pour des petits symptômes.
- Des sanitaires.

Son ouverture revient aux années 2008.

1.3. Présentation des cas d'études

Nous avons choisis pour notre échantillon d'étude quatre cas d'étudiants diabétiques ; dont deux filles et deux garçons âgées entre (21 à 23) ans. On les a reçus au niveau du centre médical de l'université de Bejaia, on tient compte des critères suivants :

1.4. Sélection des cas d'études

❖ Critères d'homogénéité retenus

- L'âge : se sont des étudiants dont l'âge échange entre 21 et 23 ans.
- Le niveau d'étude : on a pris en considération la diversité des niveaux qui comprennent les premières année, troisième année et master 01.
- Spécialité : différentes spécialités (droit, SEGC et français).
- Les patients : se sont des diabétiques des deux types.

❖ Critère non pertinent pour la sélection

- Le sexe : cette variable n'est pas prise en compte ; on s'est intéresser pour les deux sexes.
- L'étiologie et le début de leurs maladies : ces deux variables varie entre les cas ; elles ne sont pas identiques pour tous les cas.

Tableau N° 02 : Tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude

Cas	Sexe	Age	Niveau d'instruction	Spécialité	L'âge de l'apparition du diabète	Type du diabète
Meriem	Féminin	23 ans	Première année master	Français	Depuis 05 ans	Type 01
Karima	Féminin	22 ans	Première Année licence	SEGC	Depuis 03 ans	Type 01

Tahar	Masculin	22 ans	Première Année licence	Droit	Depuis 12 ans	Type 02
Oussama	Masculin	21 ans	Troisième année Licence	Français	Depuis 13 ans	Type 02

2. Les méthodes cliniques utilisées

Le choix de la méthode de recherche est un moment clé du travail scientifique, c'est un ensemble des opérations par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontré et les vérifie ; c'est en effet privilégier une certain conception de l'objet d'investigation ; le choix de la méthode de recherche est donc un choix plus large qui introduit une certain représentation du monde de recherche.

Dans notre recherche nous avons opté à une méthode descriptive et une méthode de l'étude de cas, qui constitue une pièce d'un stage et le fil conducteur de plusieurs séances de travail. Cela nous a autorisé de sérier les questions à poser et rechercher les réponses possibles ; cette méthode nous a permis aussi de mieux comprendre le sujet diabétique, ses complications et de mettre en place ses émotions, comportements, et cognitions manifestés.

2.1. La méthode descriptive

Décrire en psychologie signifie bien « donner des informations » et ceci grâce à une technique scientifique qui sert des objectifs de recherche :la description demande que l'on suive un plan relié à des propositions élaborées que l'on vérifiera et contrôlera .comment décrire par bien des méthodes ,de l'observation à

l'entretien mais toujours avec attention, respect, en préservant les données récoltées et en étant toujours attentif au hasard à la phénoménologie. Décrire reste donc essentiel pour étudier ce qui est significatif et peut aider à la compréhension.

La méthode descriptive occupe une place unique, notamment dans un programme de recherche, non seulement par les observations et les mesures quelle permet de prendre dans leur occurrence naturelle mais aussi par la signification approfondie des résultats et les suggestions et hypothèses offertes et par la mise en évidence de variables qui agissent les unes sur les autres. Cette méthode est exigeante et demande de l'entraînement et de la pratique

La méthode descriptive c'est d'abord décrire, c'est –à-dire dépeindre dans le but de transmettre une information précise, complète et exacte. L'information mène à la connaissance mais peut, pour cela, passer par différentes tapes :de la simple familiarisation au savoir à acquérir pour pouvoir construire de future recherches en passant par la vérification de l'existence de relations causales entre des phénomènes.par la formulation des hypothèses ou encore par l'inventaire de problèmes ou même par la clarification de certains concepts.(MERLEAU, 1975)

La méthode descriptive consiste à décrire, nommer ou caractériser un phénomène, une situation ou un événement ; cette méthode nous a aidés dans la description du champ de travail et de notre unité d'enquête pour appréhender les différentes réalités qui s'y trouvent.

2.2. La méthode de l'étude de cas

L'étude de cas est par ailleurs souvent perçue comme un travail de nature exploratoire, qui permettrait de faire émerger des hypothèses nouvelles, à travers la description fine et systématique d'un ou de plusieurs cas remarquables.

L'étude de cas ou l'étude d'un ensemble de cas peut parfaitement s'inscrire dans une démarche de production de connaissance. Le choix des cas devrait d'ailleurs se faire en fonction d'un modèle théorique et d'hypothèses de recherche à valider, et l'étude de cas doit permettre dans une telle perspective d'infirmer ou de confirmer les hypothèses de recherche, bien sur la validation d'un seul cas ne permet pas d'aller trop loin dans la validation d'une hypothèse, mais l'analyse approfondie du cas et la répétition éventuelle d'une telle analyse sur une diversité de cas doivent permettre d'enrichir des modèles théoriques, d'apporter des explications aux phénomènes investigués et d'avancer dans le travail de construction de connaissance, au-delà de la compréhension de chaque cas singulier étudié. (Albarelo, 2011)

L'étude de cas est un récit qui raconte de manière approfondie la vie de quelqu'un ou son parcours avec le clinicien. Elle vise à faire ressortir ce qui est individuel, particulier, voire spécifique, à une situation, à un individu.

- **Selon Daniel Lagache, (1949)**

L'étude clinique d'un cas doit en règle générale reposer sur plusieurs ordres de données. En aucun cas, on ne peut se passer de l'anamnèse et de l'observation du sujet au cours d'une rencontre personnelle avec le clinicien.

- **Selon Claude Revault d'Allonnes, (1989)**

L'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique.

- **Selon Didier Anzieu, (1990)**

L'étude de cas est caractérisée par ce qui, sur des processus communs, fait apparaître l'originalité événementielle, processuelle d'un sujet et son irréductibilité à un autre. (Jean & Pedinilli & Fernandez, 2015)

Chapitre V

*Les techniques utilisées et
leurs analyses*

Préambule

En psychologie clinique, une recherche comporte l'utilisation des procédés opératoires bien définis que l'on nomme « technique », le choix de cette dernière dépend de l'objectif poursuivi lequel et lui même lié à la méthode de travail, dans ce chapitre nous allons donc présenté les techniques utilisés tels que l'entretien clinique en particulier l'entretien semi-directif, un guide d'entretien qui comprend plusieurs axes et qui nous a permis d'avoir les informations souhaités pour chaque cas; pour terminer enfin par la présentation et la justification de l'instrument de mesure usagée (l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith) et cela pour enrichir notre travaille de recherche.

I. Les techniques utilisées

1. L'entretien clinique de recherche

1.1. Définition de l'entretien clinique

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet dans le sens, évidemment, ou l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Alain blanchet, 1997)

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

Il ya trois types d'entretiens clinique qui sont :

- l'entretien directif,
- l'entretien non directif, et
 - l'entretien semi-directif.

Dans notre recherche on s'est basé sur le deuxième type qui est le semi-directif.

1.2. L'entretien semi –directif (semi-structuré).

L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associé librement mais seulement sur le thème proposé.

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien; il a en tête quelques questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation et une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit.

On à effectués les entretiens en langue maternelle (kabyile) et en longue française en fonction du niveau de connaissance et du niveau scolaire de nos cas.

1.3. L'attitude du clinicien lors de l'entretien

- **la non-directivité**

D'après j. Piaget la méthode non directive quand il dit que l'art du clinicien consiste non à faire répondre, mais à faire parler librement et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer. (Nadine Proia-Lelouey, 2012)

- **Respect**

L'attitude clinique relève d'une véritable attitude déontologique et éthique. Elle implique le respect du sujet.(Hervé & Chahraoui, 1999)

« Le respect de la personne dans sa dimension psychique est un droit inaliénable. Sa reconnaissance fonde l'action des psychologues ». Code de déontologie des psychologues, 1996.

- **Neutralité bienveillante**

Ici le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques ou de désapprobation à l'égard du sujet.

Toutefois, la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance mais doit s'associer à la bienveillance ; il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement.

- **Empathie**

D'après C. Rogers : « l'empathie consiste à saisir avec autant d'exactitude que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si on était cette autre personne ».(Proia& Lelouey, 2012, p 51)

- **Le transfert et le contre transfert**

D'après la « Planché et Pontalis », le transfert « désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établie avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique. »

Pour le contre transfert d'après S. Freud (1910)"... l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analystes"

L'accès au transfert comme au contre-transfert apparaît donc très limité dans le cadre de l'entretien clinique car les conditions ne sont pas réunies pour en faire l'objet du travail. (Proia & Lelouley, 2012)

1.4. 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 fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Blanchet A, 1999).

Ici le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre du chercheur.

Le guide d'entretien permet le recueil des informations générales concernant le sujet traitant.

Le chercheur peut préparer et formuler dans un guide d'entretien la consigne à l'avance. Cette dernière sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Blanchet (1985) distingue deux types de consignes qui sont :

Celles qui induisent un discours d'opinion : « j'aimerais que vous me parliez de... », « Ce que cela représente pour vous » ;

Et celle qui induisent un discours de narration : « j'aimerais que vous me parliez de ... » ; « comment ça s'est passé ? »

On a organisé notre guide d'entretien selon trois axes qui contiennent plusieurs informations sur le sujet répartis de la manière suivante :

- **Le premier axe :** ce sont des données personnelles sur le sujet traité (nom, prénom, âge...etc.)
- **Le deuxième axe :** est réservé pour les informations sur l'état de santé actuelle du patient et l'historique de sa maladie.
- **Le troisième axe :** comprend des informations sur l'état de l'estime de soi du diabétique. (Voir annexes).

2. Les échelles d'évaluations

Les testes et les échelles sont des cas particuliers de questionnaires dont l'objectif est de permettre leur réutilisations et les utiliser comme instruments de mesure comparative. L'intérêt du test ou de l'échelle est de pouvoir envisager des évaluations interindividuelles et d'analyser la manière dont un facteur varie en fonction des rapports entre individu mais aussi de comprendre comment ce facteur varie au sein de la personne elle-même. Pour que ses utiles soient utilisables il convient de mesurer la fidélité ou la fiabilité ainsi que la validité du questionnaire.(Briais, 2016)

2.1. L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith

L'inventaire de Cooper Smith est le questionnaire utilisé dans notre travail de recherche ; nous avons choisi cet inventaire parce qu'il est rapide dans l'administration et dans le dépouillement des résultats, il est aussi très utile dans le sens où on peut l'appliquer à toutes les tranches d'âge, à toutes les catégories sociales dans ses formes scolaires et adultes.

On a utilisé un outil Anglo-saxon traduit, puis validé par le Centre de Psychologie Appliquée (C.P.A). C'est l'inventaire de Cooper Smith (S.E.I).

2.2. Définition de l'inventaire de l'estime de soi

Selon Cooper Smith (cité par le CPA, 1984) « le terme estime de soi renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes, quelles que soient les circonstances. C'est, en ce sens, une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle). »

Le SEI est utilisé afin de fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi et pour mieux approfondir les recherches concernant la structure et le développement de la personnalité, la crédibilité, le fonctionnement cognitif et les comparaisons entre les groupes sociaux ou spécifiques. Il est aussi utilisé dans le but de mieux comprendre les attitudes ou les conduites passagères ou permanentes adoptées par les individus dans diverses situations.

2.3. Le rôle capital de l'inventaire de Cooper Smith.

- Le SEI, est une application facile et rapide, qui aide le psychologue dans l'évaluation et la compréhension de l'individu.
- Les sentiments positifs envers soi-même conditionnent la réussite scolaire et professionnelle.
- Il est très utile dans le sens où on peut l'appliquer à toutes les tranches d'âge, à toutes les catégories sociales dans ses formes scolaires et adultes. Il est aussi facile à remplir et ne prend pas beaucoup de temps.
- L'estime de soi apparaît comme un élément constitutif essentiel de la personnalité.
- La connaissance des perceptions et des opinions qu'un individu a de lui-même est un bon indicateur de ses réactions face aux tâches auxquelles il sera confronté.

- Les attitudes évaluatives, mesurées par le SEI de S. Cooper Smith, couvrent quatre domaines : social, professionnel ou scolaire, familial et général ; il permet d'apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets a une image positive d'eux-mêmes.

Cette échelle traite aussi tous les aspects de la vie des sujets comme le monde intérieur « psychologique » et extérieur « relationnel ». (Cooper Smith, 1984).

2.4. Description de l'inventaire de l'estime de soi

Le SEI comprend deux formes la forme scolaire et la forme adulte

- La forme scolaire (S) qui est destiné a des sujets de 8 à 25 ans et qui s'applique à des enfants et adolescents scolarisés.
- la forme adulte (A) qui est destiné a des sujets de 17 à 66 ans et qui s'applique à des personnes insérées dans la vie professionnelle, sociale et familiale

➤ L'échèle comprend aussi deux parties :

- **la première partie**

Le sujet fournit les informations relatives à son nom, prénoms, âge, sexe, classe et l'adresse de l'établissement fréquenté puis la date de l'examen.

- **la deuxième partie**

Comprend les items qui sont au nombre de cinquante huit 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* ».

Cet inventaire a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans les domaines sociaux, familiaux, scolaires. Une échelle de mensonge a été ajoutée de façon à évaluer l'indice d'attitude à répondre sur un mode défensif à l'égard du test.

L'échelle comporte 58 items dont La composition de l'inventaire est la suivante :

- Echelle Générale (G) : elle comprend 26 items qui concernent la situation actuelle du sujet comme a son histoire.
- Echelle Sociale (SC) : elle comprend 8 items pour mesurer l'image du soi renvoyée par les pairs.
- Echelle Familiale (F) : elle comprend 8 items pour évaluer l'image renvoyée par la famille.
- Echelle Scolaire (S) : elle comprend 8 items pour mesurer l'image renvoyée par l'école.
- Echelle de Mensonge (M) : elle comprend 8 items. Elle concerne le positionnement défensif du sujet face au test.

Tableau N°03: Tableau représentant la forme scolaire de l'inventaire de Cooper Smith.

Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31- 35-39-43-47-48-51-55-56-57
Echelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52
Echelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44

Echelle scolaire	2-17-23-33-37-42-46-54
Echelle mensonge	26-32-36-41-45-50-53-58

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

Les notes aux différentes sous-échelles permettent d'apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets ont une image positive d'eux-mêmes (Cooper Smith, 1984)

L'échelle de Cooper Smith englobe aussi une estime totale (T) qui regroupe les quatre premières échelles. Une note totale d'estime de soi est calculée en additionnant les 4 premières échelles. La note maximum est de 26 pour l'échelle générale, de 8 pour les autres et de 50 pour la note totale d'estime de soi. Les notes de l'échelle de mensonge ne rentrent pas dans le calcul de la note totale.

Sous Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Items	26	08	08	08	50	08

Tableau N°04 : Tableau récapitulatif des différentes échelles de l'estime de soi et leurs scores généraux.

- **Le mode d'administration**

L'administration du S.E.I (Inventaire d'estime de soi) peut être individuelle ou collective, au cours de l'administration, il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explication. L'emploi du terme « estime de soi » doit être évité. (Ibid. p. 10-11).

Cet inventaire comporte cinq échelles : échelle générale (26 items), échelle social (8 items), échelle familiale (8items), échelle scolaire (8items), échelle de mensonge (8items).Pour cela le sujet est censé de répondre au questionnaire en cochant une case « me ressemble » ou « me ressemble pas ».

- **La consigne d'administration**

Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lisez attentivement chacune de ces phrases. (Voir annexes)

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 intitulée « Me ressemble ».

Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de colonne intitulée « Ne me ressemble pas ».

- **Le temps de passation**

Le temps de passation dure environ dix minutes (Cooper.S, 1984).

II. L'analyse des techniques utilisées

Durant notre recherche qui a pour but de mesurer le niveau d'estime de soi chez les étudiants diabétiques, on a utilisé pour notre population d'étude trois techniques qui comprennent l'entretien semi-directif, le guide d'entretien et l'échelle de Cooper Smith pour chaque présentation d'un cas, donc on va procéder avec les étapes suivantes :

1. L'analyse de l'entretien clinique

1.1. La santé physique

- La santé antérieure et actuelle.
- Une anamnèse.
- Le traumatisme psychique et vécu de la maladie.
- La qualité de la vie scolaire et relationnelle.
- Les taches et les activités dans la vie du patient.
- L'imagination du patient de son avenir.

1.2. Les renseignements relatifs à l'estime de soi

- La maladie du diabète et sa relation avec l'estime de soi.
- La qualité de l'entourage familiale et social.

2. L'analyse de l'inventaire de Cooper Smith

Cette analyse comprend une correction des résultats dont le chercheur doit faire, et une cotation qui est le point le plus important pour arriver à un score générale pour chaque cas, et aussi une interprétation, pour terminer enfin avec une validation de l'échelle. On va suivre donc les étapes suivantes :

2.1. La correction de l'échelle de l'estime de soi

Cette étape se fait en faisons référence à la grille suivante :

Tableau N°05 : tableau représentant la grille de correction de l'inventaire de Cooper Smith

composantes	Items		Réponses	note
Estime de soi générale	Positif	1-4-19-27-38-39- 43-47.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	3-7-10-12-13-15-. 18-24-25-30-31-34-35-48-51-55-56-57.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
Estime de soi sociale	Positif	5-8-14-28.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
Estime de soi	Positif	9-20-29.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0

familiale	Négatif	6-11-16-22-24	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
Estime de soi social	Positif	6-11-16-22-24	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
Estime de mensonge	Positif	26-32-41-50-53-58	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatif	36-49.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0

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

2.2. La cotation

La cotation de l'échelle d'estime de soi se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith, on 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'obtient en sommant les notes aux 4 échelles générales, sociales, familiales et scolaires. La note 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. (Cooper S. 1984)

Tableau N°06: Tableau représentant les valeurs et les caractéristiques des sous échelles

Sous Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Moyenne	18.46	05.67	04.92	04.12	33.35	02.38

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

2.3. L'interprétation

Après avoir obtenu les notes totales d'estime de soi et les notes totales de l'échelle de mensonge ainsi les résultats obtenu dans la correction on va passer a l'étape d'interprétation.

Il y'aura donc une possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon « 05 classe ».

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 (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 englobe des sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (Cooper S. 1984, p. 13).

Une note élevée à l'échelle de mensonge peut indiquer une attitude défensive vis-à-vis de l'échelle ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi donc, l'interprétation de la note totale d'estime de soi devra être modulée selon le résultat obtenu dans l'échelle de mensonge (Ibid. p. 14).

Donc l'interprétation d'estime de soi de l'échelle de Cooper Smith est basée sur ce tableau qui représente les limites et les niveaux d'estime de soi par ordre de cinq classes.

Tableau N°07 : Tableau représentant les classes et les limites de l'échelle de Cooper Smith.

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	≤18	Très bas
2	19 à 30	Bas
3	31 à 38	Moyenne

4	39 à 45	Elevé
5	46 à 50	Très élevé

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith (centre de psychologie appliqué, 1984).

2.4. La validation

La validation est une dernière étape de l'échelle de Cooper Smith et que chaque chercheur doit baser sur elle pour enfin arriver à rassembler ses informations obtenus dans les étapes précédentes.

Le manuel de S.Cooper Smith traduit en 1984 indique qu'il faut retenir comme indice de fiabilité la limite de 33.une de 33 ou moins peut être considérée comme une estime de soi très basse. Valeurs normatives : moyenne : 42 ; (Mirabelle &Sarron& Vera, 2004)

Chapitre VI

Analyse et interprétation des résultats

Préambule

La présence de la partie pratique est obligatoire dans chaque réalisation d'un mémoire de recherche en science sociale ; et en particulier en psychologie clinique, elle est l'une des étapes qui réunissent toutes les résultats obtenus lors d'un travail de recherche , nous allons abordé donc dans ce chapitre l'analyse des entretiens mise en disposition dans notre échantillon d'étude au niveau du centre médical de l'université de Bejaia EUP (unité de médecin préventif) ; mais aussi l'analyse de l'inventaire de Cooper Smith, ce chapitre nous permis donc de fournir plus d'informations souhaitées pour répondre à nos questions et nos hypothèses formulées au départ .

I : Modalités des cas d'étude et déroulement des entretiens

Nous avons programmé nos entretiens à raison de trois séances individuelles pour chaque cas, et selon leurs disponibilités, on les a reçus au niveau du centre médical de l'université de Bejaia (EUP).

Le premier entrevu était une séance de connaissance afin de gagner la confiance de nos cas et les mettre dans des situations bien à l'aise ; c'était aussi une récolte des informations nécessaires pour un début d'entretien, se rendez-vous a duré presque 15 minutes.

Le deuxième entrevu était une expression libre à nos patients dont ils ont raconté tous leurs vécus et l'histoire de leurs maladies à l'aide d'un guide d'entretien qu'on a préparé, la durée est cette fois prolongée jusqu'à 30 minutes.

Le dernier entrevu était consacré pour répondre aux items contenus dans l'échelle de mesure de l'estime de soi de « Cooper Smith » afin de pouvoir analyser l'impact de l'estime de soi de chaque cas, il a duré 10 minutes.

1. Présentation générale du cas 01 (Meriem)

Mademoiselle Meriem âgée de 23 ans, étudiante en Master 1 français, linguistique et langue appliquée à l'université Abderrahmane Mira de Bejaia; célibataire, elle est l'aînée d'une fratrie d'un garçon et une fille, leur situation familiale est assez moyenne, son père est retraité et sa mère femme au foyer.

1.1. L'analyse de l'entretien clinique du cas 01

Durant le premier entretien, Meriem s'est mise d'accord pour discuté de sa pathologie et ses complications qu'elle a confronté durant sa carrière ; mais elle s'est montré stressante et se plainte de rougir facilement sans se rendre compte, vu qu'elle est face à des inconnus. Elle a manifestée des symptômes anxieux comme la sueur, la chaleur et s'est mise à trembler. Meriem avait vraiment des difficultés à s'exprimer.

Lors du deuxième entrevu notre patiente est devenue souriante, motivée, plein d'énergie où elle a parlé avec fierté, sans aucun blocage, elle utilise parfois des gestes pour bien transmettre le message. Le discours était très clair.

Pendant le dernier entrevu, Meriem était en bonne humeur et s'est rapidement répondu à toutes les questions contenues dans l'échelle, sans aucune difficulté.

1.2. La santé physique du cas 01

➤ La santé antérieure et actuelle

Durant l'enfance Meriem vivait le plus normalement du monde, mais elle avait la plus part du temps de la fièvre par ce qu'elle n'aime pas trop s'habiller.

➤ **L'anamnèse de la maladie**

Notre patiente est diabétique de type 1, déclarée à l'âge de 05 ans ; ce n'était pas héréditaire, l'étiologie de l'apparition revient à un ensemble des symptômes liés à la maladie, elle buvait beaucoup d'eau avec une diminution de l'alimentation. Ce qui lui a causé une perte totale du poids remarquable, une énorme fatigue ainsi le besoin d'uriner à chaque instant surtout le soir, à quatre reprises ; ce qui a poussé Meriem à poser des questions suivantes : Pourquoi ça se passe comme ça ? Est-ce que je suis normale ? Peut être que je suis malade ? A ce moment là, elle avait un rhume, donc elle été obligée de voir un médecin. Ce dernier lui a prescrit des médicaments simples pour un rhume ; ce qui lui a provoqué une hyperglycémie. Ni le médecin, ni la patiente ne savait que se sont des symptômes du diabète.

Les mêmes symptômes chez la patiente sont souvent persistants. Ses parents ont décidé donc de la transporter chez un autre médecin ; c'est le jour de l'annonce d'une pathologie grave qui est le diabète.

➤ **Traumatisme psychique et vécu de la maladie**

Notre patiente a cité qu'il avait une accumulation des chocs après avoir vu sa grand-mère casser les pieds et complètement déchirée avec du sang devant elle, c'était le premier choc qu'elle a reçu.

Lors du deuxième entrevu, mademoiselle Meriem ajoute qu'il y avait un incident dans son école ce qu'elle a obligé d'aller sur le coup, elle portait dans ses mains des gâteaux et une pomme, et devant elle il y avait une fille et son frère. Ces derniers l'ont menacé de la tuer si elle ne leur donne pas ce qu'elle avait dans ses mains. Meriem comme jeune et innocente, elle avait vraiment peur et se mise à courir pour fuir de ces inconnus. Cet événement lui a causé un deuxième choc.

L'annonce de la maladie du diabète du type 1 à représenter un terrible et malheureux événement chez Meriem ; c'est un moment de désespoir, d'une dépression, de fin de vie ; « j'ai envie d'être seul ». Meriem été hospitalisée pendant une semaine sous l'insuline MPH et LA RAPIDE, elle faisait deux fois par jour ; une à huit heure du matin et l'autre à vingt heure du soir .C'était à l'âge de 12 ans qu'elle est rentrée à l'hôpital pour apprendre comment faire l'insuline et comment l'injecter.

A partir de là, elle suivait un régime alimentaire strict, elle mangeait convenablement comme un diabétique ; un plat qui contient des légumes, de la viande et des fruits, ainsi des sucreries lentes. A partir de 13 ans tout à changer pour elle ; elle mangeait n'importe comment ; mais le plus remarquable qu'elle est devenue inconsciente de ses actes, très nerveuse, excessive et elle a perdu son contrôle.

Tous cela est changé à l'âge de 18 ans, elle a repris ses forces et devenue habituelle ; elle a aussi changé de médecin, passé de MPH et NOVO RAPIDE à la SOLUSTARE, et elle a suivi son contrôle médical chaque trois mois avec les mêmes médicaments et les mêmes prises.

➤ **La qualité de vie scolaire et relationnelle**

Sur le plan scolaire, la maladie n'a jamais influencé sur ses études, ni avant ni actuellement ; elle était toujours présente, soulignant juste qu'elle aimé terminer à midi et rentrer chez elle parce que elle se fatiguait.

Quant à la vie relationnelle, elle aimait terminer ses études pour se pencher sur autre chose.

➤ **Les tâches et les activités dans la vie du patient**

Mademoiselle Meriem est l'une des patientes qui passent son temps à faire du sport, bouquiner, et s'amuser avec ses amis lors de son temps libre.

➤ **L'imagination du patient de son avenir**

Meriem a schématisé son avenir qui est d'obtenir son master en langue française et de travailler comme enseignante. Cela était son objectif depuis l'enfance .Elle voulait aussi construire sa vie avec son bien aimé (X) ; et avoir des enfants comme toutes les femmes.

1.3. Les renseignements relatifs à l'estime de soi

➤ **Le diabète et sa relation avec l'estime du soi**

Durant l'entretien, notre patiente a cité qu'elle n'ya aucun impact sur son estime de soi, elle n'a pas d'image négative sur soi même et ne s'estime pas.

• **La qualité de l'entourage familiale et sociale**

L'entourage familiale était favorable ; au début sa mère avait des difficultés à accepter sa pathologie, elle était toujours à ses cotés et elle prenait beaucoup soin d'elle ; mais au fil du temps elle arrivait à admettre le plus normalement du monde ; alors que son père a accepter facilement l'annonce du diabète.

Pour ce qui est de l'entourage social, la patiente s'est habituée, la notion du partage aussi ; elle a été toujours présente, elle était tout le temps entourée par ses amis et ses proches, l'entourage social n'a jamais posé de problème. Elle a cité que sa famille n'est pas du genre qui cache leurs secrets, elle avait informé tous les gens qu'ils l'appartiennent. Meriem n'a jamais s'isolé.

➤ **Analyse des résultats totaux de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith**

Suite à l'échelle de Cooper Smith, les résultats obtenus sont les suivants :

1.4. Analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 01

Les sous Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Résultats de l'échelle	20	07	07	07	41	04	Niveau élevé (39 à 45)

Tableau N°08 : Tableau récapitulatif des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 01.

D'après le tableau ci-dessus de l'échelle de « Cooper Smith » la patiente a obtenue un score de (41) points sur (50); cela désigne qu'elle présente un niveau d'estime de soi élevé.

- **Sur l'échelle générale :** Meriem a obtenu (20) points sur (26) ; qui est une note supérieure à la moyenne (18.46) ; cela marque un avantage pour elle; la patiente a une confiance en elle-même et cela d'après ses dires « en général, je suis capable de me débrouiller tout seul » ; elle possède aussi une forte présence « quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis ».
- **Sur l'échelle sociale :** la note moyenne de(07) sur (08) supérieure aussi à la moyenne (5.67),ce qui est résultats à un entourage social favorable, équilibré et un bon signe des relations avec autrui, tout cela est approuvé en cochant la case « me ressemble » ; « on s'amuse beaucoup en ma compagnie » ; « je plais facilement », Meriem est souvent aimée par son voisinage ; elle valide aussi en sélectionnant la case «ne me ressemble pas » : « la plupart des gens sont mieux aimés que moi ».

- **Sur l'échelle familiale :** la supériorité de la moyenne de (07) sur (08) supérieure à la moyenne (4.92) ; cette dernière indique un mouvement familial propice, stable tel qu'il a souligné à partir de ses déclarations en cochant la case « me ressemble » ; « mes parents me comprennent » ; « mes parents et moi passons de bons moments ensemble ».
- **Sur l'échelle scolaire :** la note de (07)sur(08)est supérieure toujours à la moyenne de (4.12); ce qui indique un milieu scolaire favorable pour la patiente ; sa maladie ne présente aucun obstacle pour ses études, tel qu'elle a assuré en couchant la case « me ressemble » ; « je suis fier de mes résultats scolaires » ; « j'aime être interrogé en classe » ; elle témoigne ainsi de ses capacités; « je fais toujours mon travail du mieux que je peux ».
- **Sur l'échelle de mensonge :** la note moyenne de (04) sur (08), est aussi supérieure à la moyenne de (2.38), indique une attitude défensive vis-à-vis de l'échelle.

❖ Synthèse du cas 01

La patiente Meriem était très douce, motivée et généreuse, elle était facilement intégrée avec nous et se mise à parler librement et clairement, rien n'était difficile pour elle en tant que diabétique ; ses études sont avancés et elle n'a jamais considéré sa pathologie comme obstacle au milieu scolaire. Elle aime avoir des gens nouveaux comme amis et être toujours en groupe.

D'après les informations obtenues dans nos entretiens avec le sujet et suite aux résultats de l'échelle de « Cooper Smith » dans les quatre sous échelles ; la patiente a obtenu un score de (41) points sur (50) supérieure à la moyenne à la moyenne du total qui est de (33.35), ce qui fait qu'elle présente un niveau d'estime de soi élevé par rapport à la moyenne qui est de 39 à 45ce qui est remarquable dans ses dires.

La patiente manifeste une forte présence et une confiance en soi, ce qui est distingué dans le sous échelle générale ; elle dispose aussi de bonnes relations et interactions avec son entourage, amis et proche ; elle a cité qu'elle partage le tout avec ces derniers et ne cesse jamais à s'amuser et s'occuper de ses tâches quotidiennes telle que le sport, les bouquins et l'internet ; ce qui est éprouvé dans le sous échelle sociale ;comme à un milieu favorable au sein de sa famille et près de ses parents que ces derniers l'offrent de bon soutien ;ce qui est vu dans le sous échelle familiale ; et sur le plan scolaire la patiente n'a jamais eu de difficultés et son diabète n'influence pas sur ses études ni sur sa vie.

Nous concluons, que Meriem arrive à vivre avec sa pathologie le plus normalement du monde et tout comme les autres sans complications ; la patiente disait toujours cette phrase : « le diabète est devenu mon ami et mon accompagnant ».

2. Présentation du cas Karima (cas 02)

Karima, jeune adulte âgée de 22 ans, elle est l'aînée d'une fratrie composée de deux membres, un frère et une sœur. Elle est étudiante en 1ère année S.E.G.C.

2.1. L'analyse de l'entretien clinique

Durant le premier entretien Karima semblait calme et gentille, on a eu son accord sans trop de difficultés, pour discuter sur sa maladie et les complications liées à cette dernière.

Durant le deuxième entretien, Karima s'est mis à parler librement sans s'arrêter, elle était souriante et plus motivée que la première fois, la relation était en harmonie.

Durant le troisième entretien, celui de l'échelle d'évaluation d'estime de soi de Cooper Smith, elle lui arrive souvent d'hésiter longtemps avant de répondre.

2.2. La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Karima a vécu une enfance saine, elle n'a pas de problème de santé à signaler à part des gripes saisonnières de temps à autre.

- **L'anamnèse de la maladie**

Karima est diabétique du type 01 ;le début de son diabète remonte à l'âge de 3 ans, l'étiologie d'apparition de la pathologie est marquée par la présence du facteur héréditaire, car sa grand-mère maternelle est atteinte du diabète.

Son apparition est marquée par un ensemble de symptômes liés à la pathologie : soif intense, besoin d'uriner...

- **Traumatisme psychique et le vécu de la maladie**

Pour ce qui est du traumatisme psychique, le diabète de la patiente revient aux facteurs héréditaires.

Elle a d'autres membres de sa famille qui sont atteints de la même maladie telle que sa sœur, à cause du même facteur et son père à cause d'un choc émotionnel, un excès de colère (la nervosité) pour des raisons personnelles qu'elle ne voulait pas dévoiler.

Karima vit le plus normalement du monde, elle arrive à gérer facilement la situation, c'est le genre de femmes qui ne parlent pas beaucoup, elle reste silencieuse, elle arrive à communiquer beaucoup plus avec sa tendre mère qui la soutienne et l'encourage dans tous ces projets. Par contre son père est du genre à donner des ordres et des conseils. C'est sa parole qui passe.

- **La qualité de la vie relationnelle et scolaire**

Sa maladie n'a pas d'impact relationnelle ni scolaire, le fait que personne ne sachent qu'elle est atteinte du diabète, seulement ses parents.

Elle arrive à s'adapter facilement à sa maladie, selon ses dires : « déjà personne ne sait », « déjà je ne suis pas diabétique », « je me voie normale », son niveau scolaire est moyen.

- **Les activités et passions dans la vie du patient**

Selon ces dires "j'aime le sport plus précisément le basket Ball. Au lycée on faisait des randonnées entre amis dans une association, écouter de la musique, le soir je lis le coran et des lectures chroniques".

- **La vision d'avenir du patient**

Karima souhaite finir ses études à l'université. Elle veut travailler dans une

entreprise et pourquoi ne pas construire sa propre entreprise.

2.3. Les renseignements relatifs à l'estime de soi

- **Le diabète et sa relation avec l'estime de soi**

Karima à une forte estime de soi mais il lui arrive parfois à ne pas l'être d'après un exemple qu'elle m'a donné : elle n'arrive pas à suivre un régime alimentaire, le fait que son père ne l'encourage pas en faisant les achats.

Ils ont fêté l'anniversaire de son frère avec une grosse tarte au chocolat et lorsque sa mère coupé le gâteau et chacun lui a donné sa part, son frère a eu une grosse part et elle juste un petit peu .Elle se posait des questions dans sa tête ; elle disait pourquoi moi?, " il y a, en moi des tas de choses que je changerais, si j le pouvais", car elle aimerait bien manger à sa faim.

- **La qualité de l'entourage familial et social**

La qualité de l'environnement familial est défavorable, le fait que son père n'est pas une personne chaleureuse, elle communique rarement avec lui, les sujets de discussion avec son père sont que des obligations, conseils, ordres, il ne se met pas à la place de sa fille pour savoir si elle est heureuse ou pas, ce que elle veut vraiment.

Alors que l'environnement social est favorable, le fait que personne ne sais rien sur sa maladie donc elle n'a pas de complexe.

2.4. L'analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 02

D'après l'échelle de Cooper Smith notre patiente a obtenu les résultats suivants :

Sous Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensong	Niveau D'estime de soi
Résultats de l'échelle	14	07	03	04	28	06	Niveau Bas (19 à 30)

Tableau N°09 : Tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 02

Le cas 02 a obtenu (28) points sur la note totale qui est de (50). La patiente présente un niveau d'estime de soi bas.

A partir du tableau ci-dessus, on a obtenu dans les sous échelles les résultats suivants :

- **Sur l'échelle générale :** Le cas a obtenu une note de (14) sur (26) qui est la note maximale, Karima lui arrive de s'estimer trop suite à ses déclarations : « Je suis assez contente de ma vie », et parfois non « il y a, en moi des tas de choses que je changerais, si je le pouvais ».
- **Sur l'échelle sociale :** Le cas a obtenu (07) points sur (08). Karima a de très bonnes relations avec son entourage social suite à ses déclarations « je suis très appréciée par les garçons et les filles de mon âge », « je plais facilement ».
- **Sur l'échelle familiale :** Le cas a obtenu (03) points sur (08), ce qui marque un climat d'instabilité telle qu'elle a souligné en cochant la case « me ressemble », « A la maison, je suis facilement contrariée », « Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison ».

- **Sur l'échelle scolaire :** Le cas a obtenu une note de (04) sur (08), égale à la moyenne (4,12), elle répond par « me ressemble », « En classe, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais », elle répond aussi en cochant « ne me ressemble pas », « En classe je me laisse souvent me décourager ».
- **Sur l'échelle de mensonge :** Le cas a obtenu une note de (06) sur (08) supérieur à la moyenne (3,22), ce qui indique une attitude défensive vis à vis du test.

❖ Synthèse du cas 02

L'estime de soi chez Karima se manifeste par une image positive d'elle-même mais il lui arrive quelquefois de ne pas l'être.

Elle s'estime bien, c'est une sorte d'arme pour elle qui l'aide à avancer dans la vie. Mais dans certaines situations sa lui arrive de se dévaloriser, se voir plus faible, et ne s'estime pas trop. Voir plus clair la réalité c'est cela qui l'embête.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau bas estimé à (28) points, qui signifie un niveau bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (19 à 30) points indique un niveau Bas d'estime de soi.

D'après ces dires : « je passe mon quotidien le plus normalement du monde comme si j'ai rien, même ma famille fait pareille juste dans les moments où ils me voient en train d'abuser en mangeant les friandises ».

Karima arrive à faire le deuil, a accepté sa pathologie.

3. Présentation générale du cas Tahar (cas 03)

Monsieur Tahar âgé de 22 ans étudiant en première année droit, à l'université Abderrahmane Mira de Bejaia, célibataire, issu d'une fratrie d'un garçon et une fille, son père commerçant et sa mère femme au foyer.

3.1. L'analyse de l'entretien clinique

Lors du premier entrevu Tahar était stressant, dégoûtant et en mauvaise humeur ; au début il a hésité de parler sur sa pathologie, vu que nous sommes des inconnus, saufs qu'il a cité « mon diabète me fait vraiment souffrir », « j'ai des difficultés à s'habituer avec des personnes nouveaux ». On a donc pris en considération cette séance pour le convaincre que ça restera secret entre nous et essayer de le mettre dans une bonne situation. Notre objectif était de créer un climat de confiance.

Durant la deuxième séance on a réussi notre but, Tahar c'est mit totalement d'accord pour participer avec nous et nous faire un récit de sa pathologie, il n'était plus stressé mais très motivé et généreux, le patient s'est mit dans une situation comme si il est entrain de vivre à nouveau l'événement, le sujet disait « je me sens coupable quand je faisais recours à mon histoire » ; « je sens une boule à l'intérieur ». Il racontait tous en détail ; malgré qu'il y avait des poses pendant son discours mais l'histoire était clairement comprise et le message a était bien transmit.

Le dernier entrevu était consacré pour l'échelle de mesure de l'estime de soi de Cooper Smith, le sujet a répondu à toutes les questions saufs quelque'une qui lui s'emblait incomprise vu qu'il suivait ses études en langue arabe ; ce qui nous a obligé de l'aider et de lui traduire ces questions pour lui faciliter le travail.

3.2. La santé physique

➤ La santé antérieure et actuelle

Durant l'enfance le sujet a cité qu'il était hospitalisé pendant neufs (09) jours son cité la cause. il avait aussi quelques gripes saisonnières.

➤ L'anamnèse de la maladie

Le sujet est diabétique du type 2, remonté à l'âge de 12 ans, marqué par la présence du facteur héréditaire, c'est son grand père et le frère de se dernier qui sont atteint ; Tahar vivait sa pathologie avec des symptômes liés au diabète telle que la fatigue, soif persistance, les urines et une énorme faiblesse avec manque d'énergie ; il est sous un control et un traitement médical.

➤ Traumatisme psychique et vécu de la maladie

Durant l'entretien le sujet a fait référence à son histoire douloureuse qui a renforcé l'apparition de son diabète où il a dit : « c'était en 24 juillet 2008 à partir de dix heure du matin que j'étais accompagné d'un amis qui conduisait une voiture d'une haute vitesse, soudainement il y avait un chien qui traverser la route ; mon ami s'est mit à arrêter sur le coup, ce qui a causé un terrible accident qui m'a fait choqué et devenir inconscient».

Cet événement a hospitalisé le patient pour une deuxième fois durant vingt jours à l'hôpital de Bejaia ; c'est là que les médecins ont annoncé sa maladie. A ce moment là, son diabète était à 2.14 g, il avait aussi une énorme fracture au niveau du jambe , il était donc obligé de déplacer vers Alger pour faire une opération dans un hôpital appelé (عيادة المحروقين), c'était un grand médecin appelé « BACHARIMohamed » qui s'est occupé de cette opération que cette dernière a connu une guérison après un moi.

Le sujet est sous un contrôle médical chaque trois mois avec l'insuline qui comprend deux médicaments : « NOVO RAPID FLEPEN » trois fois par jour ; une à huit heure du matin, l'autre à midi et la dernière à 18.30 heure du soir ; tandis que « LANTUS SOLUSTAR » à une seule fois par jour à partir de 20.30 heure du soir. Tahar respect toujours les moments de prise. Il a cité qu'il ne suivait pas un régime alimentaire sauf qu'il avait tout le temps des sucres lents.

➤ **La mode de vie scolaire et relationnelle.**

Sur le plan scolaire, le sujet trouve des difficultés à suivre en classe et à prendre la parole, la plupart du temps était absent ; ce qui fait que sa pathologie influence sur ses études ; il est toujours en mauvaise humeur, fatigué et envie de dormir, rajoutant qu'il est déséquilibré, qu'il fallait prendre ses médicaments entre 10 et 15 minutes avant les repas, ce qui lui provoque un décalage entre ses études et son traitement.

Et Sur le plan relationnel, le sujet évite le maximum à ne pas fréquenté des personnes nouveaux par crainte de prendre une image négative de lui.

➤ **Les tâches et les activités dans la vie du patient**

Le diabète à empêcher le sujet de s'occuper de déférentes activités quotidiennes ; il a cité que sa pathologie lui provoque des complications.

➤ **L'imagination du patient de son avenir**

Le patient est tout le temps déprimé, il dit souvent que : « mon diabète m'empêche de dessiner mon avenir » ; « j'ai aucun goût à la vie ».

3.3. Les renseignements relatifs à l'estime de soi

➤ **Le diabète et sa relation avec l'estime de soi**

Le diabète a causé un impact sur l'estime de soi du sujet, ses idées négatives lui poussent à s'isoler et s'estimer, il pense que tout le monde le déteste ; il dit que : « je sers à rien dans cette vie »

➤ **La qualité de l'entourage familial et social**

Le sujet a cité que sa famille, en particulier ses parents, ont été choqués au départ, mais au fil du temps, ils arrivent à accepter le plus normal du monde et ils étaient compréhensifs. Le patient été toujours intégré et soutenu et n'a jamais été abandonné.

Et sur le coté social, l'entourage était défavorable, il préfère toujours de s'isoler par peur d'être rejeté à ce que les autres n'aient pas la peine de lui.

3.4. Analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 03

Suite à l'échelle de Cooper Smith Tahar a eu les résultats suivants :

Sous Echelles	Générale	sociale	familiale	Scolaire	Totale	mensonge	Niveau d'estime de soi
Résultats du échelle	06	02	07	02	17	05	Niveau très bas (≤ 18)

Tableau N°10 : Tableau récapitulatif des résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 03.

Suite aux résultats parvenus de l'échelle de mesure de « Cooper Smith », notre patient a obtenu 17 points sur 50 inférieurs; ce qui témoigne cela sous appréciation et un niveau d'estime de soi très bas.

- **Sur l'échelle générale :** Tahar a eu 06 points sur 26, ce qui justifie une tristesse un dégoût dans sa vie, et cela en cochant la case « ne me ressemble pas » ; « je suis assez content de ma vie », comme à son manque de confiance en soi-même « je suis assez sûr de moi » ; d'un autre côté le patient porte en lui des jugements négatifs, en cochant la case « me ressemble » ; »j'ai souvent honte de moi ».
- **Sur l'échelle sociale :** on a remarqué une infériorité à la moyenne; le sujet a obtenu une note de 02 points sur 08 ; cela marque que Tahar a des mauvaises relations avec son environnement social ; ce qui est justifié par ses dires : « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes ».
- **Sur l'échelle familiale :** la note de 07 points sur 08 indique un milieu familial favorable, stable et des parents compréhensifs en soulignant tous les colons positifs; « mes parents me comprennent » ; « en général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens » ; »mes parents et moi passons de bons moments ensemble » ; identiquement le patient a de bon soutien.
- **Sur l'échelle scolaire :** Tahar a obtenu 02 points sur 08, cela veut dire que sa maladie influence sur ses études ; il a aussi une incapacité à suivre ses études ; tout cela est prouvé par ses dires en cochant la case « me ressemble » ; « en classe, je me laisse souvent décourager » ; comme à ses mauvais résultats » ; mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants » ainsi « me ressemble pas » ; « je suis fier de mes résultats scolaires ».
- **Sur l'échelle de mensonge :** une note de 05 points sur 08 indique que le patient détient une résistance vis-à-vis de l'échelle et un désir manifeste

de donner une bonne image de soi ; cela en indiquant la case « me ressemble » ; « je dis toujours la vérité ».

❖ Synthèse générale du cas 03

Tahar est un jeune très calme et gentil ; même s'il devient parfois timide et agressif au moment que son diabète n'était pas contrôlé. Il n'aime pas trop fréquenter sauf s'il s'agit des amis où des proches. Ce qui a été remarquable au début, au moment que Tahar nous a considéré comme des inconnus et qu'il exige trop parler. Mais par la suite, il est devenu compréhensif et clément, il a participé avec nous le plus normalement du monde, même s'il y avait quelques ruptures dans son discours.

Suite aux entretiens effectués avec le sujet et à l'aide de l'échelle de Cooper Smith; le patient a eu un score de 17 points sur 50 .Nous constatons donc qu'il manifeste une estime de soi très basse par rapport à la moyenne qui est inférieure à 18.

Le sujet possède un manque de confiance, une sous évaluation et des jugements négatifs sur soi-même ; ce qui a été remarquable dans le sous échelle générale. Le patient présente en particulier dans le sous échelle sociale un score très bas : affirmé par ses dires, telle que le besoin de s'isoler qui est marqué par des mauvaises relations avec son environnement. Quant au sous échelle familiale, c'est tout à fait le contraire, Tahar vivait dans un milieu favorable et stable accompagné d'une famille clémente en particulier des parents soutenant, en arrivant au sous échelle scolaire, là où le diabète forme un obstacle pour notre sujet, ce dernier à cité que sa pathologie influence vraiment sur l poursuite de ses études .Ce qui a été remarquable par ses dires et son score obtenu d'après l'échelle de Cooper Smith.

Nous achevons à dire que Tahar est déséquilibré et instable dans sa vie, marqué par les complications de son diabète.

4. Présentation générale du cas Oussama (cas 04)

Oussama, jeune adulte âgé de 21 ans, il est le deuxième dans la fratrie composée de trois membres, trois frères. Il est étudiant en 3^{ème} année français (LMD).

4.1. Analyse de l'entretien clinique

Durant le premier entretien, Oussama semblait très timide, calme et silencieux. Oussama s'est mis d'accord pour discuter sur sa pathologie.

Durant le deuxième entretien, Oussama s'est mis plus à l'aise, s'exprime librement sur sa pathologie, sans inhibition et sans complexe.

Durant le troisième entretien, il a essayé de s'efforcer à répondre même si certain choix lui apparait un peu difficile.

4.2. La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Oussama a vécu une enfance saine, il n'a pas de problème de santé à signaler.

- **L'anamnèse de la maladie**

Oussama est diabétique du type 02 ; le début de sa pathologie remonte à l'âge de 13 ans, l'étiologie de son apparition est marquée par l'absence du facteur héréditaire, la vraie cause reste un mystère selon Oussama la maladie est due à un choc durant l'enfance.

Actuellement Oussama vie sans complications, c'est devenue normale avec le temps.

- **Traumatisme psychique et le vécu de la maladie**

Oussama à vécu plusieurs chocs tel qu'un accident de voiture, un tremblement de terre en 2003, la morsure d'un chien en 2004.

Le patient vit sa pathologie au sein de la vie familiale dans un milieu stable et ses parents ont facilement s'adapter avec sa maladie.

- **La qualité de la vie relationnelle et scolaire**

La qualité de vie relationnelle et scolaire est marquée par un déséquilibre et une instabilité, le sujet se sent mal à l'aise vis à vis des gens, les autres viennent souvent l'embêter, il ne s'aime pas, il trouve des difficultés à communiquer avec les gens, à se débattre sur un sujet quelconque, il s'énerve facilement. Et la même chose à l'école, il déclare : "En classe, je me laisse souvent découragé, en classe, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais, mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants. Le sujet a un manque de confiance en soi.

- **Les activités et passions dans la vie du patient**

Oussama aime faire la marche, le sport plus précisément le football, aime collectionner les pièces de monnaies et les timbres. Comme il aime bouquiner.

- **La vision de l'avenir du patient**

Selon ses dires : « j'envisage dans l'avenir d'aller à l'étranger et bosser pour un merveilleux succès ».

4.3. Les renseignements relatifs à l'estime de soi

- **Le diabète et sa relation avec l'estime de soi**

Oussama lui arrive de se dévaloriser d'après ces dires : « parfois j'ai le sentiment d'échec, quand je n'arrive pas à mon but », il annonce qu'à chaque

moment de prise d'insuline, il développe de la haine envers soi-même. Ce qui a engendré des critiques de soi, selon ses dires : « je me critique », des fois non il se valorise selon ses dires : « je me voie comme un garçon normal », « je fais confiance à moi-même »

- **La qualité de l'entourage familial et social**

La qualité de l'environnement familial est favorable, ses parents le soutiennent et l'encouragent dans ses activités, se mettent à sa place et font des efforts pour le comprendre. L'environnement social est défavorable à cause de son isolement, il évite les gens en maximum, il se sent mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes.

4.4. L'analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith du cas 04

Oussama a obtenu d'après l'échelle de Cooper Smith les résultats suivants :

Sous Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Résultats de l'échelle	17	04	05	02	28	05	Niveau Bas (19 à 30)

Tableau N °11 : Tableau représentant les résultats de l'échelle de Cooper Smith du cas 04

Oussama a obtenu (28) points sur (50). Le patient présente un niveau d'estime de soi bas.

A partir du tableau ci-dessus, on a obtenu dans les sous échelles les résultats suivants :

- **Sur l'échelle générale :** Le cas a obtenu (17) points sur (26), Oussama s'estime bien d'après ses paroles : « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés », et « je suis assez sûr de moi ».
- **Sur l'échelle sociale :** Le cas a obtenu (04) points sur (8), il y a un certain décalage par rapport à ses déclarations : « on s'amuse beaucoup en ma compagnie », « je plais facilement », il sait qu'il sera apprécié par les gens qu'ils entourent mais il trouve des obstacles malgré tout cela.
- **Sur l'échelle Familiale :** Le cas a obtenu (05) points sur (08) , ce qui marque un climat de stabilité telle qu'il a souligné en cochant la case « me ressemble », « En général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens », « mes parents me comprennent ».
- **Sur l'échelle scolaire :** Le cas a obtenu (02) points sur (08), inférieur à la moyenne (4,12), il répond en cochant « me ressemble », « Je me sens souvent mal à l'aise en classe », « En classe je me laisse souvent décourager ».
- **Sur l'échelle de mensonge :** Le cas a obtenu une note de (05) points supérieure à la moyenne (3,22), ce qui indique une attitude défensive vis à vis du test.

❖ Synthèse du cas 04

L'estime de soi chez Oussama se manifeste d'après l'entretien par un

sentiment de déplais et une image négative envers soi-même.

Oussama est très timide, ne s'exprime pas librement, il fait très attention à ce qu'il dit pour que les gens ne le jugent pas négativement. Pour lui, l'entourage extérieur doit l'apprécier comme il est, pas comme il doit l'être.

Même en marchant il baisse ses yeux, c'est une sorte de mécanisme de défense vis à vis du regard des gens. Pour lui le fait que les gens le fixe du regard c'est comme si le sucré qu'il à essayer de cacher depuis si longtemps est dévoilé.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau bas estimé à (28) points, qui signifie un niveau bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (19 à 30) points indique un niveau Bas d'estime de soi.

Oussama se met plus à l'aise qu'avec sa famille et sa copine qui ne le voie pas différemment, sa relation avec elle a duré des années, même s'elle sait qu'il est atteint du diabète ; mais cela ne l'empêche pas de rester avec lui, c'est elle qu'il lui a rendu sa confiance en soi. Avec lui, elle se sent plus important et elle arrive avec le temps à s'adapter à sa maladie.

Chapitre VII

Discussions des hypothèses

1. Arrangement générale des cas

A partir de tous ce qui a été recueillis tous au long de notre travail de recherche lors des entretiens et suite aux résultats de l'échelle de Cooper Smith ; nous avons organisé les résultats à des hypothèses formuler aux départ dans ce tableau :

		<i>Sous échelles</i>					
		Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Cas	Meriem (cas 01)	20	07	07	07	41	04
	Karima (cas 02)	14	07	03	04	28	06
	Tahar (cas 03)	06	02	07	02	17	05
	Oussama (cas 04)	17	04	05	02	28	05
	Moyenne	14.25	05	05.5	03.75	28.5	20

Tableau N° 11: Tableau résumant les résultats de l'échelle de Cooper Smith pour les quatre cas

- Pour calculer la moyenne et le totale de chaque cas, il faut faire référence aux tableaux des valeurs et caractéristiques des sous échelles de « Cooper Smith ».
- Les résultats totaux des quatre cas obtenus dans ce tableaux ce fait de la façon suivante :
 - La moyenne des sous échelles= la somme de chaque sous échelle pour les quatre cas divisé sur 04.
 - Moyenne de sous échelle générale= $\sum 20+14+06+17=57/4=14.25$
 - Moyenne de sous échelle sociale= $\sum 07+07+02+04=20/04= 05$
 - Moyenne de sous échelle familiale= $\sum =07+03+07+05=22/4= 05.5$
 - Moyenne de sous échelle scolaire = $\sum 07+04+02+02=15/4= 3.75$
 - La moyenne final= $\sum 14.25+05+05.5+3.75=28.5$

$$M = \boxed{28.5}$$

- La moyenne du mensonge est aussi calculée de la même façon mais qui n'est pas intégrer dans le totale.

$$M.\text{de mensonge} = \sum +04+06+05+05 = 20/04 = 05$$

$$M \text{ mensonge} = 05$$

- Le totale=la somme des quatre sous échelles pour chaque cas.

- T. Meriem= $\sum 20+07+07+07=41$
- T. Karima= $\sum 14+07+03+04=28$
- T. Tahar= $\sum 06+02+07+02=17$
- T. Oussama= $\sum 07+04+02+02=28$
- Total= $\sum 41+28+17+28=114/04= 28.5$

$$T = \boxed{28.5}$$

Le totale du mensonge = $\sum 04+05+05+06=20 /04=05$

T mensonge = 05

➤ Les résultats des quatre cas sont donc organisés dans ce tableau :

Sous échelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Moyenne	14.25/18.46	05/05.67	05.5/04.92	03.75/04.12	28.5/33.35	05/2.38

Tableau N°12 : Tableau représentant les valeurs et les caractéristiques des sous échelles pour les quatre cas d'après l'échelle de Cooper Smith.

Afin de bien organisé notre travail de recherche, on a rassemblé les scores obtenus pour chaque cas pour les comparer aux moyennes de l'échelle de « Cooper Smith »; et cela à partir du tableau suivant :

Les cas	Cas 01 « Meriem » (41 points)	Cas 02 « Karima » (28 points)	Cas 03 « Tahar » (17 points)	Cas 04 « Oussama » (28 points)
Niveau d'estime de soi	Elevé (39 à 45)	Bas (19 à 30)	Très bas (≤18)	Bas (19 à 30)

Tableau N°13 : Tableau représentant les classes et les limites de l'échelle de Cooper Smith des quatre cas.

2. Discussion des hypothèses

2.1. Hypothèse générale

A partir de tous ce qui a été recueillis tous au long de notre travail de recherche, et grâce aux entretiens élaborés avec notre échantillon qui comporte 04 cas âgés de 21 à 23 ans, avec différents niveaux d'études ;et à l'aide de l'échelle de « Cooper Smith » ; nous constatons que l'hypothèse générale formulée au départ ; qui suppose que « le diabète a une influence significative sur l'estime de soi des étudiants diabétiques » semble être confirmée, parce que nos cas possèdent une estime de soi basse; avec un score de(28.05) qui est inférieure à 33.Cela peut s'expliquer par des divers difficultés et empêchements dans leurs vie ;ce qui est témoigné par leurs dires.

2.2. Hypothèses partielles

Concernant la premier l'hypothèse partielle qui stipule que « sur le plan générale les étudiants diabétiques manifestes une estime de soi basse » est

infirmée pour un seul sujet (cas01), ce dernier a obtenu (20points) sur (26),cela signifie que la patiente aune confiance en soi ainsi des tendances à faire face aux autres ; à l'absence d'une peur d'être jugés ;mais cette hypothèse reste confirmé pour 03 sujets (cas2,3,4), qu'ils ont marqué des scores respectifs à(14 points) sur 26 pour le cas 02 ; et 17 sur 26 pour le cas 04 ;leurs estimes de soi est donc au-dessus de la moyenne ($26/2=13$) ; un06 sur 26 pour le cas 03 qui possède une estime de soi basse. Ce qui témoigne qu'ils sont incapables de s'engager de leurs activités, ils portent aussi des jugements négatifs sur soi-même et ils aiment s'isoler.

Pour la deuxième hypothèse qui suggère que « sur le plan sociale les étudiants diabétiques manifestes une estime de soi basse », apparaît infirmée pour les deux patientes (cas 1 et 2), ces derniers ont témoigné par leurs mêmes scores qui s'étalent entre 07 sur 08 pour les deux; cela renvoie à un milieu favorable marqué par des bonnes relations et interactions environnementales. Tandis que cette hypothèse devient confirmée pour les deux autres sujets (cas 3 et 4); avec un score de 02 sur 08 pour le « Tahar » et 04 sur 08 pour « Oussama »; cela est relatif à un environnement déséquilibré, avec un faible contacte avec les autres. Ce qui a été remarquable l'ors des entretiens et suite à leurs dires mais aussi au besoin de s'isoler.

Passons à la troisième hypothèse qui présage que « sur le plan familiale les étudiants diabétiques manifestes une estime de soi basse »semble être confirmée pour un seul cas de « Karima », cette patiente dispose d'un manque de soutien familial, ce qui est certifié par un score de 03 sur 08. En outre elle reste infirmée pour les trois autres cas de « Meriem, Tahar et Oussama ». Un même score de 07 sur 08 pour le cas 01 et 02, le score à changé vers 05 sur 08 pour le cas04 ; ces sujet ont marquées donc un milieu familial stable et favorable.

Pour ce qui est de la quatrième hypothèse qui suppose que « sur le plan scolaire l'estime de soi des étudiants diabétiques est basse » avère être infirmée pour une seule patiente (cas 01), éprouvés que « Meriem » a obtenu un score de 07 sur 08, tous cela était détectés lors des entretiens et évalué par l'échelle de « Cooper Smith », ce qui explique qu'elle n'a jamais eu des difficultés scolaires. Alors qu'elle reste confirmée pour les trois autres cas (cas 2, 3,4) avec des scores respectifs à 02 sur 08 pour ; chose qui est marquée par des mauvais résultats scolaires ; ainsi que le diabète influence sur leurs estimations de soi.

Afin de bien organiser notre travail de recherche, on a rassemblé tous les résultats à des hypothèses relatives pour chaque cas sous forme du tableau suivant :

<i>Les sous échelles</i>					
		Générale	Sociale	Familiale	Scolaire
Cas	Meriem	Hypothèse infirmée	Hypothèse infirmée	Hypothèse infirmée	Hypothèse infirmée
	Karima	Hypothèse confirmée	Hypothèse infirmée	Hypothèse confirmée	Hypothèse confirmée
	Tahar	Hypothèse confirmée	Hypothèse confirmée	Hypothèse Infirmée	Hypothèse confirmée

	Oussama	Hypothèse confirmée	Hypothèse confirmée	Hypothèse infirmée	Hypothèse confirmée
--	----------------	---------------------	---------------------	--------------------	---------------------

Tableau N°14 : Tableau récapitulatif les hypothèses infirmées et les hypothèses confirmées pour les quatre cas d'après les résultats de l'échelle de Cooper Smith.

Synthèse générale

Nous rappelons que notre thème de recherche est intitulé « l'estime de soi chez les étudiants diabétiques » ; la présence donc de la partie pratique est obligatoire dans chaque travail de recherche en particulier en psychologie clinique ; c'est pourquoi on s'est intéressé à étudier l'impact ou l'effet de cette maladie chronique chez certains étudiants qui sont atteints à l'aide de l'échelle de mesure d'estime de soi de « Cooper Smith ». On a donc décidé d'effectuer notre stage pratique au sein de la même université dont nous étudions ; cela nous a facilité la tâche afin de bien mettre en place tous nos disponibilités.

Notre échantillon d'étude comporte quatre (04) cas âgés entre 21 et 23 ans ; ces derniers sont tous célibataires avec des niveaux d'études et spécialités différentes ; dont la longue française ; SEGC et le droit. Aussitôt commence notre travail de recherche après avoir eu leurs consentements.

Durant les entretiens effectués avec nos cas, on a remarqué tous les comportements et cognitions que les sujets ont manifestés, surtout lors du premier contact. Cela englobe des tremblements, sueurs ; étouffements ; des discours coupés, des sourires ; la colère ; une participation mouvantes pour quelques cas et le stress. Nous avons aussi détecté un ensemble de caractéristiques relatifs pour chaque cas ; comme la gentillesse ; le calme et le respect.

Pour ce qui est du premier cas « Meriem »;elle s'est montrée à l'aise , souriante et n'a jamais eu de difficultés à discuter de sa maladie, même son discours était très clair ;et lors de la passation de l'échelle de « Cooper Smith »,les questions dont elle a répondu lui semble facile ;et durant l'analyse des résultats de cette échelle, on a constaté que la patiente présente une estime de soi élevée (39 à 45) ;cela est marqué par son score de (41) points sur (50) dans tous les sous échelles (générale, sociale, familiale et scolaire).Cela donc signifie que la patiente a une forte présence et une confiance en soi-même ; sa maladie n'a pas vraiment une influence sur son estime de soi; chose qui est confirmée aussi par ses dires « le diabète est devenu mon accompagnant ».

Tandis que pour le deuxième cas « Karima », elle s'est montrée un peu stressante et perturbée au début, mais cela a changé lors du prochain entrevu ; elle a répondu aussi à toutes les questions contenantes dans l'échelle. La patiente a obtenu un score de (28) points sur (50) ; cela montre qu'elle possède une estime de soi basse (19 à 30). Dans le sous échelle familiale « Karima »vie un milieu familial défavorable et déséquilibré où elle a eu (03) sur (08). On constate donc que son diabète influence sur son estime de soi.

Concernant le troisième cas (Tahar), ce dernier a eu des difficultés à nous partager son récit, il a hésité un peu au début, vu que nous somme des inconnus ; il a cité aussi : « quand je fais référence à mon histoire, je me culpabilise ». Mais

par la suite il a parlé d'une manière ordinaire, mais toujours il y avait des ruptures dans son discours avec une incapacité à reprendre. L'échelle de « Cooper Smith » lui semblé compliqué suivi par des ennuis à répondre, vu qu'il suit ses études en longue arabe ; donc on était obligé de lui traduire les questions pour aboutir enfin à des réponses souhaitées. Les résultats de cette échelle ont montré que le sujet possède une estime de soi très basse, d'après son score de (17) points sur (50) inférieur à 18 ; surtout dans les sous échelles scolaire et sociale où il a marqué une même note de (02) points sur (08). Cela signifie que le sujet a des jugements négatifs sur soi même ; il aime aussi s'isoler et ne pas trop fréquenter ; comme à ses mauvais résultats scolaires. Nous constatons donc que le diabète influence sur l'estime de soi de « Tahar ».

Et pour ce qui est de dernier cas de « Oussama », il s'est montré timide et nerveux, il a parlé de sa maladie mais sous forme d'un résumé ; il n'aime pas trop parler de son histoire à des personnes inconnues. Le patient a répondu à toutes les questions malgré qu'il ait pris beaucoup de temps. Les résultats de l'échelle ont montré que le sujet manifeste une estime de soi basse (19 à 30), chose qui est relative à son score qui est de (28) points sur (50). « Oussama » trouve des obstacles dans ses études suivies par des mauvais résultats, dont il a obtenu une note de (02) points sur (08) dans le sous échelle scolaire. On a conclu donc que le diabète a une influence sur l'estime de soi du patient.

Tous au long de notre travail de recherche, et d'après tout ce qu'on a vu, toutes les informations recueillies lors des entretiens, ou à l'aide de l'échelle de mesure de l'estime de soi de « Cooper Smith », dans tous les sous échelles (générale, sociale, familiale et scolaire) ; nous concluons que l'estime de soi de notre échantillon est au-dessus de la moyenne ; nos cas donc ont marqué une moyenne de (28.5) inférieure à n (33.35) qui est une moyenne maximale. Chose qui peut être relative aux événements vécus par chacun/chacune ; ainsi aux complications du diabète et l'étiologie de ce dernier. Ce qui explique que cette

pathologie chronique et invisible a une influence significative sur l'estime de soi des étudiants diabétiques.

Notre travail de recherche nous a aidé à sentir la souffrance douloureuse des étudiants diabétiques, et les difficultés que ces derniers confrontent dans leurs modes de vie ; en particulier au milieu universitaire, où les sujets diabétiques ressentent une certaine différence par rapport à leurs collègues, ainsi les obstacles et les déséquilibres que pose le diabète.

Conclusion

Générale

Conclusion

Le milieu scolaire est un milieu propice à l'acquisition de bonnes et de mauvaises habitudes de vie et d'apprentissage. Les étudiants diabétiques ont eu l'occasion de confronter aux autres, aux expériences et aux chances de l'apprentissage scolaire. L'intérêt porté à la réussite scolaire dépend en grande partie de l'image qu'ils ont de soi-même ; le fait d'éprouver des sentiments positifs et valorisants envers soi-même, semble être un facteur déterminant au travail.

Tout au long de notre travail de recherche, on a réussi à atteindre notre objectif qui est de s'intéresser à l'une des maladies chroniques et invisibles telle que le diabète, mais aussi d'avoir un aperçu sur la conception de l'estime de soi. Ce travail nous a permis d'acquérir une meilleure compréhension et d'approfondir nos connaissances sur les deux volets théorique et pratique.

Le contexte théorique dans cette recherche a tenté d'illustrer que l'estime de soi est une attitude positive ou négative envers soi-même. Il englobe l'amour du soi ; la confiance en soi et la vision de soi. Une haute estime de soi exprime un sentiment de satisfaction. Ce volet théorique a démontré la valeur de cette estime de soi, qu'elle soit globale ou confinée au domaine scolaire. Les jugements que la personne porte sur elle-même peut influencer l'ensemble des domaines de vie de la personne ; et qu'elle est plus durable que changeante. On a appris aussi que le diabète est une maladie chronique caractérisée par un excès de sucre dans le sang appelé hyperglycémie et qui est lié à l'hormone de l'insuline secrétée par le pancréas.

Dans le contexte pratique, et à l'aide des entretiens élaborés et un guide d'entretien qui contient plusieurs questions, on a arrivé à rassembler plusieurs

informations souhaitées pour chaque cas ; mais aussi à faciliter la tâche afin de mieux comprendre les vécus de leurs maladies, ainsi leurs complications. On a aussi remarqué tous les comportements manifestés lors de l'entretien telle que les mimiques, opinions ou des réactions d'ordre individuel.

Le choix de l'échelle de l'estime soi de Cooper Smith comme instrument de mesure repose sur le fait que parmi les instruments consultés, seul celui-ci comportait la dimension scolaire, dimension s'avérant importante afin de vérifier son impact sur le niveau d'estime de soi des étudiants diabétiques. Le (S.E.I) mesure l'estime de soi dans quatre domaines différents : général, sociale, familial et scolaire ; la différenciation de ses sous échelles nous a permis de mieux répondre aux présupposés théoriques des composantes de l'estime de soi.

A partir de tout ce qui a été détecté, combiné et recueillis durant notre recherche, on a constaté des différenciations au niveau de l'estime de soi de nos cas. Cela peut expliquer que le diabète a une influence significative sur l'estime de soi des étudiants diabétiques, certains confrontent des difficultés et complications, tandis que d'autres le considèrent comme un accompagnant, où ils arrivent à vivre tous comme les autres. C'est la chose qui peut être relative à un vécu propre de chacun, et les conséquences que le diabète a laissé chez ces patients.

Nous parvenons enfin à dire qu'il faut trouver une méthode efficace pour arriver à transformer la perception et les jugements négatifs que le sujet diabétique a de lui-même.

Bibliographie

Bibliographie

Estime de soi/infos/les différentes dimensions, CIAO. (2017, mai 15). (Lausanne, Producteur, & Suisse)
Consulté le mars jeudi, 2018

(2012). Consulté le 02 22, 2018 à 14h20 , sur Santemag-dz.com/pdf/n4p32-33.

Albarello, L. (2011). *choisir l'étude de cas comme méthode de recherche*. (M. Kaddouri, Trad.)
Bruxelles: université de boeck.

Albert, C. (1998). *l'observation clinique*. Paris: Dunod.

André, C. (2008). *image et estime de soi*. masson.

André, C. (2006). *Imparfais, libres et heureux pratique de l'estime de soi*. Paris: Odile Jacob.

Andre, G., & Agnes, H. H. (2009). *Guide pratique du diabète*. Masson.

André, C., & Lelor, F. (2008). *l'estime de soi s'aimer pour mieux réussir*. Montréal: Université du Québec.

Bandura, A. (2003). *Auto efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck.

Blanchet, A. (2013). *methodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris: Press université de France.

Blanchet, A., & German, A. (2007). *L'enquête et ses methodes*. Paris: Armand.Colain.

Bullet, C., & Vatier, C. (2010). *Endocrinologie Diabétologie Nutrition*. 3^{ème} édition Masson.

CHABOT, V. A., & BLANC, M. H. (2002). *Le diabète mieux connaitre, mieux comprendre, mieux gérer*.
Paris: Médecine & Hygiène.

Compbell, J. (1984). *The new science*. New York: press of America Lanham.

Cooley, C. (1902). *Humain nature and the social order*. New York.

Cooper, S. (1984). *inventaire d'estime de soi*. Centre de psychologie appliquée.

Cooper, S. (1964). *Inventaire d'estime de soi, forme scolaire*. ECPA.

Cooper, S. (1967). *The antecedente of self esteem*.

Cottraux, J. *Les thérapies comportementales*. Masson.

Couzon, , E., & Nicaulaud, M. (2012). *s'estimer pour mieux réussir sa vie*. Paris: Urginie Hamelin.

- De Saint, P. J. (1999). *Estime de soi, confiance en soi*. Paris: Inter édition.
- Duclos, G. (2010) *l'estime de soi, un passport pour la vie*. Montréal: Sainte-Justine.
- Fauconneau, D. (1861). *Guide du diabétique*. Paris.
- Gean, P. w. (2012). *la rousse midicale*.
- WWW.sainte.dz/guide-diabète-2015 pdf consulté le 25 03, 2018 à 10h00.
- Germain, D. (2000). *L'estime de soi un passport pour la vie*. Saint Justine.
- Harter, S. (1998). *Comprendre l'estime de soi de l'enfant et l'adolescent*.
- James, W. (1998). *Pretentions et réussites, estime de soi ,prspctives*.
- Jean, J. A. (2012). *Le grand livre du diabète*. Eyrolles.
- Jean, L. P., & Lypia, F. (2015). *L'observatin clinique*. Paris: Armand Colin.
- Jean, M. P., Jean, J. A., & Jean, P. B. (2005). *Therapeutique pour le pharmacien endocrimologie diabétologie*. Paris: Masson.
- Jean, P., & Wainsten. (2012). Dans *la rousse midicale*.
- Lélord, & André, C. (1999). *S'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris: Odile Jacob.
- Martonot, D. (1995). *Le soi, les approches psychosociales*. presses université de Grenoble.
- Maslow, A. (1943). *A theoriy of humain motivation,*. Psychological Review.
- Monbourquette, J. (2013). *de l'estime de soi à l'estime du soi*. Novalis.
- Murphy, G. (1947). *Personality, abio social approche*. New York: Haper Row.
- Prod'homme, G. (2003). *S'affirmer sans s'imposer*. Paris: Dunod.
- Ras, P. (2012). *Estime de soi, confiance en soi, amour du soi; les trois piliers de succès*. Jouvence.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Satir, V. *Apprécier ma propre valeur et mon importance*.
- Shavelson, R., Hubner, J., & Jand S, T. *Concept validation of construction ,interprétion*. Reviw of éducatinal Research.
- Simon L, D., André, A., & A. (2009). *Stress Estime de soi Santé travail*. Québec: Press de l'université du Québec.

Annexes

Le guide d'entretien

AXE N°1 : Les données personnelles

- Nom
- Prénom
- Age
- Sexe
- Situation familiale
- Niveau d'instruction
- Profession
- Nombre de frères et de sœurs
- Lieu de résidence

AXE N° 2 : Les informations sur l'état de santé actuelle du patient et l'historique de sa maladie

- 1- Quand la maladie vous est apparue ? Et quel était votre âge ?
- 2- est ce que vous étiez atteints par une autre maladie ? Et quel type de maladie ?
- 3- Qu'elles sont les premiers symptômes qui sont manifestés au début ?
- 4- Qu'elles sont les causes de votre maladie à votre avis ?
- 5- Est-ce que vous avez des informations sur votre maladie ?sont-ils suffisantes ?
- 6- Est-ce que vous êtes hospitalisé à cause de cette maladie ?
- 7- Est-ce que vous avez des personnes de votre famille qui sont atteints par cette maladie ?
- 8- Est-ce que vous subissez un traitement ?
- 9- Qu'elles sont vos sentiments envers cette maladie ?
- 10- Est-ce que vous vous sentez lorsqu'on prend pour sujet votre maladie ?
- 11- est- ce que vous acceptez votre maladie
- 12- Comment vous intégrez votre maladie dans votre vie quotidienne

AXE N °3: Les informations sur l'état de l'estime de soi du diabétique

- 1-Avez-vous pensez déjà d'une manière négative sur vous-même?
- 2-est-ce que vous vous sentez que vous êtes différents des autres étudiants ?
- 3-comment vous vous gérez vos quotidiens ?
- 4-Est-ce que vous trouver des difficultés lors de la prise des décisions ?
- 5-Est-ce que vous faites confiance en vous-même ?
- 6-est ce que vous pensez que vous avez de la valeur ?
- 7-Avez-vous honte de vous-mêmes ?
- 8-Pensez vous que vous êtes digne d'être aimé ?
- 9-Est-ce que vous avez le sentiment d'échec dans votre vie ?
- 10-Est-ce que vous vous critiquez ?
- 11-Est-ce que vous avez confiance en vous compétences ?
- 11-est-ce que vous vivez votre vie tous comme les autres ?

Remarque

Si le patient a anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous psychologues, nous éviterons de les poser ultérieurement.

L'échelle de l'estime de soi de

« Cooper Smith »

INVENTAIRE DE COOPERSMITH

FORME SCOLAIRE

S.E.I

NOM :PRENOM :

AGE :SEXE :CLASSE :

NOM ET ADRESS DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

DATE DE L'EXAMEN :

CONSIGNES

LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

Dans les pages qui suivent, vous retrouvez 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 du premier colon, 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 les phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Me	Ne me
Ressemble	. ressemble
	. pas

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. En général, je ne me fait pas de souci..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Il m'est tares difficile de prendre la parole en classe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Il y a, 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, je 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 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"/> |
| 13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. J'ai généralement de l'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.....
22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. Je ne suis jamais inquiet.....
27. Je suis assez sûr de moi.....
28. Je plais facilement.....
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.....
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. J'aimerais être plus jeune.....
32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. Je suis fier de mes résultats scolaires.....
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce
que je dois faire.....
35. Je regrette souvent ce que je fais.....
36. Je ne suis jamais heureux.....
37. Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.....

38. En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.....
39. Je suis assez content de ma vie.....
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. J'aime tous les gens que je connais.....
42. J'aime être interrogé en classe.....
43. Je me comprends bien moi-même.....
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison.....
45. On ne me fait jamais de reproche.....
46. En classe, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.....
47. Je suis capable de prendre une décision de m'y tenir.....
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être {un garçon ; une fille ;.....}
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes...
50. Je ne suis jamais intimidé.....
51. J'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter.....
53. Je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats sont insuffisants..
55. Je me moque de ce qui peut m'arriver.....
56. Je réussis rarement ce que j'entreprends
57. je perds facilement mes moyens quand on me fait des reproches....

58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

FIN

G

S

F

SC

T

M

