

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master
Option : Psychologie clinique

Thème

Le stress chez les adolescents ayant un handicap moteur

Cas pratique : Etude de SIX (06) cas réalisés au niveau de l'Association

Écho Des handicapes: Tazmalt

Réalisé par :

M^{elle} OUBELAID Nadjjet

Encadré par :

M^{elle} BOUCHERMA. S

Année universitaire : 2012-2013

Remerciements

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

- ❖ J'exprime tout mon profond remerciement, gratitude et mes vifs remerciements à ma M^{elle} BOUCHERMA' pour ses encouragements, ses conseils, sa gentillesse et pour la qualité de son encadrement.
- ❖ Je tiens à remercier l'ensemble du personnel de l'association ECHO et l'association DEFI très spécialement à la présidente NORA.
- ❖ J'exprime également mes sincères remerciements à l'ensemble des membres du jury qui ont voulu examiner mon travail.
- ❖ En fin je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

NADJET

Dédicaces

A l'occasion de ce jour là, je voudrais dédier ce modeste travail de fin de cycle à tous ceux qui me sont chers :

- ❖ A mes chers parents MASSAOUD et KHOUKHA surtout ma mère qui ma beaucoup soutenu tout mon cursus que Dieu les garde.
- ❖ Ma promotrice M^{elle} BOUCHARMA qui m'a beaucoup aidé à réaliser ce travail.
- ❖ A mon très cher frère Chaaban et son épouse Katia ainsi mon neveu que j'adore Alex.
- ❖ A mes très chères frères Rafik et Idir.
- ❖ A mes très chères sœur : Nora et son mari Boulam, Sabrina et son mari Amran, Latifa et son mari Massi.
- ❖ A mon chère époux FARID qui ma aidé et sa famille Maloum.
- ❖ Sans oublier Moudache Moussa, Saliha et sa famille.
- ❖ A mes chères copines de chambre : Mariam et Saoussen.
- ❖ A mes chères amies : Chahinaz, Sakina, Adila et son marie Sofian, Lynda et Sabiha Hamimi.
- ❖ A mes amis (es) : Thiziri, Lila, Thassada, Nisrin, Samia, Sakina, Nadjet, Yamina, Nabila, Djamila, Fifi, Zozo, Sousou, Radia, Taous, Zinib, Foufa, Samir, Mahmoud.
- ❖ Tous mes camarades de la promotion 2012/2013

NADJET

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction générale | 1 |
| Le cadre générale de la problématique | |
| 1. Choix et objectifs de thème..... | 3 |
| 2. Problématique et hypothèse..... | 4 |
| La partie théorique | |
| Chapitre I : l'handicape moteur | |
| Introduction..... | 8 |
| 1. La notion de l'handicap..... | 8 |
| 2. Les types des l'handicapes | 10 |
| 3. La définition de l'handicap moteur..... | 12 |
| 4. Les types des handicaps moteurs..... | 13 |
| 5. les causes de l'handicap moteur..... | 14 |
| 6. Les signes cliniques de l' handicap moteur | 16 |
| 7. Les conséquences de l'handicap moteur | 16 |
| 8. L'historique du handicap en Algérie | 17 |
| 9. Soutien à l'adolescent handicapé..... | 20 |
| Conclusion | 20 |
| | |
| Chapitre II : le stress | |
| Introduction..... | 21 |
| 1. L'Historique..... | 21 |
| 2. Définition de stress..... | 22 |
| 3. Comment explique le stress au niveau psychologique | 23 |
| 4. Les causes de stress..... | 23 |
| 5. La façon de recevoir le stress..... | 23 |
| 6. Le coping..... | 24 |
| 7. Les symptômes les plus fréquents du stress | 24 |
| 8. Les théories de stress..... | 26 |
| 9. Les facteurs de stress | 29 |
| 10. Les étapes du stress | 30 |

| | |
|-------------------------------|----|
| 11. Les types de stress | 30 |
| Conclusion | 33 |

Chapitre III : L'adolescence

| | |
|---|----|
| Introduction | 34 |
| 1. Définition de l'adolescence | 34 |
| 2. Caractérisation de l'adolescence | 34 |
| 3. Quelques troubles psychologiques de l'adolescence | 35 |
| 4. Les étapes de l'adolescence | 36 |
| 5. Quelques manifestations du stress chez l'adolescent..... | 38 |
| 6. Les facteurs influençant l'adolescence | 38 |
| 7. Les difficultés de l'handicapé adolescent | 39 |
| Conclusion | 39 |

La partie pratique

Chapitre IV : La méthodologie de la recherche

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 40 |
| 1-Définition et opérationnalisation des concepts..... | 40 |
| 2. La démarche de la recherche..... | 42 |
| 3. Présentation de la population d'étude et ses caractéristiques de choix..... | 44 |
| 4. Les techniques utilisées..... | 45 |
| 5. L'échelle de stress Cohen et Williamson..... | 50 |
| Conclusion..... | 53 |

Chapitre V : présentation et analyse des résultats

| | |
|---|----|
| 1. Présentation des cas et analyse des entretiens et de l'échelle de stress de Cohen et Williamson..... | 54 |
|---|----|

Chapitre VI : discussions des hypothèses.....

| | |
|----------------------------------|-----------|
| Conclusion générale | 75 |
|----------------------------------|-----------|

Bibliographie

Annexe

Introduction générale

Introduction générale

L'être humain est confronté chaque jour à des obstacles qui sont soit d'ordre naturel ou individuel, qui peuvent être dans certains moments des facteurs qui détournent l'individu de ses objectifs dans sa vie soit du côté physique ou psychique.

En parlant de ces obstacles, ils peuvent engendrer en lui plusieurs problèmes sur le plan psychique tels que les troubles de comportements et les détournements de cognitions, aussi sur le plan physique tels que les maladies chroniques comme l'handicap moteur.

En effet, l'handicap moteur est une déficience physique est une atteinte (perte de substance ou altération d'une structure ou fonction physiologique ou automatique) de la motricité c'est-à-dire de la capacité du corps ou d'une partie du corps à se mouvoir quelque soient le but ou la fonction du mouvement produit. Alors la personne handicapée devient dépendante d'une autre personne, ce qui le rend très fragile et sensible et un but vulnérable pour le stress.

Le sentiment de stress apparaît régulièrement chez les personnes handicapées, les influences à modifier leurs relations et comportements et de développer certaines barrières de défiance de leur entourage.

Selon Walter Cannon qui dit en 1928 : que « le stress est une réponse au stress qui fait partie d'un système unifié (corps-esprit) ou l'excitation physiologique et l'expérience émotionnelle sont concomitantes ».

Alors les personnes confrontées à cette maladie d'handicap moteur tels que les adolescents avec certains symptômes comme le stress, peuvent amener vers des contraintes inattendues et qui empêchent leur insertion dans leur milieu social et rends d'eux des personnes marginalisées en les montrant du doigt des qu'ils passaient, en particulier les adolescents handicapés qui est une étape importante dans le développement psychomoteur de l'individu, ce qui ouvre l'accès au stress.

Le stress chez les handicapés adolescents est un problème qui succède à plusieurs réflexions d'une foule d'auteurs et de chercheurs, qui s'intéressent généralement à savoir d'où vient cet état et quelles sont ses causes.

Durant notre recherche nous sommes intéressé a ce problème qui est international et nous avons pris comme référence, la théorie cognitivo-comportementale qui aborde le stress comme un point essentiel a analyser et à divulguer ces secrets.

Nous avons effectué notre recherche au sein de l'association des handicapés (**ECHO**) de Tazmalt notre objectif a travers cette recherche, sur le stress chez les adolescents handicapés moteur où nous sommes allés sur le terrain pour vérifier nos hypothèse qu'on a aborde sur le stress et le degré du stress, on se base sur six cas d'adolescent handicap moteur. On se servant d'une démarche psychologique auprès des handicapés on à utilise l'entretien clinique et l'échelle de stress de Cohen et Williamson.

Ce travail se présent sous des chapitres qui sont réparti à leur tour entre une partie théorique et une autre pratique. La première partie comprend trois chapitres, dont le première porté sur l'handicap moteur où on a essayé de donner un aperçu général sur l'handicap moteur, deuxième chapitre porte sur l'adolescence et le troisième chapitre s'articule sur le stress.

Une partie méthodologique, dans laquelle nous avons suivi une méthodologie bien déterminée : intérêt et choix du thème, la démarche de la recherche et les outils d'investigations.

Une partie pratique divisée en deux chapitres qui sont : le premier chapitre est destiné à présenter et analyser les différentes informations recueillies sur le terrain concernant nos cas et le deuxième chapitre est celui de la discussion des hypothèses.

Enfin, nous terminons par une conclusion générale.

Le choix et les objectifs de thème

Nous avons opté par la présence recherche sur « le stress chez les adolescents ayant un handicap moteur » pour les raison suivantes :

Voire l'impact de l'handicap moteur sur la santé physique et psychique des adolescents handicapés et d'évaluer le degré de stress chez ces dernier.

Les objectifs de la recherche c'est de procurer et fournir plus d'informations de base sur l'handicap en générale et moteur en particulier et de donner une chance et un espace aux handicaps moteurs pour exprimer leur souffrance interne pour mieux s'adapter avec leur situation.

Voir l'impact de soutien psychologique ou médical sur les adolescents handicaps moteurs et leurs rôles, ainsi que leurs stratégies de prise en charge afin d'atténuer ce stress.

Problématique

Dans la vie il existe divers problèmes et difficultés peuvent changer la vie de l'être humain tel que la violence les accidents la maladie et l'handicap parmi les incidents qui rendent la vie plus difficile. L'handicap est l'un des grands problèmes dont souffrent les pays du monde entier, c'est ce qui pousse les gouvernements à prendre des initiatives afin d'assurer tous les moyens pour permettre à cette catégorie de s'intégrer dans la société et cela par un soutien médicale, psychologique, social ou professionnel.

Hesbeen Walter (1990, P17) a souligné que « l'handicap est la situation dommageable liée aux conséquences des obstacles que rencontrent la personne infirme et /ou invalide et ses proches dans le déroulement de la vie quotidienne ».

Il n'existe pas de définitions unique de l'handicap ou de déficience, ce concept est ainsi large et complexe il renvoie à plusieurs dimensions, déficience psychique ou organique. L'handicap désigne la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement causé par une déficience provoquant une incapacité permanente ou non, menant à des difficultés morale, intellectuelles, sociales et physiques. Il exprime une déficience vis à vis d'un environnement que ce soit en terme d'accessibilité d'expression, de compréhension ou d'appréhension, il s'agit donc plus d'une notion sociale que médicale.

Selon la classification international des handicaps l'OMS (organisation mondial de la santé) : introduit une typologie de l'handicap selon leur nature : handicap mental, handicap sensoriel, handicap polyhandicapé, handicap moteur ce dernier est considéré comme étant un des handicaps les plus fréquents, il est défini comme une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps ce qui rend l'individu incapable de pratiquer ces activités physiques de façon normale.

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

Le taux de l'handicapes moteur varie d'une société à l'autre selon un certain nombre de facteurs on cite : l'acquise, la conscience sanitaires, la culture, les guerres, facteur génétique et les accidents.

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

Chez le jeune handicapé moteur, l'adolescence est un moment d'une prise de conscience douloureuse du handicap et de son caractère définitif.

L'adolescence constitue pour chacun une période parfois difficile mais passionnante à la fois, l'aspect spécifique de l'adolescence est donc le passage d'un état de dépendance aux parents à un état d'autonomie, passage qui se réalise notamment par une recherche identitaire du sujet.

On peut donc la définir comme une étape de l'évolution de chacun d'entre nous, qui le mène de l'enfance à l'âge adulte.

Prendre son autonomie et se forger une identité sont deux défis d'autant plus difficiles à relever lorsque l'adolescent est gêné par un handicap quel qu'il soit.

L'adolescent va devoir accepter une autre image de son corps, il va percevoir également un changement dans le regard qu'il porte aux autres (adolescents ou adultes) mais aussi un changement dans le regard que ces autres porteront sur lui.

L'adolescent va construire au cours de cette période de nouvelles relations, se forger une identité cohérente. Il va commencer à vivre réellement sa vie sociale et cela dans des cercles de plus en plus larges et diversifiées.

Les adolescents handicapés moteurs sont souvent les plus touchés, ou bien les plus exposés aux différents troubles de la personnalité tel que : l'angoisse, l'anxiété, la dépression et le stress.

D'après l'étude menée par le professeur Hans Selye qui nous éclaire à propos des causes des maladies actuelles pense que : « nous commençons à comprendre aujourd'hui que beaucoup de maladies courantes sont d'avantage dues au manque d'adaptation au stress, qu'à des accidents causés par des microbes, des virus, des substances nocives ou tout agent externe » (PEDNIELLI, 2005, p 7),

Il décrit aussi de façon globale, les réactions de l'organisme au stress sous le terme de « syndrome générale d'adaptation » dont il distingue trois phases : phase d'alarme ou phase de choc, la phase de résistance et la phase d'épuisement.

Selon Lazarus et Folkman qui insèrent que « le stress est défini comme une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée comme débordant les ressources d'un individu et pouvant mettre en danger son bien-être » et cela a cause de la

Le cadre générale de la problématique

succession des événements de vie d'une certains sont éprouvons psychologiquement pour une personne comme : exigences de résultats professionnels, accident, deuil, une maladie.....

Donc le stress recouvre tout un ensemble de réactions physiques et mentales qui parfois échappe totalement à l'adolescent qui peut subir de nombreuses formes de stress, qui est un phénomène d'adaptation dont l'objectif principal est de donner une réponse à proposer en vue de présenter l'intégrité physique et psychique de la personne, autrement dit le stress est un ensemble d'élément en interaction dynamique à laquelle les handicapés sont quotidiennement exposés, s'ajouté encore aux mauvaises représentations faites à leur regard par l'entourage.

Nous avons adopté dans notre recherche la théorie cognitive-comportementale comme arrière plan théorique, car elle donne une grande importance aux pensées, aux cognitions dans l'explication du comportement des êtres humains et dans certaines circonstances, ils aboutissent à un apprentissage émotionnel ou comportemental inadapté ou pathologique que les thérapies cognitives et comportementales visent à traiter.

Tout ça me pousse à poser les questions suivantes :

- 1-Est-ce que l'adolescent handicapé moteur présente un stress ?
- 2-Quel est le degré de stress chez l'adolescent handicapé moteur ?

Les hypothèses qu'on a formulées dans le but de répondre aux questions posées dans notre problématique sont les suivantes :

Hypothèse principale

Les adolescents handicap moteur présentent un stress

Les hypothèses partielles

1-Le stress chez les adolescents handicap moteur est d'une intensité sévère.

2- les adolescents handicap moteur présentent un degré bas de stress

Partie théorique

Chapitre I

L'handicap moteur

Introduction

Le handicap moteur est le plus souvent associé à la mobilité réduite. Une personne handicapée présente une déficience au niveau de la motricité de ses membres. Cette personne éprouvera des difficultés à se déplacer et aura recours à un appareillage approprié pour pallier à cela. Le degré de handicap est variable, il dépend de la date d'apparition du handicap, et de son origine, du caractère évolutif du handicap, des manifestations du handicap, de l'importance et de la nature des atteintes.

A travers de chapitre nous allons tente de comprendre ce qu'est l'handicap et quels sont les différents type nous allons essaye de comprendre en particulier l'handicap moteur, l'étiologie et les cause enfin la prise en charge de l'handicap moteur.

1. La notion de l'handicap

1.1. Définition de l'handicap

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

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

En conséquence l'handicape est devenu une notion relative et variable qui recouvre une situation évolutive et des réalités différentes et il ne peut être appréhende qu'en relation avec l'état de la société a un moment donné.

Les principaux dictionnaires de la langue français définissent l'handicape comme un désavantage quelque un en état d'infériorité :

-désavantage impose a quelqu'un infirmité déficience un handicapé se dit d'une personne atteinte d'une déficience physique ou mental. (Le maxi dico, 1996, p550)

(Désavantage souvent naturel infériorité qu'on doit supporter infirmité ou déficience congénitale ou acquise .un handicap est une personne atteinte d'une infirmité ou défavorisée sur un point quelconque un handicap moteur). (Le Larousse expression 2006)

1.2. L'handicap

Ce terme connaît plusieurs définitions nous retenons ici les plus courantes.

Selon le dictionnaire de la psychologie « l'handicap est la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre par rapport à l'autre personne ». (Hétall B, 2005, p421)

L'handicap peut être caractérisé selon 3 axes :

1.1.1. L'axe de la déficience

Correspond à « toute perte de substance ou altération ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique, la déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être provisoire ou définitive. Elle représente l'extériorisation d'un état pathologique ; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau d'organe, elle peut être congénitale ou acquise. (La déficience fait référence à l'aspect lésionnel).

1.1.2. L'axe de l'incapacité

Correspond à « toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain » l'incapacité, par opposition à la déficience porte sur les activités composées et intégrées ; elle concerne la personne dans son ensemble, dans la mise en œuvre d'une tâche, d'une compétence ou d'un comportement. (L'incapacité fait référence à l'aspect fonctionnel).

1.1.3. L'axe de désavantage

« Résulte pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal » (l'aspect situationnel du l'handicap). (Coquet, F. et al. 2008, P101)

1.3. Définition de l'handicap selon l'OMS

A-En 1975 l'OMS a adopté la définition de WOOD qui suivant un handicap (maladie ou traumatisme) entraîne une déficience (correspondant à une atteinte lésionnelle ou fonctionnelle d'un ou plusieurs organes) qui engendre une incapacité (se manifestant par limitation des activités physique ou mentale) qui à leur tour entraînent un ou plusieurs handicaps ou désavantages exprimés au plan social. (Sillk Schauder, 2007, p295)

B-En1981 L'OMS la définition donne « est appelé handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée soit congénitalement soit sur l'effet de l'âge d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouve compromise ». (Michelle Guidette, Catherine Tourette, 2002, p7)

-Selon la loi française de 11fevrier 2005 : pour l'égalité des droit et des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapées « constitue un handicap au sens de la vie en société subit dans son environnement par une personne ou raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonction physique sensorielles mentales cognitives ou psychique d'un polyhandicapé ou d'un trouble de sante invalidante. (Masson E, 2009, p5)

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

-selon Rêne Lenoir est handicapé la personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale de son comportement psychologique ou de son absence de formation est incapable de pouvoir à ses besoin ou exige des soins constants ou se trouve ségrégée soit de son propre fait soit de ce lui de la collectivité. (Lieberman R, 1999, p38)

1.5. L'handicap en générale : le terme handicapé désigne la limitation une déficience provoquant une incapacité permanente ou non menant à des difficultés morale intellectuelle sociales et physique .Il exprime une déficience vis à d'un environnement que ce soit en terme d'accessibilité d'expression de compréhension ou d'appréhension il s'agit donc plus d'une notion médicale. (Unicef, 1984, p53)

2. Les types des handicapé

2.1. L'handicap mental : l'handicapé mental est la perte définitive des capacités intellectuelle ou affective entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80% des capacités à exécuter une activité considérée comme normale pour un être humain détermine

exclusivement par un médecin spécialiste dans l'handicap mental ou psychiatrique. (G.Zaibi et D. Poupe, 2004, p197)

a-handicap intellectuel : l'étiologie des déficiences mentales est soit génétique (aberration chromosomique ex : trisomie 21) biologique (agression, prénatales, prénatales ou postnatales) psychologique (carences affectives, hospitalisme) ou écologique (milieu socioculturel, mauvaise condition de vie).

b-handicap psychique : certaines déficiences psychiques suite à des « maladies mentales » peuvent provoquer un handicap psychique, le handicap psychique regroupe les conséquences durable en termes de dépendance des maladies mentales c'est-à-dire qu'il s'agit de retentissement personnel et social des troubles psychiques sur la capacité d'autonomie et d'adaptation de certaines personnes ex : schizophrénie.

2.2. L'handicap sensoriel : consacre aux déficiences auditives et visuelles qui touchent toutes deux l'intégrité et l'appareil sensoriel si c'est effectivement leur caractéristique commune, rien de semblable une nouvelle fois entre une atteinte congénitale et une atteinte acquise entre une absence totale de l'ouïe ou de la vue et des déficiences plus légères il en va de même de l'hétérogénéité de développement psychologique et enfants concernés. (Michèle Guidette et Catherine Tourette, 2002, p55)

a-handicap visuel : inexistence ou perte à des degrés variables de l'acuité visuelle les causes sont multiples.

-chez l'enfant : affection oculaires héréditaires.

-chez l'adulte : décollement de rétine d'atrophies, optique, diabète.

b-handicap auditif : inexistence ou perte à des degrés variables, l'acuité auditive de la naissance ou cours de la vie.

2.3. L'handicap moteur : caractérisé par un dysfonctionnement ou une réduction de l'activité physique d'un individu (absence de mobilité, mouvements parasites) les handicaps moteurs touchent les membres, le tronc ou la tête, ils viennent au second rang dans l'estimation consacrée aux handicaps sévères chez les jeunes.

1-Déficiences d'origine génétique ou développementale :

-maladies neuromusculaires (myopathies).

-maladies neuro-dégénératives :

*atteinte de la corne antérieure (maladie de werdning Hoffman).

*agénésie de membre.

2-Déficiences acquises :

-cause traumatique : trauma crânien, médullaire, polytraumatisé.

-infectieuse : méningites.

-séquelles de brûlures graves avec brides rétractiles ou placards cicatriciels.

-liées à une lésion cérébrale périnatale (infirmité motrice cérébrale).

3. L'handicap moteur

Il est lié à une pathologie stable ou évolutive.

Il peut être isolé ou associé à d'autres types de handicaps sensoriels ou cognitifs

3.1. « Paralysies d'origines diverses, infirmité motrice cérébrale, malformation à l'amputation des membres, etc.), qui restreignent la locomotion et l'accomplissement des activités quotidiennes dans un monde organisé pour des personnes mobiles et autonomes ». (Hatell, B, 2005, P421)

3.2. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : donne une définition abstraite sur l'handicap moteur mais qui recouvre bien les traits que nous venons d'évoquer « tout enfant qui pendant un laps de temps appréciable se trouve dans l'impossibilité par suite de son état moteur de participer pleinement à des activités de son âge dans le domaine social réactif éducatif ou dans celui de son activité professionnelle. (Chantal, 1982 .p61)

3.3. Selon S .Gonzales Puell, « l'handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique il peut résulter d'une atteinte de système nerveux central ou périphérique des muscles ». (S.Gonzales Puell, 2010, p169).

3.4. Il peut aussi être défini comme : une déficience spécifique de capacité fonctionnelle du corps ce qui rend l'individu incapable de pratiquer ces activités de façon normale psychique.

Le taux de l'handicap moteur varie d'une société à une autre selon certains facteurs tels que l'acquisition de la conscience sanitaire et culturelle, la sensibilisation ainsi que les accidents, les guerres et les catastrophes naturelles. (Ibid. p261).

4. Les types des handicaps moteur

Les handicaps moteur engendrant des déficiences aux origines très diverses on peut les regrouper en trois catégorie :

a-Déficiences motrices d'origine cérébral : elle sont dues a des lésions très précoces des structure de cerveau qui se traduisent par des infirmités motrice d'origine cérébrale proprement dites (IMC ou IMOC) ou bien a des atteintes plus tardives par traumatisme crâniens, accident vasculaires cérébraux ou tumeurs cérébrales . Les atteintes neurologiques une fois fixées ne sont plus évolutives. Seules la commandes et la régulation nerveuse sont lésées à l' origine pouvant entraines des perturbations de tonus musculaire de la régulation automatique des mouvements et leur commande volontaire paralysies mouvement involontaires.

On distingue trois principaux types cliniques : Syndrome Spastique, Le syndrome Athétosique et Le syndrome Ataxique.

-**syndrome spastique** : la spasticité se caractérise par libération d'activité motrice reflexe normalement inhibées par le contexte pyramidale.

-**syndrome ataxique** : l'ataxie est due a l'atteinte de cervelet il se caractérise par des troubles de la coordination des mouvements.

-**syndrome athétosique** : est conséquence des lésions dans les noyaux gris centraux les formes lésionnelles de l'handicap moteur sont rarement pures .le plus souvent elles sont des manifestations mixtes. (S.Gonzales Puell, 2010, p169)

b-Les déficiences motrices d'origine médullaire et /ou neuromusculaire

***- les lésions médullaires dues à un traumatisme ou à une maladie**

Elles peuvent résulter d'un traumatisme de la moelle épinière ou d'une lésion due à des causes infectieuse vasculaire tumorales.

Les déficits sont lies a des troubles de la conduction de l'influx nerveux moteur et sensitif.

***-Une lésion médullaire due à une malformation congénitale**

C'est une anomalie du développement de la gouttière neurale (ensemble rachis-moelle épinières)

Elle se traduit par une malformation osseuse caractérisée par un défaut de fermeture de la partie arrière d'une vertèbre dorsale ou lombaire.

*-Maladie neuromusculaires

Les déficits moteurs qu'elles entraînent sont liés à des perturbations de l'unité motrice associant le neurone moteur la synapse et la fibre musculaire .on distingue des atteintes de la fibre musculaire les myopathies la myasthénieex.

c-Les déficiences motrices d'origine osteo-articulaire

Elles peuvent relever d'une mal formation, d'un trouble de la formation de l'os lésions rhumatismales, de lésion infectieuse, de déviation rachidienne, d'accident.....ex.

5. Les causes de l'handicap moteur

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

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

5.2. Les facteurs non génétiques : ils représentent les principales causes de l'handicap moteur, notamment en pays en voie de développement.

5.2.1. Les facteurs d'origine prénatale : la grossesse représente une phase très importante pour le fœtus, car toute atteinte de la maman peut entraîner une atteinte à la santé du fœtus, et risque d'être handicapé. Parmi les maladies que touchent la femme enceinte : l'insuffisance rénale chronique, l'intoxication car cette dernière peut causer l'atteinte de l'œil ou le cœur du fœtus.

En outre la toxicomanie, l'alcoolisme, tabagisme, les troubles émotionnels (joie, peur, stress...) qui peuvent engendrer un déséquilibre hormonal par conséquent une fragilité osseuse aux facteurs.

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

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

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

L'organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) a montré l'importance d'une planification des besoins de l'enfant en particulier lors des cinq (5) premières années de sa vie, la malnutrition selon l'OMS peut rendre l'atteinte de l'enfant de maladie mortelle ou entraîne une invalidité allant jusqu'au handicap permanent, car 250 milles enfants perdent la vision par an, résultat d'une carence en vitamine « A » comme contribue d'autre maladies, telle que la spasticité, le manque de la vitamine « D » et du calcium dans la croissance de divers handicap.

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

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

Les accidents routiers peuvent être le résultat du non-respect du code de la route, l'excès de vitesse, le dépassement dangereux qui contribuent de 35% de l'ensemble des handicaps par jour, et ce en Algérie. En ce qui concerne les piétons, la majorité des accidents sont causés par la non-utilisation des passages pour piéton, des parcelles, l'Algérie compte 600 milles handicapés par an, soit 35% de l'ensemble d'handicaps est causé par les accidents routiers, les directions du transport ont aussi leur part de responsabilité, face à ce taux élevé d'accidents, et ce par la négligence, et les non prise des mesures adéquates pour limiter ce phénomène. (منال منصور, 1985, ص 40).

-Les accidents du travail : sont aussi dangereux que les autres, et contribuent d'environ 4,5% du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent être résultat de la circonstance générale liée au travail, ou le résultat de négligence personnel.

(وديع شكور جلييلة, 1995, ص 16)

6. Les signes cliniques de l' handicap moteur

- un déficit moteur avec hypotonie.
- Le déficit moteur est d'intensité variable selon le degré de l'atteinte, allant d'une simple diminution de la force musculaire à une paralysie complète et flasque. il est coté de 1 à 5.
- Absence de contraction volontaire.
- Contraction faible sans déplacement.
- Déplacement possible si l'action de la pesanteur est compensée.
- Déplacement possible contre la pesanteur.
- Déplacement possible contre la pesanteur et contre résistance.
- Force musculaire normale.
- Amyotrophie : due à la perte de l'innervation musculaire consécutive à la lésion des fibres motrices.
- Diminution ou abolition des réflexes ostéotendineux : due à l'interruption de l'arc réflexe.
- Crampes : elles peuvent être révélatrices de l'atteinte neurogène périphérique.
- Fasciculation : elles sont surtout fréquentes au cours de la moelle.
- Autres signes associés.
- Des signes sensitifs : peuvent être associés à ces signes moteur lorsqu'il existe une atteinte concomitante des fibres sensitives

Des troubles trophiques et vasomoteurs ainsi que des troubles végétatifs peuvent être présents en cas d'atteinte concomitante des fibres du système nerveux autonome.

(N Danziger, S Alamowith, 2003, P335)

7. Les conséquences de l'handicap moteur sont

- La paraplégie, paralysie des membres inférieurs et d'une partie du tronc;
- L'hémiplégie, paralysie d'une moitié latérale du corps;
- La tétraplégie, paralysie des membres supérieurs et inférieurs;
- La myopathie, atrophie musculaire grave et progressive.
- La sclérose en plaques, c'est l'hypertrophie du tissu conjonctif.
- Le changement de mobilité, atteinte gestuelle et préhension surtout pour la personne en

fauteuil roulant ou la relation entre son action corporelle et l'aménagement construit est modifiée, le manque d'accessibilité pour la plupart de temps.

- La méfiance que l'handicapé sentira planer autour de lui.
- Le malaise qui naît de la méconnaissance des accidents neurologiques

(Bouzenoune, Yacine 2008, p36)

-Conséquence sur la fonction de l'enfant (possibilité de marche de déplacement).

-sur ses possibilités d'intégration familiale scolaire et sociale.

-évolution spontanée défavorable avec dégradation fonctionnel liée a la croissance.

Exemple : lésion cérébrale---déséquilibre musculaire---stimulation anomalie des zones de croissance et réactions articulaire---vices architecturaux---aggravation de la possibilité.

8. L'historique du handicap en Algérie

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

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

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

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

Durant les premières années de l'indépendance l'Algérie devait affronter les conséquences des années de guerre ; un bilan lourd sur tous les plans. . (BOUCHLOUKH MAHFOUD 2008/2009, p17)

8.1. Les cause de l'handicap en Algérie

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

8.1.1. Les paraplégiques

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

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

8.1.2. Les myopathes

« Des maladies musculaires généralement dégénératives et handicapantes » (Garnier, 1989, p.587), celles-ci sont répandues dans beaucoup de familles du fait des mariages consanguins (dont la filiation s'établit par le père) fréquents et qui comptent un, deux, trois jusqu'à quatre myopathes par famille.

8.1.3. La poliomyélite :

« Une maladie vitale très contagieuse, responsable de paralysies musculaires laissant des effets invalidants ». (Garnier, 1989, p701)

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

8.1.4. Les amputations :

« L'action d'amputer, de retrancher tout ou une partie d'un organe ou d'un membre par une opération chirurgicale ». (Garnier, 1989, p34)

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

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

- **La sclérose en plaques** qui est une maladie évoluant par poussées, et caractérisée par la constitution de plaques de sclérose « une induration anormale du tissu d'un organe par condensation de ses éléments constitutifs », elle est due à une destruction localisée de la myéline gainant la substance blanche du système nerveux central, ce qui provoque des troubles neurologiques variés. (Garnier, 1989, p794)

- **Les séquelles d'accidents cardio-vasculaires.**

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

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

8-2 – Les structures de prise en charge

8.2.1. Les hôpitaux de rééducation fonctionnelle dépendant du Ministère de la Santé

Ils sont au nombre de cinq pour tout le pays (2 à Alger, Annaba, Sétif, Mascara.), et manquent cruellement de moyens. Prenant en charge pour la plupart des blessés médullaires (les parties internes d'un organe) et autres traumatismes graves (état générale consécutif à un ensemble des lésions physiques causées par un accident), ils n'arrivent plus à répondre à la demande devenue très importante avec la réduction des transferts pour soins à l'Etranger.

8.2.2. Les centres Médico – Pédagogiques

Les handicapés moteurs ont perdu les deux centres médico-pédagogiques alors il ne reste que quatre centres (Alger, Constantine « Daksi », Oran, Sétif), détournés de leur vocation première

Ils se retrouvent actuellement transformés en « cliniques » par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNAS).

Certains enfants ayant connu l'école au milieu de camarades valides ont dû l'abandonner du fait de l'aggravation de leur handicap (comme les enfants myopathes) et se retrouvent aujourd'hui cloîtrés chez eux intériorisant à longueur de journée la souffrance et les difficultés des autres membres de la famille. Beaucoup d'entre - eux perdent goût à la vie et se laissent mourir.

Les centres médico-pédagogiques prennent essentiellement en charge les enfants inadaptés mentaux. Gérés par le Ministère du Travail et de la Protection Sociale, ils n'obéissent pas à un programme précis et beaucoup font surtout du gardiennage et de l'occupation.

8.2.3. Les foyers pour personnes âgées et handicapées

Les foyers pour personnes âgées ou handicapées sont des établissements publics à caractère administratif, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils sont placés sous la tutelle du ministre de la santé. (Bouzenoune, Yacine 15 Janvier 2008, p36)

9. Le soutien à l'adolescent handicapé

Après l'énumération des difficultés liées à l'adolescence et au handicap, il est temps de s'interroger brièvement sur les moyens à mettre en œuvre pour aider le jeune ainsi que ses proches à affronter et à dépasser au mieux cette période difficile.

Il apparaît clairement qu'un soutien psychologique adapté est souvent très utile pour aider l'adolescent handicapé, non pas nécessairement à accepter un handicap, mais à intégrer dans son image de soi les éléments fonctionnels, comportementaux et sociaux que ce handicap induit.

Il faut cependant bien convenir qu'il n'existe pas de réponse tout faite, chaque personne handicapée ayant son histoire, chaque handicap ayant ses spécificités.

Conclusion

Pour conclure on peut dire que l'handicap moteur c'est une maladie qui a ces causes, et qui nécessite une prise en charge pluridisciplinaire. Chaque handicap moteur entraîne différents niveaux de difficultés physiques dont les conséquences varient d'une personne à l'autre. Qu'il soit permanent ou temporaire, il aura une incidence sur le mode d'accès de la personne.

Chapitre II

Le stress

Introduction

Le stress est considéré comme le résultat de l'interaction entre le sujet et son environnement. Il est comme « un état de divergence d'inadéquation entre les demandes perçues par le sujet et l'idée qu'il se fait de ses possibilités de réponse le sujet peut alors avoir le sentiment de perte de contrôle de la situation : c'est la réaction de stress mais avant de rentrer dans les détails il faut savoir la définition de stress, ses causes, ses symptômes, ses formes cliniques, les théories qui ont élaboré le problème de stress, enfin savoir comment le stress touche les enfants en générale et les enfants handicapés en particulier.

1. Historique

L'évolution du concept de stress s'est faite parallèlement aux progrès des connaissances scientifiques. Limité à ses débuts à une suite de réactions biologiques, ce concept a considérablement changé au gré des nombreuses théories qui ont tenté de le développer, pour devenir actuellement une notion largement galvaudée, floue et parfois ambiguë.

Le mot stress est utilisé d'abord par les anglo-saxons (18^{ème} siècle) qui lui donnent le sens d'une réaction de détresse en relation avec les agressions extérieures. Un peu plus tard, il réapparaît dans le langage de la physique des matériaux. Il désigne alors, la pression, la contrainte, la charge physique qui s'exerce sur la matière, avec pour effet, la déformation ou la rupture du matériau.

Ce vocable (le stress) tombe ensuite dans l'oubli. Il faut attendre le début du vingtième siècle pour le voir réapparaître dans le langage des physiologistes.

Pour bien comprendre la notion du stress, il faut revenir aux travaux qui ont été développés il y a plus de cent ans par un médecin français, Claude Bernard, et poursuivis depuis une cinquantaine d'années par Walter Cannon et Hans Selye.

C'est avec les travaux de Hans Selye (1975), médecin canadien d'origine Hongroise, que le concept de stress va avoir une légitimité scientifique et le succès que nous lui connaissons aujourd'hui. Selye a été frappé, durant ses études de médecine, par la similitude des manifestations anatomo-cliniques qu'il a observés à l'occasion de différentes agressions subies par l'organisme. Une réduction de la taille du thymus et des ganglions lymphatiques, des ulcérations gastriques et une augmentation du cortex surrénalien sont en effet associées au choc des brûlés mais aussi au choc septique et hémorragique. Quand il retrouve plus tard les mêmes anomalies chez les rats auxquels il avait injecté des extraits glandulaires, il a été

amené à les attribuer à une « réaction non spécifique » de défense de l'organisme, cette réaction non spécifique aux agressions a été appelée : syndrome générale d'adaptation .Il en décrit trois phases : La phase d'alarme, La phase de résistance et La phase d'épuisement.

A la fin des années quarante, Selye fait le lien entre syndrome général d'adaptation et certaines réactions de défense de l'organisme dont l'amplitude est insuffisante et exagérée mais qui ont toujours des effets délétères sur l'organisme. Pour cet auteur, qui utilise alors pour la première fois le mot « Stress » ; il est bien entendu que le rôle pathogène est joué non pas par l'agent agresseur (auquel il donne le nom de « stressor ») mais par la réaction de défense suscitée par ce dernier. Un peu plus tard le stress devient un processus dynamique complexe qui implique certes les effets de l'agent agresseur mais aussi ceux de la réaction à ce dernier.

Durant les années cinquante, il élargit le concept de stress aux agressions psychologiques et sociales.

Depuis les travaux de Selye, deux axes de recherches se sont développés. Le premier s'est attaché à mieux connaître et comprendre les mécanismes neurobiologiques et les structures et voies anatomiques qui sont impliquées dans la dynamique du stress. Le deuxième axe en a précisé les dimensions psychologiques et sociales.

A la lumière de cet historique, le stress peut et doit être considéré comme un ensemble dynamique de processus biopsychologiques témoins des interactions complexes qui organisent les relations entre la vie psychique, le biologie et les contraintes liées à l'environnement (social en particulier). (Boudarene H, 2005, PP, 1-5)

2. Les définitions de stress

a- « le stress est l'état de l'organisme dont le bien-être est menacé et qui n'a pas de réponse immédiate pour réduire cette menace ». (Hans Selye, 1974, p19)

b- Il ya plusieurs façons de définir le stress l'une qu'on appel « stimulus based » voit dans le stress une caractéristique aversive de l'environnement.

L'approche dite « réponse based » définit le stress comme une réponse physiologique de l'individu aux stimuli aversifs. (Michelle Dunont et Bernard Plancherel, 2001, p11)

c-Les stress est définit par **Moser(1995)**comme « ensemble des processus mis en œuvre par l'intermédiaire de l'excitation neurovégétative produit par une stimulation aversives et perçus comme telle par l'individu ,soit sous forme de réactions médiatisées par des processus

cognitifs quelle que soit leur efficacité, soit sous forme de relations automatiques désorganisées ,quand une stimulation trop intense empêche toute élaboration cognitive ». (Ibid. p63)

D-stress selon H.Selye (1976) « toute réponse de l'organisme consécutive à toute demande ou sollicitation exercées sur cet organisme ».

3. L'explication de stress au niveau psychologique

La conception de stress réaction qui s'ensuite et la perspectives de faire face a ces situation il s'agit d'une approche à la fois psychologique et psychophysiologique.

Selye utilise le terme de stress quelque année après 1956, est le définit comme une réponse non spécifique du corps à un stimulus c.à.d. comme ensemble des réactions d'adaptation qui peuvent avoir des conséquences aussi bien positives comme le fait de se maintenir en vie que négatives .

Selon **richard Lazarus (1966)** le stress se manifeste lorsque le sujet est confronté à des stimuli qui excèdent ses ressources d'ajustement. (Caroline Sahuc, 2006, p49)

4. Les causes de stress

L'apparition des symptômes dus au stress est influencée par deux types de facteur biologique résistance de l'organisme et les facteurs psychosociaux, personnalité, attitude de la personne, entourage social. (Barbara Zablocki, 2009, p43)

« On a l'habitude d'associer le stress à des situations créés par des relations humaines (passage d'un examen, conflit interpersonnel ...) mais ce syndrome se manifeste pour tout changement : voyage, choc culturel, décalage horaire), changement climatique (par exemple lorsque l'on sort dans le froid), évènement professionnel (licenciement, nouveau travail , changement d'équipe, changement d'école....), évènement familial ou sentimental (déménagement, mariage divorce, naissance, décès, nouvelle rencontre, dispute) et changement corporel(adolescence ,ménopause...) ». (Spencer A, 2002, P24)

5. Trois façons de concevoir le stress : comme

- a) Stimulus environnemental provoque par un agent externe tel que les désastres, événement de vie (deuil, perte de son travail.....) mais aussi les tracas quotidien (bruit).
- b) Réponse subjective correspondant à un état interne de tension et à l'évaluation subjective d'une situation jugée stressante.

- c) Réponse biologique de l'organisme à un stimulus ou à une situation constitué de réaction nerveuse et hormonale.

6. Le coping

Selon Lazarus et Folkman 1984 définissent le coping comme « ensemble des efforts cognitifs et comportementaux du sujet variable et instable pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer ou tolérer la demande interne ou externe (et le conflit entre les deux), faite par la transaction sujet-environnement, évaluée comme dépassant ses propres ressources ». (Jean-Louis pedinielli, 2005, p77)

Le coping c'est la réponse à un stressor dépend de chacun : les expériences antérieures, l'auto- appréciation de ses propres capacités, la motivation influent ce processus actif de d'adaptation.

Le coping est un mécanisme avant tout d'ordre psychologique qui influence les réponses du système nerveux. Il peut se perfectionner avec l'apprentissage .parallèlement à cet apprentissage, la répétition de stimulus stressant identique, conduit à l'habituation : l'intensité des réponses hormonales diminue. (Dictionnaire fondamental de la psychologie, 2002)

7. Les symptômes les plus fréquents du stress

7.1. Fatigue

Chez les stressés, le symptôme le plus fréquent et plus visible est la fatigue or il existe deux types de fatigue :

- 1) saine normale par exemple après une dure journée de travail.
- 2) qui ne trouve pas de remède réparateur et qui peut apparaître dès le matin .elle est souvent accompagnée de problèmes d'attention de moindres possibilités de concentration intellectuelle, de problèmes sexuels.

7.2. Trouble de sommeil

Un deuxième symptôme peut apparaître qui malheureusement quelque fois s'ajoute au premier. Il s'agit des troubles du sommeil beaucoup de personnes ont du mal à s'endormir dans l'incapacité ou elles sont d'empêcher les soucis de faire surface « de leur trotter dans la tête » d'autres se réveillent en pleine nuit, leur cerveau ne pouvant se déconnecter des difficultés rencontrées pendant la journée ou de problèmes à résoudre pour le lendemain.

7.3. L'anxiété et l'angoisse

La première exprime une certaine inquiétude, une appréhension de ce qui peut arriver. Un peu d'anxiété peut donc stimuler alors que trop d'anxiété paralyse. À encore, la consommation de tranquillisants n'arrange rien, ne faisant que cacher pour un certain temps, les causes réelles de cet état. Quand à l'angoisse, état de désarroi psychique, d'inquiétude profonde, elle s'accompagne de mêmes troubles psychosomatiques que l'anxiété, mais plus intense, arrivant plus brutalement : tachycardie, dyspnée, tremblement, sueurs, douleur ou oppression, thoracique, serrement de gorge, douleurs au ventre ou musculaires, courbature, éruption de plaques ou de boutons.

7.4. Instabilité et la névrose

Nuisibles pour soi même, difficilement supportables pour son entourage, ces états traduisant d'une façon bien visible une surdose de stress.

On ne peut supporter la moindre contrariété, tout nous irrite, nous impatiente, on devient plus agressif, intolérant. Nos colères, plus fréquentes et innombrables, surviennent au moindre prétexte, nos gestes, nos paroles sont durs, coupants, tout devient invivable, ce qui augmente le stress, et le cercle devient vicieux.

7.5. Les troubles de la mémoire

Ils ne sont pas l'apanage des personnes âgées, (et encore, ces dernières peuvent elles conserver et même améliorer leur possibilités jusqu'à la fin de leur vie). Trois étapes successives interviennent dans toutes nos activités de mémorisation. Dans un premier temps, le cerveau enregistre, acquiert les informations par l'intermédiaire des cinq sens. Dans une deuxième étape : on convoque, sur demande, ces informations pour les restituer. La corrélation entre perte de mémoire et stress est maintenant clairement établie en particulier chez les victimes de stress post traumatique ou de maltraitance.

7.6. Trouble de l'appareil digestif

Leur relation avec le stress a été non souvent démontrée grâce aux expériences de Selye, mais se retrouve dans le langage, dit populaire, dont les expressions sont toujours justes et pleines de bon sens. En revanche au quotidien n'importe quelle émotion peut entraîner des troubles digestifs au niveau d'une partie ou de la totalité du tube digestif on peut citer :

- Sensation de bouche sèche.
- spasme au niveau du colon.
- vomissement parfois.
- diarrhées dites motrices ou fonctionnelles. (S.J.Choque, 2007, p 14, 15,16)

8. Les théories de stress

8.1. La théorie biologique

Il est important de souligner que la classification d'une théorie du stress comme « biologique » « cognitive » ou « transactionnelle » est en grande partie arbitraire, par exemple, les théories biologiques ne nient pas l'importance des facteurs psychologiques ou sociaux. Il est impossible de passer en revue chacun de ces modèles. Les pages suivantes présenteront quelques illustrations centrales de ces théories, en commençant par les contributions des recherches de Selye et Cannon.

Les travaux de CANNON ET SELYE sur le stress

Ces travaux s'orientent vers l'étude de la réaction physiologique d'un organisme soumis à un stress. CANNON (1928, 1935) est le premier à démontrer que les manifestations somatiques accompagnant le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger sont dues à la libération dans le sang d'une hormone, appelée adrénaline, en provenance de la glande surrénale. Il décrit un pattern de réponses particulier : le syndrome d'urgence, mis en place de façon « stéréotypée », face à toute menace pour l'individu pour éliminer ou éviter un éventuel état de souffrance. L'organisme tend en permanence à maintenir un équilibre constant (homéostasie) et tolère des modifications limitées. Quand les modifications produites par des agents internes ou externes sont excessives, elles affectent les mécanismes homéostatiques de l'organisme qui s'activent pour rétablir l'équilibre. Le stress est alors cette réponse activée par toute sollicitation excessive qui permet l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme. REILLY et al (1934), comme CANNON, considèrent que la réaction organique en réponse au stress, est non spécifique et commune à des agents d'agression très variés.

L'importance d'un état homéostatique de l'organisme est reprise par SELYE (1936, 1946, 1950). Selon lui, la surcharge des capacités de défense de l'individu suite à une agression psychique ou physique menaçant l'équilibre interne déclenche une contre-réaction visant à restaurer l'équilibre rompu. Cette réaction est non spécifique car elle ne dépend pas de la nature de l'agent agresseur. SELYE décrit en 1936 le syndrome général d'adaptation (SGA), dans les années qui suivent, SELYE continue ses expériences (1946, 1950) sur ce syndrome retrouvé chez l'animal, quelque soit l'agent nocif, et qui se développe en trois étapes : phase d'alarme, de résistance et de l'épuisement. (Jean-Louis pedinielli, 2005, P19-20)

8.2. La théorie physiologique du stress

Une petite glande à la base du cerveau, l'hypothalamus joue un rôle important dans la réponse du stress, surtout en tant qu'aiguilleur. Après avoir perçu et évalué le stimulus, l'hypothalamus ordonne la mise en branle de deux systèmes de réaction de notre organisme :

Le système nerveux sympathique et le système hypophysaire. Le premier système entre en action dans les situations d'urgence exigeant une réaction d'adaptation rapide. Le système nerveux sympathique accélère la production par les glandes médullosurrénales des hormones comme l'adrénaline et noradrénaline. L'adrénaline est appelée hormone de l'urgence. Elle a pour effets l'accélération du rythme cardiaque, pour amener le sang en plus grande quantité dans les organes, la libération du sucre stocké dans le foie, pour donner de l'énergie, et l'augmentation de la réaction d'éveil.

Le système hypophysaire entre en jeu lorsqu'il est nécessaire d'inhiber l'action ou dans des situations où il y a perte de contrôle. L'hypophyse fabrique de nombreuses hormones : stimuline sexuelles, endorphines qui calment la douleur. Mais dans le cas du stress, c'est l'hormone appelée ACTH qui est importante, cette hormone stimule les glandes corticosurrénales, qui à leur tour sécrètent des hormones dont la principale est le cortisol, qui se caractérise, avant tout, par son action anti-inflammatoire.

Il a aussi comme effet la reconstitution du stock du sucre libéré lors du stress d'urgence.

Dans le cas du stress chronique, il y a augmentation de la production de cortisol, ce qui entraîne une diminution des défenses immunitaires, une plus grande sensibilité aux maladies allergiques et des troubles cutanés. On suppose aussi que cela pourrait être la cause de poussées d'ulcères de certains rhumatismes, de certains diabètes, de l'obésité, et surtout de la dépression. (M Dumont, B Plancherel, 2001, P14-15)

8.3. La théorie transactionnelles du stress

Les modèles physiologique du stress décrivant les réponses stressantes et /ou anxieuse par l'activation des systèmes physiologiques et la sécrétion d'hormones.

Les caractéristiques personnelles et l'évaluation cognitive de la transaction stressant sont importantes et influencent l'activation des axes physiologique de réponse au stress. Les systèmes neuro-hormonaux activés pendant la réaction de stress ne réagissent donc pas de façon réflexe selon un modèle stimulus-réponse ou modèle linéaire

Pour ces raisons, les modèles transactionnels veulent dépasser la simple notion de cause-effet et cherchent à repérer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de la transaction stressante dans une optique interactionnelle.

-le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman

Le modèle transactionnel du stress focalise l'attention sur des éléments psychologiques centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et plus précisément sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante, analyse sa capacité de faire face et met en place des stratégies de coping .ce modèle du stress psychologique a été développé par Lazarus et ses collègues.

Pour ce modèle, les stresser physique ou psychologique produisent des réponses des stress seulement après avoir été évalués comme menaçant et dangereux par le sujet. Le stress dépend ainsi de la qualité de la transaction entre l'individu et l'environnement et ne peut pas être réduis à l'un ou à l'autre de ces élément. (Jean-Louis pedinielli, 2005, P45-46-47)

8.4. Les théories cognitives du stress

1- Construction d'une signification selon la théorie des constructions personnelles de Kelly

La théorie des constructions personnelles de Kelly (1955,1963) est importante dans la compréhension de la réponse au stress, parce qu'elle cherche à appréhender la manière dont l'individu construit le sens de son expérience et adapte son mode de perception du monde au fur et à mesure des transactions avec l'environnement. Parallèlement à cette attribution de sens, la personnalité se forme. Ainsi, la théorie de Kelly permet de comprendre les aspects sous-jacents à toute évaluation cognitive qui peut être imaginée comme un « va-et-vient » entre évaluation contextuelle et les évaluations passées sur lesquelles s'érige la personnalité. Pour Kelly, faire une construction personnelle signifie donner une interprétation et comparer les événements sur la base des différences et des similitudes. Cette théorie reconnaît à chaque individu la capacité « scientifique » de se représenter les événements et de construire un système capable de les anticiper. L'anticipation est le processus central. Kelly considère ainsi l'individu comme un être en mouvement, plutôt qu'un objet passif, motivé à l'action, qui doit anticiper les événements en privilégiant les alternatives qui, dans l'ensemble de ses propres constructions mentales, semblent capables de fournir la base la plus adéquate pour prévoir la suite des événements. L'individu est considéré en termes de processus continus, psychologiquement orientés par un réseau flexible de parcours, qui peuvent être modifiés

suite aux conséquences obtenus. La validation et l'invalidation des anticipations effectuées par un sujet ne dépendent pas directement et exclusivement des *feed-back* environnementaux

2-Model cognitif de Beck

Beck(1984) reprend le modèle interactionnel de Lazarus et l'approche des constructions personnelles de Kelly. Il considère une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu, qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques des couts et avantages d'une réponse particulière. Les stimuli sont nocifs s'ils sont interprétés comme tels par le sujet. Selon le type d'évaluation et la situation donnée, le sujet est motivé à mettre en place tel ou autre comportement. Quand un sujet est mobilisé pour mettre en acte un comportement particulier, la direction de la force est appelée « inclinaison comportement », dont l'intensité est le reflet du degré de l'arousal. Si l'inclinaison comportement n'est pas traduite en action, alors l'individu reste dans un état élevé d'arousal pour quelque temps, même si le stimulus n'est plus présent. (Ibid.2005 p 50,52)

9. Les facteurs de stress

9.1. La vie familiale

La structure de l'organisation familiale et son fonctionnement peuvent être à l'origine de conflits durable, et d'un mal être profond chez ses membres. Selon l'opinion de B.Schweitzer, la famille est une source de protection pour ses membres contre le stress, par ailleurs ces relations familiales peuvent être extrêmement troublantes, dans le cas ou ses membres ne s'entendent pas, particulièrement s'il y a des conflits entre eux

Toutes familles traversent des périodes difficiles, dont certaines sont particulièrement stressant : maladie de l'un des parent, ou d'un enfant, d'épart ou décès, qui sont des événements qui généralement des états de stress profond.

9.2. Le milieu professionnel

L'environnement du travail est certainement responsable de malaise et de tension, et l'agression que constituer activités professionnels, comme le travail en milieu agressifs sont considérés comme des professions à risque, tels que les terrains trop exposés au bruit, ou en manipulant des produits chimique ou dangereux, avec un risque d'accidents de travail élevé.

(Boudaren. M, 2005 p12-13)

10. Les étapes du stress

En 1946, H. Selye parlera de syndrome général d'adaptation (**S.G.A**), dans lequel les divers organes internes, spécialement les glandes endocrines et le système nerveux, aident l'individu à s'adapter aux modifications constantes qui se produisent aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du corps. Le S.G.A, évoluant selon trois phases successives:

A-Phase d'alarme

Cette phase est une manifestation d'un ensemble de symptômes différents selon le tempérament de chacun, l'effet de surprise, et l'éducation reçue qui aura favorisé ou non l'habitude de gérer avec plus ou moins de maîtrise un événement ; face à un danger ou une menace, l'organisme répond aussitôt par une mise en alerte. Cet état d'alerte prépare la personne à réagir à l'image d'une nation préparant ses troupes pour répondre à l'agression d'une armée ennemie.

B-Phase de résistance

Le corps mobilise toute son énergie, l'organisme est bien prêt, bien organisé pour une défense efficace. L'équilibre peut être maintenu grâce à la mise en route des mécanismes d'autorégulation. Tant que persiste l'agression, l'organisme est stimulé et résiste grâce à diverses modifications, sanguines, hormonales et à une production d'adrénaline. Mais si cette phase se prolonge, il en va de même pour l'organisme qui ne peut pas répondre en même temps, d'une façon efficace, à plusieurs situations stressantes. Lorsque ces dernières s'accumulent, le corps se fatigue très vite, n'ayant pas le temps de recharger ses accus.

C-Phase d'épuisement

L'individu, de plus fragile, laisse la porte ouverte à de nombreuses maladies psychosomatiques ; ulcères gastriques, tachycardie, spasmophilie, pour ne citer que les plus connues sans compter les troubles psychologiques plus ou moins graves. Puis vient le moment où tout s'effondre, l'individu craque, n'ayant plus de forces ni physiques ni psychologiques pour en faire face. C'est la phase où toutes les réserves sont consommées. (S.J. Choque, 2007, p12).

11. Les types de stress

A. Le stress aigu

Le stress aigu est la forme de stress la plus répandue. Il dure généralement moins d'une heure et trouve son origine dans les pressions récentes et dans les pressions à venir. Le stress aigu peut être excitant et même bénéfique dans certaines situations mais trop de stress finit par

être épuisant. Par exemple, le fait de vivre de façon répétée des événements plus ou moins courts mais très stressants peut provoquer des troubles psychologique. des maux de tête, des maux d'estomac et d'autres symptômes directement liés au stress.

Les symptômes et l'origine du stress aigu peuvent être identifiés par tout le monde. C'est la liste de toutes les choses qui peuvent nous mettre "un coup de pression" dans notre quotidien : un accident de voiture légeretc.

Les symptômes du stress aigu les plus répandus sont :

- *Un changement émotionnel qui mélange colère, irritabilité et déprime.
- *Des problèmes musculaires comme des maux de têtes, des douleurs dans le dos, le mal de dents, et des douleurs dans les tendons et les ligaments.
- *un rythme cardiaque accéléré, une hausse de pression artérielle, des palpitations des migraines, le souffle court, des douleurs à la poitrine, des vertiges sont d'autres symptômes de l'excitation de l'excitation liée au stress.

Le stress aigu peut survenir dans la vie de n'importe qui et cette forme de stress peut être gérée assez facilement (il suffit généralement de se détendre et attendre que ça passe). (Elisabeth Grebot, 2009, p17)

B. Le stress aigu répété

Les personnes atteintes de stress aigu répété font souvent preuve d'un tempérament irritable, d'anxiété et de nervosité. Elles se décrivent souvent comme étant une boule d'énergie nerveuse en mouvement.

Toujours dans l'urgence, leur état irritable peut se transformer en colère. Les relations sociales se détériorent alors rapidement avec les autres et le lieu de travail devient souvent un endroit de stress pour ces individus. Les médecins caractérisent ces personnes comme ayant un sens aigu de la compétition et faisant preuve d'agressivité et d'impatience en étant toujours dans l'urgence.

Une autre forme de stress aigu répété provient d'un sentiment d'inquiétude permanent. Cela revient à imaginer des désastres à chaque coin de rue, à être pessimiste sur l'avenir et à penser que le pire va se produire dans chaque situation. Le monde est un endroit dangereux dans lequel quelque chose d'horrible est toujours en train de se produire. Généralement, les personnes ayant ce modèle de pensée présentent les premiers symptômes d'un état de trouble anxieux et de dépression.

Les symptômes du stress aigu répété sont les symptômes d'un état d'excitation quasi-permanent : maux de têtes qui durent, migraines, hypertension, douleurs à la poitrine,

maladies cardiaques. Les traitements pour réduire le stress aigu répété et en guérir nécessitent l'intervention d'un professionnel de santé et la guérison peut prendre plusieurs mois.

Bien souvent, le style de vie des personnes atteintes de ce type de stress est devenu si habituel qu'elles n'arrivent pas à distinguer ce qui ne va pas ce rythme de vie .il peut même arriver qu'elles reportent la faute sur leur entourage ou sur des événements externe. Le problème pour ces individus est qu'ils perçoivent leur style de vie et leur mode de comportement comme partie intégrante de leur personnalité et de leur monde, ce qui rend particulièrement difficile pour eux l'identification et prise de conscience des origines de leur stress et de leur anxiété. Seule la promesse du soulagement des douleurs qu'ils peuvent ressentir peut les persuader du bien fondé de suivre un traitement ou d'apporter des changements dans leurs mode de vie. (Ibid, 2009p181.)

C. Le stress chronique

Le stress chronique est un stress qui va être ressenti jours après jours, années après années et il a des conséquences sur votre corps, votre esprit et votre vie. Le stress chronique touche souvent les gens qui vivent dans une situation financière précaire, les familles connaissant de graves problèmes, ou bien les personnes ayant des problèmes avec leur travail ou leur carrière.

Le stress chronique tire son origine du fait qu'une personne ne voit pas de sortie positive dans une situation problématique. Sans espoir, la personne finit par arrêter de chercher des solutions. Certaines formes de stress chronique proviennent d'expériences traumatisantes dans l'enfance qui continuent d'être douloureuses au moment présent. La conséquence la plus malheureuse de cette forme de stress est que les personnes qui en souffrent finissent par s'y habituer.

Enfin les conséquences du stress chronique peuvent être des accès de violence, des maladies cardiaques, et même le suicide. Les symptômes du stress chronique étant à la fois physiques et psychologiques, ils peuvent nécessiter un accompagnement à la fois médical et psychologique. (Ibid, 2009, p19)

CONCLUSION

Le stress est déterminé par la perception individuelle de la relation spécifique avec l'environnement. Cette perception résulte de facteurs personnels et de facteurs contextuels ou environnementaux. Le stress peut avoir des conséquences véritablement désastreuses sur l'équilibre et la santé. De plus il nuit au bonheur en vous empêchant d'avoir recul nécessaire pour agir de façon appropriée.

Chapitre III

L'adolescence

Introduction

L'adolescence est une période de transition au cours de laquelle un sujet n'est plus tout à fait un enfant mais pas encore, l'adulte qu'il est entrain de devenir.

Cette période n'est pas la simple juxtaposition à la coexistence de caractéristiques infantiles et adultes chez un même sujet. Elle est en réalité marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales. (P. Alvin, D.Marcelli, 2005 P05)

L'adolescence est appelée comme le temps de la découverte de soi, des autres, du monde entier. Il y a une explosion cognitive et les horizons intellectuels s'élargissent jusqu'aux limites de l'univers.

1. définition de l'adolescence

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

Elle est considérée comme une phase de développement séparant l'enfance de l'état adulte, qui est caractérisé par des transformations biologiques souvent brusques (morphologie, sphère génitale) et des modifications importantes de la personnalité « quête de l'identité et l'individuation, tentative d'autonomie... ». (Boulimi.J, Pineau. J-C, 2001, p 45)

L'adolescent période du développement au cours de laquelle s'opère le passage de l'enfance à l'âge adulte. (Dictionnaire fondamentale de la psychologie, 2002, p31)

B. L'adolescent selon Mareau et Vanek.D c'est une période qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Il s'agit d'un concept sociale dont la dimension psychologique est essentielle c'est une période cruciale et riche de la vie, une période de crise dans la mesure où de grands changements psychologique s'opèrent. Même si elle n'est pas toujours traversée avec la souffrance, elle implique des changements nécessaires qui permettent aux adolescents de devenir des adultes. (Charlotte.M .M et Adeline. V.D, 2004, p87)

2. Caractérisation de l'adolescence

Le début de l'adolescence, chronologiquement associé au démarrage de la maturation pubertaire, se situe vers l'âge de 11-12 ans et son achèvement vers l'âge de 18 ans, terme qu'il convient de retenir même si les limites sont floues entre la fin de l'adolescence et le statut de

jeune adulte. En effet, les transformations biologiques, psychologiques et psychosociales propres à l'adolescence sont accomplis à l'âge de 18 ans, bien que le développement puisse continuer au-delà dans d'autres domaines.

La période d'adolescence est marquée par la convergence de trois faits essentiels à partir desquels on peut comprendre les événements qui caractérisent le passage de l'enfance à l'âge adulte :

- 1 - Vive accélération de la croissance, dont la poussée staturale est l'un des signes les plus fréquents.
- 2 - Importance des changements qui se produisent et qui intéressent l'ensemble de l'organisme et de la personne.
- 3 - Grande variabilité interindividuelle : la vitesse de ces changements et l'âge de la survenue varient d'un enfant à un autre ; et grande variabilité intra-individuelle : chez un même individu, les changements ne se font pas tous au même moment, ni au même rythme dans tous les secteurs de développement : physique, intellectuel, socio-affectif. (Dictionnaire fondamental de la psychologie la rousse, 2002, p31)

3. Quelques troubles psychologiques de l'adolescence

a) Les troubles addictifs

Les addictions sont des troubles qui se caractérisent par une répétition d'actes susceptible de provoquer du plaisir et marqués par la dépendance à un objet ou à une situation et consommés avec avidité, ainsi le sujet perd la liberté de s'abstenir. Ce trouble se retrouve dans diverses organisation psychique, on la retrouve pour la majorité dans les organisations limité .mais a l'adolescence où la structure est encore en construction. Ce type de trouble est particulièrement lié à l'adolescence dans la mesure où les sujets qui en souffrent présentent des carences majeures des assises narcissiques, le narcissisme est ébranlé à l'adolescence par les changements pubertaires. (Charlotte.M et Adeline. V.D, 2004, p113, 114)

b) Les troubles alimentaires

Ces troubles apparaissent souvent à l'adolescence car ils font suite à une lutte contre les changements imposés par la puberté. Cependant, la notion de trouble alimentaires est essentiellement descriptive et ces trouble appartiennent à différentes organisation psychiques (névrotique, border line, psychotique) tout dépend de chaque individu et de son histoire. (Ibid. 2004, 114)

c) Les troubles anxieux

A l'adolescence, l'angoisse ravivée par le changement pubertaire doit trouver un moyen de se décharger. Elle est parfois déplacée vers un objet ou une situation. Cela donne naissance à une phobie. Si elle n'est pas déplacée vers un objet précis, elle peut rester diffuse et donner lieu à des crises d'angoisse, à des moments qui la ravive particulièrement. (Ibid.2004, P125).

d) Dépression, sentiment dépressif

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

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

4. Les étapes de l'adolescence**A. Début de l'adolescence**

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

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

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

B. La mi-adolescence :

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

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

-des contrastes entre une maturité physique volontiers décalée par rapport à la maturité psychoaffective : entre l'importance prise par l' image du corps ou les préoccupations physiques et l'apparente négligence des besoins corporels et de santé au sens large, entre les sentiments d'invulnérabilité ou de toute puissance, et un manque sous-jacent de confiance en soi, entre le besoin de satisfaction ou de gratification immédiates à gérer le temps ou repousser les échéances : entre les prises de risques et le manque d'appréciation des conséquences possibles :entre les expressions d'empathie et les attitudes d'allure égoïste : Entre les pulsions pour les satisfactions sensorielles ou sexuelles et les inhibitions ou interdits fréquents à la réalisation directe de ces désirs : Les investissements de l'énergie pulsionnelle dans des activités variées, physique, intellectuelles ou artistiques.

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

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

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

C. Fin d'adolescence

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

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

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

Le plus souvent cependant, les impératifs du développement ne sont pas encore tous réalisés ou autorisés, l'adolescence « psychologique » ou « social » se poursuivant encore sur plusieurs années(9-20). Pour preuve ,en France, les enfants quittent le domicile familial en moyenne à 20 -25 ans pour les filles et 22 ans pour les garçons .Beaucoup de ces départs sont »aidés »ou aménagés et l'indépendance financière n'est acquise en moyenne que deux années plus tard.....Comme l'avait déjà très bien résumé Winnicott :« c'est tout un problème ,que de savoir comment être adolescent pendant l'adolescence. Pour n'importe qui, cela demande énormément de courage. (P. Alvin, D.Marcelli, 2005, P06).

5. Quelques manifestations du stress chez l'adolescent

Réactions de stress que pouvez observer chez l'adolescent

L'adolescent possède sa façon bien à lui d'exprimer ce qu'il vit. Il donne souvent l'impression qu'il est invulnérable et que rien ne peut l'atteindre, car il a besoin de se sentir branché, de donner l'impression qu'il se maîtrise la situation. Cependant, sous cette apparence, il n'en demeure pas moins qu'il peut se sentir affecté et vulnérable.

6. Les facteurs psychologiques et sociaux influençant l'adolescence

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

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

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

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

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

7. Les difficultés de l'handicapé adolescent

L'adolescent handicapé, découragé par tant d'obstacles, renonce à devenir indépendant ou qu'il réagisse aux difficultés de façon agressive. Dans d'autres cas, au contraire, surtout quand il est soutenu par une famille ou une communauté qui l'encourage à devenir indépendant, il réussit à s'accepter, à devenir autonome, à chercher une insertion dans le monde du travail, à se lier d'amitié avec des autres. (G.LUTTE, 1988 P138)

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

(G.LUTTE, 1988, P139)

Le handicap moteur grave engendre un vécu adolescent particulièrement douloureux, la prise de conscience de caractère définitif de leur blessure corporelle constitue chez ces adultes, une entrave à l'engagement dans la vie.

Il est difficile de parler des « Handicapés moteurs » en général.

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

Ce sont des particularités que nous allons passer rapidement en revue, sans tenter d'être exhaustifs. (D. OSSON, 1990, P 79)

Conclusion

On conclut que l'adolescence est une période très sensible et très importante de la vie de l'être humain. Adolescents ayant un handicap moteur qui engendrent un vécu très douloureux ce qui signifie que la perte d'un organe, et l'atteinte motrice qui peut induire de très graves complications et difficultés psychologiques.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Introduction

-A travers ce chapitre nous tente de présenter la méthode de recherche utilise les critères de sélection de notre population ainsi que les technique de récolte des donner et notre démarche sur le terrain.

1. Définition et opérationnalisation des concepts

1.1 La définition de l'handicap moteur

Il s'agit d'une paralysie qui effectue la partie gauche ou droite de corps définie par l'absence d'une fonction ou de structure anatomique.

-l'hémiplégie peut être totale ou partielle .la lésion cérébrale siège du cote oppose a celle de l'hémiplégie à titre d'exemple une lésion corticale se traduit par une hémiplégie gauche elle peut être soit spasmodique (raideur des muscle atteints) soit flasque (muscle mous)

l'hémiplégie a pour cause une lésion de la voie pyramide (faisceau de fibres allant de cortex cérébrale jusqu' a la moelle épinière et qui commande la contraction des muscles.(Rouquette .C 2002 P138) « Médecine chirurgie et soins infirmière »Wellers Kluwer France 2002 .

2-handicap moteur : motrice déterminer par spécialiste en orthopédie entraînant une incapacité égale ou supérieur 50%. « [www.jordp .dz](http://www.jordp.dz) »

1.2 Opérationnalisation du concept

-Une paralysie focalisée dans la partie gauche droite ou totale du corps.

-incapacité de jouer, marché, ainsi que de manger.

-la dépendance des handicapes moteurs (incapacité de faire les choses, de déplacer)

-dysfonctionnement des membres inferieur ou supérieur.

-limitation des activités

1.3 La définition de stress

a)Le stress est une réponse psychologique et physiologique aux événements qui remettent en cause d'une façon ou d'une autre notre équilibre personnel nous savons tous a quoi ressemble

les premiers effets du stress forts battements du cœur, tensions dans les muscles, souffle accélère.

b) Réaction de l'organisme à l'agression subie. Provoquer un stress; syndrome, état de stress; causes du stress; résistance au stress; dose, niveau de stress; stress aigu, chronique; stress de la victoire, de la joie; stress du veuf, du migrant, du retraité, du travailleur de nuit. « Le stress est la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite ».

(H. Selye, 1974, p 29)

1.4 Opérationnalisation du concept

- fatigue, dépression, colère, tristesse
- sentiment d'inquiétude permanent
- difficulté à se concentrer
- maux de tête, de ventre ou de cou, récurrents
- tension artérielle élevée
- irritabilité
- insomnie
- trouble de digestion
- difficulté à se relaxer au de dormir
- régression vers des comportements moins matures

1.5 La définition l'adolescence

a) c'est une période de transition entre l'état de l'enfance et celui de l'adulte, accompagné par un déséquilibre qui se manifeste par des nombreux symptômes souvent regroupés sous le nom de crise de l'adolescence période de transformation somatique et psychologique.

b) Nobert Sillamy « L'époque de la vie qui se situe entre l'enfance quelle continue et l'âge adulte. il s'agit d'une période ingrate marque les transformations corporelle et psychologique qui début vers 12 ou 13ans et se termine entre 18 et 20ans ». (Coslin.P, 2006, p200)

Opérationnalisation du concept

L'adolescence : est une étape caractérisée par

- développement sexuel, corporelle et intellectuel.
- besoin d'autonomie dépassement de soi et d'apprentissage.
- difficulté de communication.
- période latence.
- un passage entre l'enfance à l'âge adulte.

2. La démarche de la recherche

2.1-Présentation le lieu de stage

Notre recherche a été effectuée au sein de l'association « **écho des handicaps** » de wilaya de Bejaia qui est une association qui a vu le jour en 2009. Elle s'est fixée le devoir de recenser l'ensemble des handicaps de la wilaya pour leur offrir aide et assistance à leur besoin. L'association contient 400 handicaps dans différents types de handicap (moteur, mental, sensoriel) Elle compose d'un :

1-président : représente l'association dans toutes les affaires de la vie civile, à ce titre il est chargé de : représenter l'association auprès des autorités publiques, convoquer les organismes de l'association et diriger les débatsEx.

2-le secrétaire : est chargé de toutes les tâches administratives de l'association

3-psychologue clinicien : qui est présenté pour assurer la continuité de cette noble et concéder comme fonction d'évaluation pour assurer le suivi des individus.

-faire des consultations psychologiques pour les handicaps.

-faire des exercices de concentration, la relaxation et les jeux d'intelligence pour le développement intellectuel.

-élever le niveau d'estime de soi chez l'handicapé pour une meilleure adaptation sociale.

4-orthophoniste : dont le rôle est de procéder à la rééducation du langage.

L'objectif de l'association écho des handicapés

- *aide multiforme : étude, soins, aides.
- *création d'un centre de formation aux handicapés et leur insertion dans la vie économique.
- *défense des droits de l'handicapé.
- *effort pour l'insertion de l'handicapé dans la vie sociale.
- *création de services spéciaux aux handicapés pour des soins psychologique.
- *suivi de la vie de l'handicapé au sein de sa famille.
- *sensibilisation des personnes handicapées a l'handicap par des conférences et séminaires.
- *aide et proposition de solutions appropriées a l'handicapé pour la réalisation de ses projets.
- *organisation de séminaires « régionaux et nationaux ».
- *création de classes spéciales pour le soutien scolaire.
- *effort d'amélioration de facteur négatif envers l'handicapé.

2.2. Les étapes de l'enquête sur le terrain

2.2.1 La pré-enquête

La pré-enquête est une étape très importante est indispensable dans toutes les recherche scientifiques.

Elle définie par **Michel et Jack, D** comme étant la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre, d'une part, les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas. Et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation. (R. Cario, 2000, P 113).

Notre prés-enquête c'est déroulée au sein de l'association écho de la wilaya de Bejaia avant d'entamer notre recherche on a d'abord fait la discussions avec les psychologue de l'association sur mon thème de recherche sur, l'adolescent handicapé moteur ce qui nous a permis d'avoir des idées sur la construction de notre recherche, puis nous sommes informés sur les technique de recherche qui sont :l'entretien et une échelle .

La recherche en psychologie permettre de dire que ces recherches interviennent en milieu naturel et appel aux méthodes cliniques dont l'objet est identifié les composants d'une situation donné.

Nous avons menez une pré-enquête a fin de cerner notre thème d'étude pour recueillir et accumuler plus d'information et des connaissances auprès des handicapés étudie ainsi que le terrain d'étude, aussi de choisir les bonnes questions qui devront être posé durant notre hypothèse.

On a effectué notre pré-enquête sur deux filles et un garçon qui son handicapés, Latifa, Sabiha et Seddik on les a interrogé sur leurs états et savoir leurs souffrances.

A l'aide de ces trois cas on a pu connaitre et recueillir des informations sur notre thème de recherche, se qui nous pousse à continuer notre recherche sur les handicapés en particulier moteurs.

3. Présentation de la population d'étude et ses caractéristiques de choix

3.1. Caractéristique de l'adolescent

Notre population de recherche est constituée d'un nombre de sept(06) cas d'adolescent handicap moteur qui sont intégrées au sein de l'association ,03 garçon et 03 fille.

3.2. Les critères de sélection de la population d'étude

Notre population d'étude a été sélection selon les critères suivants :

- l'adolescent présentant un handicap moteur (paralysie gauche, droit, ou totale).
- l'âge réel se situe entre quinze (16) et dix neufs (19) ans.
- cause de trouble (par accident, pré natale néo nataleex).

Tableau 01: les critères de sélection de la population d'étude

| | Non | Sexe | Age | Le niveau de paralysie | Cause de trouble |
|---------|---------|----------|--------|------------------------------|------------------|
| Cas n°1 | Saïd | Masculin | 17 ans | Deux pieds et la main droite | Hyperthermie |
| Cas n°2 | Mohend | Masculin | 18 ans | Coter gauche (main pied) | L'accident |
| Cas n°3 | Rahima | Féminin | 19ans | Les deux pieds | L'accident |
| Cas n°4 | Hakim | Masculin | 19 ans | Le pied gauche | Hyperthermie |
| Cas n°5 | Nassima | Féminin | 17 ans | Coter gauche pied seulement | L'accident |
| Cas n°6 | Lamia | Féminin | 16 ans | Totale (les quatre membres) | Hyperthermie |

Les prénoms des adolescents présentés, ne sont pas leurs véritables prénoms.

Voici un tableau qui récapitule les critères de sélection de la population d'étude

4. Les techniques utilisées

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

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques, l'entretien clinique et l'échelle de stress de « Cohen et Williamson ».

4.1. La méthode clinique

« Historiquement, la méthode clinique est avant tout l'étude approfondie d'un cas individuel qu'il soit normal ou pathologique. Mais la méthode clinique s'applique également à l'étude des groupes (petits ou grands) étudiés dans des contextes différents ». (A.M.LAVARDE, 2008, P232)

On a choisir la méthode descriptive qui consiste « a définir la nature et les limites des éléments qui composant l'objet ainsi que les relations existant entre eux ». (Guidere .M, 2005, p29)

Selon **Merleau .Roty** la nouveauté de cette méthode consiste en ce qu'elle établit que le savoir effectif n'est pas seulement le savoir mesurable mais aussi la description qualitative ce savoir qualitatif n'est pas subjectif il est intersubjectif il décrit ce qu'est observable pour tous. (Barbaras .R, 2008, p77)

Selon **J.P .Beangrand** : cette méthode a pour objectif « identifier les composants d'une situation donnée et de décrire les relations qui existent entre ces composantes ».

(Angers M, 1997, P136).

Objectif de notre recherche elle nous a permet d'étudie et analyser les sujet en tant que cas individuelle.

Parmi les méthodes descriptives l'étude de cas qu'est employé comme un outil pour étudier quelque chose spécifique dans un phénomène complexe.

Dans notre recherche nous avons opté pour cette méthode dans le but de décrire le stress des adolescents handicap moteur.

4.2. L'entretien clinique

a- La premier technique de recherche utilise est selon **G .Chiland** « une communication entre deux interlocuteurs ou un moyen d'échange des paroles avec une ou plusieurs personne il vise a appréhender et a comprendre le fonctionnement psychologique d une sujet en centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. (Chiland .E, 1983, p119)

L'entretien clinique est une situation d'échange entre un sujet actif qui organise son propre monde de communication et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante.

L'entretien est à la base de la méthode clinique l'entretien prend en compte tous les aspects originaux, anamnétique. (R. Samacher, 2005, p381)

Selon M. Angers « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu pris isolément mais aussi dans certain cas auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. (M. Angers, 1997, P144)

b-l'entretien clinique est une « situation d'échange verbal entre deux ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir des informations. l'entretien est la partie clinique qui consisté en une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de maladie qui a conduit à l'examen ,elle donne ainsi des éléments d'observation du comportement qui associés aux éléments du discours et éventuellement aux indications du bilan psychologique (teste) peuvent permettre d'établir un diagnostic et de mettre en place une psychothérapie. (G.Amy et M.Piolat, 1998, P386)

On a choisi l'entretien clinique pour recueillir des informations relatives au but fixé, évaluation psychologique et aussi l'utilisation d'entretien nous permet d'avoir des informations concernant des éléments relatifs à notre thème de recherche.

Dont l'entretien clinique il existe 3entretien : directif, non directif, semi directif.

4.2.1. L'entretien semi directif

Donne notre recherche on a utilise semi directif qui répond à certain principes de notre recherche.

L'entretien semi directif est un usage complémentaire au cours du quel le clinicien /psychologue suit une trame de question générales dont l'ordre n'est pas prédéfini dans cet entretien le psychologue pourra décide d'explorer des axes non définis initialement mais spontanément abordes par le patient. (J.Nevid, S.Bathus, B green, 2009, P60)

L'entretien semi directif sont destines à vérifier nos hypothèse à partir de la discours de chaque patient. Le but d'entretien semi directif et d'obtenir plus d'information sur l'état de chaque adolescent et de mieux s'informer sur la réalité de l'handicap de l'adolescent.

4.2.2. Guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins

structuré : il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci 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.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Benony H. et Chahraoui K, 1999, p 68-69)

Nous avons établi un guide d'entretien constitué de 05 axes :

Axe 01: Données personnelle.

Axe 2 : Informations sur l'état de santé du sujet et l'histoire de sa maladie

Axe 03 : Informations sur la situation familiale et sociale.

Axe 04 : les informations sur le stress.

Axe 05 : Vision sur l'avenir.

4.3. Présentation de guide d'entretien

1^{er} axe: Données personnelle :

Nom :

Prénom :

Age :

Niveau de scolarisation :

La situation familiale :

Le membre touché :

2^{eme} axes : Informations sur l'état de santé du sujet et l'histoire de sa maladie

- 1) Quand est-ce que vous étiez atteint de la maladie ? A quel âge ?
- 2) A votre avis quelles sont les causes de votre infirmité?
- 3) Est ce que vous avez un membre de votre famille qui sont atteints par cette maladie ?

3^{eme} axe : les informations sur la situation familiale et sociale :

- 1) Est ce que vous étiez soutenu par vos parents ?
- 2) Vos parents sont- ils omniprésents avec vous ?
- 3) Est-ce que vous sentez des différenciations entre votre fratrie et vous ?
- 4) Est que vous êtes scolarisé ?
- 5) Y a-t-il des obstacles au cours de votre scolarisation ?
- 6) Y a-t-il des problèmes familiaux qui empêchent votre scolarisation ?
- 7) Quelle est le genre de relation que vous entreteniez avec vos camarades du centre ?

4^{eme} axes : les informations sur le stress :

- 1) Avez-vous des maux de tête ?
- 2) Est ce que vous trouvez des difficultés pour s'endormir ?
- 3) Avez-vous des troubles digestifs (constipation, estomac, énurésie) ?
- 4) Est ce que vous êtes toujours fatiguer ?
- 5) Est ce que vous souffrez de votre maladie?
- 6) Quel est l'impact de cette maladie sur votre vie?
- 7) Est ce que votre maladie vous empêche d'être autonome ?

5^{ème} axes : Vision sur l'avenir :

- 1) Comment vous imaginez votre avenir ?
- 2) Quels sont vos futurs projets ?

5. Les tests et les échelles en psychologie

Les tests en psychologie permettent une description quantitative et qualitative du comportement d'un individu placé dans une situation bien définie. Donc il s'agit d'un test identique pour tous les sujets d'une même pathologie et utilisant une technique précise dans l'évaluation des échelles.

D'ailleurs Maurice Reuchlin (1969) a défini les tests comme étant des instruments d'observation : ils définissent avec précision les conditions dans lesquelles sont observés successivement ou simultanément des individus différents ; ils fournissent les moyens d'exprimer ces observations sous une forme telle que soient possibles la comparaison de ces individus entre eux et la comparaison de chacun avec les normes.

5.1. L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations dans la vie sont stressantes. L'échelle comporte également un certain nombre de requêtes directes sur les niveaux actuels de stress ressenti. La première version a été conçue en 1983 par Cohen et ses amis KAMARACK.T, MERMELSTEIN. R. une autre a été conçue en 1988 par Sheldon Cohen et Gail Williamson. L'échelle du stress perçu comprend plusieurs versions des versions à 14 items et des versions courtes à 10 items. Pour ce qui est de la cotation, l'échelle comprend 05 réponses, jamais, rarement, parfois, assez souvent et très souvent. En notant de 0 à 04.

Mais pour la version la plus ressentie qui correspond à la validation française du test qui a été effectué par le laboratoire de psychologie de la santé de l'université de Bordeaux 2 en 2003, on constate quelques changements : l'item numéro 12 n'est pas inclus.

La cotation :

Jamais=00

Rarement=01

Parfois=02

Assez souvent=03

Très souvent=04

Une note très importante c'est que les items 04, 05, 06, 07, 09,10 et 13 sont notés au sens inverse.

5.2. Le dépouillement de l'échelle

00 à 23 (pas de stress).

-24 à 31 (peu de stress).

-32 à 50 (stress, hyper-stress).

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais/Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cours du dernier mois

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ? | | | | | |
| 2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? | | | | | |
| 3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ? | | | | | |
| 4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ? | | | | | |
| 5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? | | | | | |
| 6. ... vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ? | | | | | |
| 7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? | | | | | |
| 8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? | | | | | |
| 9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? | | | | | |
| 10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ? | | | | | |
| 11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ? | | | | | |
| 12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ? | | | | | |
| 13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ? | | | | | |
| 14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ? | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 sont notés en sens inverse.

Le score de stress a été calculé sur 13 items (sans la question 12) pour correspondre à la validation française du test qui a été effectuée par le Laboratoire de psychologie de la santé, université Bordeaux 2 (2003).

Conclusion

La méthode clinique est la base de la recherche en psychologie clinique, on considère l'entretien et l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, comme des outils les plus importants pour la description des rapports existants entre deux variables.

Dans notre travail de recherche on a utilisé l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson comme techniques d'investigation.

Notre pratique a été réalisée dans l'association **écho des handicapes** de «Tazmalt», et elle a duré 2 mois. Notre population d'étude est constituée de six(06) adolescent handicap moteur.

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

Chapitre 5 : présentation et analyse des résultats

Dans ce dernier chapitre, nous présenterons la description et l'analyse des données des entretiens et l'échelle réalisées sur le terrain.

Il s'agit d'une analyse globale, cependant, nous préciserons souvent les particularités propres à chaque cas.

En fin ce travail va nous permettre d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses

1. Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle

Cas (01), Rahima 19 ans

(L'entretien est réalisé 08/04/2013 à 09 heures).

1-Présentation de cas

M^{elle} Rahima âgée de 19 issue d'une famille composé de 06 filles et 06 garçons, elle est la troisième parmi ses sœur et frères sont père est un retraité, sa mère est une femme au foyer. Elle était scolarisée avant son intégration au centre. son niveau d'étude et de 6eme année primaire, orienté par le directeur de son établissement pour l'insérer dans le centre d'aide des handicapés moteurs, .son handicap se focalise au niveau des deux pieds elle utilise des béquille associe à des crises d'épilepsie.

2-Présentation et analyse de l'entretien

Au cours de notre entretien clinique effectué avec M^{elle} Rahima, au début nous avons essayé d'accumuler les informations possible sur son cas à savoir les causes de sa maladie, elle nous a dit que c'était du à un accident commise par sa mère, apparue à l'âge d'un an. Rahima nous a déclaré aussi qu'elle est très stressée à cause des problèmes et des difficultés engendré par son handicap ainsi que celle de sa famille, ce qui confirmé par ses réponses aux questions de l'entretien dont elle répond : « **je suis la seule dans ma famille qui souffre de cette handicap** », et aussi « **au sein de ma famille, je souffre beaucoup de la différence que fond mes parent** ». Ce qui confirme le sentiment discrimination qu'elle ressent à cause de son handicap.

Rahima vit dans un environnement conflictuel qui ne lui permet pas d'être en bonne relation avec son entourage, mais depuis son entrée à l'association, elle commença à s'intégrer, contrairement aux quelques mois qu'elle a passé enfermée à la maison (pas de contact avec les gens),

ne parle pas vraiment trop avec les gens de son entourage dont elle réclame : « **la mauvaise vision des autres qui me regarde par pitié me poussait à abandonner mes études, et de rester enfermé à la maison.** »

Rahima nous a annoncé qu'elle est triste et malheureuse dans sa vie à cause du manque des moyens et de l'aide de la famille, elle confirme comme suite dans ses propos : « **je ne suis pas comme les autres personnes de mon âge, je suis fatigué, j'ai aimé avoir une vie normale.....** » (Silence puis des larmes)

D'après notre analyse de cet entretien nous constatons qu'une souffrance énorme manifestée de la part de notre sujet, elle ne cesse de répéter dans ses propos : « **je souffre de ce handicap, je souffre beaucoup de l'indifférenceje souffre de cette situation....** »

Face à son état, nous avons remarqué l'apparition des signes de stress chez Rahima, fatigue physique, problèmes digestifs, trouble de sommeil...etc. dont elle a avoué : « **je suis fatigué, j'ai des maux de tête, j'ai des problèmes digestifs, je suis toujours stressé, je trouve des difficultés de m'endormir.....** »

A la fin de l'entretien, Le sujet se montre très pessimiste de l'avenir, pour elle il n'y a aucun avenir, elle n'existe plus, elle dit : « **je pense qu'il n'y a aucun avenir à une personne comme moi.** »

Tout cela provoque en elle un état de stress sévère

3. Résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson »

Le stress perçu est de 41

Analyse de l'échelle stress perçu de Cohen et Williamson »

D'après l'analyse des résultats de l'échelle de Cohen et Williamson, on peut dire que M^{lle} Rahima souffre d'un stress élevé qui est égale à 41 degré qui se situe entre 32 à 50 (stress, hyper-stress).

Ce que nous pouvons remarquer dans l'item 3, 8,14 qui prouve la souffrance et le degré de stress élevé du sujet et cela due à son handicap qui est une source de la présence de stress chez elle.

Conclusion

D'après notre analyse concernant l'entretien clinique semi-directif ainsi que l'échelle de stress de Cohen et Williamson. Notre sujet présente un degré de stress sévère qui est engendré par les difficultés manifesté de la part de son handicap, ceci a causé une perturbation énorme à tout les niveaux concernant la vie personnelle (fatigue, souffrance, maux de tête, trouble digestifs...) .sur la vie familiale (la négligence des parents ...) ainsi sur le milieu sociale (isolement, reste toujours à la maison, abandonne ses étude...) ce qui confirme l'état de stress élever chez Rahima.

| | jamais | rarement | parfois | Assez souvent | Très souvent |
|---|--------|----------|---------|---------------|--------------|
| 1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ? | | | | | × |
| 2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? | × | | | | |
| 3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ? | | | | | × |
| 4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ? | | | | × | |
| 5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? | × | | | | |
| 6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ? | × | | | | |
| 7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? | × | | | | |
| 8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? | | | | × | |
| 9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? | × | | | | |
| 10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ? | × | | | | |
| 11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ? | | | | × | |
| 12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ? | | | | | |
| 13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ? | | × | | | |
| 14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ? | | | | × | |

Tableau n°2 Présentation des résultats de Rahima 19ans

(02), Nassima 17 ans

(L'entretien est réalisé le 10/04/2013 à 13 heures).

1-Présentation du cas

Nassima est une adolescente âgée de 17 ans issue d'une famille composée de deux garçon et deux fille, elle est la quatrième parmi ses frères et sœurs son père est un maçon sa mère est une femme au foyer. Elle est scolarisée avant son intégration dans le centre, son niveau d'étude est 8^{ème} année .son handicap se focalise au niveau du pied gauche. Elle paraissait calme, gentille, timide.

2- présentation et analyse de l'entretien

Selon l'analyse de l'entretien effectué avec notre cas et selon nos observations, M^{elle} Nassima a déclaré que son handicap est apparu à l'âge de 5ans, ses causes remontent au jour où elle a tombé et un de ses pieds a un retard dans son développement moteur qui a introduit un décalage, ce qui nous a amené à constater que Nassima est très stressé à cause de son handicap cela a provoqué une perturbation au sein de sa famille dont elle déclare :**« au sein de ma famille je ressens que mes proches ne font aucun effort pour me comprendre..... »** .

Au niveau de l'école, malgré la volonté de notre sujet pour être la première en classe, mais son handicap a provoqué plusieurs difficultés qu'il lui a mené à un échec scolaire, elle dit : **« à l'école j'étais toujours la première mais les des soins que je suis pour mon handicap m'ont empêché de continuer mes études..... »**.

Son handicap lui cause des problèmes de personnalité, elle est timide, ce qui provoque en elle une certaine jalousie des autres gens qui sont sains **« à l'école je suis timide..., je suis jalouse des personnes qui ont une vie normale.»**, une souffrance énorme est ressentie par le sujet, elle répète souvent le mot **« je souffre »** où elle déclare :**« je suis la seule dans ma famille qui souffre de cette situation, ...j'ai besoin d'être comme eux..... »**.

Selon l'entretien, nous constatons que sa vie familiale est pleine de problèmes, de difficultés, de dispute notamment entre ses parents, elle vit avec le père autoritaire en plus il est tout le temps absent, de mauvaises relations avec ses frères et ses sœurs ; elle réclame : **«..... je ne les supporte pas car ils sont différents par rapport à moi....., je sens du**

mépris, ils sont différents par rapport à moi », mais lorsque elle a rentré à l'association elle a commencé de s'intégrer et de construire même des amies où elle déclare : **« je préfère le centre que ma famille »**

Face a son état Nassima souffre de divers symptôme que nous pouvons décrire comme signe clinique du stress comme les maux de tête, la fatigue, le problème du sommeil elle affirme : **« je souffre de maux de tête ce qui m'empêche de dormir pendant la nuit..... »**

Nous avons conclus notre entretien avec l'espérance de l'avenir de notre cas, elle est optimiste elle nous a dit : **« j'aimerais me marie, avoir un travail, acheter une voiture, de prendre la responsabilité, faire les choses toute seule. »**

3-Résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson »

Le stress perçu est de 35

4-Analyse de l'échelle stress perçu de Cohen et Williamson »

D'après l'évaluation de l'échelle du stress, notre cas a eu une note de 35 qui se situe à la classe de (32 à 50) (stress, hyper-stress) ce qui signifie que Nassima présente un degré de stress élevé provoqué par son handicap.

Cela est confirmé par sa réponse aux items 1, 3 « très souvent »

Conclusion

Selon l'évaluation de l'échelle du stress de Cohen et Williamson et l'analyse de l'entretien clinique semi-directif ainsi que nos observation, on peut dire que Melle Nassima présente un taux élevé de stress et cela selon les signes cliniques de stress dégagé d'après l'entretien ainsi ses réponses aux items de l'échelle qui se voit « souffrance, fatigue, trouble de sommeil. »

| | jamais | rarement | parfois | Assez souvent | Très souvent |
|---|--------|----------|---------|---------------|--------------|
| 1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ? | | | | | × |
| 2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? | | | | × | |
| 3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ? | | | | | × |
| 4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ? | × | | | | |
| 5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? | × | | | | |
| 6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ? | | × | | | |
| 7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? | | | × | | |
| 8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? | × | | | | |
| 9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? | | | × | | |
| 10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ? | × | | | | |
| 11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ? | | | × | | |
| 12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ? | | | | | |
| 13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ? | | | × | | |
| 14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ? | | × | | | |

Tableau n°3 Présentation des résultats de Nassima 17ans

Cas (03), Saïd 17ans

(L'entretien est réalisé le mardi 13/04/2013 à 9 : 30 heures).

1-Présentation du cas

Saïd âgé de 17, issu d'une famille composée de 02 filles et 03 garçons, il est le sixième et le dernier parmi ses sœurs et frères son père est chauffeur de camion sa mère est femme au foyer.

Il n'était pas scolarisé. il est intégré dans le centre d'aide des handicapés moteur. son handicap se focalise au niveau des deux pieds et au niveau de la main droite, il utilise la chaise roulante, il présente aussi des crises d'épilepsie et un trouble du langage (trouble d'articulation), il est d'un caractère calme.

2-Présentation et analyse de l'entretien

Après l'acceptation de M^r Saïd à répondre à nos questions nous l'avons tout d'abord interrogé sur les causes et l'âge d'apparition de sa maladie, il nous a dit : « **ma maladie est apparue à l'âge d'un an, sa cause revient à une fièvre qui a atteint 40 degré** »

Dans son discours Saïd dit qu'il était bien, il vit dans une famille pleine de bonheur, il est en bonne relation avec les membres de sa famille, des relations marquées par la tendresse, le sentiment de sécurité et de soutien assuré par les parents, d'un père compréhensif, et une mère inquiétante ; pas de négligence et de bonnes relations avec ses frères et sœurs en disant : « **je ne sens jamais de différence entre mes frères et moi** » notre cas est très attaché à sa famille parce qu'elle l'aide et le prennent toujours en charge « **ma famille me prend très bien en charge, même je suis en chaise roulante.....** »

Son handicap lui a causé un problème dans sa scolarisation, il n'a jamais rentré à l'école, il ressent une différenciation entre les gens normaux qui ne sont pas handicapés dont il affirme : « **Sincèrement ça me touche de voir tous les jeunes de mon âge marcher mais moi je suis tout le temps assis et clouer sur cette chaise roulante.....** » (Silence)

Mais il se sent seulement à l'aise quand il est à l'association, il est en bonnes relations avec ses amis, éducateurs et travailleurs du centre, il est sociable, il aime participer à toutes les activités faites au centre.

« Après mon intégration dans le centre je me sens très bien avec les gens qui souffrent comme moi »

L'entretien avec Saïd montre qu'il vit dans un état stressant où il est tout le temps fatigué surtout lorsqu'il veut faire ses besoins (manger, aller au toilette....) souffre des douleurs dans quelques parties de son corps et ne peut pas dormir sur son bras droit, un problème digestif présente une constipation où il nous a dit : **«j'ai des maux de tête, je suis toujours fatigué, tout la nuit je pense autrement à mon handicap »**.

Vers la fin de l'entretien ses espérances dans l'avenir, il nous a dit : « ce qui m'a donné un espoir de vivre et d'imaginer mon avenir c'est l'aide de ma famille et son soutien » Notre sujet est très optimiste de l'avenir où il nous a dit **« je voudrais avoir un poste de travail et l'argent pour aider mes parents au future.... »**

3- Résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson »

Le stress perçu est de 35

4-Analyse de l'échelle stress perçu de Cohen et Williamson »

D'après l'évaluation de l'échelle du stress de Cohen et Williamson notre cas a obtenu une note de 35 qui se situe à la classe de (32 à 50) (stress, hyper-stress) ce qui veut dire que Mr Saïd présente un degré élevé de stress qui est confirmé par sa réponse très souvent à l'item « vous êtes-vous senti nerveux et stressé. »

Conclusion

Suite à l'analyse de l'échelle de Cohen et Williamson clinique semi-directif et selon nos observations faites au sein de l'association, en déduit que Mr Saïd a un stress élevé 35 qui se situe (32 à 50) et cela est engendré par son handicap.

| | jamais | rarement | parfois | Assez souvent | Très souvent |
|---|--------|----------|---------|---------------|--------------|
| 1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ? | | | | | × |
| 2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? | | | | × | |
| 3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ? | | | | | × |
| 4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ? | | × | | | |
| 5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? | × | | | | |
| 6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ? | × | | | | |
| 7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? | | | × | | |
| 8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? | | × | | | |
| 9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? | × | | | | |
| 10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ? | | | × | | |
| 11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ? | | | × | | |
| 12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ? | | | | | |
| 13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ? | | × | | | |
| 14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ? | | | | × | |

Tableau n°4 Présentation des résultats de Saïd 17ans

Cas (04), Mohend 18 ans

(L'entretien est réalisé le mardi 16/04/2013 à 11 : 30 heures).

1-Présentation du cas

Mohend est un adolescent âgé de 18 ans, issu d'une famille composé de 3 garçons et 4 filles, il est le 2^{ème} parmi ses frères et sœur, son père est un enseignant de français et sa mère enseignante de primaire Il a le niveau 9^{ème} année. son handicap se focalise au niveau de la partie gauche du corps, il avait des craque verbale avec une lourdeur associé à son discours ce qui signifie un trouble du langage léger, D'un caractère calme et timide.

2-Présentation et analyse de l'entretien

Au début de l'entretien on a commencé à l'interroger sur les causes de l'apparition de son handicap, où il a déclaré : « **ma maladie est apparu vers l'âge de 2 ans à cause d'un accident de voiture** » où il est hospitaliser durant 5 mois dans le but de la guérison après plusieurs opérations il a repris un peu la marche mais avec des difficultés, ce qui a provoqué chez lui un problème de langage (durant le traumatisme qu'il a vécu pendant l'accident ainsi que les difficultés de scolarisation ce qui l'a amené abandonner ses étude)

Ce qui concerne la vie familial Mohend vit dans un milieu favorable, de bonnes relation notamment avec ses parents et ses frères, d'après ces dires : « **mes parents me soutiennent toujours, présents à tout moment, m'aident sans refus, je ressens qu'ils m'aiment plus que mes frère et sœur** »

M^f Mohend souffre de son handicap selon ses propos : « **je ne suis pas comme les autres, je suis handicapé, je ressens que je suis inférieur aux autres.....** »

Il vit dans un environnement conflictuel, ce qui ne lui permet pas d'avoir de bonnes relations avec ses proches ses conflits surtout avec ses cousins il ressent un sentiment d'humiliation et de dégoût, sont exprimés par le sujet en disant : « **mes relation avec mes frère sont bonnes mais ce qui me dérange ce sont mes conflits avec mes cousins qui me dégoûtent chaque fois qu'on se dispute** » il ressent toujours bien avec sa famille

Face à son état, Mohend manifeste diverses situations stressante où il est tout le temps fatigué surtout après qu'il a abandonné ses études, il souffre de problèmes digestifs comme l'énurésie, des maux de tête d'après ses dire : « **la mal formation dont je souffrais m'a poussé jour et nuit à penser a mon handicap ce qui a crée chez moi des maux de tête** »

Notre sujet souffre des douleurs qui ont provoqué chez lui un problème de sommeil (il ne peut pas dormir sur son cotés gauche)

Mohend affirme : « **je pense toujours à mon handicap ce qui m'empêché de dormir durant la nuit, je suis toujours angoissé et stressé** » et cela veut dire que Mohend est stressé par sa situation

A la fin ce qui concerne l'espérance de l'avenir notre sujet est optimiste, il espère que sa situation va changer dans l'avenir dont il veut vivre, puisqu'il est jeune où il nous a dit qu'il veut se marie

3. Résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson »

Le stress perçu est de 32

4-Analyse de l'échelle stress perçu de Cohen et Williamson »

Les résultats obtenus de l'échelle de stress de Cohen et Williamson appliqué sur M^r Mohend est de 32 degré ce qui indique qu'il présente un stress élevé

Conclusion

Mohend souffre d'un stress élève qui se manifeste par un ensemble de trouble digestifs énurésie, les trouble de sommeil, les maux de tête cela est confirmé par le degré de stress obtenu de l'échelle de Cohen et Williamson et par ses réponses aux questions de l'entretien

| | jamais | rarement | parfois | Assez souvent | Très souvent |
|---|--------|----------|---------|---------------|--------------|
| 1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ? | | X | | | |
| 2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? | | | | | X |
| 3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ? | | | | X | |
| 4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ? | | | | | X |
| 5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? | | | X | | |
| 6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ? | | X | | | |
| 7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? | | X | | | |
| 8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? | | | X | | |
| 9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? | | | | | X |
| 10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ? | X | | | | |
| 11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ? | | | X | | |
| 12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ? | | | | | |
| 13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ? | | X | | | |
| 14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ? | | X | | | |

Tableau n°5 Présentation des résultats de Mohend 18ans

Cas (05), Lamia 16 ans

(L'entretien est réalisé le mardi 01/04/2013 à 14 : 30 heures).

1-Présentation du cas

Lamia est une adolescente âgée de 16 ans, issue d'une famille composée de 03 fille et de 2 garçons, elle est classée la 6^{ème} parmi ses frères et sœurs, son père est décédé depuis 10 ans, sa mère femme de ménage. Elle n'était pas scolarisée, elle est handicapée de quatre membres, elle a un caractère timide mais parfois agressive

2-Présentation et analyse de l'entretien

Ce que nous avons remarqué pendant l'entretien effectué avec M^{elle} Lamia qui a été compréhensive, elle a l'envie de parler et d'être écoutée.

Nous avons essayé au début de connaître quand la maladie est apparue et ses causes, elle déclare que : « **ma maladie est apparue deux mois après ma naissance à cause d'une fièvre d'après ce que ma mère m'a dit** »

«**Au sein de ma famille je suis la seule qui est handicapé** » (Silence puis des larmes)

La vie de sujet est marquée par un déséquilibre vécu au sein de sa famille, qui est la souffrance provoquée par la perte de son père, aussi les conflits dus à des problèmes avec sa mère comme elle a dit : « **la relation avec mes frères et sœurs est bonne mais avec ma mère j'ai des problèmes, elle est violente et agressive, en plus elle s'enfiche de moi.....,je n'ai aucune envie de rester à la maison** » donc notre sujet vit dans un environnement difficile à supporter l'absence et la négligence de sa mère sont exprimées par la tristesse et larmes aux yeux.... » Ce qui provoque chez elle un sentiment de culpabilité et de dévalorisation

Lamia nous a déclaré qu'elle avait toujours l'envie d'être scolarisée mais les exigences de sa mère l'ont empêché

Lamia vit dans un environnement conforme qu'elle permet d'être en bonne relation avec ses camarades du centre même avec ses amis hors du centre elle préfère le centre que sa famille, c'est une personne qui aime participer aux activités malgré les difficultés qu'elle trouve à cause de son atteinte aux quatre membres

Durant l'entretien, le sujet s'est présentée d'un air très fatigué, triste, timide la prise de contact avec elle était marqué par un climat empathique à cause de son état de tristesse. Elle manifeste de divers symptômes de stress comme : les maux de tête, la fatigue, des trouble digestif (énurésie, souffre, difficulté de dormir) ce elle dit que : « **je souffre beaucoup de mon environnement familial surtout avec ma mère, ce qui m'empêche de dormir** »

A la fin de l'entretien, le sujet est très pessimiste de son avenir selon elle n'y a pas d'avenir, il n'existe pas « **l'avenir n'existe jamais pour une personne handicapé comme moi** ».

3-Résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson »

Le stress perçu est de : 39

4-Analyse de l'échelle stress perçu de Cohen et Williamson »

D'après l'évaluation de l'échelle du Cohen et Williamson notre sujet a obtenu une note de 39 points qui est supérieure au moyen de 32 points qui signifie que Lamia présente un stress élevé, qui est provoqué par la situation dont la quelle vit.

Conclusion

D'après la cohésion de l'analyse de l'entretien clinique administre et les résultats obtenue de l'échelle du stress de Cohen et Williamson, on constate que notre sujet est très stressée à cause de sa situation (handicap) aussi que les conflits dans les quels elle vit (milieu familial est déséquilibré)

| | jamais | rarement | parfois | Assez souvent | Très souvent |
|---|--------|----------|---------|---------------|--------------|
| 1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ? | | | | | × |
| 2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? | | | | × | |
| 3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ? | | | | × | |
| 4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ? | | × | | | |
| 5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? | × | | | | |
| 6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ? | | | × | | |
| 7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? | × | | | | |
| 8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? | | | × | | |
| 9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? | × | | | | |
| 10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ? | | | × | | |
| 11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ? | | | | × | |
| 12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ? | | | | | |
| 13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ? | × | | | | |
| 14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ? | | | | × | |

Tableau n°6 Présentation des résultats de Lamia 16 ans

Cas (06), Hakim 19 ans

(L'entretien est réalisé le mardi 16/04/2013 à 11 : 30 heures).

1-Présentation de cas

Hakim est un jeune adolescent âgé de 19, il est issu d'une famille composé de 3 garçons et 3 filles il est le cinquième parmi ses frères et sœur, sont père directeur d'une école, sa mère femme au foyer.son handicap se focalise au niveau du pied gauche. Il a un caractère gentil et timide.

2-Présentation et analyse de l'entretien

Hakim a facilement accepté l'entretien, il était dans un état qui lui permettait de nous accueillir, et de répondre à nos questions, au début de l'entretien nous l'avons interrogé sur les causes de sa maladie pour recueillir toutes les informations sur son handicap, il dit que : « **la cause réelle de mon handicap remonte à une fièvre qui a atteint 40° quand j'avais 3 ans** ».

D'après notre entretien qui était d'une durée langue, on a constaté que notre cas vit dans un milieu familial favorable, entouré des membres qu'il aime, présentes à tout moment pour l'aide et le soutenir au moment difficile.

« **Malgré mon handicap, j'ai pu avancer et continuer à vivre et cela par le soutien de ma famille** ».

Au sein de l'école, Hakim a des bonnes relations avec ses camarades de classe.ils le considèrent comme eux malgré son handicap, ne fond aucune différenciation entre eux, il était le première en classe, et ça à partir de son discours : « **je sais que je suis handicap mais malgré ça ne m'empêche pas d'être le premier en classe** » par fois il a un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, en peut le remarquer dans ce qu'il a annoncée : « **je ne peux pas faire du sports avec mes amis, je ressens que je suis nul** ».

Notre cas souffre un peu de stress engendré par sa maladie, on remarque qu'il a un complexe d'infériorité. Hakim affirme : « **malgré ma famille et mes amis, je me sens tout le temps différent des autres surtout aux activités sportives** » **Silence**

Durant notre entretien on peut remarquer quelques signes de stress manifesté chez notre sujet, fatigue, maux de tête, il déclare : « **je suis tout le temps fatiguer, j'ai des maux de tête** »

À la fin de l'entretien, notre sujet est très optimiste de son avenir, selon lui il aime continuer ses études et d'être un médecin spécialiste pour aider les personnes handicapées comme lui

3. Résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson »

Le stress perçu est de : 30

4-Analyse de l'échelle stress perçu de Cohen et Williamson »

Le sujet a obtenu une note de 30 qui situe entre 24 à 31 (peu de stress), qui est inférieur à la moyenne 32 à 50 points, ce qui veut dire qu'il manifeste peu de stress qui est engendré par le complexe de son handicap.

Conclusion

D'après l'évaluation de l'échelle de stress de Cohen et Williamson et selon l'analyse des réponses à l'entretien clinique semi-directif on constate que Hakim présente un degré peu de stress manifeste par une fatigue et maux de tête aussi le sentiment d'infériorité provoqué par son handicap

| | jamais | rarement | parfois | Assez souvent | Très souvent |
|---|--------|----------|---------|---------------|--------------|
| 1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ? | | | | | × |
| 2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? | | | × | | |
| 3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ? | | | × | | |
| 4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ? | | × | | | |
| 5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? | | × | | | |
| 6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ? | | | | × | |
| 7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? | | × | | | |
| 8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? | | | | | × |
| 9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? | | | × | | |
| 10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ? | | | | | × |
| 11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ? | | | × | | |
| 12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ? | | | | | |
| 13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ? | | | | × | |
| 14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ? | | | | × | |

Tableau n°7 Présentation des résultats de Hakim 19ans

Chapitre VI : Discussion des hypothèses

Chapitre 6 : discussion des hypothèses

Tout au long de notre recherche, nous avons tracé des objectifs en vue de vérifier et d'évaluer le degré de stress chez les adolescents handicapés moteurs. Notre étude est effectuée au sein de l'association (ECHO) de la wilaya de Bejaïa.

A fin de vérifier notre hypothèse sur le terrain, qui est les adolescents handicapés moteurs présentent un stress d'une intensité élevée. Nous avons effectué des entretiens cliniques avec ses adolescents handicapés moteurs, ainsi que l'application de l'échelle de Cohen et Williamson.

Lors des entretiens clinique, on constate que l'handicapé moteur adolescents souffrent dans l'incapacité motrice qui implique une dépendance totale, cela entraîne des perturbations psychiques réactionnelles apparaissant sous forme de stress qui se traduit généralement par les larmes aux yeux, des maux de tête, trouble digestifs, les troubles de sommeil, fatigue.

L'analyse et l'interprétation des résultats obtenues montrent l'existence du stress chez les adolescents handicapés moteurs.

| Cas | Degré de stress | L'intensité |
|---------|-----------------|------------------|
| Rahima | 41 | Stress élevé |
| Nassima | 35 | Stress élevé |
| Saïd | 35 | Stress élevé |
| Mohend | 32 | Stress élevé |
| Lamia | 39 | Stress élevé |
| Hakim | 30 | Un peu de stress |

Tableau N°8 : Présentation des résultats de l'échelle de Cohen et Williamson

À partir des résultats du tableau ci-dessus, on constate que les sujets (Rahima, Nassima, Saïd, Mohend, Lamia) obtenues des notes qui se situe entre 32 et 50 points (stress- hyper stress) ce qui signifie qu'ils présentent un degré élevé de stress, alors que Hakim a eu une note 30 points qui veut dire qu'il présente un peu de stress.

L'observation qu'on a pu tirer de cette recherche concerne le niveau de stress élevé constaté chez la majorité des cas (5 cas) on constate que le niveau de stress de ces handicap moteur adolescent est élevé et cela confirme notre hypothèse partielle qui s'articule sur l'intensité sévère de stress chez les handicapés moteurs adolescents de l'association (ECHO de la willaya de Bejaïa) donc notre problématique construite tout au long de notre recherche est vérifiée grâce à une méthodologie bien élaborée et un plan de travail bien structuré.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'handicap moteur touche, partiellement ou totalement, l'ensemble des troubles de la motricité, quelques soient les parties du corps. De nombreuses contraintes sont donc au désarroi de l'individu atteint tel que des difficultés à se déplacer ou exécuter certains gestes ou mouvements ou même à mouvoir certaines parties du corps. Cela varie de l'affaiblissement de l'endurance physique à la paralysie.

En effet, l'étude de cette maladie nous a permis de découvrir et de relever plusieurs aspects de ses manifestations, parce qu'ils souffrent à la fois psychologiquement et physiquement. Elle touche nous seulement la personne atteinte de l'handicap moteur mais également les autres membres de la famille ainsi que l'environnement et l'entourage en générale.

Au cours de notre stage pratique ainsi des entretiens effectués avec nos cas, nous avons constaté chez les adolescents handicap moteurs étudiés, des maux de tête et la fatigue ce qui engendre chez eux un stress.

Dans notre étude intitulé « le stress chez les adolescents handicap moteur » on a donné une base théorique des variantes de notre recherche et pour vérifier et confirmer de façon claire notre hypothèse de recherche qui suppose que les handicapés moteurs présentent un stress et le stress chez les adolescents handicapés moteurs est d'une intensité sévère, On a utilisé plusieurs outils : l'observation clinique pour voir les comportements et les réaction de ses handicapés moteur et l'entretien clinique de type semi directif pour collecter des informations sur la situation familiale et sociale, enfin on a appliqué l'échelle de Cohen et Williamson pour bien déterminé le degré de stress chez ces adolescents handicapés moteurs.

En terme de ce travail nous déduisons que les adolescents handicapés moteurs souffrent de stress et d'un degré élevé qu'il faut savoir prendre en compte et traiter.

Vu que notre thème s'est articulé sur six (06) cas donc nos résultats ne pouvant pas être généralisé.

Nous espérons à travers cette recherche avoir contribué à faire comprendre la souffrance de ces adolescents handicapés moteurs qui nécessite une prise en charge médicale, sociale, psychologique et d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles sur le plan théorique et pratique pour d'autres recherches ultérieures.

Bibliographie

Liste bibliographique

Les ouvrages

1. Angers M, (1997), « **Initiation pratique à la méthodologie de sciences humaines** » Edition Dunot, Paris.
2. Barbaras, R.et Al, (2008), « **Merleau ponty : science et philosophie** » university of Memphis, 8^{ème} Edition, Vrin Mimesis.
3. Barbara Zablocki, (2009), « **Du stress au bien être et à la performance** », Edipro.
4. Benony H. et Chahraoui K, (1999), « **L'entretien clinique** », Dunod, Paris.
5. Bioty A. et Fouques D, (2002), « **Manuel de la psychologie du soutien** », éd Bréal.
6. Bon Emanuel. et all (1996), « **déficiences, indices et handicapés** », PUF, Paris.
7. Boudarene Mahmoud, (2003), « **Le stress cet ami caché** », Edition d'organisation, Paris.
8. Boudarene Mahmoud, (2005) « **Entre bien être et souffrance** », Edition Berti, Alger.
9. Caroline Sahuc, (2006), « **comment motiver votre enfant** », Edition Sturdyrama.
10. Charlotte Mareau.et Jean Claude Pineau, (2001), « **Adolescents, adolescente en pratique sportives** », Edition l' Harmattan.
11. Charlote. M. et Adeline. V.D, (2004), « **Indispensable de la psychologie** », Edition Sturdyrama.
12. Chantal, (1982), « **Jeun handicap et sa famille** », Paris.
13. Chahraoui KH .et Benony H, (2003), « **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** », Paris, Dunod.
14. Chiland C, (1983), « **L'entretien clinique** », Paris, PUF.
15. Coslin P, (2006), « **Psychologie de l'adolescent** » Edition Armand Larousse paris.
16. Elisabeth.Grebot, (Novembre2009), « **le stress** », Edition Le Clavier bleu Paris.
17. Gérard Lutte, (1988), « **Libérer l'adolescence** », Edition Pierre Mardaga.
18. Guidere M, (2005), « **Méthodologie de la recherche** », Ellipses.
19. Hans Selye, « **stress sans détresse** » Edition la presse Montréal 1974
20. Jacqueline Gassier.et Corine cordan, (2004), « **Diplôme d'état auxiliaire de vie sociale** », Edition Elsevier Masson.
21. Jeffrey Nevid. Spencer Rathus.et Beverly Greene, (2009), **Psychopathologie**, 7^{ème} Edition Pearson education, France.
22. Lavarde A-M, (2008), « **Guide Méthodologique de la recherche en Psychologie** », de Boeck Paris.
23. Liberman R, (1999), « **Handicap et maladie mentale** »Edition P.U.F Paris.
24. Michelle Dunont. Bernard Plancherel, (2001), « **Stress et adaptation chez l'enfant** », Edition presses de l'université de Québec.

25. Michelle Guidette, Catherine Tourette, (2002), « **Handicap et développement psychologique** » Edition Armand Colin Paris.
26. Mondiale de la Santé (OMS), (2011), « **CIF, Classification Internationale du Fonctionnement du l'handicap et de la santé** », Genève.
27. Nicolas Danziger. Sonia Almowith, (2003), « **Neurologie** », Edition Estem et Med .Lin, Paris.
28. Omar, Aktouf, (1987), « **Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique** », les presses de l'université, Québec.
29. . Patrick Alvin .D.Marcelli, (2005), « **Médecine de l'adolescence** », Edition Elsevier /Masson.
30. Pedinielli J.L, (2005), « **Le stress : émotion et stratégies d'adaptation** », France, Armand Colin.
31. Robert samacher, (2005), « **Psychologie Clinique et Psychopathologie** », Edition Bréal, 2^{ème}.
32. Rouquette. C, (2002), « **Médecine chirurgie et soins infirmier** », Wellers Kluwer, France.
33. Samuel Gonzales Puell, (18 Janvier 2010), « **comprendre les déficiences intellectuelles sévères et profondes** », édition l'harmattan.
34. Spencer. A, (2002), « **Psychologie générale** », 4^{ème} Edition étude vivantes Canada.
35. Stella choque, Jacques choque, (2007), **Soignant : « stress, apprendre à le gérer** », Edition Lamarre, France.
36. Suzy Cohen, (2007), « **Handicapés : L'accueil depuis l'enfance** », Edition L'Harmattan.
37. Osson. (D), (1990), « **L'adolescent d'aujourd'hui entre son passé et l'avenir** », institut régional de travail social, Edition Press Septention Paris.

Liste bibliographique des ouvrages en langue Arabe :

38. وديع شكور جليظة, (1995), « **معاقين لكن عظماء** », الدار العربي للعلوم لبنان

39. منال منصور, (1985), « **المعوقين** », مؤسسة الكويت للتقدم العلمي الكويت

Dictionnaires

40. Gérard zribi, Dominique poupée fontaine, (2004), « **dictionnaire du handicap** », édition école national de la santé publique.
41. Le dictionnaire encyclopédique de la langue française, (1996), « **le Maxidico** », édition de la connaissance paris.
42. H,bloch.E,Depret .A,Gallo .PH.Garnier .M,D,Gineste .P,Leconte .J,F,Leny .J,Postel.M,Reuchlin « **Le Dictionnaire fondamental de la psychologie** », (2002), Larousse, France.
43. dictionnaire encyclopédie de la langue française, Larousse expression 2006.

44. Bloch Hetall, (2005), « **Dictionnaire fondamental de la psychologie** », édition Larousse Bordos.

45. Garnier, (1989), « **dictionnaire des termes de médecin** », Delamare Edition Maline paris.

Revues et articles

46. Unicef : **les normes de l'enfance handicap**, N°53-54, suisse, 1984.

Thèse et Mémoire

47. Bouchloukh, M, « **Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs** ». Thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, sous la direction de président SLOUKIA.H, Université Mantouri de Constantine, 2008-2009.

48. Bouzenoune, Yacine, « **La place des handicapés moteur dans les habitations collective en Algérie** ». Mémoire de magistère option habitat et environnement urbain, Sous la direction du docteur Mme BENRACHI Bouba, Université Mantouri de Constantine, 15 Janvier 2008.

Site internet

49. (G:/USER/HOSFT/Documents/handicapés en Algérie cause et contrainte.htm) (consulté le 31/03/2013 à 11h00).

50. (www .jordp. dz) (consulté le 08/04/2013 à 13h30)

Annexes

Annexe A

GUIDE D'ENTRETIEN CONCERNANT L'adolescent :

1^{er} axe: Données personnelle :

Nom :

Prénom :

Age :

Niveau de scolarisation :

La situation familiale :

Le membre touché :

2^{eme} axes : Informations sur l'état de santé du sujet et l'histoire de sa maladie

- 1) Quand est-ce que vous étiez atteint de la maladie ? A quel âge ?
- 2) A votre avis quelles sont les causes de votre infirmité?
- 3) Est ce que vous avez un membre de votre famille qui sont atteints par cette maladie ?

3^{eme} axe : les informations sur la situation familiale et sociale :

- 1) Est ce que vous étiez soutenu par vos parents ?
- 2) Vos parents sont- ils omniprésents avec vous ?
- 3) Est-ce que vous sentez des différenciations entre votre fratrie et vous ?
- 4) Est que vous êtes scolarisé ?
- 5) Y a-t-il des obstacles au cours de votre scolarisation ?
- 6) Y a-t-il des problèmes familiaux qui empêchent votre scolarisation ?
- 7) Quelle est le genre de relation que vous entreteniez avec vos camarades du centre ?

4^{eme} axes : les informations sur le stress :

- 1) Avez-vous des maux de tête ?
- 2) Est ce que vous trouvez des difficultés pour s'endormir ?
- 3) Avez-vous des troubles digestifs (constipation, estomac, énurésie) ?
- 4) Est ce que vous êtes toujours fatiguer ?
- 5) Est ce que vous souffrez de votre maladie?
- 6) Quel est l'impact de cette maladie sur votre vie?
- 7) Est ce que votre maladie vous empêche d'être autonome ?

5^{eme} axes : Vision sur l'avenir :

- 1) Comment vous imaginez votre avenir ?
- 2) Quels sont vos futurs projets ?

Annexe B

Au cours de dernier mois

| | jamais | rarement | parfois | Assez souvent | Très souvent |
|---|--------|----------|---------|---------------|--------------|
| 1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ? | | | | | |
| 2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ? | | | | | |
| 3. ... vous êtes vous senti nerveux et stressé ? | | | | | |
| 4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ? | | | | | |
| 5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ? | | | | | |
| 6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ? | | | | | |
| 7. ... vous êtes vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ? | | | | | |
| 8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ? | | | | | |
| 9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ? | | | | | |
| 10. ... vous êtes vous senti que vous dominiez la situation ? | | | | | |
| 11. ... vous êtes vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ? | | | | | |
| 12. ... vous êtes vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ? | | | | | |
| 13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ? | | | | | |
| 14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ? | | | | | |