

Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Abderrahmane Mira-Bejaia

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département: science sociale

Mémoire de fin de cycle

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

Option : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Thème

L'estime de soi chez les adolescents diabétiques

Réalisé par :

M^{elle} ADI Soraya

Encadré par :

Docteur SAHRAOUI I.

Année universitaire

2012-2013

Remerciement

*Tout d'abord, j'aimerais remercier Dieu le tout puissant, de m'avoir
Donné le courage, la patience et la Volonté a fin
D'aboutir à l'accomplissement de ce travail.*

*Nous remercions également notre encadreur Dr Sahraoui I. pour son
soutien, sa disponibilité et ses conseils tout au long de la réalisation de ce
projet.*

*Nous remercions tous les membres de jury qui nous feront l'honneur de
juger ce modeste travail.*

*Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du
département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation.
On tient également a exprimé un grand remerciement pour les patients
diabétiques qui nous ont fait part de leurs vécus.*

*Nous remercions aussi tout le personnel médical de la clinique Beau
séjour de Bejaia pour leur accueil et leur sympathie.*

*Au terme de cette étude, il nous est agréable de remercier vivement tous
ce qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette
recherche.*

Dédicace

Avec un cœur plein d'amour et de fierté je dédie ce

Modeste travail à la mémoire de ma grand-mère

« Zehira ». Que Dieu la bénisse et l'accueille

Dans son vaste paradis.

A mes très chers parents source de mon existence,

*Qui m'ont accompagné durant tout mon parcours, je leurs dit « merci »
pour votre encouragement, soutien et amour que vous m'avez offert. Que*

Dieu les protègent.

A mon cher frère: Djemel.

A ma sœur, la prunelle de mes yeux : Nadia,

A tous ceux qui porte le nom « ADI ».

Sans oublier mon fiancé auquel j'exprime une grande

Reconnaissance,

A tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou de loin.

MERCI A VOUS TOUS

Sommaire

Introduction générale.....	1
----------------------------	---

La partie théorique

Chapitre I : L'approche médicale du diabète

Introduction.....	3
1-L'étymologie du terme diabète.....	3
2-Définition du diabète.....	3
3-Classification internationale du diabète.....	3
4-Epidémiologie du diabète.....	4
5-Le diabète insulino-dépendant(DID).....	5
Conclusion.....	9

Chapitre II : Les adolescents diabétiques.

Introduction.....	11
1-Définition de l'adolescence.....	11
2-Les caractéristiques de l'adolescence.....	11
3-Le développement à l'adolescence.....	12
4-Sources courantes de frictions familiales pendant l'adolescence.....	15
5-Conditions qui influent sur la conception de soi chez l'adolescent.....	15
6-L'adolescent et le diabète.....	16
Conclusion.....	17

Chapitre III : L'estime de soi

Introduction.....	18
1-Le soi.....	18
2-L'estime de soi.....	19
3-La différence entre le concept de soi et l'estime de soi.....	20

Sommaire

4-La formation de l'estime de soi et ses composantes.....	21
5- Les approches théoriques de l'estime de soi.....	22
6- Forte estime de soi et faible estime de soi.....	25
7-Conséquences du manque d'estime de soi	27
Conclusion.....	28
CHAPITRE IV : Problématique et hypothèses.....	29

La partie méthodologique

CHAPITRE V : la démarche de la recherche et la population d'étude

Introduction.....	36
1-La démarche de la recherche	36
1.1. La pré-enquête.....	36
1.2. La méthode clinique.....	37
1.3. Le lieu de la recherche.....	38
2- La population d'étude.....	38
2.1.Sélection de notre population d'étude.....	38
Conclusion.....	40

CHAPITRE VI : Les techniques utilisées et leur analyse

Introduction.....	41
1- Les techniques utilisées.....	41
1.1- L'entretien clinique de recherche.....	41
1.2- L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith.....	44
2- L'analyse des techniques utilisées.....	47
2.1 L'analyse de l'entretien clinique.....	47
2.2 L'analyse de l'inventaire de Cooper Smith.....	47
Conclusion.....	50

La partie pratique

CHAPITRE VII : Présentation et analyse des résultats	51
CHAPITRE VIII : Discussion des hypothèses	84
Conclusion générale.....	82

Bibliographie

Annexes

Introduction

Générale

Introduction générale

Introduction générale

L'individu est une unité spécifique prédisposée aux divers événements faste et néfaste. A travers les différentes étapes du développement, il va avoir des changements sur plusieurs plans, en particulier durant la période de l'adolescence. Cette période du développement au cours de laquelle s'opère le passage de l'enfance à l'âge adulte, marquée par les transformations corporelles et psychologiques.

La maladie se définit par rapport à la santé, est une « altération de la santé d'un être vivant, se définit par une cause, des symptômes, des signes cliniques et para clinique, une évolution, un pronostic et un traitement ». (Christian L. 2005, p. 578). On dira que l'individu peut être atteint d'une maladie réversible ou irréversible.

Comme le diabète, étant donné comme « un trouble du métabolisme des glucides dû à une insuffisance de la sécrétion d'insuline par le pancréas ». (Leporrier M. 2004, p. 415). C'est la plus fréquente des maladies endocrines, cette maladie chronique évoluant inexorablement vers les complications qui apparaissent après différents délais d'évolution, liées à l'équilibre glycémique. L'espérance de vie peut être longue, à la seule condition d'un traitement correct à vie, pluridisciplinaire, individualisé, avec prise en charge.

Le traitement du diabète insulino-dépendant est l'insulinothérapie, c'est difficile à vivre et à traiter pour l'adolescent, où l'intervention du patient dans son traitement est pluriquotidienne, complexe et déterminante par son état de santé, on comprend bien l'impact des remaniements propres à l'adolescence sur les comportements thérapeutiques : la discipline de vie et les contraintes quotidiennes exigées deviennent difficilement compatible avec les besoins de liberté et d'autonomie de l'adolescent.

Les adolescents acquièrent une image de soi issu d'une image du corps chargée d'affects. Elle est en relation avec l'estime de soi, c'est-à-dire avec le caractère positif ou négatif que le sujet perçoit de lui-même. Elle est construite à travers son propre vécu, mais aussi à partir de l'image renvoyée par autrui.

Dans notre recherche nous sommes intéressés à l'étude de « l'estime de soi chez les adolescents diabétiques » et pour cela notre terrain d'étude est à la clinique Beau Séjour, maison des diabétiques de la wilaya de Béjaïa, qui répond aux objectifs de notre recherche, et nous sommes servis de l'entretien semi-directif et de l'échelle de Cooper Smith pour l'évaluation de l'estime de soi.

Introduction générale

L'approche intégrative qui assemble la théorie cognitivo- comportementale et la théorie psychanalytique est le cadre référentiel à notre étude qui est porté sur huit cas. On va opter pour cette tranche d'âge, en raison de sa particularité, en effet cette période est très sensible, elle est riche et intense pour la construction de la personnalité.

Notre objectif est de savoir à quel point cette maladie chronique peut influencer sur l'estime de soi de l'adolescent diabétique.

Donc notre but de recherche est d'étudier et d'évaluer l'estime de soi et notamment l'apport de l'environnement sur la qualité de l'estime de soi.

Pour atteindre notre objectif, nous avons instauré un plan de travail qu'on a divisé en trois parties :

- La partie théorique : elle est subdivisée en quatre chapitres intitulés :
 - Chapitre I** : Le diabète ;
 - Chapitre II** : L'adolescence ;
 - Chapitre III** : L'estime de soi.
 - Chapitre IV** : Problématique et hypothèse
- La partie méthodologique : elle est consacrée aux chapitres suivants :
 - Chapitre V** : La démarche de la recherche et la population d'étude.
 - Chapitre VI** : Les techniques utilisées et leurs analyses.
- La partie pratique : elle est consacrée aux chapitres suivants :
 - Chapitre VII** : porte sur la présentation et analyse des résultats.
 - Chapitre VIII** : discussion des hypothèses.

Enfin, on va clôturer notre recherche par une conclusion générale, dans laquelle on pose d'autres questions de perspective concernant cette catégorie, dans le but d'ouvrir le champ à d'autres recherches.

La partie théorique

Chapitre I

Le côté médical du diabète

Introduction

En ce début de XXI^e siècle, le diabète sucré reste un problème dominant de la santé publique, à l'échelle mondiale, parce que le nombre de diabétique aura doublé en l'espace d'une génération, et les conséquences dramatique d'un diagnostic méconnu ou d'un traitement non optimisé sont aujourd'hui clairement identifiées.

Dans ce chapitre on va aborder la définition, les types, et l'épidémiologie du diabète, qui nous permettent de comprendre les patients atteints de cette maladie; à savoir le diabète du type 1 ou insulinodépendant qui nous intéresse dans notre recherche. Pour terminer avec une conclusion.

1-L'étymologie du terme « diabète »

Le mot diabète provient du grec ancien « dia-baino » qui signifie « passer au travers ».Il fut utiliser par les médecins grecs dès le quatrième siècle avant J-C pour désigner les maladies diabétiques. (Marsaudon E. 2004, p. 27).

Mais les premiers auteurs qui ont donné une description des symptômes clinique de diabète, furent les Egyptiens et en particulier le médecin Imgotep.

Les grecs ont ensuite pris le relais mais près de mille ans plus tard, c'est au tour d'Aristote et Aretee de Cappadoce qui ont décrits un tableau clinique détaillé de la maladie (Ibid. p. 28).

2- Définition du diabète

Le diabète est une maladie chronique qui est définit selon l'O.M.S, « comme une glycémie à jeun supérieure à 1,26g /L à deux reprises est suffisante pour affirmer le diagnostic. Il n'y ya pas lieu de demander une hyperglycémie provoquée par voie orale ». (Grimaldie A. et al. 2009, p. 04).

C'est la plus fréquente des maladies endocrines, caractérisé par une glucosurie (présence du sucre dans les urines) provenant d'une hyperglycémie (excès de sucre dans le sang). (Ybert E. et al. 2001, p. 277-278).

3-Classification internationale du diabète

On distingue plusieurs types de diabète :

➤ **Diabète insulino-dépendant (DID)**

Encore appelé diabète juvénile ou diabète sucré de type 1. Il frappe le sujet jeune, il est dû à une anomalie de sécrétion d'insuline par le pancréas.

➤ **Diabète non insulino-dépendant**

Encore appelé diabète gras, diabète de la maturité ou diabète sucré de type 2. Il frappe le sujet plus tardivement et plus insidieusement. On l'explique par une anomalie de réceptivité de l'insuline au niveau des organes normalement sensibles. (Damiens- Delloy B.1985, p. 21).

Il existe d'autres types « spécifique » ou « secondaire » de diabète. Leurs mécanismes étiopathogéniques sont variés.

On va s'intéresser dans cette présente recherche aux personnes atteintes du diabète de type 1 ou insulino-dépendant (DID).

4-Epidémiologie du diabète

Le diabète sucré est un problème de santé à l'échelle mondiale, le nombre de patients diabétiques est en augmentation.

Selon L'O.M.S, il ya plus de 180 millions de diabétiques dans le monde, et estime que le double à l'horizon de 2030, et que le taux de mortalité dû au diabète va augmenter de 50% si aucune urgence n'est prise.

En Algérie le diabète constitue un problème majeur de la santé publique, il touche en 2007 plus de 10% de personnes et en 2011 près de 3 millions.

Selon la société Algérienne de Diabétologie 90% de la population des diabétiques présentent le diabète de type 2 et 10% de type 1.

L'Institut national de la santé publique d'Alger (INSP) en collaboration avec l'Union européenne, a prouvé que le diabète est le deuxième état morbide le plus fréquent (8,7%) après l'hypertension artérielle (16,23%), le diabète est plus fréquent en milieu urbain (10,15%) contre (6,4%) en milieu rural. (Salemi O. 2010, p. 02).

5-Le diabète insulino-dépendant (DID)

5-1 Définition du diabète insulino-dépendant (type 1)

Appelé « insulino-dépendant » car son traitement passe obligatoirement par l'injection d'insuline à raison de 2 à 4 injections par jour. (Lilley S. 2000, p. 03).

Le diabète de type 1 est dû à une destruction auto-immune des cellules B du pancréas. (Grimaldi A. et al. 2009, p. 118).

5-2 L'étiologie du DID

Le déclenchement de ce type est multifactoriel, associant probablement à une prédisposition génétique et une infection virale, conduisant à la destruction progressive et totale de l'îlot bêta du pancréas sécréteur d'insuline. Les mécanismes incriminés sont divers : réplication virale auto-immunisation et stress oxydant. (Ibid. p. 35).

5-2-2- Facteurs environnementaux

L'influence de l'environnement dans la pathologie du diabète repose essentiellement sur les études épidémiologiques.

5-2-3- Facteurs alimentaires

Sont fréquents chez les patients ayant consommé de grandes quantités de viandes fumées, ayant des toxines nitrosamines, aussi les sujets ayant consommé du lait de vache dans les premiers mois de leur vie, par rapport à des témoins nourris au lait maternel.

5-2-4- Facteurs psychiques

Leurs origines ont été évoquées depuis très longtemps, la maladie est provoquée après un choc émotionnel ou une tension émotionnelle prolongée.

- Stress : joue sans aucun doute un rôle dans l'entretien d'une réaction physiologique anormale.

- Rêve et cauchemars : les rêves perturbent le sommeil et ils désorganisent les rythmes biologiques, les cauchemars entretiennent une réaction physiologique nocturne anormale. Ceci induit vers des modifications cardio-vasculaires et respiratoires, par fois intenses, une instabilité des paramètres physiologiques comme la glycémie. (Grabbé J. et al. 2008, p. 33).

5-2-5- Facteur génétique

Il existe une prédisposition familiale au diabète de type 1, puisque 6 à 10% des malades ont des antécédents familiaux de diabète. Au premier degré soit une prévalence d'environ 20 fois supérieurs à celle de la population générale. (Radier A. 2001, p. 12).

5-2-6- autres facteurs

- Affections pancréatique ; -affections hépatique ; -Affection endocriniennes ;
- Hémochromatose.

5-3 Le diagnostic du DID

Le diabète insulino-dépendant est immédiatement confirmé par :

- La recherche du sucre dans les urines à l'aide du clinitix ou clinitest (quand les taux dépassent 18 à 20g /l).
- La recherche d'acétone à l'aide du Kétodiastix ou de l'acétest.

La présence de sucre et d'acétone dans l'urine signe la gravité et la nécessité urgente du traitement puisque spontanément, l'évolution va se faire vers le coma acidocétose. Sucre+acétone = gravité = urgence. (Damiens-Delloye B. 1985, p. 34).

5-4 Les signes clinique du DID

- **Signe d'hyperglycémie**

Polydipsie précoce intense diurne et nocturne auto entretenu, si le sujet boit des boissons sucrées, avec une polyurie importante 4 à 5 litres par jour diurne et nocturne.

A l'examen on observe cependant une sécheresse de la bouche et des muqueuses. Bien que le patient se plaigne de boire beaucoup et d'uriner trop le jour et la nuit.

- **Signe d'hyper catabolisme protidique**

C'est la fonte musculaire provoquant une asthénie intense, globale, physique et sexuelle s'accroissant au cours de la journée. Un amaigrissement musculaire augmentant l'asthénie. Bien, visible au niveau des quadriceps.

- **Signe de lipolyse accrue**

Amaigrissement des masses grasses, la perte de poids peut être importante. Prendre référence des poids antérieurs, cette fonte graisseuse s'accompagne toujours d'une odeur cétonique de l'haleine : odeur de « pomme reinette » qui précède tous les autres signes

d'acidose métabolique. Cette odeur est caractéristique de tout sujet qui maigrit .Elle s'accompagnent souvent de nausées et parfois de vomissements. (Ibid. p. 33).

5-5 Les complications d'un diabétique

Les diabétiques ont de plus grandes prédisposition aux troubles cardiaques et rénaux, à l'athérosclérose, aux lésions nerveuses, à l'infection et à la cécité. De plus, leurs blessures et leurs plaies cicatrisent plus lentement et nécessitent une surveillance médicale continue.

Parmi les complications les plus graves nous citons :

- **Vaisseaux** : les troubles circulatoires induisent une difficulté de cicatrisation, des maladies de cœur, des accidents vasculaires cérébraux, une gangrène des pieds et des mains, des troubles érectiles (impuissance) et des infections.
- **Yeux** : diminution des capacités visuelles et enfin cécité.
- **Rein** : trouble de la fonction rénale, insuffisance rénale.
- **Nerf** : faiblesse soudaine, ou progressive d'une jambe. Trouble de la sensibilité, engourdissement et douleurs des mains et des pieds, lésion chronique autonome des nerfs.
- **Système nerveux autonome** : oscillation de la pression artérielle gêne à la déglutition et altération des fonctions digestives, avec épisode de diarrhée.
- **Peau** : ulcères, infection profonde, mauvaise cicatrisation.
- **Sang** : augmentation de la sensibilité aux infections, en particulier de l'appareil urinaire et de la peau. (Grimaldi A. et al. 2009, p. 263-264).

5-6 Le traitement du DID

Le diabète est une maladie chronique, l'espérance de vie peut être longue, à la seule condition d'un traitement correct à vie, pluridisciplinaire, individualisé, avec prise en charge de 100% (Buffet C. et al. p. 231). Le traitement du diabète de type1 est l'insulinothérapie ;

5-6-1 -Définition de l'insuline

Est une hormone hypoglycémiant (diminues le taux de glucose dans le sang) sécrété par le pancréas (Yber E. et al. 2001, p. 528).

5-6-2 -Caractéristique des insulines

On distingue classiquement des insulines à action rapide, qui couvrent une fraction de la journée (ex : matinée), des insulines semi-retard qui couvre environ 12 heures très utilisé le

soir, et des insulines retard ou prolongée qui atteignent, voir dépassent 24 heures (Perlemuter L. et al. 2002, p. 102).

5-6-3 -Moyens d'injection

- Stylo à insuline (seringue pré remplies), cartouche d'insuline remplaçable ou stylos jetable, injection discrète, confort d'utilisation, facilité à l'enseignement ;
- Seringue jetable graduées : représente l'avantage de faire des mélanges d'insulines injectables simultanément ;
- Pompes à insuline : sont indiquées quand le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) toujours trop important malgré le traitement. (Buffet C. et al. 2010, p. 233).

5-6-4 Sites d'injection

Identiques pour les injections au stylo ou à la seringue :

- Abdomen, sauf à proximité immédiate du nombril (>1cm) ;
- bras : face antéro-externe ;
- cuisse : quadrant supérieur externe.

Pour les pompes à insuline, site d'injection moins nombreux (abdominale).

Ils influencent la vitesse d'absorption de l'insuline : l'abdomen est le site où l'absorption est la plus rapide, puis le bras et enfin la cuisse.

Ils doivent varier le plus souvent possible pour éviter l'apparition des lipodystrophies. (Ibid. p.234).

5-6-5 Règles de l'insulinothérapie

Les objectifs de la thérapeutique par l'insuline devraient idéalement atteindre les buts suivants :

- l'élimination des signes et symptômes ;
- la normalisation des glycémies prés et postprandiales ;
- l'élimination des complications ;
- obtenir une croissance et une maturation pubertaire normale. (Petit M. et al. 2005, p.100).

L'éducation du patient diabétique et de son entourage :

- Sur sa maladie : nature de la maladie, mécanisme du diabète, risque à court et à long terme.

-Sur l'insuline : technique de conservation, technique d'injection, modalité d'adaptation des doses.

-A l'auto surveillance glycémique : importance et modalité de cette surveillance.

-A la diététique : apprentissage d'un régime équilibré, de l'apport glucidique des aliments afin d'éviter la surcharge pondérale.

-A la conduite à tenir en cas d'urgence : en cas d'hypoglycémie, en cas d'acidocétose débutante.

-A l'hygiène corporelle : au niveau des pieds surtout.

-A maintenir les vaccinations à jour. (Buffet C. Op. cit. p. 232).

Conclusion

Le diabète est considéré comme une maladie chronique et en augmentation constante, c'est une pathologie qui met le patient devant un travail de deuil de la santé perdue.

Le diabète nécessite un traitement à suivre c'est-à-dire une observance régulière, un contrôle médical et personnel continu.

Enfin, un suivi psychologique qui demeure important afin de garantir l'équilibre interne psychique du malade.

Conclusion

Introduction

Dans les années 1960 Pierre Mâle a opéré l'articulation entre l'expérience clinique et la théorisation de l'adolescence. Cette période de mutation entre l'enfance et l'âge adulte revêt en effet de multiples aspects qu'on va essayer d'aborder dans ce chapitre.

1-Définition de l'adolescence

La notion de l'adolescence a été définie comme une «Période du développement au cours de laquelle s'opère le passage de l'enfance à l'âge adulte ». (Bloch H. et al. 1992, p. 17).

« Les termes d'adolescence et d'adolescent sont apparus dans la langue française entre le XIII^{ème} et XIV^{ème} siècle. Ils proviennent du verbe latin « Adolescere » qui signifie « grandir » et plus précisément de son participe présent. L'être auquel s'applique ce terme est donc étymologiquement celui qui est en train de grandir et s'oppose ainsi à celui dont l'opération de grandir à atteint son terme : l'adulte. (Il s'agit là d'un mot provenant du participe passé de ce même verbe: adolescere). (Coslin P.-G. 2002, p. 12-13).

L'adolescence : époque de la vie qui se situe entre l'enfance, qu'elle continue, et l'âge adulte. Il s'agit d'une « période ingrate » marquée par les transformations corporelles et psychologiques. Elle débute vers l'âge de 12 ou 13 ans et se termine entre 18 et 20 ans.

Ces limites sont imprécises, car l'apparition et la durée de l'adolescence varient selon les sexes, les races, les conditions géographiques et les milieux socioéconomiques. Sur le plan psychologique, l'adolescence est marquée par la réactivation et l'épanouissement de l'instinct sexuel, l'affermissement des intérêts professionnels et sociaux, le désir de liberté et d'autonomie et la richesse de la vie affective. (Sillamy N. 2003, p. 8).

2-Les caractéristiques de l'adolescence

Certaines attitudes et certains comportements sont caractéristiques de l'adolescence, la période de l'adolescence est marquée par la convergence de trois faits fondamentaux, à partir desquels on peut dresser un tableau compréhensif des événements qui caractérise le passage de l'enfance à l'âge adulte :

- Vive accélération de la croissance, dont la poussée staturale est l'un des signes les plus frappants ;

-Importance des changements qui se produisent et qui intéressent l'ensemble de l'organisme et de la personne ;

-grande variabilité interindividuelle : la vitesse de ces changements et le moment de leur survenue varient largement d'un enfant à l'autre ; et grande variabilité intra-individuelle : chez un même individu, les changements ne se font pas tous au même moment, ni suivant le même rythme, dans tous les secteurs du développement : physique, intellectuel, socio-affectif. Ces deux formes de variabilité sont inhérentes au développement normal. (Bloch H. et al. 1992, p. 17).

3-Le développement à l'adolescence

3-1-Le développement pubertaire

Les transformations physiologiques qui se produisent pendant la première moitié de la deuxième décennie de la vie peuvent être englobées sous le terme « puberté ». Ce terme vient du latin *pubertas*, proche du verbe *pubescere*, qui signifie en fait le développement de la pilosité, mais aussi celui des caractéristiques biophysiques.

Le développement pubertaire est commandé par des facteurs hormonaux, qui ont un rôle essentiel dans le développement des caractères sexuels primaires, grossissement et allongement du pénis chez le garçon et développement des seins chez les filles. De toute évidence l'adolescent voit son corps se transformer.

D'une part, les diverses transformations physiologiques et morphologiques se produisant au cours de cette période vont susciter un ajustement psychologique. Les facteurs physiques constituent un élément central dans la construction de la personnalité adolescente dans le développement pubertaire. D'autre part la nécessité de reconstruire une image corporelle sexuée et d'assumer l'identité du genre masculine ou féminine afin d'accéder progressivement à la sexualité génitale adulte. (Guidetti M. 2002, p. 98).

3-2-Le développement de l'identité

Le remaniement de l'identité représente un enjeu majeur de cette période : l'adolescent doit assimiler et intégrer dans les représentations de soi l'ensemble des changements physiques, psychologiques et relationnels dont il fait l'objet ; il doit, de plus s'insérer dans une perspective temporelle personnalisée : se reconnaître dans un passé qui est le sien et qui

fonde la certitude de la continuité de soi, et en ayant conscience du caractère transitoire du présent, se rapporter à un avenir qu'il peut essayer de construire. (Bloch H. 1992 , p. 18)

3-3-Le développement cognitif

Des changements importants dans le mode de fonctionnement de la pensée s'observent au cours de l'adolescence.

Au fil du temps, l'adolescent continue d'acquérir de nouveaux savoirs et savoir-faire, au gré de ses discussions, des spectacles audiovisuels auxquels il s'expose, éventuellement de ses lectures... Mais, comme pendant l'enfance, le développement cognitif ne réside pas seulement en une accumulation de connaissance. Les transformations des moyens de penser, invention de nouvelle manière de poser les problèmes et de les résoudre.

Depuis fort longtemps, les psychologues et les pédagogues avaient décrit le début de l'adolescence comme étant caractérisés par l'avènement d'une pensée plus abstraite. En complétant son modèle de développement de la pensée opératoire par l'élaboration d'un schéma de la construction dans la première moitié de l'adolescence, d'une « pensée formelle », Piaget (1924) a proposé la première analyse approfondie de l'évolution des structures cognitives se produisant au cours de cette période.

Pour Piaget, la pensée formelle ne découle pas de l'entrée au collège ou des nouvelles sollicitations académiques auxquelles l'élève est confronté. Piaget considérait que les opérations formelles étaient entre 11 et 15 ans. Pour entreprendre l'élaboration de la pensée opératoire concrète soit complètement établie.

La pensée formelle consiste ainsi à raisonner sur des énoncés hypothétiques et à déduire les conséquences nécessaires du lien que l'on a établi entre ces énoncés. C'est ce qu'on appelle la pensée hypothético-déductive.

Elle opère sur des propositions formulées verbalement, sur des signes conventionnels, langagiers en particulier, ou sur des symboles mathématiques. Les mécanismes de pensée formelle sont censés opérer indépendamment des contenus sur lesquels ils portent. (Mallet P. 2003, p. 117-118).

3-4-Le développement psycho-sexuel

Le développement psycho-sexuel débute bien avant l'adolescence (Marcelli et Braconnier). La puberté marque toute fois une ère nouvelle dans le développement psycho-sexuel : le développement de l'appareil génital, l'activité sexuelle associée et les modifications psychiques en résultant marquent profondément les jeunes de leurs empreintes.

Freud S., en 1917 parle de sexualité infantile pour « tout ce qui concerne les activités de la première enfance en quête de jouissance locale que tel organe est susceptible de procurer ». (Coslin P.-G. 2002, p. 27). Cette notion est à replacer dans le cadre de la théorie des pulsions.

La sexualité adolescente, se caractérise par un besoin devant être gratifié grâce à un objet que l'individu cherche dans le milieu extérieur. La libido est l'énergie psychique qui se rattache à tout ce que nous résumons sous les noms d'amour, d'envie, de désir. La libido représente ainsi l'énergie psychique de la pulsion sexuelle. (Ibid. p. 28).

L'adolescent, de plus en plus intéressé par les questions sexuelles, cherche à obtenir le plus de renseignements possible à ce sujet. Ils mettent donc à profit de toutes les sources d'information qui s'offrent à eux : cours d'hygiène sexuelle à l'école ou au collège, discussions avec leurs amis, livres sur la sexualité, expériences personnelles par la masturbation, à la fin de l'adolescence, la plupart des garçons et des filles possèdent suffisamment d'information sur la sexualité pour satisfaire leur curiosité. (Hurlock E. 1978, p. 192).

3-5-Le développement de la socialisation

L'adolescence est une phase cruciale de la socialisation, cette dernière peut se définir comme le processus d'acquisition des attitudes, des valeurs et des comportements permettant l'adaptation sociale de l'individu. Ce processus s'engage dès la naissance et se poursuit jusqu'à l'atteinte d'un équilibre adaptatif stable, pouvant en conséquence durer toute une vie.

Les transformations physiques, le développement intellectuel et la maturation sexuelle conduisent l'adolescent à redéfinir ses rapports avec les autres et à jouer un rôle sexué.

L'environnement social traite le jeune différemment : s'il n'est pas encore un adulte, celui-ci n'est plus un enfant.

La famille, les amis, l'école et la société dans son ensemble ne sont plus perçus comme avant. Ils sont d'ailleurs réellement différents du fait de leurs attentes à l'égard du jeune. (Coslin P.-G. 2002, p. 130).

4-Sources courantes de friction familiale pendant l'adolescence

Normes de conduite : l'adolescent considère souvent les normes de conduite de ses parents comme démodées et il a l'impression de ne pas être compris.

Méthodes de discipline : s'il considère les méthodes utilisées comme « injustes » ou « enfantines », l'adolescent peut se rebeller.

Attitude hypercritique : les membres de la famille sont exaspérés l'adolescent qui critique tout, leur propre personne comme le style de vie de la famille.

Heure de rentrée : la vie sociale plus active de l'adolescent peut entraîner certaines infractions aux heures de rentrée imposées par la famille ou concernant le genre de personnes avec qui il s'associe.

Comportement immature : il arrive que les parents adoptent une attitude punitive si l'adolescent néglige ses devoirs scolaires, s'il repousse les responsabilités ou s'il dépense son argent follement.

Rébellion contre la parenté : les parents et le reste de la parenté deviennent mécontents lorsque l'adolescent affirme ouvertement qu'il trouve les rencontres familiales ennuyeuses ou quand il rejette les suggestions ou conseils de la famille.

Sentiment d'oppression : l'adolescent apprécie peu que les indices de son niveau de vie l'habillement et les biens matériels, par exemple le placent derrière ses amis, il n'aime pas se voir accablé de tâches ménagères, et il voit d'un mauvais œil l'arrivée des beaux-parents au foyer. Cela lui met ses parents à dos et ajoute à la tension qui existe déjà entre lui et ses parents. (Hurlock E. 1978, p. 195)

5-Conditions qui influent sur la conception de soi chez l'adolescent

Âge de maturation : les adolescents précoces, que l'on traite presque comme des adultes, développent une conception favorable d'eux-mêmes et s'adaptent donc bien. Les adolescents

tardifs, que l'on traite comme des enfants, se sentent incompris et opprimés, ce qui les prédispose à toutes sortes de désadaptations.

Apparence : le fait d'avoir un défaut physique amène l'adolescent à se sentir inférieur et devient une source d'embarras pouvant entraîner des sentiments d'infériorité.

Traits appropriés à son sexe : une apparence, des intérêts et un comportement qui sont appropriés à son sexe aident l'adolescent à entretenir une conception positive de lui-même.

Noms et sobriquets : l'adolescent est facilement embarrassé si le groupe juge son nom de façon défavorable ou si on lui donne un sobriquet qui indique qu'on le ridiculise.

Pairs : les pairs influencent la personnalité de l'adolescent de deux façons ;

Premièrement, sa conception de lui-même reflète ce qu'il croit qu'on pense de lui dans son entourage et deuxièmement, l'adolescent se voit inciter par les pressions du groupe à développer des traits de personnalité sanctionnés par celui-ci.

Niveau d'aspiration : si l'adolescent nourrit des aspirations irréalistes, ses efforts se solderont par des échecs, ce qui donnera lieu à des sentiments d'infériorité et d'angoisse, ainsi qu'à des comportements défensifs qui amèneront l'adolescent à rejeter le blâme sur les autres pour ses échecs. L'adolescent qui envisage ses capacités de façon réaliste verra sa confiance personnelle s'accroître avec chaque succès, d'où une conception de soi de plus en plus positive. (Ibid. p. 197).

6 - L'adolescent et le diabète

Quelques travaux épidémiologiques montrent bien que l'adolescence est une période « riche » en douleur physique ressentie dans le corps, et là est très important de laisser l'adolescent raconter avec son vocabulaire l'apparition des troubles, l'adolescent aura une méfiance spontanée des médecins, il est liée en partie aux difficultés de cet âge. (Alin P. et al. 2005, p. 301).

Dans une maladie comme le diabète insulino-dépendant (DID) ou le niveau d'exigence du traitement est très élevé, l'adolescent veut quitter l'enfance, se dégager de la dépendance des parents, découvrir et accepter ses propres aspirations. Se réapproprié son corps, mais le diabète et son traitement renvoie l'adolescent à un lien de dépendance, l'image de corps

malade, la nécessité du contrôle mécanique permanent (de l'alimentation de la glycémie, des analyses d'urine).

C'est au moment de l'adolescence que le patient diabétique est le plus vulnérable : il doit non seulement affronter le passage de la vie d'enfant à celle d'adulte mais aussi répondre aux exigences médicales lourdes de sa maladie. (Ibid. p. 305).

La croissance pubertaire rend plus difficile le traitement par l'insuline, c'est durant ces années que le risque de complications chronique (rénales, rétinienne, etc.) peut alourdir le poids de la maladie.

Chaque adolescent va vivre et assumer de manière personnelle cette période en fonction de ses ressources et de son environnement. (Marchal L. 2008, p. 03).

Conclusion

Débutant avec la puberté, l'adolescence marque l'entrée des jeunes dans de nouveaux systèmes normatifs qui leur permettent de devenir les agents de leurs propres socialisations.

On constate à cette période de transition entre l'état d'enfant et celui d'adulte, l'adolescence rapproche l'enfant de l'homme ou de la femme au plan physique, alors que les conventions sociales le maintiennent dans son statut antérieur. S'ils ne sont pas encore adultes, ce ne sont déjà plus des enfants et ils interpellent le corps social, négociant leur passage de l'enfance à l'état d'adulte à travers des comportements dérogatoires, ou ils cherchent à déterminer quelles sont leurs propres limites et quelles sont celles d'autrui.

Chapitre III

L'estime

De

Soi

Introduction

Nous allons aborder dans ce chapitre l'estime de soi, qui représente l'une des multiples facettes du concept de soi. L'estime de soi est aujourd'hui devenue une aspiration légitime aux yeux de tous ; considérée comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive. La question sur l'estime de soi joue un rôle central dans les difficultés individuelles et sociales qui affectent notre état. Tout ce qui compose notre existence est déterminé par l'estime que nous avons de nous-mêmes.

1-Le soi

1-1-Définition de soi

« Le concept de soi se réfère à la façon dont l'individu se perçoit, aux attitudes et aux sentiments que la personne ressent à son propre égard ». (L'écuyer R. 1978, p. 19).

Le soi, « pour James W., tout ce qui est personnel : le « moi » et le « mien ». Pour Freud, le soi est le prolongement inconscient du moi. Quant à Jung C.G., il fait du soi une entité « sur-ordonnée » au moi, embarrassant non seulement le conscient et l'inconscient mais aussi le but de la vie ». (Sillamy N. 2003, p. 250).

Chez Klein M., « le soi est l'ensemble des sentiments et des pulsions de la personnalité tout entière, par différence avec le moi qui se réfère à la structure de la personnalité ». (Bloch H. et al. 1992, p. 733).

Au sens large le « soi » est le lieu où le sujet se reconnaît comme réellement existant.

1-2-Les principales caractéristiques du concept de soi

1-2-1-Est organisé ou structuré: les individus catégorisent la vaste quantité d'informations qu'ils ont sur eux-mêmes.

1-2-2-Est multidimensionnel: les domaines particuliers du concept de soi reflètent le système de catégories adopté par un individu particulier et partagé par un groupe. Ces catégories incluent des domaines tels que le scolaire, le sociale, l'attirance et la compétence physique.

1-2-3-Est hiérarchique : cette structure dimensionnelle peut être hiérarchiquement ordonnée vers une dimension de généralité, les expériences individuelles dans des situations particulières, et au sommet un concept de soi général.

1-2-4-Est stable : au sommet de la hiérarchie est stable, néanmoins au fur et à mesure que l'on descend dans la hiérarchie, celui-ci dépend de plus en plus de situations spécifiques et devient ainsi plus changeant. À la base de la hiérarchie, le concept de soi varie beaucoup en fonction de la fluctuation des situations.

1-2-5-Est développemental : il devient progressivement multidimensionnel lorsque l'individu croît de l'enfance à l'âge adulte. Les enfants tendent à ne pas se différencier eux-mêmes de leur environnement, et c'est seulement avec l'âge et l'acquisition du langage que le concept de soi devient progressivement différencié et intégré dans un modèle hiérarchique et multidimensionnel.

1-2-6-II présente un caractère évaluatif : si l'individu se décrit dans des situations particulières, ces jugements se forment par rapport à des normes absolues, tel un « idéal », ou à des critères relatifs comme ses pairs ou les évaluations perçues par autrui significatifs.

1-2-7-Est différenciable : le concept de soi peut être différencié des autres modèles auquel il est théoriquement relié. Ainsi, par exemple, la réussite scolaire doit être plus fortement corrélée avec le concept de soi scolaire général qu'avec le concept de soi social ou le concept de soi physique. (Famose J.-P. et Guérin F. 2002, p. 27-28).

2-L'estime de soi

2-1-Définition de l'estime de soi

Selon Cooper Smith « L'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur » (Cooper S., 1984, p.13). Il est important de signaler que l'estime de soi n'est pas le reflet des capacités réelles du sujet, mais de celles qu'il croit avoir ou pas, évidemment l'estime de soi ne dépend pas que de soi mais également de la façon dont nous prenons que les autres nous perçoivent, les personnes concernées sont les proches. (Ibid. p. 14).

L'estime de soi correspond à la dimension évaluative du concept de soi, c'est-à-dire à l'ensemble des représentations dont l'individu dispose à propos de lui-même. Elle permet

d'approcher le sentiment qu'il a de ses propres compétences et de ses qualités dans les différents domaines : l'école, la famille et la société ; mais elle dépasse ces spécificités dans une signification plus extensive. Elle désigne ce sentiment plus ou moins favorable que chacun éprouve à l'égard de ce qu'il pense être. Elle manifeste dans quelle mesure chacun s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne. (Coslin P-G. 2002, p. 121)

2-2-Les piliers de l'estime de soi

Il existe trois piliers qui ont un rôle important dans la maintenance de l'estime de soi :

- **Amour de soi**

Résultat de la qualité et de la cohérence de l'affectivité reçue par l'enfant, il donne des relations épanouissantes avec les autres, une stabilité affective, résistance aux critiques ou rejets. L'absence de ce pilier entraîne des doutes sur les capacités personnelles à être apprécié par autrui, la conviction de ne pas être à la hauteur, image de soi médiocre, même en cas de réussite matérielle.

- **Vision de soi**

Issu de la projection des parents sur l'enfant il produit des ambitions et projets que l'on tente à réaliser avec résistance aux obstacles, la perte de ce pilier provoque un manque d'audace dans les choix existentiels, dépendance aux avis d'autrui, peu de persévérance dans les choix personnels.

- **Confiance en soi**

Est le sentiment d'assurance et de sécurité à propos de soi. La confiance en soi renvoie particulièrement à l'un des piliers essentiels de l'estime de soi : une agréable certitude de posséder les capacités nécessaires pour compter sur soi, prendre soin de soi et faire face aux aléas de l'existence. Le manque de ce pilier est la source de l'inhibition, hésitation et manque de persévérance. (André Ch. et Lélord F. 2007, p. 63-65).

3-La différence entre le concept de soi et l'estime de soi

Une des questions les plus débattues dans la recherche sur le soi a été celle de la distinction conceptuelle entre le modèle du concept de soi et celui d'estime de soi. Pour certains chercheurs, d'un point de vue conceptuel, les deux termes représentent des aspects

différents du système de soi. Tandis que le concept de soi paraît être un modèle relativement large comprenant des aspects cognitifs, affectifs et comportementaux, l'estime de soi est supposée être un composant évaluatif, et donc affectif, plus limité à l'intérieur du concept de soi.

Brinthaupt et Erwin en (1992) ont ramené la distinction entre ces deux modèles à la différence entre description de soi et évaluation de soi. Pour Hattie (1992) et d'autres chercheurs; Rosenberg (1965), l'élément clé permettant de faire la distinction entre le concept de soi de l'estime de soi est le degré d'importance d'un domaine aux yeux du sujet. (Famose J-P. et Guérin F. 2002, p. 97).

4-La formation de l'estime de soi et ses composantes

Pour comprendre comment se forme l'estime de soi, qui est le produit de la comparaison entre l'un et l'autre, il faut donc comprendre comment se construit le concept de soi ou la conception que nous avons de nous-mêmes ainsi que notre idéal du Moi.

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

Cet apprentissage précoce est essentiel, mais il est capital de comprendre qu'un être humain apprend toute sa vie. Au fur et à mesure que l'individu rencontre des situations nouvelles et fait de nouvelles expériences, le concept de soi est susceptible d'évoluer. Il est clair cependant qu'il vaut mieux former dans ses jeunes années une impression favorable à propos de soi, des autres et du monde. (Saint Paul J. 1999, p. 23).

Par outre les composantes de l'estime de soi sont les suivants :

- **Sentiment de sécurité** : c'est le sentiment d'assurance, de tranquillité d'esprit par la confiance, par le sentiment de n'être pas menacé.

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

- **Sentiment d'appartenance** : à l'approche de l'adolescence le besoin de faire partir d'un groupe augmente, l'acceptation des autres devient une préoccupation vitale chez la plus part. Cette préoccupation se reflète dans la manière dont il s'habille, les expressions qu'il utilise, les endroits qu'il fréquente.

- **Sentiment de détermination** : certains auteurs ont démontré que les personnes qui se sentent bien sont celles qui ont appris à se fixer des buts réalistes, non pas comme les personnes qui ne semblent pas avoir de but dans la vie.

- **Sentiment de compétence** : peut être acquise seulement après plusieurs expériences de réussite. Ceci implique d'être capable de prendre les décisions appropriées en utilisant de façon efficace les ressources disponibles. (Laporte D. 2002, p. 04).

5-Les approches théoriques de l'estime de soi

5-1-L'approche psychosociologique

La notion d'estime de soi tient une place dans une conception de la socialisation vue comme processus de construction interactive des rôles sociaux joués par les individus. Pour les chercheurs tels que Cooley (1902) et Mead (1925-1934), le soi est considéré comme étant principalement une construction sociale, menée à travers des échanges linguistiques avec d'autres. C'est dans ce processus que le soi est profondément structuré.

➤ La perspective interactionniste de William James

James W., père fondateur du concept de soi, les caractéristiques fondamentales de sa théorie :

1-la dichotomie entre le « Soi-Moi » ; le Soi est une entité à l'intérieur de laquelle il existe une dichotomie : le « je » et le « moi ». Selon James W., le « Moi » est un agrégat empirique d'états à connaître objectivement. Le « je » serait le Soi en tant qu'agent actif, le sujet de la connaissance. Il est considéré comme le Soi subjectif. Le « Moi » serait le Soi en tant qu'objet de la connaissance, la composante passive, le contenu étudié de l'expérience. On peut le voir comme le Soi objectif. C'est le « Moi » qui prendra plus tard le nom de concept de soi.

2-L'hypothèse d'un concept de soi multidimensionnel et hiérarchique ;

3-L'existence d'un soi social ;

4-La définition de l'estime /concept de soi en tant que rapport des réalisations sur les aspirations et qui est fonction de l'importance subjective d'une activité donnée. (Famose J-P. et Guérin F. 2002, p. 16).

➤ **C.H.Cooley et la théorie du « soi-miroir»**

Toute la théorie du soi-miroir (looking-glass self) de Cooley tient dans ce disque désormais célèbre chez les chercheurs anglo-saxons : « chacun pour chacun un miroir /permet à l'autre de se voir ». (Each to each a looking glass/ Reflects the other that doth pass).

Pour lui, les autrui significatifs constituent un miroir social que l'individu regarde et dans lequel il détecte leurs opinions sur lui-même. L'auteur prétend donc que nous sommes ce que les autres pensent de notre apparence, de notre caractère, de nos faits et gestes.

L'intériorisation des opinions d'autrui sur le soi est un élément fondamental de la pensée de Cooley. (Ibid. p. 18).

➤ **La théorie de George Herbert Mead(1934) :**

Il met l'accent sur l'interaction sociale qui se focalise tout particulièrement avec l'utilisation du langage. Le comportement vocal peut être entendu à la fois par celui qui parle et par l'auditeur. C'est à partir de là que l'individu développe l'habilité à apprendre le rôle de l'autre non seulement d'une personne spécifique mais des groupes auquel il appartient.

Sa recherche sur les enfants a reconnu deux stades dans la construction de soi : le rôle (imitation des adultes) et le jeu (intégration des règles sociales). (Ibid. p. 19).

5-2- L'approche en psychologie clinique

Très tôt la psychologie clinique à l'instar de S.Freud, s'est intéressé à l'étude du soi à travers l'analyse des processus subjectifs et notamment des mécanismes de défense du moi, le soi qui à longtemps été considéré comme invariant humain, paraît soumis à des variations en fonction des contextes culturels. (Martinot D. 1995, p. 14)

5-3-L'approche humaniste

➤ La théorie de Carl .Rogers

Le concept central de Rogers C. est le concept de soi, autrement dit l'organisation des perceptions et des expériences associées au « soi », au « moi » ou au « je ». Le soi idéal représente également un concept important ; c'est le concept de soi que l'individu aimerait atteindre. Rogers soutient également que les individus cherchent à maintenir leur cohérence et à conserver un état de congruence entre les perceptions du soi et l'expérience. Les expériences perçues comme menaçantes pour le concept de soi peuvent néanmoins demeurer hors du champ de la conscience. (Pervin A. et John O. 2005, p. 162).

➤ Maslow Abraham

L'un des pères de la perspective humaniste en psychologie (1970) a postulé que nous satisfaisons nos besoins dans un certain ordre ou selon une hiérarchie.

La hiérarchie des besoins de Maslow est un classement qui prend la forme d'une pyramide ; selon cette théorie nous satisfaisons les premiers besoins avant les seconds. Nous devons donc les classer à un échelon inférieur de la pyramide avant de nous occuper des besoins du niveau supérieur. Si nous parvenons à un degré élevé mais que nos besoins fondamentaux tombent en souffrance, nous redescendons dans la hiérarchie. Maslow A. a classé cinq besoins : besoins physiologiques, besoins de sécurité et de protection, besoin d'adaptation et d'amour, besoin **d'estime de soi** et d'amour, besoins d'actualisation de soi.

De nombreux psychologues se sont intéressés à ce qui peut être considéré comme fondamental pour qu'un être humain puisse non seulement survivre, mais vivre dans des conditions satisfaisantes et ont proposé d'appeler « besoin » ces « ingrédients » fondamentaux (Saint Paul J. 1999, p. 155).

5-5-L'approche cognitive

C'est dans les années quatre-vingt que le soi est devenu aux Etats Unis un thème important de la psychologie cognitive expérimentale. Cette approche a pour principale caractéristique de considérer les processus mentaux comme une succession d'étapes, chacune d'entre elles étant consacrée à l'exécution d'une fonction particulière, d'une partie du traitement de l'information, les théoriciens du soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le soi

contiendrait une variété de représentations, ces représentations seraient cognitives et affectives.

Ces derniers correspondent aux auto-évaluations positives et négatives de forme verbale, neuronale ou sensori-motrice, ou sous forme d'image. La large adoption, ces dernières années pour décrire le soi, alimente l'hypothèse selon laquelle le soi est une structure de connaissance, il devient claire que le soi peut influencer chaque aspect du traitement de l'information susceptible de concerner les individus. (Martinot D. 1995, p. 15).

6-Forte estime de soi et faible estime de soi

Campbell (1990) a mené une série d'expériences illustrant un certain nombre de différences entre les individus à forte et à faible estime de soi. Qui montre que les concepts de soi des sujets à forte estime sont beaucoup plus stables dans le temps que ceux des sujets à faible estime. Les données enregistrées dans ces deux expériences permettent de constater qu'une haute estime de soi est associée, dans l'estimation de traits spécifiques, à une plus grande confiance, à des réponses plus extrêmes, à une meilleure consistance interne, et à une plus importante stabilité temporelle. De tels résultats sont d'ailleurs corroborés par d'autres recherches (eg. Baumeister et al. 1989 ; Josephs et al. 1992) qui montrent également que les individus à estime de soi élevée ont tendance à présenter d'une façon valorisante, se caractérisent par une inclination à accepter les risques, à s'accorder beaucoup d'attention, et à se centrer sur la mise en évidence de leurs qualités.

En revanche, les individus à faible estime de soi ont tendance à se présenter d'une façon auto protectrice, se caractérisent par une inclination à éviter les risques, à se centrer sur l'évitement de la mise en évidence de leurs défauts, et hésitent à se prêter attention. L'origine de la plupart de ces différences a un rapport avec la certitude avec laquelle ces deux types d'individus se définissent.

Les individus à estime de soi élevée ont tendance à se sentir sûrs des attributs qui les définissent alors que les individus à faible estime de soi manquent de précision dans leur connaissance de soi (Baumgardner, 1990 ; Setterund et Niedenthal, 1993). Cette certitude de se qu'ils sont a une importante conséquence sur la stabilité/ instabilité de leur soi.

Fort logiquement, les individus qui ont une forte estime de soi, c'est-à-dire des individus sûrs de leur connaissance de soi, présentent une plus grande stabilité du soi alors que les

individus à faible estime de soi, incertains sur ce qui les caractérise, ont un soi beaucoup plus instable. (Ibid. PP.48-51)

- **L'apport de l'environnement**

L'estime que l'on va avoir de soi dépendra de beaucoup de paramètres ; les capacités physiques et intellectuelles, l'éducation, le vécu psychologique et aussi l'apport de l'environnement, etc. Sont autant de variables qui vont influencer le jugement que nous portons sur nous-même.

On va accentuer notre propos sur l'apport de l'environnement ; le rôle social, familial, scolaire, professionnel, médical, relationnel,...qui exerce pour une certaine catégorie de sujets fragile psychiquement une fonction de « pare-excitation », qui est décrite par Winnicott D. chez la mère du jeune enfant, elle assure un rôle de « contenant », voir « facilitant » si important pour l'édification du self. L'environnement ou l'entourage familial, en exerçant ce rôle de pare-excitation, supplée ainsi la fonction défaillante du système préconscient et de la partie défensive du Moi. (Seron F. 1990, p. 108-109).

Pour maintenir une homéostasie générale des personnes malades, il est important de leur procurer un cadre de vie approprié. C'est ainsi que le Pr Jean Benjamin Stora a insisté sur l'apport de l'environnement des patients qui ont subi une intervention chirurgicale, il souligne que « l'environnement affectif familial agit comme un contenant des excitations induites par l'opération renforçant la capacité d'adaptation du patient et l'aidant à la reprise mentale et vitale ». (Bertagne P. 2002, p. 58).

Le soutien social et de bonnes relations interpersonnelles ont des effets positifs sur la santé. Le soutien social contribue à donner aux individus les ressources affectives et pratiques dont ils ont besoin. L'appartenance à un réseau de relation et de soutien mutuel donne le sentiment d'être reconnu, aimé et apprécié, ce qui a un effet particulièrement protecteur sur la santé, le soutien social peut également favoriser l'adoption d'un comportement plus sain.

Les personnes qui ne reçoivent qu'un faible soutien social et affectif jouissent généralement d'un bien-être moindre, elles sont aussi plus exposées à la dépression et aux complications. Ainsi que, la mauvaise qualité des relations avec les proches peut affecter la santé mentale et physique.

Donc l'absence de l'apport de l'environnement peut contribuer à une désorganisation somatique car le milieu ne joue plus le rôle de protecteur. (Wilkinson R. et al. 2004, p 27-28)

7-Conséquences du manque d'estime de soi

L'estime de soi est une composante de notre personnalité, le niveau de notre estime de soi a nécessairement des conséquences profondes dans les domaines de notre vie : les décisions que nous prenons, les amis que nous choisissons, le type de relation que nous entretenons avec les autres, nos relations sentimentales.

De plus, il a un retentissement sur nos attentes et par là même sur notre attitude globale envers la vie, aussi il affecte notre optimisme, notre énergie et notre joie de vivre. Une forte estime de soi peut être considérée comme une sorte de passeport pour le bonheur et pour la réussite.

A l'inverse, le manque d'estime de soi semble être un obstacle majeur pour l'un comme pour l'autre. Les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation. Dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elles-mêmes, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlantes. Une autre façon de se protéger du changement est de fuir ou d'en laisser la responsabilité aux autres. Ainsi, ce sont eux qui seront à blâmer si les choses tournent mal.

En outre, une caractéristique commune aux personnes qui manquent d'estime de soi est la difficulté à admettre leurs erreurs. Un sujet manquant d'estime de soi se montrera aisément défensif. Même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui est dit n'est en rien dévalorisant, il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien qu'il pense de lui. C'est ce qu'on appelle une projection.

L'une des conséquences les plus désastreuses du manque d'estime de soi est probablement les problèmes de communication qu'il engendre. Ayant peur d'être découvert, critiqué, jugé, le sujet ne livre pas facilement ses idées, ses sentiments, ses désirs.

Une dévalorisation particulièrement forte peut alors conduire certains adolescents à une attitude de résignation et de retrait et à l'émergence de conflits internes. Elle peut également induire des réactions émotionnelles pouvant obérer la démarche cognitive, mais aussi engendrer des conduites impulsives, parfois imprévisibles en matière de violence. (Saint Paul J. Op.cit. PP. 23-27)

Conclusion

L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité et une des clés indispensables de la réussite. Nous avons besoin d'être aimés et appréciés, ce besoin de valorisation aux yeux des autres, guide toutes nos activités. Porter un regard positif sur nous-mêmes est donc vital pour notre équilibre psychologique, car il nous donne le sentiment de sécurité interne nécessaire pour faire face aux difficultés de la vie.

Chapitre IV

Problématique

Et

Hypothèses

La problématique

La santé croît silencieusement en l'homme en même temps que le sentiment général de la vie. La maladie au contraire, s'introduit subitement en lui comme une étrangère, se rue à l'improviste sur l'âme effrayée.

La maladie est un état de santé marqué par une perturbation plus au moins grave des processus vitaux de l'organisme, provoquée par des agents pathogènes. Elle s'introduit dans notre vie, prend place dans notre vécu, modifie notre rapport au monde, aux autres et à nous même. Menace potentielle par l'inquiétude qu'elle suppose sur l'avenir, elle est l'affaire d'un présent incertain, inquiétant, ou douloureux, qui engage ce que nous allons devenir.

Être malade, c'est être atteint d'une maladie, la réalité de la maladie ne se réduit pas à ses symptômes et ne reste pas limitée au cadre nosographique qui la définit. Il en existe de grave et de moins graves, de longues et de moins longues. Mais son vécu subjectif nous plonge dans une tout autre dimension. La maladie est ainsi une réalité qui diffuse et irradie dans tout ce que nous sommes.

Le diabète sucré reste un problème dominant de santé publique, à l'échelle mondiale. Il est une maladie chronique, un trouble du métabolisme des glucides dû à une insuffisance de l'action de l'insuline pancréatique qui est caractérisé par une hyperglycémie et parfois par la présence du sucre dans les urines (glycosurie). (Christian L. 2005, p. 362). Il existe plusieurs types de diabète et dans cette présente recherche on va s'intéresser aux côté psychologique des personnes atteintes du diabète de type 1 ou insulino-dépendant (DID).

Le diabète insulino-dépendant (DID) frappe le sujet jeune, il est dû à une anomalie de sécrétion d'insuline par le pancréas. (Grimaldi A. et al. 2009, p. 118). Le déclenchement du diabète insulino-dépendant (DID) est multifactoriel, associant probablement à une prédisposition génétique et une infection virale, conduisant à la destruction auto-immune des cellules β du pancréas sécréteur d'insuline. Appelé « insulino-dépendant » car son traitement passe obligatoirement par l'injection d'insuline à raison de 2 à 4 injections par jour.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il ya plus de 180 millions de diabétiques dans le monde, et que le taux de mortalité dû au diabète va augmenter de 50% si aucune urgence n'est prise. Le diabète touche tout les âges sans exception, et c'est le diabète insulino-dépendant de l'adolescent est diagnostiqué dans plus de 2/3 des cas avant l'âge de 20 ans.

L'incidence du diabète juvénile est de 9 nouveaux cas pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans, le taux d'incidence le plus élevé se situant entre 10 et 15 ans. Dans tous les pays européens, l'incidence du diabète juvénile augmente régulièrement (3% par an). (Alvin P. et Marcelli D. 2005, p. 239).

Par contre en Algérie, le diabète constitue un problème de santé publique, il touche en 2007 plus de 10% de personnes et en 2011 près de 3 millions. Selon la société algérienne de diabétologie, 90% de la population des diabétiques présentent le diabète de type 2 et 10% de type 1¹.

L'institut national de la santé publique d'Alger (INSP) en collaboration avec l'Union européenne, a prouvé que le diabète est le deuxième état morbide le plus fréquent (8,7%) après l'hypertension artérielle (16,23%). (Salemi O. 2010, p. 02). Le diabète est la plus fréquente des maladies endocrines qui touche toutes les tranches d'âge ; l'enfance et l'adulte ainsi que l'adolescence, cette dernière est la tranche d'âge de notre population d'étude dans notre recherche.

L'adolescence est une période de transformation physiologique, comportementale, intellectuelle et sociale. C'est une période complexe marquée par le passage de l'enfance à l'âge adulte. Le diabète insulino-dépendant (DID) est difficile à vivre et à traiter pour l'adolescent. Une détérioration de l'équilibre glycémique est observée, liée aux phénomènes hormonaux pubertaires ainsi qu'aux facteurs comportementaux.

Dans une maladie où l'intervention du patient dans son traitement est pluriquotidienne et complexe, déterminante par son état de santé, on comprend bien l'impact des remaniements propres à l'adolescence sur l'observance thérapeutique : la discipline de vie et les contraintes quotidiennes exigées deviennent difficilement compatibles avec les besoins de liberté et d'autonomie de l'adolescent.

L'observance thérapeutique se définit par le respect d'un régime alimentaire précis et faire des analyses, se soumettre à l'insulinothérapie qui comporte donc au moins trois injections par jour et au moins quatre autocontrôles par jour, qu'il soit chez lui, à l'école, ou en vacances.

¹ Voir les types de diabète dans le côté médical, chapitre I

Certains adolescents sont capables de vivre leur maladie et de s'adapter, alors que d'autres vont avoir du mal à supporter ce qui sera, pour eux, une source de douleur, d'agression, de frustration, d'angoisse, de blessure narcissique, ne laissant alors aucune place au plaisir. Leur projet est mis à mal et la recherche d'une image de soi-même et d'une identité est rendue difficile.

L'irruption d'une maladie chronique telle que le diabète fera éclater l'identité de la personne en établissant une discontinuité entre le moi du passé et celui du présent. Les patients diabétiques ont le sentiment de ne plus être comme les autres, et de ce fait, perde confiance en eux et ils ont un sentiment de dévalorisation ce qui conduit à une baisse d'estime de soi.

L'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitude et d'opinion que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur, croire à sa réussite personnelle, se mobiliser en fonction d'un but à atteindre, ressentir plus au moins profondément un échec, améliorer ses performances, en mettant à profit les expériences antérieures, sont des attitudes directement liées à l'estime de soi recouvre une disposition mentale qui prépare l'individu à réagir selon ses attentes de succès, son acceptation et sa détermination personnelle.(Smith C. 1984,p. 05).

En outre, l'estime de soi correspond à la dimension évaluative du concept de soi, c'est-à-dire à l'ensemble des représentations dont l'individu dispose de lui-même. Elle manifeste dans quelle mesure chacun s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne.

Actuellement l'estime de soi est l'un des sujets les plus implorants qui préoccupe les chercheurs en psychologie clinique, vu son influence positive ou négative sur le fonctionnement psychique.

Plusieurs modèles théoriques se sont intéressés à l'estime de soi, commençant par l'approche psychosociologique, celle-ci parle de la notion d'estime de soi qui tient une place dans une conception de la socialisation vue comme processus de construction interactive des rôles sociaux joués par les individus. Pour les chercheurs tels que Cooley (1902) et Mead (1925-1934), le soi est considéré comme étant principalement une construction sociale, menée à travers des échanges linguistiques avec d'autres. C'est dans ce processus que le soi est profondément structuré.

On trouve aussi, l'approche humaniste avec Rogers C. qui souligne que le soi idéal représente un concept important ; c'est le concept de soi que l'individu aimerait atteindre. Rogers C. soutient également que les individus cherchent à maintenir leur cohérence et à conserver un état de congruence entre les perceptions du soi et l'expérience.

En ce qui concerne Maslow A., l'un des pères de la perspective humaniste en psychologie, en (1970) a postulé que nous satisfaisons nos besoins dans un certain ordre ou selon une hiérarchie. La hiérarchie des besoins de Maslow est un classement qui prend la forme d'une pyramide ; selon cette théorie nous satisfaisons les premiers avant les seconds, et il a classé le besoin d'estime comme élémentaire pour qu'un être humain puisse non seulement survivre, mais vivre dans des conditions satisfaisantes et a proposé d'appeler « besoin » ces « ingrédients » fondamentaux.

Quant à l'approche cognitive à pour principale caractéristique de considérer les processus mentaux comme une succession d'étapes, chacune d'entre elles étant consacrée à l'exécution d'une fonction particulière, d'une partie du traitement de l'information, les théoriciens du soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le soi contiendrait une variété de représentations, ces représentations seraient cognitives et affectives. Pour Markus H., le soi constitue un ensemble de structures appelées self-schémas. Correspondant aux différentes dimensions selon lesquelles un individu se décrit ; ces self-schémas proviennent d'une généralisation de connaissance sur soi, issue des expériences du passé qui guident et organisent le traitement de l'information relative à soi, mais aussi les comportements. (Martinot D. 1995, p. 15).

En effet l'estime de soi de quelques adolescents atteints du diabète est altéré avec sentiments de dévalorisation, se sentir différent par rapport aux autres, un sentiment d'incapacité, il arrive même de faire tout pour cacher sa maladie par peur d'être rejeté.

Dans notre recherche on a opté pour une approche intégrative qui assemble la théorie psychanalytique et cognitive, car l'approche psychanalytique correspond à la construction et l'analyse de l'entretien semi-directif, qui nous a permis d'avoir les informations et cerner la situation du patient, et la qualité de l'environnement dans lequel il vit, par contre l'approche cognitivo-comportementale correspond à l'outil choisi, l'échelle de Cooper Smith pour évaluer le niveau d'estime de soi chez les adolescents diabétiques.

En se basant sur la revue de la littérature et la pré-enquête qu'on a effectuée auprès des adolescents atteints du diabète insulino-dépendant, dans le service de diabétologie dans la

clinique « Beau séjour », maison des diabétiques de la wilaya de Béjaia, on a formulé les questions suivantes afin de s'interroger sur la nature des réactions psychique de ces adolescents face à ces situations :

-Est-ce que la maladie chronique telle que le diabète insulino-dépendant mène les adolescents atteints à se dévaloriser ou à se sous-estimer ?

-L'apport de l'environnement influence-t-il la qualité de l'estime de soi chez les adolescents diabétiques ?

❖ **L'hypothèse générale**

La maladie chronique qui est le diabète insulino-dépendant chez l'adolescent est prise comme variable indépendante influence sur la variable dépendante qui est l'estime de soi éprouvée par les adolescents malades.

❖ **Les hypothèses partielles**

➤ **La première hypothèse**

Certains adolescents diabétiques (DID) souffrent d'une mauvaise estime de soi, sur le plan psychologique elle se manifeste par : un sentiment de dévalorisation, manque de confiance en soi, culpabilité et honte, etc., qui se confirme par le score à l'échelle d'estime de soi qui est entre très bas et bas. Par contre d'autres adolescents acceptent de vivre avec leurs maladies et présentent une bonne estime de soi qui se manifeste par : sentiment de sécurité, sentiment de compétence et performance, développer de l'amour envers soi-même, etc., qui se confirme par le score à l'échelle d'estime de soi qui est entre moyen, élevé et très élevé.

➤ **La deuxième hypothèse**

L'apport de l'environnement peut influencer sur la qualité de l'estime de soi chez l'adolescent diabétique ;

-Quand l'apport est favorable l'estime de soi se manifeste par : la confiance en soi, l'ouverture aux autres, s'exprimer librement, assumer un rôle dans les groupes sociaux, ils ont plus de facilité pour atteindre leurs buts personnels.

- Si l'apport est défavorable l'estime de soi se manifeste chez les adolescents diabétiques par : la crainte d'être rejeté et déprécié, difficulté à prendre des décisions, avoir de mauvaises opinions sur soi même, être mal à l'aise dans les relations avec les autres personnes, etc.

1-Définition des variables et opérationnalisation²

➤ Définition du diabète insulino-dépendant (DID)

Aussi appelé diabète sucré de type 1, il est dû à une carence absolue en insuline et à une destruction auto immunitaire des cellules B des îlots. C'est la plus fréquente des maladies endocrines. (Quevauvillers J. 2009, p. 153).

➤ Opérationnalisation du diabète insulino-dépendant (DID)

1-Maladie chronique ;

2-Insuffisance de sécrétion d'insuline compte tenu de la glycémie à cause du pancréas malade ;

3-Dépendance à l'injection d'insuline ;

3-Sècheresse de la bouche et des muqueuses, s'accompagne toujours d'une odeur cétonique de la bouche ;

4-Asthénie intense et globale ;

➤ Définition du concept d'adolescence

Période du développement au cours de laquelle s'opère le passage de l'enfance à l'âge adulte. Se situe vers l'âge de 11-12 ans et son achèvement vers l'âge de 18 ans. (Bloch H. et al. 1992, p. 17).

➤ Opérationnalisation de l'adolescence

1-Période qui se situe vers l'âge de 11-12 ans et 18 ans ;

2- Marquée par les transformations corporelles et psychologiques ;

3-Distance à l'égard des parents, rapprochement (camaraderie, amitié, amour) ;

² Il est à noter que tous ces signes ne sont pas tous présents chez le même cas. Mais c'est l'ensemble des signes repérés chez tous ces cas qui constituent cette catégorie.

4-Antagonisme social.

➤ **Définition de l'estime de soi**

L'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité, et une manière dont on se voit, ce regard de jugement que l'on porte sur soi est vital à notre équilibre psychologique, lorsqu'il est positif il permet d'agir efficacement, de faire face aux difficultés de l'existence mais quand il est négatif il engendre de nombreuses souffrances et de désagrément qui viennent perturber notre quotidien. (André Ch. et Lélord F. 2007, p. 35).

➤ **Opérationnalisation de l'estime de soi positive (+)**

- 1 -Sentiment de sécurité ;
- 2-Développer de l'amour envers soi-même ;
- 3-Le sentiment de compétence et de performance ;
- 4- Croire à sa réussite, et ne pas craindre l'échec et les jugements.

➤ **Opérationnalisation de l'estime de soi négative (-)**

- 1-Sentiment de dévalorisation ;
- 2- Crainte d'être rejeté et déprécié ;
- 3-Difficulté à prendre des décisions ;
- 4-Avoir de mauvaises opinions sur soi ;
- 5-Être mal à l'aise dans les relations avec les autres personnes.

Partie

Méthodologique

Chapitre V
La démarche
De la
Recherche et la
Population
D'étude

Introduction

La méthodologie est une partie intégrante de toute discipline qui se veut scientifique. Au cours de cette partie méthodologique, on va retracer l'ensemble des étapes suivies pour la réalisation de notre travail, à savoir la démarche de la recherche et la population d'étude.

1-La démarche de la recherche

1-1-La pré-enquête

Est une phase d'investigation préliminaire, de reconnaissance, une phase du terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables argumentées et justifiées de même, la pré-enquête permet de fixer en meilleure connaissance de causes les objectifs précis, que le chercheur aura réalisés pour vérifier ses hypothèses. (Actouf O. 1987, p. 120).

On a effectué notre pré-enquête à la clinique « Beau Séjour », maison des diabétiques de la Wilaya de Béjaia, on avait pour but de recueillir des informations concernant cette catégorie des malades.

En ce premier contact avec les adolescents diabétiques nous a permis de nous initier au rôle du chercheur et d'avoir un aperçu sur les conséquences du diabète sur leurs états psychiques, ce qui nous a permis de constater chez eux une souffrance psychique, des douleurs morales et manque de confiance en soi. Cette pré-enquête nous a permis d'élaborer des questions de recherche pour s'intéresser à l'estime de soi chez les adolescents diabétiques.

C'est à partir de là qu'on a remarqué les difficultés de l'application de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith en français alors on a pensé à la version traduite par le Dr Abd Elhamid Abd Elhafid en arabe en cas de besoin.

Quant à notre enquête, on ne l'a pas effectuée avec les mêmes cas de la pré-enquête, et respectant les règles éthiques de la recherche en psychologie, on a demandé le consentement des adolescents diabétiques pour participer dans cette recherche, et les adolescents qui refusent de participer ne seront pas intégrés dans la population de la recherche. Sur le plan pratique on a eu dans une première phase des entretiens semi-directifs, on a effectué un ou plusieurs entretiens selon la richesse fantasmatique des patients à l'aide d'un guide d'entretien élaboré à l'avance, et dans une deuxième phase, c'est la passation du test de l'estime de soi de

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

Cooper Smith, afin d'aboutir aux objectifs retracer pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, on a opté pour la méthode clinique.

1-2-La méthode clinique

La méthode clinique est une « méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il ya de typique et ce qu'il ya d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée » (Sillamy N. 2003, p. 58).

Elle est aussi envisagée par Lagache D. (1949), comme « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prise avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ».(Chahraoui Kh. et al. 2003, p. 11).

La méthode clinique répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité et de la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse. Elle est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes. (Ibid. p. 12). Et tout cela se fait par l'intermédiaire de ce qui est appelé « l'étude de cas » qui se définit en psychologie comme suit :

- **Etude de cas**

Selon Huber, (1993) l'étude de cas vise « non seulement à donner une description d'une personne, de situation et de ces problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes. (Chahraoui Kh. et al. 2003, p. 12).

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques, mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présent et passés. De l'ensemble de ces données, le clinicien ou bien le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

conduite ; celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Ibid. p. 126).

1-3-Le lieu de la recherche

Notre stage s'est déroulé au cours de la période du 10/01/2013 au 02/04/2013 dans la clinique « Beau Séjour », après accord et décision du directeur de l'EPSP (Etablissement public de la santé de proximité de Bejaia), cette clinique comme une première structure médicale qui s'occupe des diabétiques dans ces différents types : insulinodépendants, non insulinodépendants, etc., dans la wilaya de Bejaia, situé en plein centre-ville, elle a ouvert ses portes aux patients en 1995. Cette clinique regroupe plusieurs services :

- Service de diabétologie : gérer par deux médecins et infirmiers.
- Service de néphrologie : gérer par un médecin et infirmiers.
- Service d'ophtalmologie : gérer par deux médecins et infirmiers.
- La clinique à aussi un bureau de consultation psychologique où on a effectué notre travail de recherche.
- Responsable de la gestion et secrétariat.

Par ailleurs, malgré les moyens limités dont elle dispose, elle compte plus de 2400 malades des deux sexes en 2011, âgés de 14 ans et plus, qui font un suivi régulier une fois par deux mois. Son but est d'inviter les diabétiques à des consultations régulières et assister à des séances d'éducation sanitaire ; afin que les diabétiques sachent comment s'adapter à leurs régimes ; et mener une vie normale, c'est-à-dire accepter leur maladie et d'intégrer la société.

2- La population d'étude

Notre recherche porte sur 8 cas d'adolescents âgés entre (14 et 18) ans, sont venues au service de diabétologie pour un suivi régulier 1 fois par 2 mois, avec lesquels on va travailler on tenant compte des critères suivant :

2-1- Sélection de notre population d'étude

- **Critères d'homogénéité retenus**

-L'âge : se sont des adolescents à l'âge qui varie entre 14 et 18 ans.

- Les sujets : ce sont des diabétiques de même types1 (DID).

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

- **Critère non pertinent pour la sélection**

-Le sexe : la variable sexe n'a pas été prise en considération, puisque notre population d'étude ne se porte pas seulement sur les hommes ou les femmes seulement.

-Le niveau scolaire : ce sont des adolescents scolarisés en différents niveaux.

-Le début de leurs diabètes : l'âge d'apparition du diabète de nos cas est différent, cette variable n'est pas prise en compte pour quelle soit identique pour tous les cas.

-Le niveau socioculturel : est dissemblable entre les cas, ce phénomène apparaît chez toutes les classes sociales.

Tableau récapitulatif des caractéristiques des cas d'étude

Cas	Sexe	Âge	Niveau scolaire	L'âge d'apparition du diabète	Le niveau d'estime de soi
Imène	Féminin	18 ans	3 ^{ème} AS Lycienne	Depuis 12 ans	16 pts niveau très bas
Fairouz	Féminin	16ans	3 ^{em} AM Moyenne	Depuis 2 ans	17 pts niveau très bas
Idris	Masculin	14 ans	3 ^{ème} AM Moyenne	Depuis 12ans	26 pts niveau bas
Safia	Féminin	15 ans	2 ^{em} AM Moyenne	Depuis 10 ans	29 pts niveau bas
Ayoub	Masculin	15 ans	4 ^{ème} AM Moyenne	Depuis 8 ans	30 pts niveau bas
Redouane	Masculin	18 ans	4 ^{ème} AM Moyenne	Depuis 5 ans	35 pts niveau Moyen
Aya	Féminin	15ans	4 ^{ère} AM Moyenne	Depuis 8 ans	38 pts niveau Moyen
Lyna	Féminin	17 ans	3 ^{ème} AS Lycienne	Depuis 3 ans	38 pts niveau Moyen

Chapitre V La démarche de la recherche et la population d'étude

Ce tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant l'âge, le sexe, le niveau scolaire, l'âge d'apparition du diabète, le niveau d'estime de soi.

Concernant les prénoms des patients, nous avons tenu à les changer pour garder l'anonymat et la confidentialité selon la déontologie de la recherche en psychologie clinique.

Conclusion

Tout travail de recherche exige de suivre une méthode et quelques règles et techniques de recherche qui sont des étapes très importantes pour une meilleure organisation et planification. On a abordé notre pré-enquête et notre enquête auprès des adolescents diabétiques à la clinique Beau-séjour de Béjaia, aussi on a présenté l'étude de cas qui constitue la méthode suivie, et on a tenté de donner une brève présentation du lieu de notre recherche et les caractéristiques de la population d'étude.

Partie Pratique

Chapitre VI
Les techniques
utilisées et leurs
analyses

Introduction

Lorsqu'on parle de la recherche en psychologie clinique, il convient de dire que ces recherches utilisent principalement l'entretien clinique et des techniques telles que les tests, les échelles, etc., dont l'objectif est d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes.

I - Les techniques utilisées

Les techniques mises en œuvre dans notre pratique sur le terrain, sont l'entretien clinique de recherche de type semi-directif et l'échelle de « l'estime de soi » SEI (Self Esteem Identity) de Cooper Smith.

1-L'entretien clinique de recherche

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir des données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles clinique ou à l'observation directe avec les méthodes vidéo. (Hervé B. et al. 1999, p. 61).

L'entretien clinique est une méthode de production des données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales. Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus, biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, etc. (Chahraoui Kh. et al. 2003, p. 141).

Il ya trois types d'entretien clinique qui sont : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi-directif. Dans notre recherche on s'est basé sur l'entretien semi-directif.

1-1-L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif aborde assez librement une série de thème à partir d'une consigne large, permet de rendre compte de la dynamique des processus psychiques, le sujet pouvant organiser la dynamique de son discours comme il l'entend, tout en permettant une forme de standardisation. (Cyssau C. 2003, p. 102).

La semi-directivité de l'entretien implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance, elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui Kh et al. 2003, p. 143).

On a effectué les entretiens en langue maternelle (Kabyle), en fonction du niveau de connaissance et du niveau scolaire de nos cas, il reste à signaler que si le cas maîtrise le français, on peut lui appliquer le guide d'entretien en français. Notre entretien semi-directif s'est fait suivant un guide d'entretien que nous avons élaboré dans le but d'avoir des informations sur nos patients, afin de nous aider à vérifier nos hypothèses.

1-2 L'attitude du clinicien lors de l'entretien

L'attitude clinique relève d'une véritable attitude déontologique et éthique, elle implique le respect du sujet, cela implique le respect des droits fondamentaux des personnes, de leurs dignités, de leurs libertés, de leurs protections, du secret professionnel et implique le consentement libre, éclairé des personnes concernées.

La notion du respect, implique un autre élément de l'attitude clinique qui est la neutralité bienveillante, le clinicien ne doit pas formuler de jugements, de critiques, ou des approbations à l'égard du sujet, toute fois la neutralité n'est pas de la froideur ou de la distance, mais doit s'assurer à la bienveillance, il s'agit de mettre en confiance le sujet pour le laisser s'exprimer librement.

La dernière dimension de l'attitude clinique est la compréhension empathique ; il s'agit de comprendre de manière exacte le monde intérieur du sujet dans une sorte d'appréhension intuitive. (Hervé B. et al. 1999, p. 18-19).

1-3 Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Blanchet A. 1999, p. 68).

Ici le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre du chercheur. (Ibid. p. 62). Le guide d'entretien permet le recueil des informations générales concernant le sujet traitant.

Ce guide d'entretien comprend quatre axes à traiter, chaque axe contient plusieurs questions qui permettent de répondre plus précisément à notre thème de recherche, qui se trouve ci-dessous :

Le guide d'entretien

-Caractéristiques personnelles

- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau scolaire ?
- Avez-vous des frères ? Si oui, combien ?
- Quel est votre rang dans la fratrie ?

Axe n°1 : Information en relation avec l'état de santé actuelle

Cet axe va nous permettre de savoir l'état de santé actuelle du patient, le début de l'atteinte, les causes qui ont accompagné cette atteinte, le facteur héréditaire...etc.

- Depuis quand êtes vous diabétique ? Et comment évolue votre maladie ?
- Quelle sont les raisons (causes) qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
- Combien de fois vous étiez hospitalisé à cause de cette atteinte ?
- Suivez-vous un régime alimentaire strict ?
- Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?
- Ya t-il d'autres personnes de votre famille atteintes de la même maladie ?

Axe n°2 : information sur l'état de santé antérieur

Cet axe permet d'accéder à des informations sur l'état de la santé antérieur dans l'enfance du sujet, les hospitalisations, l'intervention chirurgicale.

- Avez-vous souffert d'une maladie (atteinte) dans votre enfance ?
- Avez-vous d'autres maladies avant que vous soyer atteint du DID ?
- Avez-vous été hospitalisé à cause d'une autre maladie ?
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale avant ?

-Axe n°3 : information concernant l'investissement d'objet

Dans cet axe il ya les informations concernant l'investissement d'objet ; le vécu de la maladie au sein de la famille, relations sociales, relations scolaires, passions, ainsi que l'envisagement de l'avenir de l'adolescent diabétique.

- Comment vivez-vous votre maladie au sein de votre famille ?
- Comment sont-elles vos relations sociales ?
- Comment sont-elles vos relations dans le milieu scolaire ?
- parlez des mauvais souvenirs des traumatismes psychiques ?
- Avez-vous des activités et passions que vous exercez ?
- En ce moment comment envisagez-vous votre avenir ?

-Axe n°4 : renseignement relatif à l'estime de soi du diabétique

Dans cet axe on pose les questions qui ont une relation sur l'estime de soi du diabétique ; sa vision par rapport à lui et aux autres, le sentiment d'échec, la confiance ainsi que la prise de décision.

- Comment vous vous voyez maintenant ?
- Comment vous vous voyez par rapport aux autres ?
- Avez-vous l'impression d'être mis à l'écart dans votre vie ?
- Est-ce que vous avez le sentiment d'échec dans votre vie ?
- Est-ce que vous vous faites confiance en vous-même ?
- Est-ce que vous vous critiquez ?
- Est-ce que vous trouvez des difficultés lors de la prise des décisions ?

Remarque

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

2-L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith

Pour mesurer le niveau d'estime de soi de notre population d'études, on a utilisé un outil Anglo-saxon traduit, puis validé par le Centre de Psychologie Appliquée (C.P.A). C'est l'inventaire de Cooper Smith (SEI).

- **Définition de l’inventaire de l’estime de soi**

Selon C. Smith, l’inventaire a été élaboré pour fournir une mesure fidèle et valide de l’estime de soi, dans les domaines sociaux, familiaux et scolaires. L’estime de soi serait importante dans la réussite scolaire et professionnelle et à ce titre, le questionnaire est utilisé en orientation scolaire ou professionnelle.

- **Description de l’inventaire d’estime de soi**

L’inventaire a reçu plusieurs versions au cours du temps. Actuellement, les deux formes les plus connues sont la forme scolaire pour les enfants et adolescents, et la forme adulte.

Les deux formes comprennent 58 Items décrivant des sentiments, des opinions aux queles le sujet doit répondre en cochant « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ».

Une grille de correction facilite l’obtention des scores aux différentes échelles la version anglaise forme scolaire a été étudiée sur plus de 7000 enfants.

L’intérêt de ce questionnaire est de donner une estime de soi globale associée à « des estimés de soi » dans le domaine social, familial et scolaire.

Cette échelle, est constituée de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs.

Tableau N° 1 : présentations des items positif et négatif de l’inventaire de Cooper Smith.

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

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

Cette forme est composée de cinq échelles

Tableau N°2: la forme scolaire de l’inventaire de Cooper Smith.

On a utilisé la forme scolaire qui est destinée pour les enfants et adolescents adéquate à notre thème dans le but de vérifier nos hypothèses de recherche.

L’inventaire de Cooper Smith forme scolaire, l’échelle comprend au totale 58 items la forme définitive se compose de :

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

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

Les notes aux différents sous échelles, ainsi que la note totale, permettent d'apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets ont une image positive d'eux même. (Cooper S. 1984, p. 10). Les notes de l'échelle de mensonge ne rentrent pas dans le calcul de la note totale.

- **Le mode d'administration**

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

- **Les consignes d'administration**

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

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne intitulée « Me ressemble ».

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

- **Le temps de passation**

Le temps de passation dure environ dix minutes. (Cooper S. 1984, p. 11).

II- L'analyse des techniques utilisées

Pour chaque présentation d'un cas dans notre population d'étude, on va procéder avec les étapes suivantes :

1-L'analyse de l'entretien clinique

1.1 -La santé physique

- La santé antérieure et actuelle.
- Le début et la cause de la maladie et ses complications.

1.2-L'investissement d'objet

- Traumatisme psychique et vécu de la maladie.
- La qualité de la vie relationnelle, sociale et scolaire.
- Les activités et passions dans la vie du patient.
- La vision sur l'avenir du patient.

1.3- Les renseignements relatifs à l'estime de soi ¹

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

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

➤ La correction de l'échelle d'estime de soi

La correction des résultats de l'échelle d'estime de soi se fait grâce à la grille suivante :

Tableau n° 06 : la grille de correction de l'inventaire de Cooper Smith.

Composantes	Items		réponses	Note
Estime de soi générale	positif	1-4-19-27-38-39-43-47.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0

¹ On a l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith qui est spécialement conçue pour connaître le niveau d'estime de soi.

	négatif	3-7-10-12-13-15-18- 24-25-30-31-34-35-48- 51-55-56-57.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi sociale	positif	5-8-14-28.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatif	21-40-49-52.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi familiale	positif	9-20-29.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatif	6-11-16-22-44.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi scolaire	positif	33-37-42.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatif	2-17-23-46-54.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Echelle de mensonge	positif	26-32-41-50-53-58.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatif	36-45.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

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

➤ **La cotation :**

La cotation de l'échelle d'estime de soi se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith, on comptant « 1 point » par croix apparaissant à travers les repères. Les 5 notes obtenues : générale, familiale, sociale, scolaire et mensonge, seront inscrites sur la feuille de réponse. La note totale d'estime de soi s'obtient en sommant les notes aux 4 échelles générales, sociales, familiales et scolaires. La

note de mensonge n'entre pas dans le totale. La note maximum est de « 26 » pour l'échelle générale et de « 8 » pour les autres échelles elle est de « 50 » pour la note totale d'estime de soi. (Cooper S. 1984, p.12).

➤ **Interprétation**

A l'obtention de les notes totale de l'estime de soi et aussi les notes totale de l'échelle de mensonge.

L'interprétation des résultats obtenue dans la correction est basée sur ses deux tableaux, le premier est celui du niveau total d'estime de soi classé par ordre en « 5 » classes, et le deuxième concernant les valeurs caractéristiques des échelles : générale, sociale, familiale, scolaire, et mensonge, le troisième le niveau d'estime de soi.

Tableaux n° 04 : Les classes de niveaux d'estime de soi.

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

Source : Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith. (Centre de psychologie appliqué, 1984, p. 13).

Tableau 05: Valeurs et caractéristiques des sous échelles.

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

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

Dans ce tableau il y'aura une possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon « 05 classe ». La classe première (≤18) c'est la note minimale qui indique un niveau d'estime

de soi très bas, la seconde (19 à 30) indique un niveau d'estime de soi bas. C'est deux classes désigne ceux qui ont une évaluation négative d'eux même.

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

La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (39 à 45). Enfin la dernière classe (46 à 50), qui englobe des sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (Cooper S. 1984, p. 13).

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

Conclusion

Grâce à ce chapitre, on va assurer une meilleure organisation à notre travail de recherche. Ce qui a permet de comprendre le déroulement des techniques utilisées et leurs analyses qui nous on permet de recueillir les informations souhaitées.

Nous avons opté pour une approche intégrative (approche psychanalytique et l'approche Cognitive) car l'étude que nous avons menée a été axée sur l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de l'évaluation de l'estime de soi de Cooper Smith.

Le choix de l'entretien semi-directif est dû au fait qu'il a l'avantage non seulement de nous permettre de collecter des données, mais aussi il donne une liberté d'expression et d'association libre au sujet tout en l'orientant dans cette voie, donc on est dans la théorie psychanalytique. Le choix de l'échelle d'estime de soi permet d'évaluer et de mesurer le niveau d'estime de soi, selon l'arrière-plan théorique cognitivo-comportementale.

Chapitre VII
Présentation et
analyse des
résultats

Introduction

Chaque recherche scientifique, demande pour sa réalisation, une méthode bien précise et des étapes méthodologiques qui correspondent à la nature des informations demandées, aussi il n'y a pas une méthode opérationnelle unique sur laquelle on peut compter seulement, pour dévoiler la réalité psychique de l'être humain. Cependant, on note que la partie pratique qui englobe les résultats de notre recherche est une étape très importante dans l'étude scientifique ; elle nous rapporte des informations afin de répondre à nos questions de départ, et de pouvoir discuter nos hypothèses formulées à l'aide de la pré enquête et la revue de la littérature, et qui sont corrélées au thème traité. Chaque cas reste un cas différent qui a sa spécificité et sa singularité par rapport aux autres cas. Donc L'étape de présentation et d'analyse des données soutirées est l'étape la plus importante dans notre recherche, car elle permet l'analyse des entretiens et celle de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, afin de réaliser les objectifs de notre recherche.

Présentation du cas Imène

1-L'analyse de l'entretien clinique

Imène, jeune adolescente âgée de 18 ans, elle est l'aînée d'une fratrie composée de six membres, deux frères et trois sœurs. Sa mère est décédée, elle est scolarisée en 3^{ème} année secondaire, suivant ses études par correspondance, le niveau socioéconomique est moyen.

Durant l'entretien, Imène s'est montrée timide et calme, elle s'est mise d'accord pour parler sur sa maladie et les difficultés liées à cette dernière, après avoir eu son consentement.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Imène a vécu une enfance saine, à part quelques gripes saisonnières.

- **Le début et la cause de la maladie et ses complications**

L'étiologie de l'apparition de la maladie est marquée par la présence du facteur héréditaire, car sa grand-mère paternelle est atteinte du diabète, la découverte de la maladie remonte à l'âge de 6 ans, son apparition est marquée par un ensemble de symptômes liés à la maladie : fatigue, soif intense, polyurie..., à l'âge de 16 ans elle a développé des complications liées à sa maladie; trouble de la fonction rénale, elle est sous traitement médicale.

1.2-L'investissement d'objet

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

Après être sortis de chez elle, Imène s'est fait mordre par le chien des voisins quand elle avait l'âge de 5 ans, cela l'a marqué et il lui a laissé un mauvais souvenir, ensuite après une année elle était atteinte du diabète suite à plusieurs facteurs, le choc déjà cité et la prédisposition héréditaire, et à l'âge de 14 ans elle a perdu sa mère, ce qui l'a marqué profondément et a provoqué chez elle des complications de son diabète, à savoir l'atteinte rénale. Depuis le décès de la mère, le père ne s'est pas remarié et il est devenu silencieux, il ne parle que pour donner des ordres et ne fait pas attention à eux, ce qui a engendré un vide et

un manque de communication. Quant au vécu de la maladie au sein de la vie familiale est marquée par un déséquilibre à cause de l'absence de la mère et la responsabilité qu'elle lui a laissée, veillées sur ses frères. Et vu l'état de santé de cette dernière, elle n'arrivait pas à accomplir la tâche.

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

Avec le voisinage et l'entourage, Imène se refuge et fait tout son possible pour éviter les gens, de manière à ne pas les fréquenter et à ce que les autres n'aient pas de peine pour elle. Quant à la vie relationnelle scolaire, elle a choisi de faire les études par correspondance de manière à travailler toute seule, on souligne qu'Imène, utilise le mécanisme d'évitement des conflits interpersonnels.

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

La patiente aime la lecture et écouter la musique.

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

Imène souhaite réussir son BAC, qui est pour elle un défi, afin de continuer ses études et de s'affirmer socialement, et veiller sur ses frères et sœurs.

1.3- Les renseignements relatifs à l'estime de soi

- **La maladie du diabète et sa relation avec l'estime de soi**

Au cours de l'entretien, Imène affirme qu'elle se sent dévaloriser, elle a un manque de confiance en soi, craint d'être rejeté et déprécié.

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

La qualité de l'entourage familial est défavorable à cause de la conduite du père qu'il l'ignore et ne prend pas soin d'elle, il est effacé et froid. Quant à l'environnement social est défavorable à cause de l'isolement du sujet de peur d'être rejetée.

2-L'analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau 1 : Présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Résultats	12	01	03	01	16	03

On a obtenu (16) points de la note totale qui est de (50) points. La patiente présente un niveau très bas d'estime de soi.

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

-L'échelle générale : on a obtenu une note de (12) sur (26) points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Imène un manque de confiance en soi, elle a répondu en cochant la case « me ressemble », « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » et elle a coché sur « je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau ».

-L'échelle sociale : on a obtenu la note de (01) points sur (08) points de la note maximale, Imène a de mauvaises relations avec son entourage social suite à ses déclarations « La plupart des gens sont mieux aimés que moi » et « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes ».

-L'échelle familiale : on a obtenu une note de (03) points sur (08) points de la note maximale, ce qui marque un climat d'instabilité telle qu'elle a souligné en cochant la case « me ressemble », « personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison ».

-L'échelle scolaire : on a obtenu une note de (01) points sur (08) points de la note maximale, inférieure à la moyenne (4,12), elle répond en cochant « me ressemble », « il m'est très difficile de prendre la parole en classe », et « en classe, je me laisse souvent décourager ».

-L'échelle de mensonge : on a obtenu une note de (03) points inférieurs à la moyenne (3,22) ce qui indique une attitude non défensive vis-à-vis du test.

➤ Résumé du cas.

L'estime de soi chez Imène d'après l'entretien se manifeste par un sentiment de dévalorisation à cause de la maladie et de ses complications, elle présente un manque de

confiance en soi, et porte des mauvaises opinions sur elle-même.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau très bas estimé à (16) points, qui signifie un niveau très bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (≤ 18) points indique un niveau très bas d'estime de soi

Le niveau très bas de l'estime de soi est amplifié par l'attitude négative marquée par un manque de soutien de la part de sa famille qui l'ignore, et le désintérêt total de la part de son père, ce qui fait la qualité défavorable de son environnement.

Présentation du cas Fairouz

1-L'analyse de l'entretien clinique

Fairouz, jeune adolescente âgée de 16 ans, elle est l'aînée d'une fratrie composée de deux membres, un frère et une sœur. Elle est scolarisée en 3^{ème} année moyenne, le niveau socioéconomique est moyen.

Durant l'entretien, Fairouz s'est présentée calme et gentille, la prise de contact avec elle a été marquée par un climat empathique. Fairouz s'est mise d'accord pour discuter sur sa maladie, après avoir eu son consentement.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

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

- **Le début et la cause de la maladie et ses complications**

Le début de la maladie du sujet remonte à l'âge de 14 ans, l'étiologie d'apparition de la maladie du diabète est marquée par l'absence du facteur héréditaire, selon Fairouz la maladie est due à un choc, ce jour-là elle était seule avec sa grand-mère à la maison quand celle-ci a eu des sursauts bizarres, qu'elle n'a jamais vu de sa vie, elle a appelé les voisins, le temps que ces derniers arrivent sa grand-mère a rendu le dernier souffle dans ses bras.

Depuis cet événement le sujet a développé un ensemble de symptômes liés à la maladie ; soif intense, polyurie,...confirmée par un bilan médical, actuellement Fairouz vit sans complications remarquables.

1.2-L'investissement d'objet

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

La perte de sa grand-mère dans ses bras constitue un événement triste et dur qui lui est resté vivant dans ses pensées, selon ses dires : « la disparition de ma grand-mère est un

évènement malheureux et désolant, qui est habité en moi »¹. Quant au vécu de la maladie au sein de la vie familiale est marquée par une stabilité, elle a trouvé un soutien et un appui de la part de ses parents qui prennent soin d'elle.

• **La qualité de la vie relationnelle, sociale et scolaire**

La qualité de la vie relationnelle sociale est marquée par un déséquilibre, Fairouz n'aime pas être avec les autres personnes, selon ses dires : « les autres viennent souvent m'embêter »², à l'école elle s'isole, ne fréquente pas ses camarades, elle a des difficultés à suivre ses cours, avec les enseignants elle a des problèmes, depuis le jour où ils ont fêté en classe l'anniversaire de l'un de leur camarade, quand Fairouz a voulu prendre un morceau de gâteau l'enseignant lui refusa en lui disant tu es diabétique, de ce jour ; elle déteste tout ses enseignants et ses résultats se sont dégradés.

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

Quant aux activités et passions, Fairouz aime le dessin, la musique, selon ses dires « j'aime dessiner et écouter la musique »³.

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

Fairouz a une vision pessimiste, elle n'a pas de projet d'avenir, seulement elle veut mener une vie tranquille.

1.3- Les renseignements relatifs à l'estime de soi

• **La maladie du diabète et sa relation avec l'estime de soi**

Au cours de l'entretien, Fairouz affirme qu'elle se sent dévaloriser, elle a de mauvaises opinions sur elle-même, son quotidien est monotone à cause de sa maladie, qui la freine a changé tas de choses en elle, selon ses dires: « il ya, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais »⁴, elle annonce qu'à chaque moment de prise de l'insuline elle développe de la haine envers soi-même, ce qui a engendré des critiques de soi et une baisse d'estime de soi, qui relève de la problématique narcissique.

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

¹ الموت انست دين إقسحزنن اتن تزدرغ إزي

² ويط تسن ديمن أيديقن

³ اتحبغ أدرسمغ و ادسلغ الموسيقى

⁴ ألن زي بزاف أتلحوايح أبغغ أديبلغ لوكان زمرغ

La qualité de l'environnement familial est favorable, ses parents sont attentifs à ce qu'elle ressent, ils lui portent un étayage, alors que l'environnement social est défavorable à cause de son sentiment de mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes notamment en classe.

2-L'analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau 1 : Présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Résultats	08	01	07	01	17	03

On a obtenu (17) points de la note totale qui est de (50) points. La patiente présente un niveau très bas d'estime de soi.

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

-L'échelle générale : on a obtenu une note de (08) sur (26) points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Fairouz un manque de confiance en soi, elle a répondu en cochant la case « me ressemble », « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » et elle a coché sur « je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau » et « c'est très dur d'être moi ».

-L'échelle sociale : on a obtenu la note de (01) points sur (08) points de la note maximale, Fairouz a de mauvaises relations avec son entourage sociaux suite à ses déclarations « La plupart des gens sont mieux aimés que moi » et « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes ».

-L'échelle familiale : on a obtenu une note de (07) points sur (08) points de la note maximale, ce qui marque un climat de stabilité telle qu'elle a souligné en cochant la case « me ressemble », « mes parents me comprennent » et aussi « mes parents sont attentifs à ce que je ressens ».

-L'échelle scolaire : on a obtenu une note de (01) points sur (08) points de la note maximale, inférieure à la moyenne (4,12), elle répond en cochant « me ressemble », « il m'est très difficile de prendre la parole en classe », et « en classe, je me laisse souvent décourager ».

-**L'échelle de mensonge** : on a obtenu une note de (03) points inférieurs à la moyenne (3,22) ce qui indique une attitude non défensive vis-à-vis du test.

➤ **Résumé du cas.**

L'estime de soi chez Fairouz se manifeste d'après l'entretien par un développement du sentiment de haine envers soi-même, ce qui a engendré des critiques et de manque de confiance en soi, qui relève de la problématique narcissique, ce qui a mené à une baisse d'estime de soi

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau très bas estimé à (17) points, qui signifie un niveau très bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (≤ 18) points indique un niveau très bas d'estime de soi.

L'apport de l'environnement familial est positif qui se traduit par le comportement de ses parents, la bonne entente et le soutien qu'elle a trouvé de leurs parts, lui a servis un d'appui qui est un facteur positif pour Fairouz. Alors que l'environnement social est défavorable à cause de son sentiment de mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes. Malgré que l'environnement familial est favorable, son estime de soi reste négative à cause de la problématique narcissique, et l'apport défavorable au sein de l'école.

Présentation du cas Idris

1-L'analyse de l'entretien clinique

Idris, jeune adolescent âgé de 14ans, il est le puîné d'une fratrie composée de quatre membres, trois frères et une sœur. Scolarisé en troisième année moyenne, issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyen.

Au cours de l'entretien Idris s'est montré timide et très calme. Le contact a été superficiel marqué par une froideur et une timidité notable.

Après avoir eu son consentement, Idris s'est mis d'accord pour discuter sur sa maladie ainsi que les difficultés liées à cette dernière.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Idris n'a pas de problème de santé à signaler à part une fracture à la jambe droite suite à une chute au vélo à l'âge de 7 ans.

- **Le début et la cause de la maladie et ses complications**

Le début de la maladie du sujet remonte à l'âge de 9 ans, les signes d'apparition de la maladie tels qu'ils sont décrits par lui sont la soif intense, polyurie, fatigue, faim, sècheresse de la bouche. Le sujet souffre des complications liées à la maladie ; des hyperglycémies qui arrivent même à la cétose diabétique (vomissement, douleurs abdominales, respiration rapide, trouble de la conscience) qui ont nécessité des hospitalisations. Dans ses antécédents on note une absence du facteur héréditaire, car il est le seul au sein de sa famille atteint du diabète.

1.2-L'investissement d'objet

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

Le sujet a de mauvais souvenirs sur l'état d'ébriété de son père et cela lui a laissé des séquelles.

Le vécu de maladie au sein de la vie familiale est marqué par une instabilité à cause de la

conduite de son père qui est un ivrogne, à causer des conflits relationnels au sein de la famille, il éprouve envers lui un sentiment de haine, selon ses dires « mon père il nous a pourris la vie, c'est un ivrogne, il est rigide et violent, je le déteste, il ne fait pas attention à moi »⁵, Idris a de bon relation avec ses frères et sa mère il dit : « elle est tout pour moi »⁶. On souligne que cette relation de désirer le sexe opposé et détester le même sexe représente un pallier de réorganisation psychique lié à la réactivation du complexe d'Oedipe à l'adolescence.

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

La qualité de la vie relationnelle sociale est marquée par un déséquilibre, selon ses dires : « je me sens mal à l'aise dans mes relations avec les autres »⁷, à l'école Idris n'aime pas être avec les autres camarades, il s'isole de peur que les autres découvrent sa maladie, selon ses dires « je n'aime pas fréquenter mes camarades pour qu'ils ne découvrent pas ma maladie »⁸, avec les enseignants il n'a pas de problèmes, surtout quand il s'agit d'une enseignante il se sent à l'aise, comme si cette dernière représentait les bras maternels. Quant au rendement scolaire, il fait ses devoirs de mieux qu'il peut, ses résultats sont moyens.

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

Quant aux activités et passions, Idris aime les jeux électroniques, écouter la musique et aussi la pêche de poisson, selon ses dires « j'aime les jeux électroniques, écouter la musique et aller pêcher les poissons ».⁹

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

Idris a une vision optimiste sur l'avenir, il souhaitera être un ingénieur en informatique, et réussir dans sa vie. Ce choix de cette fonction est lié aux activités électroniques aimées.

1.3-Les renseignements relatifs à l'estime de soi

- **La maladie du diabète et sa relation avec l'estime de soi**

Au cours de l'entretien, Idris affirme qu'il se sent dévaloriser, il a de mauvaises opinions sur lui, craint d'être rejeté et déprécier par les autres à cause de sa maladie, il sent une

⁵ بابا إسكروهغ الحيتنغ, د سكران يران يعر, كرهغث أستقعر ألمعن ازي

⁶ نتت دكلش عرغر.

⁷ أسحسيغ إمنو ماشي بخير مار ذليغ ألواح ذويط.

⁸ أتحيغر أذخلطغ إمدكلو بشأتقنر إلهلاكو .

⁹ أتحيغ لج إلكترونيك, أذسلغ الموسيقى و أذروغ عسياد نلحوث.

blessure narcissique accentuée par le comportement de sa famille qui le juge inapte à cause de son diabète, selon ses dires : « au sein de ma famille, on me traite comme diabétique »¹⁰.

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

Le comportement de la famille de Idris, exerce un excès de contrôle et de limites liés au régime alimentaire, sans lui laisser une marge aux plaisirs qui s'accroissent à l'adolescence, selon ses dires: « Ma famille ne cesse pas de me dire ne mange pas ceci, ne fait pas cela tu es diabétique, cela me blesse, je me sens différent des autres, et quelque chose me manque à cause de cette maladie »¹¹, ce qui a engendré un manque de confiance en soi, et une baisse d'estime de soi.

2 - L'analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau 1 : Présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Résultats	15	2	4	5	26	6

On a obtenu (26) points de la note totale qui est de (50) points. Le sujet présente une basse estime de soi et cela dans toutes les échelles.

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

-L'échelle générale: une note de (15) points sur (26) points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Idris un manque de confiance en soi, il a répondu en cochant la case « me ressemble », « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » et la case « je cède très facilement aux autres » et « c'est très dure d'être moi-même ».

-L'échelle sociale : on a obtenu une note de (2) points sur (8) points de la note maximale, Idris souffre d'un problème relationnel ce qu'on a constaté dans sa réponse en cochant la case « me ressemble », « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes », et la case « les autres viennent souvent m'embêter ».

¹⁰ أضمنغ تعملني أمديابتك.

¹¹ ألفمليين قرنيدي ديمن أستر وي, أخدمر وي شنتش ديابتك, أنشتي إبلسي , أسحسيغ إمانو ماشي أميطر, ألحج طخصيي عجال انلهلاكو.

-**L'échelle familiale** : on a obtenu une note de (4) points sur (8) points de la note maximale, ce qui caractérise le climat conflictuel au sein de sa famille, en cochant la case « à la maison je suis souvent contrarié », et aussi « il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison ».

-**L'échelle scolaire** : on a obtenu une note de (5) points sur (8) points de la note maximale ; ses résultats en sous échelles d'estime de soi scolaire sont moyennes. « Je fais toujours mon travail du mieux que je peux » et « j'aime être interrogé en classe ».

-**L'échelle de mensonge** : le score est très élevé à l'échelle de mensonge (6) points sur (8) points de la note maximale, ce qui indique qu'elle est supérieure à la moyenne qui est de (3,22), ce qui signifie la résistance vis-à-vis du test et un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

➤ **Résumé du cas**

L'estime de soi chez Idris à partir de l'entretien, se manifeste par un sentiment de dévalorisation et de mauvaises opinions sur lui causé par une blessure narcissique accentuée par le comportement de sa famille, qui le juge inapte à cause de sa maladie, et un manque de confiance en lui-même parce qu'il a peur d'être jugé et critiquer par les autres.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau très bas estimé à (26) points qui correspondent à la 1^{ère} classe (≤ 33) signifiant une très basse estime de soi chez le sujet.

Le caractère défavorable de l'environnement de Idris est dû à sa crainte à propos de la découverte de la nature de sa maladie par son entourage et leurs attitudes négatives, qui le met dans un état de mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes. En outre le conflit interpersonnel avec son père et son état d'ébriété, à influencer négativement sur la qualité de son estime de soi, à l'exception de quelques membres dont sa mère et ses frères qui lui servent d'un étayage et une source de soulagement.

Présentation du cas Safia

1-L'analyse de l'entretien clinique

Safia, jeune adolescente âgée de 15 ans, elle est la benjamine d'une fratrie composée de sept membres, cinq sœurs et deux frères, son père est décédé. Elle est scolarisée en 2^{ème} année moyenne, le niveau socio-économique est pauvre.

Durant l'entretien, Safia s'est présentée active, le contact a été facile et riche, elle s'est mise d'accord pour discuter sur sa maladie et les difficultés liées à cette dernière, après avoir eu son consentement.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Le sujet n'a pas de problème de santé remarquable à signaler à part les angines (inflammation des amygdales) et des gripes saisonnières.

- **Le début et la cause de la maladie et ses complications**

L'étiologie de l'apparition de la maladie est marquée par la présence du facteur héréditaire car dans sa famille il ya deux membres qui sont atteints du diabète ; le grand-père ainsi que la tante. La découverte de la maladie remonte à l'âge de 5 ans, son apparition est marquée par un ensemble de symptômes : soif intense, polyurie...,elle a développé des complications liées à la maladie ; l'acuité visuelles et présente un amaigrissement fort, selon ses dires : « j'ai des sensations de malaise, mon physique ne me plaît pas, je ne suis pas comme les autres »¹². On souligne que Aya a utilisé des procédés narcissiques, tel que la critique de soi.

1.2- L'investissement d'objet

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

Safia a perdu son père quand elle avait l'âge de 4 ans, ce qui à entraver à résoudre le conflit oedipien, cela a rendu difficile le travail de deuil, cependant la mort prématuré du père est toujours un drame, elle plonge Safia dans le chagrin déchirant, selon ses dires: « la mort

¹² أسحسبغ إيمانو شوپكن، ألعمر و أبعبر أفلنر أميط.

de mon père est irréparable »¹³. Quand au vécu de la maladie au sein de la famille est marqué par une instabilité, à cause de la conduite de sa mère qui est rigide et autoritaire selon ses dires : « ma mère est stricte, elle me rend la vie difficile »¹⁴. Safia a de bonnes relations avec ses sœurs et ses frères.

• La qualité de la vie relationnelle sociale et scolaire

Le côté relationnel familial de Safia est négatif, il est marqué par un déséquilibre, la maman est devenue phallique, elle veut remplacer l'absence du père, on lui limitant beaucoup de chose, se qui a influencé négativement sur son vécu psychologique, selon ses dires « ma mère m'interdit de faire quoi que ce soit, même de recevoir une amie à la maison »¹⁵.

Alors que la vie relationnelle sociale et scolaire est stable, le sujet n'a pas de problème avec ses camarades et ses enseignants selon ses dires « à la maison ma mère m'étouffe et cela me dérange, par contre à l'école et au quartier je suis estimé par tout le monde »¹⁶. On souligne que l'apport de l'environnement extérieur est favorable, qui a substitué l'environnement intérieur défavorable, ce qui est un facteur positif pour Safia pour réaliser un certain équilibre.

• Les activités et passions dans la vie du patient

Pendant l'entretien Safia parle de plusieurs passions et activités qu'elle aime faire mais sa mère lui interdit de ne réaliser aucun projet même d'avoir une amie.

• La vision sur l'avenir du patient

Safia a une vision positive sur son avenir, elle souhaitera être une couturière de haut niveau, ce qui signifie qu'elle veut réparer la mise en marge de la société imposée par sa mère et cela par un statut social reconnu.

1.3 Les renseignements relatifs à l'estime de soi

• La maladie du diabète en relation avec l'estime de soi

Au cours de l'entretien, Safia affirme qu'elle se sent dévaloriser, son physique ne lui plaît pas (l'apport de lunettes de vue et l'amaigrissement, elle a de mauvaises opinions sur soi.

¹³ الموت نيب قمغ أسدفع لحساب.

¹⁴ بما طعر طري الحيتو تصعب.

¹⁵ بما طقطعي أنخدمغ ألا ذروح, ألم أدوغ طمدكلت أخام.

¹⁶ قخام إما تنديقي, أنشطتي إندرنجي, ملمعن قلحوم أك إقلكول أتحنبي إلكل

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

La qualité de l'entourage familial est défavorable à cause de la conduite de la mère qui est rigide, alors que la qualité de l'environnement social est marquée par un équilibre.

2- L'analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau 1 : Présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Résultats	15	06	04	04	29	03

On a obtenu (29) points de la note totale qui est de (50) points. La patiente présente un niveau bas d'estime de soi.

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

-L'échelle générale : on a obtenu une note de (15) sur (26) points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Safia un manque de confiance en soi, elle a répondu en cochant la case « me ressemble », « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » et aussi « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens ».

-L'échelle sociale : on a obtenu la note de (06) points sur (08) points de la note maximale, Safia a de bon relation avec son entourage sociale suite a ses déclarations « je plais facilement » et « je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge ».

-L'échelle familiale : on a obtenu une note de (04) points sur (08) points de la note maximale, ce qui caractérise le climat conflictuel au sein de sa famille, en cochant la case « à la maison je suis souvent contrariée » et aussi « personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison ».

-L'échelle scolaire : on a obtenu une note de (06) points sur (08) points de la note maximale, supérieur à la moyenne (4,12), elle répond en cochant « me ressemble », « je fais toujours mon travail du mieux que je peux ».

-**L'échelle de mensonge** : on a obtenu une note de (03) points inférieur à la moyenne (3,22) se qui indique une attitude non défensive vis-à-vis du test.

➤ **Résumé du cas.**

L'estime de soi chez Safia se manifeste d'après l'entretien, par un sentiment de dévalorisation, elle trouve son physique moins agréable que la plupart des gens, elle a de mauvaises opinions sur soi, elle se critique par rapport à l'apport des lunettes et l'amaigrissement, ce qui a engendré un manque de confiance en sa personne.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau bas estimé à (29) points, qui signifie un niveau très bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (<33) points indique un niveau très bas d'estime de soi

L'apport de l'environnement familial est négatif à cause de la conduite de la mère qui est devenue phallique et étouffante en substituant le père décédé, ce qui a influencé négativement sur son vécu psychologique, alors que l'apport de l'environnement social et scolaire est stable, il a substitué l'environnement intérieur, qui est un facteur positif pour Safia, mais l'apport de ce dernier n'a pas pallié toutes les défaillances provoquées par la cellule familiale, ce qui a influencé négativement sur l'estime de soi.

Présentation du cas Ayoub

1-L'analyse de l'entretien clinique

Ayoub, jeune adolescent âgé de 15 ans, il est l'aîné d'une fratrie composée de trois membres, deux frères et une sœur. Scolarisé en 4^{ème} année moyenne, issu d'une famille d'un niveau socio-économique moyen.

Au cours de l'entretien, Ayoub s'est montré à l'aise, gentil et coopératif, il s'est mis d'accord pour discuter sur sa maladie ainsi que les difficultés liées à cette dernière après avoir eu son consentement.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Dans l'enfance du sujet, il ya rien à signaler à part une maladie respiratoire ; la coqueluche à l'âge de 4 ans, mais après prise en charge médicale il est guéri.

- **Le début et la cause de la maladie et ses complications**

L'étiologie d'apparition de la maladie du diabète est marquée par l'absence du facteur héréditaire ; selon Ayoub la maladie est due à un accident de la circulation ; en sortant de l'école accompagné de ses camarades de classe, un véhicule à faucher un groupe d'élèves et le spectacle était tellement tragique ainsi que la vue du sang giclant de partout a laissé Ayoub dans un état de choc, vécu par un traumatisme initial pour son apparition à l'âge de 7 ans.

Depuis cet accident Ayoub n'a pas était à l'école, en utilisant le mécanisme d'évitement, et il a développé des signes d'apparition de la maladie tels qu'ils sont décrits par lui ; soif intense, polyurie, fatigue, sècheresse de la bouche. Un bilan médical a confirmé l'atteinte du diabète insulino-dépendant. Le sujet vivant sans complications à part les épisodes des hypo et hyperglycémie de temps à autre.

1.2- L'investissement d'objet

• Traumatisme psychique et vécu de la maladie

Le sujet a un mauvais souvenir sur son père, il le frappait sans raison, selon ses dires: « Mon père me frappait souvent, pourtant je restais sage »¹⁷.

Le vécu de la maladie au sein de la vie familiale est marqué par un déséquilibre, le conflit est due a des problèmes avec son père qui est sévère avec lui, le sujet annonce : « avec mes frères et ma mère je suis en bonne relation, mais avec mon père j'ai des problèmes ; son caractère est difficile, s'a m'arrive d'avoir aucune envie de rester à la maison »¹⁸, aimer le sexe opposé et détester le même sexe représente un pallier de réorganisation psychique lié à la réactivation de l'Oedipe à l'adolescence. Quand il s'agit d'un conflit interpersonnel en souligne que Ayoub utilise l'évitement pour le résoudre.

• La qualité de la vie relationnelle sociale et scolaire

La qualité de la vie relationnelle sociale et scolaire n'est pas stable à cause de l'isolement du sujet de peur d'être rejeté par les autres et selon ses dires : « les gens sont tellement curieux, qu'ils poussent l'individu à dévoiler se qu'il a au fond de lui-même, alors je préfère être un spectateur dans mon coin »¹⁹,il utilise le mécanisme d'évitement du conflit, alors que la vie relationnelle scolaire, Ayoub se sens mal à l'aise en classe, il a du mal a prendre la parole en classe selon ses dires « c'est très dure pour moi de suivre en classe, surtout avec la préparation du BEM s'a me perturbe »²⁰.

• Les activités et passions dans la vie du patient

Ayoub a comme passion le dessin, il aime bien dessiner des portraits et jouer au football, ce loisir relève du recours aux comportements, qui est une voie pour écouler les excitations.

• La vision sur l'avenir du patient

Le patient garde une vision optimiste sur l'avenir, il espère vivre tranquillement, réussir ses études et ne pas avoir peur de l'avenir.

¹⁷ بابا إكثي ديمن , يرن أتقميغ طرونكل

¹⁸ الواح ديثم أك ديم تمسفهمغ ددسن, ملمعن بابا سعغ ألمشاكل , طبعس طعر, طسعتن أسعغر ابقر أدقمغ فخم.

¹⁹ لعباد تحفن أدفهمن أين إنخطن,فكن تقميغ فليعد فلاسن.

²⁰ اوعري أدتبعغ لقرايين أفكلكلاس,صرط الواح دسجد نل ب.أ.م.

1.3 Les renseignements relatifs à l'estime de soi

- **La maladie du diabète en relation avec l'estime de soi**

Au cours de l'entretien Ayoub affirme qu'il a de mauvaises opinions sur lui-même, il se sent dévaloriser et différent des autres, il n'a pas confiance en lui-même.

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

La qualité de l'entourage familial et social est marquée par un déséquilibre se qui a engendré chez le sujet une mauvaise opinions sur soi.

2- L'analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau 1 : Présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Résultats	18	04	04	04	30	05

On a obtenu (30) points de la note totale qui est de (50) points. Le patient présente un niveau bas d'estime de soi.

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

-L'échelle générale : on a obtenu une note de (18) points sur (26) points qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Ayoub un manque de confiance en soi, il a répondu en cochant la case « me ressemble », « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » et la case « c'est très dur d'être moi-même ».

-L'échelle sociale : on a obtenu une note de (04) points sur (08) points qui est la note maximale, se qui témoigne un déséquilibre dans les relations sociale, il a répondu en cochant la case « me ressemble », « la plupart des gents sont mieux aimés que moi » et « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes »

-L'échelle familiale : on a obtenu une note de (04) points sur (08) points qui est la note maximale, se qui marque une instabilité dans les relations familiale, il a répondu en cochant la case « me ressemble », « personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison » et « mes

parents attendent trop de moi ».

-**L'échelle scolaire** : on a obtenu une note de (04) points sur (08) points qui est la note maximale, inférieure à la moyenne (4,12), il répond en cochant « me ressemble », « il m'est très difficile de prendre la parole en classe » et « je me sens souvent mal à l'aise en classe ».

-**L'échelle de mensonge** : le score est élevé à l'échelle de mensonge (05) points sur (08) points de la note maximale, ce qui indique qu'il est supérieur à la moyenne qui est de (3,22), ce qui signifie la résistance vis-à-vis du test.

➤ **Résumé du cas.**

L'estime de soi de Ayoub se manifeste d'après l'entretien par un sentiment de mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes, il craint d'être critiqué à cause de sa maladie, ainsi que le climat conflictuel au sein de la cellule familiale a empêché une communication qui a engendré une dévalorisation et un manque de confiance en soi.

On a constaté d'après cette analyse que Ayoub a une évaluation négative de soi, son score est de (30) points qui signifie un niveau bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (19 à 30) points indique un niveau bas d'estime de soi.

L'apport de l'environnement de Ayoub est défavorable, le conflit est dû à des problèmes avec son père qui est rigide avec lui, et cela a influencé négativement sur la qualité de son estime de soi, ainsi que la qualité de l'environnement extérieur qui n'est pas stable aussi, à cause de l'isolement du sujet de peur d'être rejeté par les autres.

Présentation du cas Redouane

1-L'analyse de l'entretien clinique

Redouane, jeune adolescent âgé de 18 ans, il est l'ainé d'une fratrie composée de trois membres, un frère et deux sœurs. Scolarisé en quatrième année moyenne, issu d'une famille d'un niveau socioéconomique aisé.

Au cours de l'entretien, Redouane s'est montré actif et motivé. Le contact a été marqué par un climat de confiance, de collaboration riche. Les réactions à l'entretien, ont été vécues par une participation affective et beaucoup d'émotions. Redouane s'est mis d'accord pour discuter sur sa maladie, après avoir eu son consentement.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Redouane n'a pas de problème de santé à signaler à part son allergie aux acariens, après avoir fait le test d'allergie chez un spécialiste.

- **Le début et la cause de la maladie et ses complications**

L'étiologie de l'apparition de la maladie est marquée par la présence du facteur héréditaire, car son père est atteint du diabète. La découverte de la maladie remonte à l'âge de 13 ans, son apparition est maquée par un ensemble de symptômes : soif, polyurie, fatigue, somnolence..., il vit sans complications remarquables.

1.2-L'investissement d'objet

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

Le sujet a gardé un mauvais souvenir du jour où on lui a annoncé la nature de sa maladie par le médecin. Quant au vécu de la maladie au sein de la famille est marqué par une stabilité et une entente parfaite, et surtout sa mère qui est très proche de lui.

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

Redouane est en bonne relation avec son entourage, sa famille notamment sa mère qui

s'occupe de son régime et qui est très proche de lui, qui signifie un pallier de réorganisation pour lui (réactivation du complexe d'Œdipe), ses amis, ses voisins, etc. A l'école, il s'entend bien avec ses camarades et ses enseignants, seulement ses résultats scolaires sont bas, il n'aime pas étudier selon ses dires: « J'ai de bons relations avec tous les gens que je connais, en ce qui concerne les études je n'aime pas trop étudier »²¹

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

Le sujet aime le bricolage, et jouer au football, ce loisir relève du recours aux comportements, qui est une voie pour écouler les excitations.

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

Le sujet a une vision optimiste sur son avenir, il espère faire une formation en mécanique, et gérer le garage de mécanique de son père, ce choix de cette fonction est lié au mécanisme utilisé par Redouane qui est le recours aux comportements.

1.3- Les renseignements relatifs à l'estime de soi

• **La maladie du diabète et sa relation avec l'estime de soi**

Au cours de l'entretien Redouane affirme qu'il se sent valoriser, et le faite d'être malade ne lui cause pas de souci.

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

La qualité de l'entourage familial et social est favorable, ce qui a permet d'avoir un équilibre psychique et physique.

2- L'analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau 1 : Présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Résultats	19	06	07	03	35	06

On a obtenu (35) points de la note totale qui est de (50) points. Le patient présente un niveau moyen d'estime de soi.

²¹ إسعف العلاقات نلعالى الوح ذمدن إلكل, أين إعنن لقري أئتتبعغر بزاف.

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

1-L'échelle générale : on a obtenu une note de (19) points sur (26) points, qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Redouane une confiance en soi, il a répondu en cochant la case « me ressemble », « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté », et « je suis assez sûre de moi », et il a une vision sur soi positive en répondant « je me comprend bien moi-même ».

2-L'échelle sociale : on a obtenu (6) points sur (8) points de la note maximale, Redouane est marqué par une attitude de bienveillance vis-à-vis de son entourage social suite à ses déclarations, « On s'amuse beaucoup en ma compagnie » et aussi « je suis très apprécié par les garçons et filles de mon âge », et « je plais facilement ».

3-L'échelle familiale : on a obtenu une note de (8) points sur (8) de la note maximale, se qui marque un climat de stabilité et d'équilibre tel qu'il a souligné en cochant la case « me ressemble », « En général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens » et « Mes parents me comprennent » et aussi, « Mes parents et moi passons de bons moment ensemble ».

4-L'échelle scolaire : on a obtenu une note de (3) points sur (8) de la note maximale, inférieur à la moyenne (4,12), sa maladie a influencé négativement sur son rendement scolaire. Il répond en cochant « me ressemble », « il m'est très difficile de prendre la parole en classe».et « je me sens souvent mal à l'aise en classe.

5-L'échelle de mensonge : on a remarqué un score élevé (4) points par apport à la moyenne (2,38) à l'échelle de mensonge. Ce qui implique une attitude défensive vis-à-vis du test.

➤ **Résumé du cas.**

L'estime de soi chez Redouane se manifeste d'après l'entretien par le sentiment de confiance en soi, et le fait d'être malade ne lui cause pas de soucis, il développe de l'amour envers lui-même, il ne craint pas les jugements des autres, ce qui conduit le sujet à se valoriser et prendre les choses de bon côté.

On a constaté d'après l'analyse de l'entretien et celle du test que Redouane a une évaluation positive de soi, son score est de (35) points qui signifie un niveau moyen d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (31 à 38) points indique un niveau

moyen d'estime de soi.

L'apport de l'environnement de Redouane qui se traduit par la qualité positive de ses relations avec sa famille et son entourage, lui a servis d'un appui, donc le caractère favorable de l'environnement à influencer positivement sur la qualité de l'estime de soi.

Présentation du cas Aya

1-L'analyse de l'entretien clinique

Aya, jeune adolescente âgée de 15ans, elle est l'ainée d'une fratrie composée de cinq membres, deux frères et trois sœurs. Elle est scolarisée en 4^{ème} année moyenne, le niveau socioéconomique est aisé.

Durant l'entretien, Aya s'est présentée souriante et motivée, le contact a été marqué par un climat de confiance, de collaboration riche. Les réactions à l'entretien, ont été vécues par une participation affective et beaucoup d'émotions. Aya s'est mise d'accord pour discuter sur sa maladie, après avoir eu son consentement.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Le sujet a subi une intervention chirurgicale à l'âge de 7 ans pour l'ablation de l'appendice, à part ça elle n'a pas de problèmes à signaler.

- **Le début et la cause de la maladie et ses complications**

L'étiologie de l'apparition de la maladie est marquée par la présence du facteur héréditaire, la mère est atteinte du diabète et son grand-père maternel et son oncle aussi. La découverte de la maladie remonte à l'âge de 8 ans (en 3^{ème} année primaire), son apparition est marquée par un ensemble de symptômes; vertige, fatigue, soif intense, etc. Elle vit sans complications remarquables.

1.2-L'investissement d'objet

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

Aya déclare qu'elle était choquée après avoir subi l'ablation de l'appendice, elle a gardé de mauvais souvenirs. Quant au vécu de la maladie, elle l'accepte, sans trop de difficultés, son rapport avec son milieu familial est marqué par un climat de stabilité et d'équilibre tel qu'elle a souligné : « j'ai de bonnes relation avec ma famille, on passe de bons moments et même

chose à l'école avec mes camarades»²². Donc l'environnement se caractérise par une connotation positive, et un apport favorable qui contribue à maintenir Aya équilibrée psychologiquement et physiquement.

• La qualité de la vie relationnelle sociale et scolaire

La qualité de la vie relationnelle sociale et scolaire est marquée par un équilibre et une stabilité, le sujet noue de bonnes relations dans son milieu social, elle est bien entourée, trouve la sécurité, le soutien et l'encouragement, elle déclare : « j'aime tous les gens que je connais, j'ai de bonnes relations avec autrui, ils m'apportent soutien et encouragement »²³. Et même chose à l'école, elle a de bonnes relations avec ses camarades et ses enseignants, sans difficultés elle a de bons résultats scolaires et selon ses dires « je fais toujours mon travail du mieux que je peux, je suis capable d'avoir des résultats excellents », ce qui signifie une confiance et de bonnes opinions de soi, ainsi qu'une idéalisation de soi qui font partie des mécanismes narcissique.

• Les activités et passions dans la vie du patient

Quant aux activités et passions du sujet, elle aime la musique et surtout la guitare selon ses dires: « j'aime jouer à la guitare, je fais même des cours au conservatoire »²⁴, qui est un mécanisme de sublimation, qui lui permet une certaine réalisation de plaisirs, dans un cadre accepté par la société.

• La vision sur l'avenir du patient

Sa vision sur l'avenir du sujet, elle veut continuer ses études supérieures à l'étranger et composer des partitions de music avec la guitare.

1.3-Renseignement relatif à l'estime de soi

• La maladie du diabète et sa relation avec l'estime de soi

Au cours de l'entretien, Aya affirme qu'elle se sent valoriser de la part de sa famille, et le fait d'être malade ne lui cause pas de soucis, c'est-à-dire qu'elle a fait le deuil du dysfonctionnement au niveau de son corps qui lui a permis d'accepter sa maladie.

²² أسعغ ألعلاق نلعالي واحي دلفمليين, نسعدي لوقاا إقرزن, دغن كفكف واحي درفقنو فلكليج.

²³ أتحبغ أك لعباد إسعغ, إسعغ لعلاق نلعال ددسن , علنيد ألكراج .

²⁴ تحبغ أذلعيغ سطقيتارث خدمغ مام لي كور فلكنسر فطوار.

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

La qualité de l'entourage familial et social est favorable, ce qui a permis d'avoir un équilibre psychique et physique.

2-L'analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau 1 : Présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Résultats	19	06	07	06	38	06

On a obtenu (38) points de la note totale qui est de (50) points. La patiente présente un niveau moyen d'estime de soi.

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

1-L'échelle générale : on a obtenu une note de (19) points sur (26) points, qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Aya une confiance en soi, elle a répondu en cochant la case « me ressemble », « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté », et « je suis assez sûre de moi », et elle a une vision sur soi positive en répondant « je me comprends bien moi-même ».

2-L'échelle sociale : on a obtenu (6) points sur (8) points de la note maximale, Aya est marquée par une attitude de bienveillance vis-à-vis de son entourage social suite à ses déclarations, « On s'amuse beaucoup en ma compagnie » et aussi « je suis très appréciée par les garçons et filles de mon âge », et « je plais facilement ».

3-L'échelle familiale : on a obtenu une note de (8) points sur (8) de la note maximale, se qui marque un climat de stabilité et d'équilibre tel qu'elle a souligné en cochant la case « me ressemble », « En général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens » et « Mes parents me comprennent » et aussi, « Mes parents et moi passons de bons moments ensemble ».

4-L'échelle scolaire : on a obtenu une note de (6) points sur (8) de la note maximale, supérieures à la moyenne (4,12), sa maladie n'influence pas négativement sur son rendement scolaire. Elle répond en cochant « me ressemble », « je suis fière des résultats scolaires » et

« j'aime être interrogé en classe ».

5-L'échelle de mensonge : on a remarqué un score élevé (6) points par apport à la moyenne (2,38) à l'échelle de mensonge. Ce qui implique une attitude défensive vis-à-vis du test.

➤ **Résumé du cas.**

L'estime de soi chez Aya se manifeste dans l'entretien, par le sentiment de confiance en soi, de compétence et de performance parce qu'elle est valorisée et encouragée par son entourage, elle développe de l'amour envers soi-même, elle croit à sa réussite et ne craint pas les jugements des autres.

On a constaté d'après l'analyse de l'entretien et celle du test que Aya a une évaluation positive de soi, son score est de (38) points qui signifie un niveau moyen d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (31 à 38) points indique un niveau moyen d'estime de soi.

L'apport de l'environnement d'Aya qui se traduit par la qualité positive de ses relations avec sa famille et son entourage social et scolaire, et par la bonne entente et le soutien qu'elle a trouvé de leurs parts lui a servi d'un appui et d'une source de remède. Alors, le caractère favorable de l'environnement a influencé positivement sur la qualité de l'estime de soi.

Présentation du cas Lyna

1-L'analyse de l'entretien clinique

Lyna, jeune adolescente âgée de 17 ans, elle est la benjamine d'une fratrie composée de cinq membres, trois filles et deux garçons. Elle est scolarisée en 3^{ème} année au lycée, branche science naturelle et vie.

Durant l'entretien, Lyna s'est présentée active, le contact a été facile et riche, elle s'est mise d'accord pour discuter sur sa maladie et les difficultés liées à cette dernière, après avoir eu son consentement.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Lyna a subi une intervention chirurgicale à l'âge de 12 ans pour l'ablation des amygdales, à part ça elle n'a pas de problème à signaler.

- **Le début et la cause de la maladie et ses complications**

L'étiologie de l'apparition de la maladie est marquée par la présence du facteur héréditaire, sa tante est atteinte du diabète et sa grand-mère paternelle ainsi que son frère aîné. La découverte de la maladie remonte à l'âge de 13 ans, son apparition est marquée par un ensemble de symptômes ; soif intense, polyurie, fatigue, etc. Elle vit sans complications remarquables.

1.2-L'investissement d'objet

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

Comme chaque semaine pendant les vacances, en allant en famille à la mère pour se baigner, Lyna a failli se noyer, depuis elle a gardé un très mauvais souvenir, cette année-là elle avait 11ans. Quant au vécu de la maladie, elle accepte sa maladie sans trop de difficultés, elle affirme sa connaissance de la maladie et prend celle-ci comme une amie selon ses dires : « c'est une maladie chronique causée par le dysfonctionnement du pancréas, mais on peut la

considérer comme une amie intime et vivre avec elle »²⁵. Lyna a utilisé dans ses propos le mécanisme de contrôle à savoir la formation réactionnelle, où elle a renversé le symbole d'anéantissement de la maladie, a un symbole de reconstruction.

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

La qualité de la vie relationnelle sociale est marquée par un équilibre et une stabilité, le sujet noue de bonnes relations dans son milieu social, elle est bien entourée, trouve la sécurité, le soutien et l'encouragement, même chose à l'école avec ses camarades et enseignants elle a de bonnes relations, et obtient de bons résultats scolaires.

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

Au cours de l'entretien, Lyna déclare qu'elle aime écrire des poèmes, écouter la musique classique, et faire la natation et adhérer dans les associations à caractère humanitaire, afin d'aider les autres.

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

Lyna a une vision optimiste sur son avenir, réussir son BAC et choisir une filière en relation avec la médecine, elle espère fonder une association pour les adolescents diabétiques, ce choix n'est pas arbitraire, il reflète la situation réelle de Lyna.

1.3- Les renseignements relatifs à l'estime de soi

- **La maladie du diabète et sa relation avec l'estime de soi**

Au cours de l'entretien, Lyna affirme qu'elle se sent valoriser de la part de sa famille, et le fait d'être malade ne lui cause pas de soucis, c'est-à-dire qu'elle a fait le deuil du dysfonctionnement au niveau de son corps, qui lui a permis d'accepter sa maladie.

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

La qualité de l'entourage familial et social est favorable, ce qui a permis d'avoir un équilibre psychique et physique, sans attraper d'autres maladies.

²⁵ دلهاك إقدومن علاج نلبنكري أفهلكن, ملمعن نزمز أتنحسب أم تمدكلت و أنعش بدس.

2- L'analyse de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau 1 : Présentation des résultats de l'échelle de Cooper Smith

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge
Résultats	17	06	08	07	38	04

On a obtenu (38) points de la note totale qui est de (50) points. La patiente présente un niveau moyen d'estime de soi.

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

1-L'échelle générale : on a obtenu une note de (17) points sur (26) points, qui est la note maximale, ce qui témoigne chez Lyna une confiance en soi, elle a répondu en cochant la case « me ressemble », « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté », et « je suis assez sûre de moi », et elle a une vision sur soi positive en répondant « je me comprends bien moi-même ».

2-L'échelle sociale : on a obtenu (6) points sur (8) points de la note maximale, Lyna est marquée par une attitude de bienveillance vis-à-vis de son entourage social suite à ses déclarations, « On s'amuse beaucoup en ma compagnie » et aussi « je suis très appréciée par les garçons et filles de mon âge », et « je plais facilement ».

3-L'échelle familiale : on a obtenu une note de (8) points sur (8) de la note maximale, se qui marque un climat de stabilité et d'équilibre tel qu'elle a souligné en cochant la case « me ressemble », « En général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens » et « Mes parents me comprennent » et aussi, « Mes parents et moi passons de bons moments ensemble ».

4-L'échelle scolaire : on a obtenu une note de (7) points sur (8) de la note maximale, supérieure à la moyenne (4,12), sa maladie n'influence pas négativement sur son rendement scolaire. Elle répond en cochant « me ressemble », « je suis fière des résultats scolaires » et « j'aime être interrogé en classe ».

5-L'échelle de mensonge : on a remarqué un score élevé (4) points par rapport à la moyenne (2,38) à l'échelle de mensonge. Ce qui implique une attitude défensive vis-à vis du test.

➤ Résumé du cas.

L'estime de soi chez Lyna se manifeste d'après l'entretien par le sentiment de confiance en soi, de compétence et de performance, elle développe de l'amour envers soi-même, elle croit à sa réussite elle se sent valoriser de la part de sa famille, et le fait d'être malade ne lui cause pas de soucis, c'est-à-dire qu'elle a fait le deuil du dysfonctionnement de son organe atteint, qui lui a permis d'accepter sa maladie.

On a constaté d'après l'analyse de l'entretien et celle du test que Lyna a une évaluation positive de soi, son score est de (38) points qui signifie un niveau moyen d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (31 à 38) points indique un niveau moyen d'estime de soi.

Concernant l'apport de l'environnement, à partir de l'entretien on déduit que Lyna a trouvé un soutien et une aide de la part de son entourage surtout sa famille et se qui constitue un environnement familial et social favorable qui a contribué à un résultat élevé d'estime de soi chez Lyna.

Chapitre VIII

Discussion des

Hypothèses

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

➤ La première hypothèse

Certains adolescents diabétiques (DID) souffrent d'une mauvaise estime de soi, sur le plan psychologique elle se manifeste par : un sentiment de dévalorisation, manque de confiance en soi, culpabilité et honte... etc., qui se confirme par le score à l'échelle d'estime de soi qui est entre très bas et bas. Par contre d'autres adolescents acceptent de vivre avec leurs maladies et présentent une bonne estime de soi qui se manifeste par : sentiment de sécurité, sentiment de compétence et performance, développer de l'amour envers soi-même...etc., qui se confirme par le score à l'échelle d'estime de soi qui est entre moyen , élevé et très élevé.

Effectivement, nos huit cas ont confirmé notre hypothèse, à savoir les différents niveaux d'estime de soi ;

- Les cas suivants présentent un niveau très bas d'estime de soi :

-Imène; l'estime de soi chez Imène d'après l'entretien se manifeste par un sentiment de dévalorisation à cause de la maladie et de ses complications, elle présente un manque de confiance en soi, et porte des mauvaises opinions sur elle-même.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau très bas estimé à (16) points, qui signifie un niveau très bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (≤ 18) points indique un niveau très bas d'estime de soi

-Fairouz ; l'estime de soi chez Fairouz se manifeste d'après l'entretien par un développement du sentiment de haine envers soi-même, ce qui a engendré des critiques et de manque de confiance en soi, qui relève de la problématique narcissique, ce qui a mené à une baisse d'estime de soi

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau très bas estimé à (17) points, qui signifie un niveau très bas

d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (≤ 18) points indique un niveau très bas d'estime de soi.

- Les cas suivants présentent un niveau bas d'estime de soi :

-Idris; l'estime de soi chez Idris a partir de l'entretien, se manifeste par un sentiment de dévalorisation et de mauvaises opinions sur lui causé par une blessure narcissique accentuée par le comportement de sa famille, qui le juge inapte à cause de sa maladie, et un manque de confiance en lui-même parce qu'il a peur d'être jugé et critiqué par les autres.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau très bas estimé à (26) points qui correspondent à la 1^{ère} classe (≤ 33) signifiant une très basse estime de soi chez le sujet.

-Safia; l'estime de soi chez Safia se manifeste d'après l'entretien, par un sentiment de dévalorisation, elle trouve son physique moins agréable que la plupart des gens, elle a de mauvaises opinions sur soi, elle se critique par rapport à l'apport des lunettes et l'amaigrissement, ce qui a engendré un manque de confiance en sa personne.

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau bas estimé à (29) points, qui signifie un niveau très bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (< 33) points indique un niveau très bas d'estime de soi.

-Ayoub; l'estime de soi de Ayoub se manifeste d'après l'entretien par un sentiment de mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes, il craint d'être critiqué à cause de sa maladie, ainsi que le climat conflictuel au sein de la cellule familiale a empêché une communication qui a engendré une dévalorisation et un manque de confiance en soi.

On a constaté d'après cette analyse que Ayoub a une évaluation négative de soi, son score est de (30) points qui signifie un niveau bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (19 à 30) points indique un niveau bas d'estime de soi

- Les cas suivants présentent un niveau moyen d'estime de soi

-Redouane; l'estime de soi chez Redouane se manifeste d'après l'entretien par le sentiment de confiance en soi, et le fait d'être malade ne lui cause pas de soucis, il développe de l'amour

envers lui-même, il ne craint pas les jugements des autres, ce qui conduit le sujet à se valoriser et prendre les choses de bon côté.

On a constaté d'après l'analyse de l'entretien et celle du test que Redouane a une évaluation positive de soi, son score est de (35) points qui signifie un niveau moyen d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (31 à 38) points indique un niveau moyen d'estime de soi.

-Aya ; l'estime de soi chez Aya se manifeste dans l'entretien, par le sentiment de confiance en soi, de compétence et de performance parce qu'elle est valorisée et encouragée par son entourage, elle développe de l'amour envers soi-même, elle croit à sa réussite et ne craint pas les jugements des autres.

On a constaté d'après l'analyse de l'entretien et celle du test que Aya a une évaluation positive de soi, son score est de (38) points qui signifie un niveau moyen d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (31 à 38) points indique un niveau moyen d'estime de soi.

-Lyna; l'estime de soi chez Lyna se manifeste d'après l'entretien par le sentiment de confiance en soi, de compétence et de performance, elle développe de l'amour envers soi-même, elle croit à sa réussite elle se sent valorisée de la part de sa famille, et le fait d'être malade ne lui cause pas de soucis, c'est-à-dire qu'elle a fait le deuil du dysfonctionnement de son organe atteint, qui lui a permis d'accepter sa maladie.

On a constaté d'après l'analyse de l'entretien et celle du test que Lyna a une évaluation positive de soi, son score est de (38) points qui signifie un niveau moyen d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de Cooper Smith (31 à 38) points indique un niveau moyen d'estime de soi.

➤ **La deuxième hypothèse**

L'apport de l'environnement peut influencer sur la qualité de l'estime de soi chez l'adolescent diabétique ;

-Quand l'apport est favorable l'estime de soi se manifeste par : la confiance en soi, l'ouverture aux autres, s'exprimer librement, assumer un rôle dans les groupes sociaux, ils ont plus de facilité pour atteindre leur but personnel.

- Si l'apport est défavorable l'estime de soi se manifeste chez les adolescents diabétiques par : la crainte d'être rejeté et déprécié, difficulté à prendre des décisions, avoir de mauvaises opinions sur soi même, être mal à l'aise dans les relations avec les autres personnes...etc.

Effectivement, nos huit cas ont confirmé notre hypothèse, à savoir la qualité favorable et défavorable est son impact sur l'estime de soi ;

- L'apport de l'environnement des cas suivants est défavorable, ce qui a influencé négativement sur l'estime de soi

-Imène; le niveau très bas de l'estime de soi de Imène est amplifié par l'attitude négative marquée par un manque de soutien de la part de sa famille qui l'ignore, et le désintérêt total de la part de son père, ce qui fait la qualité défavorable de son environnement.

-Fairouz; l'apport de l'environnement familial de Fairouz est positif qui se traduit par le comportement de ses parents, la bonne entente et le soutien qu'elle a trouvé de leurs parts, lui a servi d'appui qui est un facteur positif pour Fairouz. Alors que l'environnement social est défavorable à cause de son sentiment de mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes. Malgré que l'environnement familial est favorable, son estime de soi reste négative à cause de la problématique narcissique, et l'apport défavorable au sein de l'école.

-Idis; le caractère défavorable de l'environnement de Idris est dû à sa crainte à propos de la découverte de la nature de sa maladie par son entourage et leurs attitudes négative, qui le met dans un état de mal à l'aise dans ses relations avec les autres personnes. En outre le conflit interpersonnel avec son père et son état d'ébriété, à influencer négativement sur la qualité de son estime de soi, à l'exception de quelques membres dont sa mère et ses frères qui lui servent d'un étayage et une source de soulagement.

-Safia; l'apport de l'environnement familial de Safia est négatif à cause de la conduite de la mère qui est devenue phallique et étouffante en substituant le père décédé, ce qui a influencé négativement sur son vécu psychologique, alors que l'apport de l'environnement social et scolaire est stable, il a substitué l'environnement intérieur, qui est un facteur positif pour Safia, mais l'apport de ce dernier n'a pas pallié toutes les défaillances provoquées par la cellule familiale, ce qui a influencé négativement sur l'estime de soi.

-Ayoub; l'apport de l'environnement de Ayoub est défavorable, le conflit est dû a des problèmes avec son père qui est rigide avec lui, et cela a influencé négativement sur la qualité de son estime de soi, ainsi que la qualité de l'environnement extérieur qui n'est pas stable aussi, à cause de l'isolement du sujet de peur d'être rejeté par les autres.

- L'apport de l'environnement des cas suivants est favorable, ce qui a influencé positivement sur l'estime de soi

-Redouane; l'apport de l'environnement de Redouane qui se traduit par la qualité positive de ses relations avec sa famille et son entourage, lui a servis d'un appui, donc le caractère favorable de l'environnement à influencer positivement sur la qualité de l'estime de soi.

-Aya; l'apport de l'environnement d'Aya qui se traduit par la qualité positive de ses relations avec sa famille et son entourage social et scolaire, et par la bonne entente et le soutien qu'elle a trouvé de leurs parts lui a servis d'un appui et d'une source de remède. Alors, le caractère favorable de l'environnement a influencé positivement sur la qualité de l'estime de soi.

-Lyna; concernant l'apport de l'environnement de Lyna, à partir de l'entretien on déduit que Lyna a trouvé un soutien et une aide de la part de son entourage surtout sa famille et se qui constitue un environnement familial et social favorable qui a contribué à un résultat élevé d'estime de soi chez Lyna.

Nos hypothèses concernant l'estime de soi chez les diabétiques, sont réfutables et non absolues, car les résultats de notre population d'étude, ne représentent pas la population mère, de tous les malades atteints par cette maladie.

Conclusion Générale

Conclusion générale

Conclusion générale

A travers notre recherche on a démontré que la maladie chronique qui est le diabète influence largement sur le coté psychologique de l'adolescent diabétique plus particulièrement sur son estime de soi qui est une composante importante de la personnalité de l'être humain.

La réalisation de notre travail s'est basée sur la revue de la littérature et un ensemble d'observations repérées sur le terrain d'étude lors de la pré-enquête, ce qui nous a orienté afin de poser des questions et de formuler des hypothèses. Durant l'enquête réalisée au niveau de la clinique « Beau séjour » maison des diabétiques de la wilaya de Béjaia ,on a obtenu à partir de l'application des entretiens semi-directifs et la passation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith, en adoptant la méthode clinique, et cela afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses.

Notamment, cette recherche nous a permis d'aboutir à certaines remarques telles que l'évaluation de l'estime de soi qui diffère d'un patient à un autre, selon la personnalité, les stratégies d'adaptation ou les mécanismes de défense, ainsi que l'existence de liens significatifs entre l'apport de l'environnement et l'estime de soi. On a remarqué aussi que le diabète engendre en grande partie des conséquences psychologiques qui peuvent conduire à des véritables perturbations de l'état psychique des adolescents.

Nos hypothèses sur les adolescents diabétiques sont réfutables, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statiques et non absolus, et cela est dû à notre population d'étude qui ne présente pas la population mère.

Nous espérons à travers cette recherche, d'avoir contribué à faire sortir le diabétique de son silence, comprendre ses souffrances et lui accorder une écoute. Aussi particulièrement d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles pour d'autres recherches.

En fin, nous tenons à attirer l'attention sur l'importance et la dimension que présente la prise en charge psychologique du patient diabétique dans sa vie psychique et sociale, ce besoin d'écoute et de soutien qu'on a constaté dans notre pratique.

Notre expérience, nous a offert l'opportunité de nous approcher de l'adolescent diabétique et des différents aspects de sa vie et de sa souffrance, ce qui nous incite à proposer

Conclusion générale

des questions de perspectives dans l'espoir d'être étudiées dans des recherches ultérieures, et qui sont comme suit :

- Quelle est l'image du corps chez les adolescents diabétiques ?
- Quelles sont les stratégies de coping chez les adolescents diabétiques ?

Cette recherche reste une bonne expérience en termes d'apprentissage et de découverte sur le plan pédagogique, scientifique, personnel et humain.

Bibliographie

La liste bibliographique

- 1- Actouf O. (1987), « *Méthodologie des sciences sociales* », Québec, édition les presses de l'université.
- 2- Alin P. et al. (2005), « *Médecine de l'adolescent* », Paris, édition Masson.
- 3- Alvin P. et Marcelli D. (2005), « *Médecine de l'adolescent* », Paris, édition Masson.
- 4- André Ch. et Lélord F. (2007), « *L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres* », Paris, édition Odile Jacob.
- 5- Bertagne P. (2002), « *Psychologie médicale* », In Encyclopédie Médico-chirurgicale, Psychiatrie, n°10, PP.37-61.
- 6- Blanchet A. et Gotman A. (2007), « *L'enquête et ses méthodes* », Paris, édition Armand Colin.
- 7- Bloch H. et al. (1992), « *Grand dictionnaire de la psychologie* », France, édition Larousse.
- 8- Buffet C. et al. (2010), « *Endocrinologie diabétologie, Nutrition* », Paris, édition Masson.
- 9- Chahraoui KH. et Bénony H. (2003), « *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique* », Paris, édition Dunod.
- 10- Christian L. (2005), « *Le petit Larousse* », Québec, édition Larousse.
- 11- Cooper S. (1984), « *Inventaire d'estime de soi* », Edition du centre de psychologie appliquée.
- 12- Coslin P.-G. (2002), « *Psychologie de l'adolescent* », Paris, édition Armand Colin.
- 13- Cyssau C. (2003), « *l'entretien en clinique* », Paris, édition Dunod.
- 14- Damien-Delloye B. (1985), « *Diabète et nutrition* », Paris, édition Vigot.
- 15- Famose J.-P. et Guerin F. (2002), « *La connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport* », Paris, édition Armand Colin.
- 16- Grabbé J. et al. (2008), « *un nouveau modèle du diabète de type 1* », Turin, édition Flammarion.
- 17- Grimaldi A. et al. (2009), « *Guide pratique du diabète* », Paris, édition Masson.
- 18- Guidetti M. (2002), « *Les étapes du développement psychologique* », Paris, édition Armand Colin.
- 19- Hervé B. et al. (1999), « *l'entretien clinique* », Paris, édition Dunod.
- 20- Hurlock E. (1978), « *La psychologie du développement* », Québec, édition Copyright.

- 21- L'écuyer R. (1978), « *Le développement du concept de soi, de l'enfance à la vieillesse* », Paris, édition PUF.
- 22- Laporte D. (2002), « *Favoriser l'estime de soi de 0 à 6 ans* », Québec, édition Hôpital de Saint-Justine.
- 23- Leporrier M. (2004), « *Le Flammarion médical* », Turin, édition Flammarion.
- 24- Lilley S. (2000), « *Atlantique : le diabète au Canada, la DGSP* », Canada, édition Bureau de l'atlantiques.
- 25- Mallet P. et al. (2003), « *Psychologie du développement, Enfance et adolescence* », Paris, édition Belin.
- 26- Marchal L. (2008). « *Le diabète de l'enfant et de l'adolescent* », Paris, édition Masson.
- 27- Marsaudon E. (2004), « *200 questions clé sur le diabète : savoir comprendre pour mieux vivre* », Paris, édition Ellébore.
- 28- Martinot D. (1995), « *Le soi, les approches psychosociales* », France, édition PUG.
- 29- Parvin A. et John O. (2005), « *La personnalité, de la théorie à la recherche* », Canada, édition Deboeck.
- 30- Perlemuter L. et al. (2002), « *Diabète et maladies métaboliques* », Paris, édition Masson.
- 31- Petit M. et al. (2005), « *Endocrinologie diabétologie* », Paris, édition Masson.
- 32- Quevauvilliers J. (2009), « *Dictionnaire médical* », Elsevier, édition Masson.
- 33- Radier A. (2001), « *Le diabète de type 1* », In *Endocrinologie CHU, Médecine Nucléaire-imagerie fonctionnelle et métabolique*, Québec, Vol.25, N°295. PP 11-26.
- 34- Saint Paul J. (1999), « *Estime de soi, Confiance en soi* », Paris, édition Inter Editions.
- 35- Salemi O. (2010), « *Economie rural* », In *Pratique alimentaires des diabétiques*, Alger, Université d'Oran. N°18.PP. 30- 38.
- 36- Seron F. (1990), « *Mais où se situent les tolérances dans les transplantations rénale?* », In *Revue de Médecine psychosomatique*, N°21/22, PP.99-114.
- 37- Sillamy N. (2003), « *Dictionnaire de psychologie* », France, édition Larousse.
- 38- Wilkinson R. et al. (2004), « *Le soutien social* », In *les déterminations sociaux de la santé, Les fais* , N°2, PP. 27-29.
- 39- Yber E. et al. (2001), « *Petit dictionnaire, Larousse de la médecine* », Paris, édition Larousse, Bordas.

Les annexes

INVENTAIRE DE COOPERSMITH

FORME SCOMAIRE

S.E.I

Nom : PRENOM :

AGE : SEXE : CLASSE :

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

.....

.....

DATE de L'EXAMEN :

CONSIGNES

LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

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

Quant une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « Me ressemble ».

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

Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

1. En général, je ne me fais pas de souci.....
2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe.....
3. Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais.....
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.....
5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie.....
6. A la maison, je suis facilement contrarié.....
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau.....
8. Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge.....
9. En général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens.....
10. Je cède très facilement aux autres.....
11. Mes parents attendent trop de moi.....
12. C'est très dur d'être moi.....
13. Tous est confus et embrouillé dans ma vie.....
14. J'ai généralement de l'influence sur les autres.....
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.....
16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison.....
17. Je me sens souvent mal à l'aise en classe.....
18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la
plupart des gens.....
19. Quant j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
20. Mes parents me comprennent.....
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....
22. J'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. Je ne suis jamais inquiet.....
27. Je suis assez sur de moi.....
28. Je plais facilement.....
29. Mes parents et moi passons de bons moments ensemble.....
30. Je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. J'aimerais être plus jeune.....

32. Je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. Je suis fier des résultats scolaires.....
34. J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
35. Je regrette souvent ce que je fais.....
36. Je ne suis jamais heureux.....
37. Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.....
38. En général, je suis capable de me débrouillé tout seul.....
39. Je suis assez content de ma vie.....
40. Je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. J'aime tous les gens que je connais.....
42. J'aime être interrogé en classe.....
43. Je me comprends bien moi-même.....
44. Personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison.....
45. On ne me fait jamais de reproche.....
46. En classe, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.....
47. Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.....
48. Cela ne me plait vraiment pas être un garçon ...une fille.....
49. Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....
50. Je ne suis jamais intimidé.....
51. J'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter.....
53. Je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats son insuffisants.....
55. Je me moque de ce qui peut m'arriver.....
56. Je réussis rarement ce que j'entreprends.....
57. Je perds facilement mes moyens quant on me fait des reproches.....
58. Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

FIN

G

SO

F

Sc

T

M

INVENTAIRE DE COOPERSMITH

ترجمة: عبد الحميد عبد الحافظ

تعليمية

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

ليست هناك إجابات صحيحة و أخرى خاطئة، و إنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر بها عن شعورك الحقيقي.

من فضلك دون:

الإسم:

العمر:

اسم المدرسة:

الجنس:

الشعبية:

التاريخ:

لا يتطابق

يطابق

1. لا تضايقتني الأشياء عادة.

2. أجد من الصعب علي أن أتكلم أمام زملائي في الفصل.

3. أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي.

4. لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي.

5. يسعد الآخرون بوجودهم معي.

6. أتضايق بسرعة في المنزل.

7. أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة.

8. أنا محبوب بين زملائي من نفس سني.

9. يراعي والدي مشاعري عادة.

10. أستسلم بسهولة.

11. يتوقع والدي مني الكثير

12. من الصعب جدا أن أظل كما أنا.

13. تختلط الأشياء كلها في حياتي.

14. يتبع زملائي أفكارني عادة.

15. لا أقدر نفسي حق قدرها.

16. أود كثيرا لو أترك المنزل.

17. أشعر بالضيق في المدرسة غالبا.

18. مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس.

19. إذا كان عندي شئ أريد أن أقوله فإني أقوله عادة.

20. يفهمني والدي.

21. معظم الناس محبوبون أكثر مني.

22. أشعر عادة كما لو كان والدي يدفعني للعمل الأشياء.

23. لا أتلقى التشجيع غالبا في المدرسة.

24. أرغب كثيرا أن شخصا آخر.

25. لا يمكن للآخرين الاعتماد علي.

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. لا اقلق على أي شيء أبدا. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. أنا واثق من نفسي تماما. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. من السهل على الآخرين أن يحبونني. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. أستمتع أنا و والدي بقضاء الوقت معا. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. أقضي وقتا طويلا في أحلام اليقظة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. أتمنى لو كنت أصغر من سني. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 32. أفعل الصواب دائما. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 33. أشعر بالفخر بأدائي المدرسي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 34. يجب على الآخرين أن يخبروني بما يجب أن أفعله. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 35. كثيرا ما أشعر بالندم على ما أقوم به من أعمال. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 36. أنا لست سعيدا على الإطلاق. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 37. أقوم بأعمالي بأفضل ما يمكنني (بأقصى جهدي). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. أستطيع أن أعتني بنفسني عادة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. أنا سعيد للغاية. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. أفضل اللعب مع أطفال أصغر مني سنا. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. أحب كل من أعرفهم. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. يعجبني أن أكون بارزا في الفصل. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. أفهم نفسي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. لا يهتم من بالمنزل بي كثيرا. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. لا يؤنيني أحدا على الإطلاق. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. أدائي بالمدرسة ليس كما أود أن أكون. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. يمكنني اتخاذ قراراتي و التمسك بها. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. أنا حقيقة لا أحب أن أكون ولدا(بننتا). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. لا أحب أن أكون مع الآخرين. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. لا أشعر بالخجل على الإطلاق. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. أشعر بالخجل من نفسي (الكسوف) في معظم الأحيان. |

52. ينتقدني زملائي في أحيان كثيرة.

53. أقول الصدق دائما.

54. مدرسي يشعرونني بأنني لست مجتهدا بما فيه الكفاية.

55. أنا لا أهتم بما يحدث لي.

56. أنا فاشل.

57. أتضايق بسرعة عندما يوبخني أحدا.

58. أعرف دائما ما أقوله للناس.

مقياس الكذب

المجموع

المدرسة

المنزل

إجمالي

عام