



Université A. Mira – Bejaia
Faculté Des Sciences Humaines et sociales
Département de STAPS

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue l'obtention du diplôme de Master en Activités Physiques et Sportives.

Filière : Activités physiques et sportives éducatives.

Spécialité : Education et Motricité.

Thème :

Etude de l'estime de soi des adolescents scolarisés :
Rôle du statut pondéral et du niveau d'activité physique
(NAP)

Réalisé par:
TABOURI ILES
SAADI FAWZI

Encadré par :
Dr : IKIOUENE

Année Universitaire 2020 /2021

REMERCIEMENTS

Nous remercions avant tout, le dieu le tout puissant qui nous a donné le courage et la volonté de réaliser ce modeste travail.

Nous remercions également, nos chers parents pour leur soutien moral et matériel.

Nous tenons à témoigner la plus profonde gratitude pour notre encadreur M Ikioune Mourad et le remercions pour son encadrement et sa disponibilité tous a long de la recherche, ainsi que pour ses conseils sans lesquelles ce travail ne verra pas le jour.

Un grand remerciement à nos enseignants du département STAPS Sont exception.

Nous remercier toutes les personnes qui nous ont aidées à réaliser ce mémoire de prés ou de loin, que ce soit par leurs conseils, leurs amitiés et leurs soutiens morale

Dédicace

Je dédie ce mémoire à : ...

Mes chers parents que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments et ma considération, pour leur patience illimitée, leur encouragement continu, leur aide, en témoignage de mon profond amour et respect pour leurs grands sacrifices.

Que Dieu, le tout puissant, vous préserve, vous accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et vous protège de tout mal.

Mes chers frères, Hanine l'aimable et Lyna et ma petite princesse Céline que j'adore.

*Aucun mot ne pourrait exprimer ma gratitude, mon amour et mon respect, je remercie le bon dieu qui a croisé nos chemins
« LOLA ».*

En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant vous protège et vous garde.

Mes ...

Dédicace

Je dédie ce mémoire à : ...

Mes chers parents que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments et ma considération, pour leur patience illimitée, leur encouragement continu, leur aide, en témoignage de mon profond amour et respect pour leurs grands sacrifices.

Que Dieu, le tout puissant, vous préserve, vous accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et vous protège de tout mal.

Mes chers frères, Walid l'aimable et Houda ma sœur que j'adore.

En témoignage de mon affection fraternelle, de ma profonde tendresse, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant vous protège et vous garde.

Mes chers amis qui sans leur encouragement ce travail n'aura jamais vu le jour.

Et à toute ma famille et tous ceux que j'aime.

Fawzi ...

Sommaire

Table des matières

Introduction.....	1
Objectifs	2

« Revue de littérature »

Partie théorique.

I. L'estime de soi et l'obésité :

1. Quelques définitions de l'estime de soi.....	4
2. Les théories de l'estime de soi	5
2.1. La théorie de C.H Cooley	5
2.2. La théorie de Carl Rogers	6
2.3. La théorie de George Herbert Mead.....	6
2.4. La théorie de William James	6
3. Les trois piliers de l'estime de soi.....	7
3.1. L'amour de soi	8
3.2. La vision de soi.....	8
3.3. La confiance en soi	8
4. La construction de l'estime de soi	9
4.1. La petite enfance	9
4.2. La préadolescence	10
4.3. L'adolescence	10
5. Les composantes de l'estime de soi.....	12
5.1. Sentiment de sécurité	12
5.2. Sentiment d'identité	12
5.3. Sentiment d'appartenance	12
5.4. Sentiment de détermination	12
5.5. Sentiment de compétence	12
6. Traits caractéristiques d'une haute et faible estime de soi	13
6.1. Les traits caractéristiques d'une haute estime de soi	13
6.2. Les traits caractéristiques d'une basse estime de soi	13
7. L'importance de l'estime de soi	14

7.1. Favorable à l'actualisation	14
7.2. Attraits pour des semblables	14
7.3. Gage de réussite	14
8. L'estime de soi et l'adolescence	14
9. L'estime de soi chez les adolescents obèses	15
9.1. L'obésité	15
9.2. Causes de la surcharge pondérale	16
9.2.1. L'alimentation	16
9.2.2. L'inactivité physique	17
9.2.3. Les facteurs psychologiques	17
9.3. Conséquences de la surcharge pondérale	17
9.4. Le lien entre l'estime de soi et l'obésité	18

II. Estime de soi, AP et Obésité

1. Définition de l'activité physique	19
2. Les caractéristiques de l'activité physique	19
2.1. La nature	19
2.2. L'intensité	20
2.3. La fréquence	20
2.4. La durée	21
3. Recommandation de l'OMS sur l'activité physique	21
4. Prévention et lutte contre certaines maladies graves	21
4.1. Prévenir les maladies cardiovasculaires	22
4.2. Prévenir certains cancers	22
4.3. Prévenir et réduire le taux de diabète (de type 2)	23
4.4. Prévenir l'ostéoporose	23
4.5. Lutter contre la prise de poids	23
4.6. Agir sur la fonction musculaire	24
4.7. Agit sur les qualités cardiovasculaires	24
5. Les bienfaits des activités physiques à l'adolescence	24
5.1. Bénéfice métabolique de l'activité physique	24
5.2. Le développement de l'intelligence et des capacités d'adaptations	25
5.3. L'éducation sociale et spirituelle	25
6. L'estime de soi et l'AP	25

6.1. L'apparition de l'estime de soi dans le domaine corporel	26
6.2. Les bienfaits psychologiques de l'AP	28
7. Activité physique et obésité	29
7.1. Niveau d'activité physique vs niveau d'activité sédentaire	30
7.1.1. Rôle de la sédentarité	30
7.1.2. Les heures de sommeil	31
7.1.3. Les conséquences de l'obésité	31
7.1.3.1. En milieu scolaire	32
7.1.3.2. Au niveau médical	33
8. L'intérêt de L'AP dans la prévention et le traitement de l'obésité.....	33
8.1. Des sollicitations énergétiques différentes	34
8.2. Des contraintes au niveau de l'appareil locomoteur	34
8.3. Des sollicitations cardiovasculaires plus importantes	34
8.4. Importance des facteurs psychologiques	34

Partie pratique

Chapitre 1 : Méthodologie de la recherche

1. Méthodologie de la recherche	36
1.1. Intérêt de la recherche	37
1.2. Taches de la recherche	37
1.3. Population	37
1.4. Moyen et méthode de recherche	38
1.4.1. Analyse bibliographique	38
1.4.2. Le questionnaire	38
1.4.2.1. L'inventaire du soi physique	38
1.4.2.2. Niveau d'activité physique.....	38
1.4.3. Détermination du statut pondéral avec l'IMC	38
1.4.4. L'étude statistique	40
1.4.4.1. La moyenne	40
1.4.4.2. L'écart type	40
1.4.4.3. Le coefficient de corrélation de Pearson.....	40
1.4.4.3.1. La loi de corrélation de Pearson.....	40

Chapitre 2 : Présentation interprétation et discussion des résultats

1. Présentation des résultats obtenus par l'inventaire de l'estime de soi	42
1.1. Dimensions de l'estime de soi de notre échantillon	42
1.2. Corrélation VPP et sous domaines	43
1.3. Dimensions de l'estime de soi selon la catégorie de NAP	43
1.4. Dimensions de l'estime de soi selon le statut pondéral	47
1.5. Résultats des tests de corrélation	51
2. Discussion	53
3. Conclusion	57
4. Bibliographique	60
5. Annexes	68

AAP	American Academy of Pediatrics
AP	Activité Physique
APMI	Activité physique de modérée à intense
APS	Activité physique et sportive
BPM	Battement par minute
CP	Condition Physique
DET	Dépense Energétique Totale
EPS	Education physique et sportive
ESG	Estime de soi globale
FC	Fréquence Cardiaque
FC max	Fréquence cardiaque maximale
HDL	Lipoprotéine de haute densité
HTA	Hypertension Artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
Kcal	Kilocalories
MCV	Maladies Cardiovasculaires
MET	Métabolisme de base
ML	Mole (quantité de matière)
Min	Minute
NAP	Niveau d'activité physique
O2	Oxygène
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PSPP	Physical self-perception profile
RFC	Réserve de Fréquence Cardiaque
TOC	Troubles obsessionnels compulsifs
VO2	Consommation d'oxygène
VO2max	Consommation maximal d'oxygène
VPP	Valeur physique perçue

Numéro	Titres	Page
1	Interprétation de l'IMC selon les critères de l'OMS	16
2	Classement des activités des enfants et des adolescents âgés de 10 à 18 ans en 7 catégories selon le niveau d'activité physique, (Martin 2000).	39
3	Dimensions de l'estime de soi de notre échantillon.	42
4	Corrélation VPP et sous domaines	43
5	Dimensions de l'estime de soi selon la catégorie de NAP	43
6	Comparaison des résultats de l'estime de soi entre le NAP élevé et le NAP modéré	45
7	Comparaison des résultats de l'estime de soi entre le NAP élevé et le NAP faible	46
8	Dimensions de l'estime de soi selon le statut pondéral	47
9	Comparaison des résultats l'estime de soi et le statut pondéral : entre les normo-pondéraux et les surpoids	48
10	Comparaison des résultats l'estime de soi et le statut pondéral : entre les normo-pondéraux et les maigres	49
11	Comparaison des résultats l'estime de soi et le statut pondéral : entre les normo-pondéraux et les maigres	50
12	Corrélation entre les dimensions de l'ISP selon le statut pondéral	51
13	Corrélation entre les dimensions de l'ISP et le niveau d'activité physique	52

Numéro	Titres	Page
1	Les trois piliers de l'estime de soi selon Christophe André	7
2	modélisation hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel. (Fox et corbin, 1989.)	26
3	Dimensions de l'estime de soi de notre échantillon.	42
4	Dimensions de l'estime de soi selon la catégorie de NAP	44
5	Comparaison des résultats de l'estime de soi entre le NAP élevé et le NAP modéré	45
6	Comparaison des résultats de l'estime de soi entre le NAP élevé et le NAP faible	46
7	Dimensions de l'estime de soi selon le statut pondéral	48
8	Comparaison des différentes dimensions de l'ISP entre les normo-pondéraux et les obèses	49
9	Comparaison des différentes dimensions de l'ISP entre les normo-pondéraux et les obèses	50
10	Comparaison des différentes dimensions de l'ISP entre les normo-pondéraux et les maigres	51

Introduction

« Le jour où je me suis aimé pour de vrai, j'ai compris qu'en toute circonstances, j'étais à la bonne place au bon moment. Et alors, j'ai pu me relaxer. Aujourd'hui, je sais que cela s'appelle... l'estime de soi... » (McMillen & McMillen, A., 2001).

L'estime de soi est une attitude intérieure qui consiste à se dire qu'on a de la valeur, qu'on est unique et important. C'est se connaître et s'aimer comme on est avec ses qualités et ses limites. C'est s'apprécier et s'accepter comme on est, c'est l'une des dimensions les plus fondamentales de notre personnalité, est un phénomène discret, impalpable, complexe, dont nous n'avons pas toujours conscience. L'estime de soi, c'est croire en sa valeur propre, à son droit à l'amitié, à l'amour et au bonheur. L'estime de soi influence toute notre vie : nos pensées, nos actions, nos sentiments. S'estimer, c'est prendre conscience de son unicité pour avoir des relations plus harmonieuses et positives avec autrui.

L'adolescence est une période de turbulence dans laquelle l'estime de soi devient plus changeante en raison de certains troubles sur le plan biologique, physique, social, psychologique, qui font de l'adolescence une période stressante (Bos, Muris, P. Mulkens et Schaalma, 2006). En effet, c'est à ce moment de la vie que chaque individu doit absolument trouver son identité. Les transformations physiques qui surviennent à l'adolescence brouillent l'image que le jeune avait de lui-même.

Chez les jeunes comme chez les adultes, le statut pondéral peut avoir des effets importants sur le bien-être et la santé physique. En effet, L'obésité est un problème grave qui affecte non seulement l'estime de soi mais elle peut aussi conduire à des conséquences négatives sur la santé. L'obésité et l'estime de soi sont souvent liées en raison de l'impact psychologique que le surpoids peut exercer sur les gens.

La pratique régulière d'activités physiques comporte de nombreux bénéfices et il apparaît primordial d'encourager le maintien de celle-ci chez les jeunes en développement. L'activité physique est associée à une diminution des risques de souffrir de l'obésité Elle réduit également la probabilité de présenter divers problèmes médicaux, tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension. De plus, elle contribue à rehausser l'estime de soi ainsi qu'à diminuer les symptômes dépressifs et anxieux. Il est entendu que le sport est un facteur favorisant le développement physique et psychologique des jeunes Danish et coll.,

Introduction

(2005). En effet, l'activité sportive est considérée à la fois comme un moyen de lutte contre les troubles liés à la sédentarité (comme le surpoids et l'obésité), voire à l'oisiveté.

On s'accorde aujourd'hui pour dire que l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité physique.

L'objectif de cette recherche est, dans un premier temps, de mieux comprendre l'estime de soi. Dans un second temps, l'objectif consistera à évaluer le niveau d'estime de soi des jeunes, à évaluer le niveau d'activité physique des adolescents selon leur statut pondéral, mettre l'accent sur l'impact de l'obésité et comment cette dernière affecte le niveau d'estime de soi et le niveau d'activité physique des jeunes. Les questions de recherche de cette présente étude peuvent être résumées comme suit :

- Quelle est la nature de l'estime de soi chez les adolescents scolarisés ?
- Est-ce que l'estime de soi est en lien avec le statut pondéral ?
- Est-ce que l'estime de soi est en lien avec le NAP ?

Revue de littérature

I. L'estime de soi et l'obésité

1. Quelques définitions de l'estime de soi :

Selon le grand dictionnaire de la psychologie Larousse : « Valeur personnelle, compétence qu'un individu associe à son image de soi. L'estime de soi peut-être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet ; le moi actuel d'une part et, d'autre part, moi idéal, le moi qui devrait-être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qui le connaissent. » Bloch Henriette et al (1999, p 326)

Selon le dictionnaire Le Robert (2011) : « L'estime de soi-même est la juste opinion de soi que donne une bonne conscience. »

Selon le petit Larousse de la psychologie (2008) : « C'est l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine. »

William James (1890,) : considère l'estime de soi comme « la conscience de la valeur du moi », selon lui l'estime de soi est le résultat d'une comparaison entre les caractéristiques perçues du soi actuel et une valeur de référence interne : le soi idéal ; c'est le rapport entre les résultats que l'on obtient et ceux qu'on pense pouvoir obtenir.

Marilou Bruchon-Schweitzer : Selon lui « C'est la dimension auto-évaluative de la personnalité relative à la perception que l'individu a de sa valeur. L'estime de soi se développe selon un processus de comparaison sociale qu'effectue l'individu entre lui-même et certains individus de référence (réels ou idéalisés) ».

Selon Josiane de Saint Paul (1999,) « l'estime de soi est l'évolution positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable, en tant qu'être humain une personne qui s'estime se traite avec bienveillance, elle se sent digne d'être aimé et heureuse »

Korman a précisé que « L'estime de soi reflète la mesure dans laquelle l'individu « se voit lui-même comme un individu compétent et satisfaisant les besoins » (Korman, 1970,)

Harter (1998) définit l'estime de soi comme « l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne. Il s'agit de l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est-à-dire de son degré de satisfaction de lui-même »

Pour Bouvard (1999, p 195) : l'estime de soi est l'appréciation positive ou négative de l'individu sur lui-même issu de système de valeur personnelle ou imposées par l'extérieur au cours de l'enfance.

1. Les théories de l'estime de soi :

2 .1. La théorie de C.H Cooley :

Pour Cooley, le soi se construit à partir l'intégration de la personne dans la société, car c'est cette intégration qui permet à la personne d'être en interaction, d'après laquelle on trouve le processus de communication, qui joue un grand rôle dans l'échange linguistique avec les autres, car c'est à partir de là que le soi se structure.

Cooley emploie le terme de "miroir social" pour signifier que c'est le regard des autres qui donne des indications à l'individu sur ce qu'ils pensent de lui , pour lui l'estime de soi est une construction sociale façonnée par les interactions avec l'entourage.

Cette idée comporte 3 composants :

- Nous décrivons ce que nous imaginons que l'autre pense de nous.
- Nous imaginons les jugements que portent les autres à notre égard après nous avoir observés.
- Nous tirons les conséquences du jugement que nous avons prêté à l'autre et nous éprouvons en conséquence un sentiment de soi comme la fierté ou la honte.

Donc, l'intériorisation des opinions d'autrui sur le soi est un élément fondamental de la pensée de Cooley. Elle se fait en fonction de modalités qui excluent toutes influences fugaces, disparates, par des autrui significatifs. Ainsi, comme le rapport « S.Harter » en citant Cooley, un individu possédant : un respect de soi équilibré aura une façon stable de penser à son image de soi, et ne risquera pas d'être déstabilisé par des phases d'approbations ou de critique. (Famose J-P et Guerin F.2002. p18-19).

Pour lui, l'estime de soi, est en relation avec la société, qui veut dire l'évaluation et l'image donnée à nous-mêmes est déterminée par les autres à travers des miroirs sociaux, dont à partir la personne fait référence pour avoir une idée sur l'opinion qui ont les autres sur lui. (Ibid.). Dans ce cas on peut dire que la société a une grande influence, car si c'est un compliment positif sa renforcera notre estime de soi, et s'il est négatif comme une critique, l'abaissera.

2.2. La théorie de Carl Rogers :

Pour Carl Rogers, l'élément le plus important de la personnalité est le soi, dont il fait référence à l'ensemble des perceptions que la personne peut avoir de sa propre nature, de ses qualités et de ses propres comportements typiques, ainsi il s'intéresse beaucoup plus à l'accord qui règne chez un individu entre son concept de soi et ses expériences de la vie réelle.

Il insiste qu'il y'a un lien étroit entre la santé mentale, la congruence et l'estime de soi, c'est-à-dire s'il y a correspondance ou congruence entre la conception de nous-mêmes et nos expériences de la vie alors nous avons une forte estime de nous-mêmes, ainsi en une bonne santé mentale et bien adaptés au monde qui nous en tour, ainsi il dit que devrions nous laisser guider par nos sentiments intérieurs pour atteindre un équilibre mental et la joie de vivre.(Karen Hoffman. P29).

2.3. La théorie de George Herbert Mead :

Pour Mead, le soi d'un individu se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui à l'intérieur d'un contexte dans lequel cet individu et autrui interagissent. Il a étudié de façon approfondie le lien entre le soi et le milieu. Le soi, « n'est pas présent au départ, à la naissance, mais se développe tout au long de l'activité et de l'expérience sociale ». Alors que le processus constitutif du soi est identique pour chaque individu, le soi conserve néanmoins sa spécificité. Pour rendre compte de ces différences individuelles.

Cet auteur distingue deux aspects du soi : le « Je » et le « Moi » comme éléments constitutifs de soi. Le Je représente l'aspect créateur de soi qui répond aux attitudes d'autrui qu'on a intériorisées, alors que le Moi est justement cet ensemble organisé des jugements d'autrui que le soi assume. Pour lui le soi d'un individu se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui à l'intérieur d'un contexte dans lequel cet individu et autrui interagissent. (Martino. D. 1995.p14).

2.4. La théorie de William James :

William James considère l'estime de soi comme résultante d'une construction personnelle, il pense que l'estime de soi est le rapport entre ce que nous sommes (notre soi réel) et ce que nous voudrions être (notre idéal de soi). James affirme que dans la personne totale coexistant nécessairement et de manière indissociable, le « je », sujet actif de l'expérience, et le Moi, contenu de cette expérience ainsi le « soi-même », objet de l'investigation, c'est-à-dire le concept de soi, est décomposé en trois dimension :

- Le Moi matériel qui constituent le corps, les vêtements, la famille, le foyer, la propriété ;
- Le Moi social qui est la reconnaissance que l'individu tient d'autrui significatifs ;
- Le Moi spirituel qui renvoie à l'être intérieur de l'homme, ses facultés psychiques.

James, Considère l'estime de soi comme conscience de la valeur du moi, cet auteur met l'accent essentiellement sur la dynamique intra personnelle et intrapsychique. Dans cette optique, l'articulation entre le moi actuel et les aspirations d'un sujet jouerait un rôle primordial. Ainsi, plus la distance entre le soi réel et le soi idéal est grand, dans le sens que les succès ne correspondent pas aux ambitions, plus un individu aurait tendance à avoir une estime de soi ternie. Pour lui, l'estime de soi est le résultat d'un rapport entre nos succès est nos prétention dans les domaines importants de la vie. En d'autres termes, le postulat de James est que l'estime de soi est le rapport entre ce que sont réellement les humains et ce qu'ils veulent être (leur idéal de soi). (Famose J-P et Guerin F. 2002. p16, 18).

2. Les trois piliers de l'estime de soi

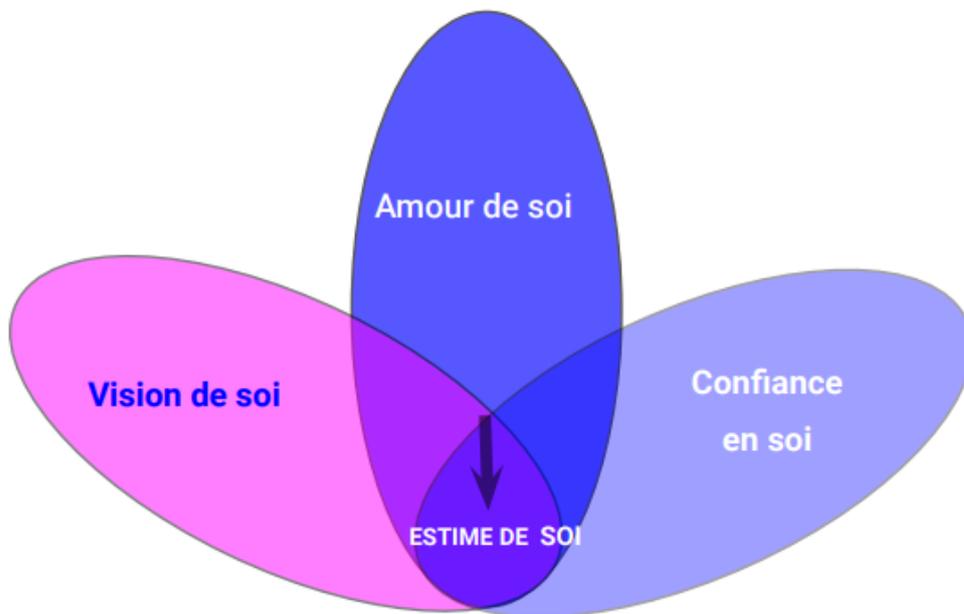


Figure 1 : Les trois piliers de l'estime de soi selon Christophe André

3.1. L'amour de soi :

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

L'amour de soi est donné en majorité par la famille. En effet, il dépend de l'amour que les parents prodiguent aux enfants. Cet amour permet aux parents de ne jamais douter en leur progéniture et les encouragent à éduquer le mieux possible leurs enfants, les carences d'estime de soi ayant leur origine à ce niveau sont les plus difficiles à rattraper. Lorsque l'on ne s'aime pas soi-même. Christophe André (1999, p14).

D'après Christophe André «Lorsque nous avons suffisamment d'amour pour nous-mêmes, nous disposons d'une stabilité affective, nous pouvons avoir des relations satisfaisantes avec les autres et être plus résistants aux critiques ou rejets».

3.2. La vision de soi :

C'est le deuxième pilier de l'estime de soi. La vision de soi est définie comme « le regard que l'on porte sur soi ». Cette évaluation fondée ou non, que l'on fait de ses qualités et de ses défauts est un pilier fondamental de l'estime de soi. Il ne s'agit pas seulement de connaissance de soi; l'important n'est pas la réalité des choses, mais la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations. La vision de soi est une force intérieure qui nous permet d'attendre notre heure malgré l'adversité. Christophe André (1999, p15).

«Positive, la vision de soi est une force intérieure qui nous permet d'attendre notre heure malgré l'adversité». Christophe André.

3.3. La confiance en soi :

Troisième donc la confiance en soi est la conséquence de l'amour de soi et la vision de soi composante de l'estime de soi, on assimile souvent cette notion avec l'estime de soi, être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes. Ce concept est facilement identifiable, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu. Christophe André (1999, p17).

3. La construction de l'estime de soi :

On ne naît pas avec l'estime de soi. Elle se construit progressivement, on peut même dire que l'histoire de l'estime de soi commence bien avant la naissance de l'enfant dans la projection que les parents se font de leur enfant idéal (Jendoubi, 2002).

4.1. La petite enfance :

L'histoire de l'estime de soi commence bien avant la naissance d'un enfant. Les premiers liens tissés avec cet enfant sont déterminés par cette image qui le précède, une image issue du désir parental (Jendoubi, 2002, p 10). L'enfant dépend pendant les premières années entièrement du jugement des adultes les plus significatifs de son entourage. C'est au travers l'environnement familial que l'estime de soi se développe. Le bébé reçoit en miroir une image positive ou négative de lui-même. Toutes les recherches montrent que les premières relations que le bébé, puis le petit enfant entretient avec son entourage influencent cette construction de l'estime de soi.

Le 2ème lien affectif très fort chez le nourrisson est le lien à l'environnement dont parle Winnicott (1958). Pour lui, le nourrisson est dépendant de l'environnement. Le développement de soi est déterminé par la qualité des interactions avec son environnement, la "mère suffisamment bonne" favorise ainsi un développement sain. Avec l'apparition du langage, l'enfant se distancie de ses parents. Il apprend ainsi à se nommer et à se représenter comme sujet différent de sa mère. Il développe une certaine autonomie lui permettant de prendre peu à peu confiance en lui. "Il prend alors conscience qu'il est une personne à part entière" (Duclos, 2010, p.87).

Dès l'âge de 3 ans ou 4 ans, le monde social de l'enfant s'élargit, il crée de nouveaux liens, il prend conscience de son environnement et des nouvelles personnes, autres que sa famille, qui apparaissent dans son champ social, il apprend à s'affirmer en tant qu'individu dans un groupe. C'est cette ouverture à un nouvel environnement qui va influencer son estime de soi. A partir de l'âge de 7-8 ans, il prend conscience de sa propre valeur. Il commence à "se préoccuper de son acceptation sociale, puis à comprendre le lien entre ses propres actions et les résultats obtenus (Jendoubi, 2002, p.11).

L'estime de soi de l'individu augmente si les autres ont une bonne opinion de lui. Inversement, si les autres ont une opinion négative de l'individu, celui-ci l'intègre et développe alors une faible estime de soi. C'est à cette période là que l'enfant prend davantage conscience de qui il est, il commence à mieux se connaître grâce aux interactions avec les

autres enfants. Il est sensible aux remarques des autres et le processus du “soi-miroir” commence à se mettre en place.

On comprendra donc, que, pour ce qui est du développement de l’estime de soi, l’enfant dépend pendant les premières années entièrement du jugement des adultes les plus significatifs de son entourage. Toutes les recherches montrent que les premières relations que le bébé, puis le petit enfant entretient avec son entourage influencent cette construction de l’estime de soi. Mais au départ, il faut un acte gratuit, une ration d’estime accordée à l’enfant avant même qu’il ait fait quoi que ce soit pour le mériter (Goumaz, 1991).

4.2. La préadolescence :

La préadolescence (10-12 ans) se caractérise par une période transitoire entre l'enfance et l'adolescence. Jusqu’à présent, l’enfant était influencé par son environnement familial auquel il voulait plaire et peu à peu, “il prend de la distance vis à vis du système de valeurs familiales pour intégrer de nouvelles valeurs (...) et perçoit ses partenaires comme la référence essentielle” (Bouissou, 1998, p.149). Il est influencé par son entourage, par ce que les autres pensent de lui. “Entre 6 et 12 ans, l’école va jouer un rôle déterminant dans la façon dont l'enfant va se représenter le monde qui l'entoure, mais aussi et surtout, dont il va se représenter lui-même en tant qu'individu unique et différent des autres” (Lamia, 1998, p.109).

4.3. L’adolescence :

L'adolescence est peut-être la période la plus importante pour consolider une bonne estime de soi. C'est souvent une période de doutes pour ces jeunes, une période où l'on est fréquemment insatisfait de soi. “Le jeune se heurte à la difficulté de se trouver une place, il a du mal à trouver ses marques” (Rigon, 2001, p.44).

Pour Erikson (1970), la construction de l'identité se fait grâce à la construction sociale. C'est l'interaction entre le sujet et son environnement social qui crée l'identité. Erikson parle de “crise d'identité de l'adolescence”, “une période où l’individu est à la recherche d'idéaux lui permettant de trouver une cohérence interne – une identité – autour d’un ensemble unifié de valeurs” (Cohen-Scali & Guichard, 2001, p.5). Pour lui, la construction identitaire est un processus qui s’élabore tout au long de notre vie, spécialement lors de “périodes de rupture”. Ce sont “des crises”, marquées par une certaine vulnérabilité de l'individu, notamment à l'adolescence, mais riches de nouvelles potentialités. Pour Erikson, la crise la plus importante est celle de l'adolescence, d'où l'expression “crise d'identité”.

“L'identité est une réalisation unique qui, au terme de l'enfance, affronte une crise; celle-ci ne peut être résolue que dans des identifications nouvelles avec des compagnons d'âge et avec des figures de leaders choisis en dehors de la famille” (Erikson, 2011, p.89). Cette crise fonde sa base sur la façon d'avoir traversé et résolu la crise précédente. Chaque crise passée permet de structurer un certain sentiment de compétence, renforcée sur les réussites précédentes vécues.

L'Ecuyer (1978) nomme cette période “la différenciation du moi”. “Il s'agit d'un stade transitoire entre l'enfance et l'adolescence” (Bouissou, 1998, p.149). Pour lui, il y a une sorte de désorganisation, les adolescents perdent leurs repères, car ce qui était devenu stable avant ne l'est plus, par conséquent, ils ne savent plus ce qui est important, ils sont vulnérables. C'est une période de changement pour eux, tant au niveau corporel, que relationnel. Les centres d'intérêt deviennent différents. “C'est une période durant laquelle s'accumule et se hiérarchise progressivement une variété d'images de soi élargissant le sens d'identité et se répercutant aussi sur l'acceptation de soi” (Bouissou, 1998, p.150).

Les résultats des recherches de Bariaud et Bourcet “permettent d'affirmer que tout au long de l'adolescence, les parents continuent de jouer un rôle essentiel dans le développement de leur enfant” (1998, p.132), même si les pairs prennent de plus en plus d'importance. Les adolescents essaient de se démarquer de leurs parents et de se construire leur propre identité, ils sont leurs propres créateurs.

André et Lelord (2008) nous expliquent l'importance des “nourritures affectives et éducatives” (p.106). L'amour que l'adolescent a reçu de ses parents ne suffit pas, il leur faut également apprendre “à être socialement compétent, c'est à dire se sentir à l'aise dans les groupes” nous précisent ces auteurs (p.107). C'est la combinaison des deux qui permettra à l'adolescent de développer une bonne estime de lui. Peu à peu, l'adolescent a besoin d'appartenir à un groupe, “sa dépendance affective à l'égard de l'adulte diminue au profit de la dépendance sociale” (Duclos, 2010, p.110).

Duclos affirme que “le sentiment d'appartenance à l'école est fondamental” car il contribue à l'épanouissement des adolescents dans leurs relations sociales et dans leur estime de soi. Certains élèves se sentent fiers de leur école, de leur groupe d'appartenance. Ils ont besoin “d'interactions avec leurs camarades, ils ont besoin d'eux comme modèles, ils se comparent à leurs camarades pour évaluer leurs habiletés, leurs forces et leurs limites”.

4. Les composantes de l'estime de soi :

L'ensemble de la communauté des chercheurs semble s'accorder autour de cinq sentiments qui sont la base de l'estime de soi : le sentiment de sécurité, le sentiment d'identité, le sentiment d'appartenance, le sentiment de détermination et le sentiment de compétence. Néanmoins, c'est uniquement dans un souci didactique que nous proposons ici de catégoriser ces conceptions puisque non seulement proches, elles s'entrecoupent et s'imbriquent.

5.1. Sentiment de sécurité :

C'est un sentiment d'assurance, il signifie : comprendre les limites, connaître les attentes et se sentir confortable et en sécurité, c'est le premier prérequis pour une estime de soi positive. L'enfant doit avoir un sentiment de sécurité avant de pouvoir se percevoir de façon réaliste et prendre le risque d'échouer. (Laporte. D, 2002, P.04).

5.2. Sentiment d'identité :

C'est l'identité qui est à la base de l'estime de soi et de la motivation, un fort sentiment d'identité demande une connaissance de ses forces et de son image sociale, il implique aussi les sentiments positifs face à l'image de soi ; (Laporte. D, 2002, P.04).

5.3. Sentiment d'appartenance :

Le besoin de faire partie d'un groupe augmente à l'approche de l'adolescence. L'acceptation des autres devient une préoccupation vitale chez la plupart cette préoccupation se reflète dans la manière dont il s'habille, les expressions qu'il utilise, les endroits qu'il fréquente ; (Laporte. D, 2002, P.04).

5.4. Sentiment de détermination :

Certaines personnes ne semblent pas avoir de buts dans la vie, ni savoir comment y arriver. Certains auteurs ont démontré que les personnes qui se sentent bien dans leur peau sont celles qui ont appris à se fixer des buts réalistes. (Laporte. D, 2002, P.04).

5.5. Sentiment de compétence :

Un sentiment de compétence personnelle peut être acquis 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. Traits caractéristiques d'une haute et faible estime de soi :

6.1. Les traits caractéristiques d'une haute estime de soi :

Une personne ayant une bonne estime de soi est, en général, calme, sociable, elle n'a rien à prouver, ni à elle-même, ni aux autres, et ne craint pas le jugement d'autrui. Elle n'éprouve pas le besoin de centrer sur elle-même ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. (Josiance.S.P, 1999, P.21).

On trouve qu'une haute estime de soi est associée aussi avec :

- ✓ Une plus grande confiance ;
- ✓ Une stabilité de soi ;
- ✓ Des réponses plus extrêmes ;
- ✓ Une meilleure consistance interne ;
- ✓ Plus grande stabilité temporelle ;
- ✓ Une tendance à se présenter d'une façon valorisante. (Gosling P, RicF.1996.P08).

6.2. Les traits caractéristiques d'une basse estime de soi :

Généralement les personnes qui manquent d'estime de soi et de confiance en soi, souffrent de difficultés d'adaptation, car elles ne savent pas s'ils sont capables d'affronter leurs problèmes, conflits. Donc elles sont perçues comme une source possible d'humiliation ou de rejet. (Saint Paul. J, Op.cit. PP. P24).

On trouve qu'une basse estime de soi est associée aussi avec :

- ✓ Le soi déséquilibré, désinstallé ;
- ✓ Hésitation à se prêter attention ;
- ✓ Manque de précision dans la connaissance de soi ;
- ✓ Une plus grande sensibilité à la situation ;
- ✓ Une tendance à se présenter de façon dévalorisante. (Gosling P, RicF.1996.P08).

7. L'importance de l'estime de soi :

L'estime de soi est extrêmement importante dans tous les aspects de notre vie, et pourtant beaucoup de gens luttent pour la trouver. Malheureusement, cela peut être un cercle vicieux : les personnes qui ont une faible estime d'elles-mêmes peuvent avoir du mal à réussir dans différents domaines de leurs existences.

7.1. Favorable à l'actualisation :

Une personne ayant une bonne estime de soi, à tendance à mettre ses aspirations de l'avant et à se développer, car une bonne estime de soi facilite l'actualisation de notre potentiel comme être humain. Au contraire, la personne dont l'estime est faible peut facilement renoncer à repousser ses limites. Souvent il n'a pas confiance d'en être capable mais d'autres fois, il s'abstient de voir grand pour sa vie parce qu'il a l'impression de ne pas le mériter. Il se trouve alors dans un cercle vicieux dont il ne découvre pas toujours l'issue. (Saint Paul J. 1999. P23).

7.2. Attraits pour des semblables :

On a tendance à rechercher la compagnie de personnes dont l'estime de soi est comparable à la nôtre. Si elle est élevée, la relation devient source de stimulation pour "aller plus loin". Dans le cas inverse, nous pouvons mutuellement nous "tirer vers le bas".

7.3. Gage de réussite :

Une forte estime de soi aide à prendre des risques dans la vie, à chercher des solutions innovatrices, sortir de sa zone de confort à faire preuve de ténacité et de persévérance, mais aussi elle favorise la réussite. Ces attitudes mènent souvent à la victoire qui, à son tour, alimente à la fois la confiance et l'estime. D'autre part, la multiplication des succès permet de supporter des échecs qui seraient catastrophiques pour une personne à l'estime fragile.

Plus mon estime de moi est élevée et plus je puis voir grand pour ma vie. À mes yeux, je mérite de réussir ce que j'entreprends ; c'est pourquoi je n'hésite pas à y consacrer les efforts nécessaires. À l'inverse, si mon estime est faible, je ne suis pas porté à viser haut pour ma vie, prendre des risques À cause de la mauvaise opinion de moi.

8. L'estime de soi et l'adolescence :

L'adolescence est identifiée comme une étape cruciale dans le développement de l'estime de soi. Elle représente une période charnière, c'est à ce moment de la vie que chaque individu doit absolument trouver son identité. Pour ce faire, le jeune doit courir le risque de se séparer de ses parents en se définissant par rapport à eux et en explorant l'intimité avec des amis et avec des représentants de l'autre sexe. .

Les transformations physiques qui surviennent à l'adolescence brouillent l'image que le jeune avait de lui-même. Il fait face à plusieurs nouveaux rôles sociaux : celui de travailleur

pour conquérir son indépendance ; celui d'amoureux parce que la puberté lui fait découvrir la sexualité ; et celui d'apprenti parce que la vie le met face à des choix professionnels.

L'adolescence est une période difficile, car chacun y a pour tâche de définir sa propre identité et de l'intérioriser pour la rendre permanente. Le jeune doit d'abord apprendre à se connaître (ses qualités, ses forces, ses difficultés, ses vulnérabilités) avant de se reconnaître (estime de soi), c'est-à-dire de parvenir à bien juger ce qu'il découvre en lui. L'estime de soi s'appuie avant tout sur le sentiment de l'identité personnelle. (Danielle LaPorte, Germain Duclos et Jacques Ross page 10-11).

9. L'estime de soi chez les adolescents obèses :

9.1. L'obésité :

L'obésité est reconnue comme une maladie médicale chronique. L'OMS (42) la définit comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé ». Hippocrate notait déjà que l'obésité était associée à un « risque de mort subite », et entraînerait de nombreuses conséquences médicales. Autrement dit, cette pathologie « résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. », selon INSERM. . Le surplus pondéral, surpoids ou embonpoint font référence à une surcharge pondérale qui est un précurseur de l'obésité et est associée aux mêmes problèmes de santé que l'obésité.

Son diagnostic peut se faire en s'appuyant sur différents indices. Le plus fréquemment utilisé est l'indice de masse corporelle (IMC).

L'IMC (kg/m^2) est une mesure anthropométrique décrivant le statut pondéral d'une personne en fonction de sa taille Cette mesure est établie selon le rapport entre le poids (kg) et la taille au carrée (m^2) d'une personne Chez les jeunes de moins de 18 ans, l'IMC peut varier en raison de la croissance et de la maturation Ainsi, l'âge et le sexe doivent être pris en considération dans l'évaluation de l'IMC à l'adolescence.

$$\text{IMC (kg/m}^2\text{)} = \frac{\text{Poids (Kg)}}{\text{Taille x Taille (m}^2\text{)}}$$

Tableau 1: Interprétation de l'IMC selon les critères de l'OMS.

IMC Kg/m2	Classification
< 18.5	Insuffisance pondéral
18.5 à 25	Corpulence Normal
25 à 30	Surpoids
30 à 35	Obésité modérée
35 à 40	Obésité sévère
> 40	Obésité morbide

9.2. Causes de la surcharge pondérale :

L'obésité est le résultat d'un déséquilibre de la balance énergétique. Elle se manifeste lorsque vous dépensez moins de calories que vous n'en consommez. Les médecins admettent que l'obésité est un problème médical complexe qui relève de plusieurs facteurs, et parmi eux :

9.2.1. L'alimentation :

Une mauvaise alimentation peut mener au surpoids ou à l'obésité. C'est même la première cause d'obésité. Les mauvaises habitudes alimentaires les plus néfastes sont une alimentation trop grasse, trop sucrée, trop salée et surtout en trop grande quantité, mais aussi une alimentation « anarchique », pendant et en dehors des repas ou lors d'épisodes de stress. Un régime trop strict qui crée un manque et, plus généralement, un régime inadapté peuvent également conduire à une prise de poids supérieure à la perte enregistrée.

9.2.2. L'inactivité physique :

Selon l'OMS, la sédentarité fait chaque année deux millions de victimes, Au niveau mondial, près de 31% des adultes âgés de 15 ans et plus manquaient d'activité physique en 2008 (hommes 28% et femmes 34%). Environ 3,2 millions de décès chaque année sont attribuables au manque d'exercice.

9.2.3. Les facteurs psychologiques :

Les troubles psychologiques sont aussi une cause d'obésité très fréquente. Le risque de surpoids et d'obésité est multiplié chez les personnes souffrant de dépression ou de stress et vivant une épreuve comme un décès, un divorce ou un licenciement.

D'autres facteurs, peuvent être associés à une prise de poids :

- L'allaitement maternel. Selon une méta-analyse d'Arenz (2004), l'allaitement maternel prolongé (> 6mois) est inversement corrélé au risque d'obésité et a un effet protecteur ;
- Les facteurs culturels. Dans certains pays, le surpoids et l'obésité sont des critères de beauté. Dès lors les jeunes filles sont « gavées» dès leur plus jeune âge (Ali AI-Maâli, 2008) ;
- Le poids de naissance. Les enfants nés avec un petit poids suite à un retard de croissance intra-utérin, favorisé par une malnutrition ou un tabagisme de la mère, risquent de développer une surcharge pondérale. (Lob stein 2004, Bergamann, 2003) ;
- Le sommeil. Il existe une relation significative entre le sommeil de courte durée et le risque de surpoids ou d'obésité (Challamel, 2009) ;
- Le tabac. Le tabagisme et le poids montrent un rapport inverse et les fumeurs prennent fréquemment du poids lorsqu'ils arrêtent (OMS, 2003).

9.3. Conséquences de la surcharge pondérale :

L'obésité à l'adolescence est associée à de nombreuses conséquences portant atteinte à la santé émotionnelle, physique et psychosociale des jeunes. En effet, les jeunes souffrant d'obésité présentent un risque plus élevé de développer des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et des maladies cardiovasculaires (Reilly, 2005). Les jeunes peuvent aussi développer davantage de problèmes cutanés, endocriniens, orthopédiques et métaboliques (Spruijt-Metz, 2011).

La persistance de ce problème à l'âge adulte ainsi que l'augmentation de la morbidité et de la mortalité sont également des conséquences de ce problème de santé à l'adolescence

(Reilly, 2005). L'obésité est aussi à l'origine d'une stigmatisation sociale et d'une diminution du bien-être psychologique (ASPC & ICIS, 2011).

D'ailleurs, les adolescents présentant de l'obésité morbide présentent 5,5 fois plus de dysfonctionnement dans les domaines physique, psychosocial, émotionnel, social et scolaire que les jeunes ayant un poids santé (Schwimmer, Burwinkle, & Varni, 2003). L'étude de Schwimmer et al. (2003) comparaient la qualité de vie des jeunes obèses à celle d'adolescents ayant un cancer. Les résultats démontrent que les adolescents obèses présentent autant de difficultés sociales que ceux ayant un cancer. Les jeunes obèses sont également plus à risque de présenter des symptômes dépressifs, une faible estime de soi, de l'insatisfaction corporelle et un faible soutien social (Boutelle, Hannan, Fulkerson Crow, & Stice, 2010). Le lien entre l'obésité et la santé mentale a aussi fait l'objet de plusieurs études (Kalarchian & Marcus, 2012; Russell-Mayhew, McVey, Bardick, & Ireland, 2012).

La plupart d'entre elles démontrent que la détresse psychologique (anxiété et dépression) est reliée positivement à l'obésité et rapportent que la santé mentale devrait davantage être considérée dans les programmes de prise en charge en raison de cette relation (Russell-Mayhew et al. 2012; Spruijt-Metz, 2011; Tanofsky-Kraff, 2012). La présence d'anxiété chez des femmes obèses peut aussi prédire la non-réussite d'une intervention visant la perte de poids (Annesi & Whitaker, 2010). La santé mentale apparaît donc avoir un impact sur l'efficacité d'un programme de prise en charge.

9.4. Le lien entre l'estime de soi et l'obésité :

L'obésité et l'estime de soi sont souvent liées en raison de l'impact psychologique que peut avoir l'excès de poids sur les personnes. L'obésité est un problème grave qui affecte non seulement l'estime de soi des personnes obèses, mais peut également avoir des conséquences négatives sur la santé. La société a établi un certain niveau de beauté qui laisse peu de place aux obèses. Cette norme de beauté est constamment mise en avant dans les magazines de mode, sur les panneaux d'affichage, dans les films et dans les publicités télévisées.

Ce type d'exclusion provoque des sentiments d'insuffisance chez les obèses, qui ont souvent le sentiment de ne pas être à la hauteur du concept de beauté de la société. Cela est encore aggravé lorsque ces personnes en surpoids sont taquinées ou ridiculisées à cause de leur poids. Un certain nombre de facteurs ont une incidence sur le faible niveau d'estime de soi associé à l'embonpoint.

Plusieurs facteurs sont associés à l'estime de soi chez les adolescents atteints d'obésité, dont l'insatisfaction de l'image corporelle, le poids (Franko et al. 2005; Huang et al., 2007), la détresse psychologique, l'âge. La culture joue un rôle important dans l'obésité et l'estime de soi, car certaines cultures sont plus tolérantes et acceptent les personnes en surpoids que d'autres. Pour les personnes qui ont grandi dans des cultures qui considèrent l'obésité comme une caractéristique négative, leur niveau d'estime de soi sera probablement plus bas. Au contraire, ceux qui ont grandi dans des cultures qui ne leur font pas sentir que l'excès de poids est négatif peuvent éviter les sentiments de faible estime de soi.

I. Estime de soi, AP et Obésité :

1. Définition de l'activité physique :

L'activité physique est une série de comportements qui exigent des mouvements initiés par le système musculo-squelettique. Ce comportement, assez complexe à caractériser, à base de mouvements du corps, sera défini par (Caspersen, 1985) comme « Tout mouvement suscité par la contraction volontaire des muscles squelettiques et duquel résulte une augmentation substantielle et la dépense énergétique au-delà de la dépense basale ».

Selon L'OMS (2005), « Tout mouvement corporel produit par muscles squelettiques entraînant une dépense énergétique supérieure à celle du repos » Elle se caractérise par sa nature (type), son intensité, sa durée, sa fréquence et son contexte de pratique et comprend : les activités scolaires et de la vie courante.

Les activités de loisir (structurées ou non) avec :

- l'exercice physique : activité musculaire planifiée, répétée et contrôlée permettant d'améliorer sa condition physique ;
- le sport, AP codifiée et organisée avec ou sans compétition.

2. Les caractéristiques de l'activité physique :

2.1. La nature :

La nature de l'activité physique caractérise le type d'exercice. Par exemple, l'activité de type endurance générale met à contribution une grande partie des muscles squelettiques pour produire un mouvement. Ce type d'activité est principalement lié au système cardiorespiratoire (Weineck, 1997.). En effet, la principale source de production d'énergie est le système aérobie. Dans le cas d'une activité d'endurance locale, seule une petite partie

musculaire participe aux mouvements. La force développée est non seulement déterminée par l'endurance générale mais aussi par le système de production d'énergie anaérobie.

2..2. L'intensité :

L'intensité se réfère à l'effort physiologique associé à la participation dans un type particulier d'AP (Caspersen CJ, 1985.). L'intensité absolue représente le niveau réel de la dépense énergétique pendant une durée spécifique de temps. Elle s'exprime en $lO_2 \cdot \text{min}^{-1}$, $mlO_2 \cdot \text{min}^{-1}$, ou par multiple du métabolisme de base ($1 \text{ MET} = 3,5 \text{ mlO}_2 \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$). Alors que l'intensité relative représente le niveau d'intensité exprimé en relation avec la consommation maximale aérobie ($VO_{2\text{max}}$), la fréquence cardiaque maximale ($FC \text{ max}$), la réserve de VO_2 (RVO_2) ou la réserve de FC (RFC), pour une activité spécifique. Elle prend en compte les différences interindividuelles pour la composition corporelle, le sexe et l'aptitude aérobie.

L'intensité peut se quantifier de la manière suivante en :

- METs = le coût de l'activité métabolique divisée par le niveau métabolique de base ($1 \text{ MET} = 3,5 \text{ mlO}_2 \cdot \text{min}^{-1}$ ou $1 \text{ cal} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ ou $4,1 \text{ J} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$) ;
- MET minutes = le niveau d'activité en METs * minutes d'activité ;
- Dépense énergétique totale (DET) ou liée à l'AP ($\text{kcal} \cdot \text{min}$) ;
- NAP: la base du METs. Cette classification faite chez les adultes est généralement reprise chez les enfants et les adolescents, bien qu'elle ait certaines limitations. La dépense énergétique par unité de masse corporelle est plus élevée chez l'enfant et l'adolescent. Dans la majorité des articles, les auteurs parlent aussi d'activité physique de modérée à intense (APMI, intensité comprise entre 3 et 6 METs).

Les valeurs présentées sont celles les plus utilisées dans la littérature.

- % de consommation maximale d' O_2 ($VO_{2\text{max}}$, BPM) ;
- % de $FC \text{ max}$ ou % Réserve de Fréquence Cardiaque ($FC \text{ max} - FC \text{ repos}$, BPM) ;
- Temps passé dans une AP (min^{-1}) à un certain niveau d'intensité ;
- Nombre total de "counts" = unité arbitraire utilisée en accéléromètre pour convertir les accélérations enregistrées en un signal quantifiable.

2.3 La fréquence :

La fréquence fait référence à la répétition des périodes d'activité physique. Elle s'exprime en nombre de séance par jour ou semaine, en nombre de minute par jour (Pascale., 2009.).

2.4. La durée :

De l'activité physique se réfère au temps passé lors d'une seule période d'AP. (Wilmore J, and Costills D, 2006).

3. Recommandation de l'OMS sur l'activité physique :

L'AP régulière est un facteur de protection essentiel pour la prévention et la prise en charge de maladies non transmissibles comme les maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 ou encore divers cancers. De plus, elle est aujourd'hui considérée comme un déterminant important de l'état de santé des individus et des populations à tous les âges de la vie. Les bienfaits de l'activité physique pratiquée pendant l'enfance se prolongent jusqu'à l'âge adulte, dont le niveau de pratique dépend souvent de la condition physique aux jeunes âges (Insrm, 2008.); (Makinen, 2010.); (Talema, 2005.).

Depuis 2008 l'OMS préconise un minimum de 30 minutes d'activité physique quotidienne d'intensité modérée pour les adultes, y compris les seniors et un minimum de 60 minutes pour les enfants et les adolescents (Strong, 2005). Pour les enfants et les adolescents, il s'agira d'activités favorisant un bon développement, agréables et proposant différents types d'exercices. La dose totale nécessaire peut être accumulée par tranches d'au moins 10 minutes. Chez les plus jeunes, il convient d'insister sur le développement des capacités motrices. Chaque groupe d'âge a des besoins spécifiques, il faut donc tenir compte des types d'activités proposés: exercices aérobies, musculation, mise en charge, équilibre, flexibilité, développement moteur.

Aux Etats-Unis, les experts préconisent également une heure ou plus d'activité physique par jour pour les enfants et les adolescents (U.S.Department, 2008). Contrairement aux recommandations européennes, qui précisent quels types d'activités physiques les jeunes devraient adopter et à quelle fréquence, à savoir: des activités de nature aérobie:60 minutes ou plus /jour d'activité physique modérée ou intense, en privilégiant de l'activité physique de niveau intense au moins 3 jours par semaine; inclure des exercices de renforcement musculaire; et des exercices de renforcement osseux.

4. Prévention et lutte contre certaines maladies graves :

« L'activité physique est aujourd'hui considérée comme un facteur a priori favorable à la santé. » C'est un facteur important pour la prévention et la lutte contre certaines maladies graves .Aujourd'hui, les nombreuses études dans ce domaine s'accordent à démontrer qu'une

pratique régulière et modérée d'activité physique agit favorablement sur la santé, la condition physique et permet d'améliorer la qualité de vie.

4.1. Prévenir les maladies cardiovasculaires :

Les preuves de l'intérêt de l'activité physique sont plus importantes, dans le domaine des maladies cardiovasculaires. Il s'agit d'effets variés à la fois sur, la dimension psychologique, les capacités physiques, l'environnement physiopathologique, notamment les facteurs de risque.

L'inactivité, selon le rapport de l'European Heart Network 4 est l'élément majeur du développement des maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires.

- Sur environ 58 millions de décès de toutes causes dans le monde en 2005, les maladies cardiovasculaires (MCV) représentaient 30%. Elles deviennent la première cause de mortalité à partir de 65 ans ;
- « L'activité physique est désormais recommandée dans le domaine des maladies cardiovasculaires, à la fois pour prévenir leur survenue et pour en limiter les conséquences lorsqu'elles sont installées.» ;
- « Plusieurs travaux ont montré que l'entraînement physique réduisait la morbidité et la mortalité cardiaque par une action sur les facteurs de risque tels que, la pression artérielle, le profil Lipidique, la coagulation et la physiologie de la paroi des vaisseaux (endothélium). » ;
- « Un programme structuré d'AP réduit la pression artérielle chez les patients hypertendus, en moyenne de 11 mm Hg pour la pression artérielle systolique et de 8 mm Hg pour la pression diastolique. Elle réduit dans les mêmes proportions l'hypertension artérielle d'effort. Elle permet de différer, voire de rendre inutile, le traitement médicamenteux d'une hypertension artérielle de diagnostic récent. »

4.2. Prévenir certains cancers :

L'activité physique a un effet globalement protecteur sur certains cancers⁹. L'étude de l'OMS rapporte que l'activité physique régulière a un rôle protecteur sur le cancer du côlon chez l'homme et du cancer du sein chez la femme. Cette réduction est de l'ordre de 60 % lorsqu'on compare des sujets ayant une activité physique importante par rapport à des individus sédentaires. Le surpoids, la sédentarité et la faible valeur de l'estime de soi sont des facteurs aggravants lors d'un diagnostic de cancer.

4.3. Prévenir et réduire le taux de diabète (de type 2) :

Le métabolisme du glucose est augmenté et régulé lors d'un effort régulier et modéré, de type aérobie, dans le cas d'une alimentation adaptée.

« Le diabète de type 2 en est un exemple particulièrement explicite dans la mesure où l'activité physique permet à elle seule de prévenir sa survenue dans près de 60 % des cas chez des sujets présentant une intolérance au glucose. »

4.4. Prévenir l'ostéoporose :

En augmentant les contraintes sur le squelette, l'activité physique ou sportive agit sur la densité minérale osseuse. Cette action contre l'ostéoporose permet de réduire de 50% le risque de fracture du col du fémur, en particulier pour les femmes.

4.5. Lutter contre la prise de poids :

De nombreux pays « développés » souffrent depuis quelques années du problème de l'obésité. Ce fléau, au développement important, touche non seulement des enfants mais aussi des adultes. La dépense énergétique réalisée au cours d'un effort modéré et continu peut « Atténuer le risque de prise de poids et régule les anomalies métaboliques »

Toutes les études scientifiques actuelles indiquent que la réduction de l'activité physique, sans changement de la ration alimentaire habituelle, est à l'origine de la prise de poids et du développement de l'obésité. Les conséquences de la prise de poids sont nombreuses. Non seulement elle modifie l'apparence corporelle mais surtout elle pénalise l'individu en provoquant une plus grande difficulté de mouvements (fatigue, essoufflement), des contraintes articulaires anormales (genoux, problèmes de dos) sans oublier la grande fatigue qu'elle génère.

L'évolution exponentielle des activités dites passives (Internet, télévision, forum de discussion), caractérisée par la baisse des activités physiques associée à une alimentation trop riche, trop sucrée et trop grasse, génère des conséquences désastreuses.

Aujourd'hui, le constat est simple : manger équilibré ne suffit plus, il faut nécessairement associer cette alimentation à une activité physique régulière. Il est indispensable d'associer une dépense énergétique à une alimentation équilibrée. Seule l'association d'efforts alimentaires et physiques permettront de lutter efficacement contre la surcharge pondérale.

4.6. Agir sur la fonction musculaire :

« Le muscle est l'élément central de toutes qualités physiques ». Tout exercice physique sollicite la fonction musculaire (marcher, sauter, lancer, porter, etc.).

L'activité physique joue un rôle capital dans la construction et la définition des différentes masses musculaires :

- Elle intervient directement sur la typologie, la taille et le nombre de fibres musculaires. Le niveau d'activité (faible, modérée, intense), la nature des exercices (force, résistance, explosivité), le déroulement (nombre de répétitions) sollicitent différemment les fibres musculaires ;
- Les fibres musculaires recrutées lors d'un sprint de 50 mètres chronométrés (fibres rapides) ne sont pas les mêmes que celles utilisées lors d'un marathon. L'exercice est pourtant identique, celui de courir.

Ainsi, l'activité physique, génératrice de mouvements, sollicite la fonction musculaire et permet :

- Son développement et son entretien ;
- L'économie et l'efficacité du geste ;
- La diminution des contraintes articulaires ;
- Une meilleure récupération suite à un accident musculo-articulaire.

4.7. Agit sur les qualités cardiovasculaires :

La fonction cardiovasculaire dépend également du niveau d'activité physique. Cette fonction vitale est complexe. Lors d'exercices physiques, les muscles ont besoin d'un apport de sang oxygéné supérieur à celui de l'état de repos. Cette augmentation de la circulation sanguine est réalisée grâce à l'augmentation de l'activité du myocarde.

L'activité physique permet de solliciter ce muscle et le fait progresser. Plus le muscle cardiaque est développé, plus il envoie une quantité de sang importante à chaque battement.

5. Les bienfaits des activités physiques à l'adolescence :

5.1. Bénéfice métabolique de l'activité physique :

L'équilibre entre les apports et les dépenses énergétiques ne prend pas en compte tous les aspects du métabolisme lipidique ; il en résume cependant la plus grande partie. Chez l'humain soumis aux conditions d'existence qui nous sont habituelles, la quasi-totalité des dépenses d'énergie qui interviennent en supplément du métabolisme de repos sont la conséquence de l'activité musculaire.

Au cours de ces dernières années a émergé le concept de maladies métaboliques, qui est associé à l'augmentation de la masse grasse. Toutes ces maladies renvoient à un facteur commun, une dépense insuffisante d'énergie, dont les conséquences sont modulées par le patrimoine génétique.

5.2. Le développement de l'intelligence et des capacités d'adaptations :

Ce type de développement concerne l'intelligence sensori-motrice, l'intelligence du mouvement, le développement de l'appréciation et de l'évaluation des difficultés et d'élaboration des solutions, le développement du sens de l'observation, de l'attention et des capacités de concentration.

5.3. L'éducation sociale et spirituelle :

Ce type d'éducation favorise le développement de la loyauté, du courage, du goût de l'effort, du sens de la responsabilité, du respect des règles et autrui et le développement du sens de l'entraide et de la coopération. A ce propos, il est inutile de rappeler le lien entre « la culture du mouvement » sous forme de tradition de pratique des APS et l'immunité contre les phénomènes de violence verbale et physique.

6. L'estime de soi et l'AP :

A propos de l'estime de soi et l'activité physique Lehalle, (1995) trouve que l'estime de soi est la part évaluative du soi, et par conséquent, la plus consciente et explicite c'est le seul sentiment plus ou moins favorable qui chacun éprouve à l'égard de ce qu'il pense être. Ce concept est un déterminant majeur de la santé, des conduites de santé, de la quantité de vie et du bien-être (Brown, 1998).

(Fox, 1999 ; Penedo et Dahn, 2005) estiment que l'exercice physique peut agir positivement sur l'estime de soi. (Galper & al, 2006) démontre l'association négative entre l'inactivité et le bien-être émotionnel. Les effets de l'AP sur l'estime de soi sont plus importants au niveau des adolescents qui souffrent au départ d'une estime de soi faible.

Colley avance l'idée selon laquelle le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale. Le soi correspondrait à ce que nous imaginons que les gens pensent de nous. Il existant donc un processus d'intériorisation qui se modifierait au cours du développement. Tandis que pour James, l'estime de soi serait le résultat d'un rapport entre nos succès et échecs et nos aspirations à réussir .ainsi, un individu aurait une estime de soi élevée si ses succès sont supérieurs à ses aspirations.

6.1. L'apparition de l'estime de soi dans le domaine corporel :

Estime de soi et soi physique :

Bien que le concept d'estime de soi prenne une place importante dans les travaux en psychologie, c'est aussi un concept qui prend toute sa place dans les Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS). L'estime de soi est un concept qui, selon la littérature récente, est devenu une variable déterminante du point de vue de l'engagement d'un individu dans une pratique physique (Coleman et Iso-Ahola, 1993), du point de vue d'un indicateur de bonne santé, de bonne qualité de vie et de bien-être (Brown et Frankel, 1993) et du point de vue du sentiment que chacun porte à son corps. C'est ce que Fox (1998) appelle la valeur physique perçue.

Plus tard Fox et Corbin (1989) vont valider un modèle hiérarchique qui associe l'estime de soi au soi physique : le Physical Self-Perception Profile (PSPP). Ce modèle distingue trois niveaux hiérarchiques : d'abord l'estime de soi globale (ESG), qui correspond au niveau général, puis la valeur physique perçue, qui correspond au niveau du domaine physique et enfin la compétence sportive, la condition physique, l'apparence physique et la force, qui correspondent aux quatre sous domaines spécifiques de la valeur physique perçue. La valeur physique perçue (VPP) renvoie à un sentiment général de fierté, de satisfaction, de respect de soi et de confiance dans le soi physique (Fox et Corbin, 1989).

Selon ces auteurs, la valeur physique perçue peut-être décomposée en quatre sous-domaines :

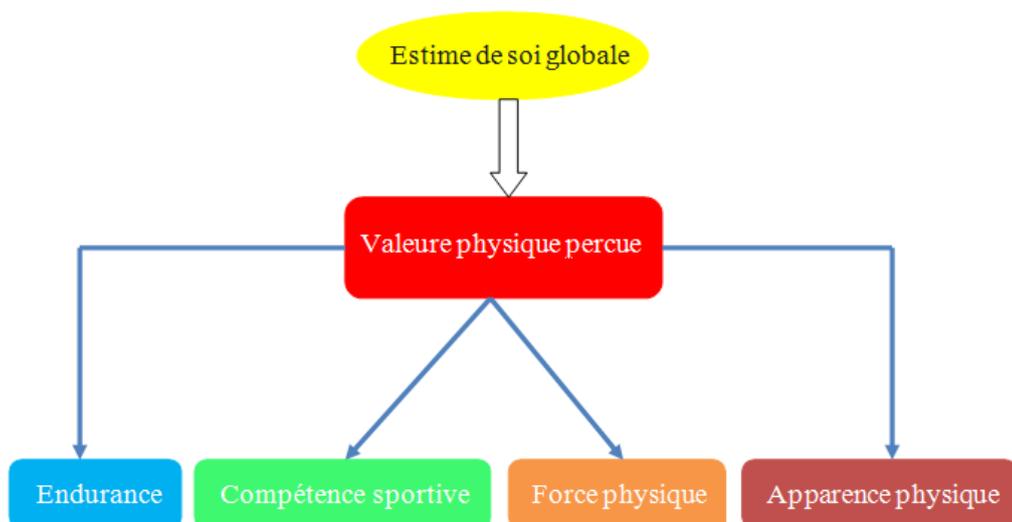


Figure 2 : modélisation hiérarchique de l'estime de soi dans le domaine corporel. (Fox et corbin, 1989.)

- **La condition physique ou endurance (E)** : correspond à la perception qu'a un individu de sa condition physique, de sa forme, et de sa capacité à maintenir des efforts d'endurance.
- **La compétence sportive (CS)** : correspond à la capacité qu'a un individu à apprendre de nouvelles habilités, à la confiance qu'il porte dans le monde sportif, et à la perception qu'il a de ses aptitudes physiques.
- **La force physique (F)** : correspond au développement musculaire d'un individu, et à la confiance qu'il a en lui lors de situation nécessitant de la force.
- **L'apparence physique perçue (A)** : correspond à l'auto-évaluation de l'individu concernant son attrait physique, ainsi que sa capacité à conserver un corps séduisant.

Ce modèle hiérarchique permet donc d'identifier les relations entre l'estime de soi globale et les perceptions du domaine de compétence physique. Tout comme la satisfaction de vie, ce modèle hiérarchique peut être interprété selon les deux approches (inductive et déductive) que sont le « Bottom-Up » et le « Top-Down ». En effet, selon l'approche inductive (Bottom-up), l'estime de soi est influencée par la façon dont un individu perçoit ses compétences dans un sous-domaine dans lequel il accorde de l'importance à la réussite. Plus l'individu va réussir dans un sous-domaine auquel il accorde de l'importance, plus la valeur physique perçue sera renforcée et par conséquent l'estime globale de soi. Une performance en soulevé de terre à charge lourde chez un praticien de bodybuilding augmente le niveau du sous-domaine force, qui accroît ensuite la valeur physique perçue puis l'estime globale de soi.

Toute évolution de niveau d'un sous-domaine, qu'elle soit croissante ou décroissante, peut modifier le niveau d'une dimension située plus haut dans la hiérarchie. L'estime de soi évoluerait donc de façon ascendante selon les perceptions de ses compétences dans divers domaines et de façon descendante selon les événements de vie rencontrés puisque des ressentis négatifs à haut niveau du modèle hiérarchique affecteraient les sous-domaines qui le composent.

Des auteurs comme Harter (1998) ou Biddle et Goudas (1994) affirment que la construction et l'évolution de l'estime de soi dépend également de la perception que l'on a de son corps. En effet, selon Biddle et Goudas (1994), le développement de la valeur physique perçue contribuerait au renforcement de l'estime de soi.

Spence & al, 2005) indique qu'il existe un effet significatif pour l'augmentation de l'estime globale de soi par la pratique physique. Le changement est plus significatif pour la

valeur physique perçue et certains sous domaines en fonction des objectifs recherchés par la pratique corporelle.

6.2. Les bienfaits psychologiques de l'AP :

L'institut canadien de la recherche sur la condition physique affirme en 2003 que l'AP peut contribuer à :

- L'amélioration de la santé mentale et même à la prévention de certains troubles mentaux en améliorant l'estime de soi, la confiance en soi et d'autres variables psychologiques ;
- Amélioration du bien-être et maîtrise du stress .Il est clair que l'AP réduit les symptômes d'anxiété de dépression et qu'elle a une influence positive sur l'humeur.

L'exercice a un effet anti dépresseur : lorsque l'on pratique, on ne pense pas aux problèmes de la vie quotidienne. De plus l'AP stimule la production d'endorphines dans le cerveau, ce qui procure une sensation de bien-être psychologique et physique.

L'AP procure des effets immédiatement ressentis : détente, bien être, sentiment de renaissances de soi par soi-même et par l'entourage, prise de conscience de ses capacités oubliés, ouverture sociale, sensation de souplesse de mobilité.

Sur le plan psychologique ; L'AP permet notamment :

- D'augmenter l'estime de soi ;
- D'améliorer sa gestion de la colère, de l'agressivité et son impulsivité ;
- Amélioration du sommeil et donc réduire les épisodes de fringale nocturne ;
- Amélioration du sentiment de compétence, d'autodétermination et le renforcement du sentiment d'auto efficacité.

L'activité physique permet d'influencer l'image qu'ont les gens de leur corps en se comparant aux autres. Il existe une augmentation de l'estime de soi chez les personnes qui pratiquent différents types d'activités physiques (exercices d'endurance, exercices musculaires, danse...).

Les Activités Physiques peuvent aider l'individu à restaurer une connaissance du corps, à reprendre de l'assurance, à vivre des situations et non plus à les subir. Les AP permettent un travail de groupe (le respect des uns des autres) et une meilleure intégration favorisant les échanges entre les personnes, et donc, de se sentir plus à l'aise en communauté. Il existe une relation positive entre la pratique d'une activité physique et l'amélioration de la santé mentale. La forme physique sert de filtre contre le stress et l'anxiété de la vie courante.

Les individus qui pratiquent une activité régulière seront moins sensibles aux effets négatifs du stress et de l'anxiété.

7. Activité physique et obésité

L'augmentation importante de la prévalence de l'obésité de l'adolescent en fait un problème majeur de santé publique. Dans les sociétés industrialisées, la diminution progressive des temps consacrés à la pratique d'activité physique, joue très certainement un rôle majeur dans le développement de l'obésité pédiatrique. Chez les adolescents en surpoids ou obèses, ce manque chronique d'AP entraîne une altération progressive de leur condition physique et une image corporelle négative. Plus vulnérables face aux moqueries de leurs camarades, les activités physiques deviennent synonymes de souffrances physiques et morales. Ils développent alors des attitudes d'évitement, voire de rejet des pratiques sportives. Les jeux vidéo, l'ordinateur ou encore la télévision occupent, de ce fait, une place de plus en plus importante chez ces jeunes.

Quelle activité ?

Sachant que l'activité physique n'a pas pour but de faire maigrir, elle a d'abord un rôle de prévention cardio-vasculaire. Une activité physique musculaire de type marche à allure vive (5km-h) ,30min 5 fois par semaine au minimum, et à privilégier dans l'objectif d'une prévention cardio-vasculaire. Pour le maintien de la perte de poids à long terme. Les recommandations sont de 60 à 80 min par séance, 5 fois par semaine à une intensité modérée (40-50 % de la fréquence cardiaque de réserve ou 55-70 % de la fréquence cardiaque maximale).

Il faut privilégier les activités d'endurance, les activités de forte intensité n'induisant pas d'effets supplémentaires. Par ailleurs, la durée quotidienne peut être séparée en différentes sessions de 10 minutes. Le vélo et la natation sont intéressants car il s'agit de sports portés qui peuvent réduire les contraintes mécaniques imprimés sur les articulations. La durée des activités pourra être débutée par 30min-j et augmentée progressivement pour arriver à une heure par séance. Dans tous les cas, afin de permettre l'adhérence à long terme à l'activité physique, il faut personnaliser les prescriptions, et revoir le sujet a 3 à 6 mois, afin de faire évoluer le programme d'entraînement.

7.1. Niveau d'activité physique vs niveau d'activité sédentaire :

Les habitudes de vie ont un rôle important à jouer. L'exemple passerait d'abord par les parents qui sont les premiers modèles d'un enfant et qui ont pour rôle d'inculquer de bonnes habitudes de vie à ceux-ci. Tout d'abord, des enfants actifs physiquement courent moins de risque d'être obèses. « Plusieurs enquêtes réalisées auprès de jeunes âgés de 9 à 18 ans démontrent qu'effectivement, il ya une relation négative entre les deux. En effet, plus un enfant est actif physiquement et plus son taux d'obésité va diminuer en conséquence et vice-versa. » (Mollard, et Coll, 2007- P6/10).

Au cours des 25 dernières années, l'introduction récente et la prolifération rapide de la technologie a rendu les enfants et les adolescents plus sédentaires.

Regarder la télévision, ce qui inclut regarder des vidéos et des DVD, utiliser un ordinateur, ce qui inclut utiliser l'internet, chatter et envoyer des e-mails ainsi que jouer à des jeux vidéo (sur console ou PC) sont devenus des passe-temps très en vogue chez les jeunes.

Selon (Plourde, Gilles, 2006) une étude longitudinale américaine sur 4 ans, réalisée sur 700 enfants de 10 à 15 ans a démontré que les enfants qui écoutaient la télévision plus de 5 heures par jour étaient cinq fois plus susceptibles de faire de l'embonpoint ou être obèses que ceux qui l'écoutaient moins de 2 heures par jour.

Cette même enquête affirme que le fait d'avoir une télévision dans sa chambre serait un fort prédicteur d'obésité pour l'enfant. Aussi, les résultats d'une enquête réalisée avec un échantillon aléatoire démontrent que si on fait simplement diminuer la quantité d'heures de télévision écoutée par des enfants d'âge scolaire, même en ne faisant pas la promotion d'un mode de vie plus actif, cela amenait une diminution significative de leur indice de masse corporelle (IMC) sur 1 an, par rapport à un groupe de contrôle.

7.1.1. Rôle de la sédentarité :

La sédentarité représente un facteur de risque majeur. Elle est considérée aujourd'hui comme la première cause non transmissible de mortalité dans le monde.

Le comportement sédentaire ne représente pas seulement une activité physique faible ou nulle, mais correspond à des occupations spécifiques dont la dépense énergétique est proche de la dépense de repos, telles que regarder la télévision, travailler sur ordinateur, lire... le temps passé devant un écran (télévision, jeux vidéo, ordinateur...) est actuellement l'indicateur de sédentarité le plus utilisé .

Ce phénomène s'expliquerait par une diminution du niveau d'activité physique dans les populations concernées, donc d'une augmentation de la sédentarité. Ce qui est effectivement le cas puisque la dépense d'énergie liée à l'activité physique a diminué dans les sociétés industrialisées du fait de conditions de vie plus confortables (transports motorisés, ascenseurs, chauffage central, climatisation).

Certaines études ont montré que le temps passé à regarder la télévision durant l'enfance peut être considéré comme prédictif d'une obésité à l'adolescence. Une étude fournit une démonstration expérimentale de la relation entre le temps passé devant l'écran de TV et l'augmentation de la masse adipeuse chez les enfants (Robinson, 1999).

Quelle que soit la façon d'estimer le niveau d'activité physique, il semble bien exister une association entre l'augmentation des cas d'obésité infantile et l'évolution vers une sédentarité accrue dans les populations.

D'ailleurs, lorsque l'on examine le niveau habituel d'activité physique, les apports alimentaires et les variations du poids au cours du temps, on constate que la variation de poids est associée négativement avec le niveau d'activité physique dans la majorité des études. Cette relation a été retrouvée le plus souvent pour l'activité physique de loisirs et à peu près aussi souvent chez les hommes que chez les femmes.

Bien que la technologie qui rend plus sédentaire soit l'argument principal pouvant expliquer la baisse de l'activité physique chez les jeunes.

7.1.2. Les heures de sommeil :

Les heures de sommeil sont également importantes. Une étude tel que résumée par Science Daily(2005) ; affirme qu'il ya une corrélation directe négative entre le nombre d'heures de sommeil et l'IMC. En effet, les gens obèses ou ayant un surpoids dormaient moins en moyenne par jour que ceux qui avaient un poids normal.

Selon (Nicholson,Patricia, Novembre 2004) tous ces problèmes psychologiques et l'apnée du sommeil peuvent amener l'enfant à se réveiller fatigué le matin, dormir durant la journée et être inactif.

7.1.3. Les conséquences de l'obésité :

L'obésité est une pathologie très complexe, dans le sens où elle ne se résume pas à des conséquences purement médicales. Son apparition implique toutes sortes de désagréments pour l'enfant qui en est atteint.

7.1.3.1. En milieu scolaire :

L'obésité n'est pas une pathologie facile à vivre au quotidien, notamment lorsqu'elle est pointée du doigt par les autres. L'environnement scolaire est d'ailleurs le milieu où se produisent tous les premiers maux. Les enfants sont souvent connus pour dire la vérité.

Encore inconscients de la dureté de certains de leurs propos, ils ne cherchent donc pas à s'observer mutuellement. La manière de s'habiller, de se tenir, de se comporter, de travailler, rien n'est épargné. Ainsi, si l'un de leur camarade se trouve obèse, ils ne se cacheront pas pour lui dire et bien lui faire comprendre qu'il n'est pas comme les autres, et ce, malgré que cela doive passer par des moqueries et injures de mauvais goût.

Or, le problème est que l'enfant obèse rencontre des difficultés pour s'habiller du fait de sa corpulence, mais aussi pour se tenir, se comporter et travailler.

Ainsi, le fait que les enfants obèses aient des difficultés à réaliser les exercices sportifs demandés, fera à nouveau l'objet de plaisanteries blessantes. Cependant, en dépit de leurs difficultés, les enfants obèses apprécieraient les jeux plus ou moins physiques. Cependant, «chez l'enfant en surpoids, cet engouement peut progressivement disparaître lorsqu'il est confronté à des moqueries» et ainsi provoquer plusieurs formes de malaises tels que l'anxiété, l'agressivité, la perte de confiance en soi, ou encore l'isolement. De plus, les enfants obèses subissent des agressions initialement verbales, mais qui peuvent aller jusqu'à l'agression physique, et ce, tout au long de leur scolarité, de la maternelle à l'école primaire, puis au collège.

Cette situation, plus qu'embarrassante pour l'enfant qui souffre de son poids, entraînera chez lui un sentiment de rejet et même d'humiliation de rejet et même d'humiliation. Il ne pourra que se sentir différent une fois de plus et se renfermera alors sur lui-même. Par conséquent, cet isolement vis-à-vis des autres se révélera être néfaste pour sa scolarité et son bien-être physique. Les enfants obèses arrivent parfois à ne plus vouloir se rendre sur les bancs de l'école de peur de se retrouver une fois encore confrontés aux regards des autres enfants. C'est la raison pour laquelle ils s'arrangeront pour rester chez eux, mais ne trouveront pour seule occupation que l'ordinateur ou la télévision, activités propices au grignotage.

Le grignotage sera effectivement le seul remède à leur problème étant donné que cela leur procurera du plaisir. Cette spirale, ce cercle vicieux, se renferme alors sur eux, sans qu'ils ne puissent le rompre seul. Ils souffrent et n'ont trouvé que la nourriture ou se réfugier.

7.1.3.2. Au niveau médical :

L'obésité provoque avant tout de nombreuses conséquences médicales. Ce n'est, en effet, pas qu'une simple question d'apparence. Une surcharge pondérale excessive a bien évidemment des impacts importants sur la santé de l'enfant. Dans un premier temps, l'obésité infantile est un facteur de risque majeur de maladies. Il peut provoquer de graves problèmes cardiovasculaires sont d'ailleurs responsables d'une mortalité plus précoce et considérables chez les personnes obèses. L'obésité chez l'enfant être dangereuse pour l'enfant. D'ailleurs, les lésions artérielles précoces détectées chez l'enfant obèse persisteraient par la suite, et ce, quelle que soit l'évolution de sa corpulence.

Pour ce qui est des conséquences articulaires et orthopédiques, le poids excessif de l'enfant obèse repose totalement sur ses articulations ce qui, par conséquent, les détériore progressivement. De même, on observe chez les enfants obèses des entorses à répétitions dues à une fois de plus au poids excessif de l'enfant, qui use de manière précoce les appuis du corps, à savoir, les chevilles.

Par ailleurs, l'obésité entraîne aussi des complications cutanées. Il est possible qu'un enfant obèse souffre de problèmes de peau tels que des frottements (plus généralement au niveau des cuisses et des aisselles), des vergetures(dues à un étirement trop conséquent de la peau, notamment au niveau de l'abdomen, des seins et des fesses), ou encore des macérations des plis et mycoses(ne pouvant plus respirer, la peau entre les plis se décompose).

De plus, l'obésité infantile est également associée au diabète non insulino-dépendant de type II, appelé aussi diabète gras ou diabète de la maturité. Cependant, cette appellation commence peu à peu à disparaître étant donné que cette forme de diabète, jusqu'alors connue uniquement chez les adultes, concerne à présent des individus de plus en plus jeunes. Le diabète de type II correspond à une insuffisance de sécrétion d'insuline, (hormone produite par le pancréas). Celle-ci permet l'entrée du sucre dans les cellules. De ce fait, un manque d'insuline peut s'avérer être très dangereux, voire mortel. Due à une consommation accrue de nourriture que le corps ne parvient plus à régler.

8. L'intérêt de L'AP dans la prévention et le traitement de l'obésité :

L'AP a des effets significatifs sur la condition physique et la composition corporelle. Par ailleurs, l'augmentation de l'activité physique chez l'enfant ou l'adolescent obèse induit des bénéfices sur les facteurs de risque métaboliques et cardiovasculaires, et les facteurs

psychologiques (l'estime de soi, image corporelle) indépendamment de la baisse de l'indice de masse corporelle (IMC).

8.1. Des sollicitations énergétiques différentes :

Les activités physiques sollicitent les systèmes, organes et fonctions de façon très différente selon leur type, leur durée et leur intensité. Chez les jeunes obèses, la surcharge pondérale peut entraîner des sollicitations énergétiques plus importantes et motrices différentes de celle des jeunes non obèses même sédentaire.

8.2. Des contraintes au niveau de l'appareil locomoteur :

Lors de la pratique d'AP, les contraintes imposées à l'appareil locomoteur et les risques traumatiques induits sont plus élevés chez l'enfant obèse du fait de l'encombrement et du poids des membres alors même que la force musculaire peut être proche de celle des sédentaires.

8.3. Des sollicitations cardiovasculaires plus importantes :

Pour un niveau d'exercice identique, les sollicitations cardiovasculaires et respiratoires sont plus importantes chez l'enfant et l'adolescent obèse, avec des fréquences cardiaques et des débits vésicatoires plus élevés.

8.4. Importance des facteurs psychologiques :

Les déterminants psychologiques conditionnent la pratique d'AP. En effet, une bonne estime de soi favorise l'engagement dans une AP, en particulier par le biais de la motivation. Certains enfants en surpoids peuvent exprimer un mal-être lié à une mauvaise image de leur corps engendrant des réticences à la pratique de l'AP. De plus, les enfants obèses bénéficient parfois de moins de soutien parental (encouragement ou pratique personnelle).

L'obésité peut également conduire à un isolement secondaire et à une stigmatisation par les camarades qui peut pousser l'enfant à éviter ses pairs ou du moins à éviter de partager avec eux certaines AP. Durant ces périodes de solitude, l'ennui et la culpabilité mènent au grignotage et à la sédentarité, ce qui participe à l'entretien ou au développement de l'obésité.

Partie pratique

Chapitre I
méthodologie
de la
recherche

1. Intérêt de la recherche :

- Mettre en pratique nos connaissances acquises à travers notre cursus universitaire.
- Apporter de nouveau et un enrichissement à travers ce thème, à la recherche académique et au futur chercheurs de notre faculté.
- Saisir l'occasion pour être près de cette couche d'adolescents (élèves en surpoids) et de démontrer l'importance d'une pratique d'activité physique pour l'amélioration de leur estime de soi.
- Vérifier la corrélation entre l'estime de soi et le statut pondéral.
- Vérifier la corrélation entre le niveau d'activité physique et l'estime de soi.

2. Taches de la recherche :

Afin d'atteindre les objectifs suscités, nous nous sommes fixé les tâches suivantes:

- L'analyse bibliographique et documentaire sur la thématique de notre recherche.
- Réalisation des questionnaires pour évaluer l'estime de soi globale des adolescents par l'inventaire du soi physique.
- Evaluer le niveau d'activité physique (NAP) des élèves par une méthode de rappels journalière (24h).
- Recueil des résultats obtenus.
- Traitement de ces résultats.

3. Population :

Notre étude à portée sur un échantillon de 310 élèves scolarisés au niveau d'école secondaire de la 1^{ère} année à la 3^{ème} année. L'enquête a été faite au niveau des deux établissements secondaires (lycée Aokas, et lycée Technicum). Nous avons fait ce choix en fonction de nos possibilités de déplacement.

Notre population se divise en quatre groupes :

Premier groupe : il se constitue d'un ensemble d'adolescents maigres en nombre de 16.

Deuxième groupe : se constitue d'un ensemble d'adolescents normo-pondéreux en nombre de 144.

Troisième groupe : se constitue d'un ensemble d'adolescents en surpoids en nombre de 72.

Quatrième groupe : se constitue d'un ensemble d'adolescents Obèses en nombre de 78.

4. Moyen et méthode la recherche :

Pour résoudre le problème susmentionné, nous avons appliqué les moyens et méthodes suivantes :

4.1. Analyse bibliographique :

Ce procédé, nous à permet de collecter le maximum de données relatives à notre thème. Nous avons donc, consulté et analysé environ une quarantaine d'ouvrages entre livres, documents, mémoires, revus et autres, qui nous ont permis de mieux clarifier et cerne notre problématique, et de déterminer nos hypothèses ainsi que les taches concrètes de notre travail.

4.2. Instruments utilisés :

Pour évaluer d'estime de soi nous avons utilisé :

4.3. L'inventaire de soi physique (ISP) :

Dans le cadre de notre recherche, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Fox et Corbin (1989). Comme nous l'avons vu précédemment, ces auteurs ont créé le Physical Self-Perception Profile qui est le premier instrument hiérarchique reliant l'estime de soi à la dimension corporelle. Cet outil a par la suite était traduit et validé en français par Ninot et al. (2000) ce qui a donné lieu à l'Inventaire du Soi physique (ISP-25). Il permet de mesurer 6 dimensions de l'estime de soi : l'estime de soi globale, la valeur physique perçue, l'endurance, la compétence sportive, la force et l'apparence perçue.

4.4. La détermination du statut pondéral :

La détermination du statut pondéral des enfants a été définie par un indice de masse corporelle, $IMC = (\text{poids}/\text{taille}^2, \text{ en kg/m}^2)$, dans cette étude nous avons utilisé les courbes de corpulences du PNNS 2010 et l'IOTF 2012 adaptées à la pratique clinique.

4.5. Niveau d'activité physique :

C'est l'estimation de nombre d'heures passées, par jour, chaque type d'activité, en réalisant une moyenne à partir de la durée de ces activités comptabilisées sur une journée plus l'estimation est précise plus le NAP calculé sera proche de la réalité.

D'abord noter la durée de toutes les activités pratiquées au cours de la Journée:

- Classer les activités au niveau de leurs intensités (NAP), pour simplifier l'évaluation les activités sont réparties en six grandes catégories (à laquelle correspond un NAP) suivant le tableau ci-dessous.
- Faire le total de la durée des activités de chaque catégorie (en heures), la somme des durées faisant 24h.
- Calculer le NAP moyen ainsi :

$$\frac{\text{Coefficient du NAP} \times \text{durée (heures)}}{24}$$

❖ Par exemple: (NAP x heures de sommeil) + (NAP x heures assis à la TV, PC, jeux vidéo) + (NAP x heures à faire du ménage)...etc. Le tout divisé par 24 heures. Chaque catégorie correspond à un niveau d'activité spécifique qu'il faudra multiplier par le nombre d'heure.

Categories	NAP	Activities
A	1	Sommeil et sieste, repos allongé
B	1.75	Position assise. (TV, ordinateur, devoir, repas, transport)
C	2.1	Position debout (toilette, achat, cuisine, petits déplacements)
D	2.6	Activités légères de faible intensité (jeux peu actifs)
E	3.5	Activités modérées (marche rapide, travaux manuels.)
F	5.2	Activités sportives (entraînement en club, éducation physique et sportive...)
G	10	Compétition sportive

Tableau 2 : Classement des activités des enfants et des adolescents âgés de 10 à 18 ans en 7 catégories selon le niveau d'activité physique, (Martin 2000).

- ❖ **Activité physique faible 1,50 → 1,80**
- ❖ **Activité physique modérée 1,80 → 2,20**
- ❖ **Activité physique élevée → 2,20**

4.6. L'étude statistique :

Pour réaliser l'ensemble des calculs de notre travail, nous avons eu recours aux méthodes statistiques pour une analyse mathématique des données.

4.6.1. La moyenne :

La moyenne d'une série statistique est égale au quotient de la somme de toutes les valeurs de cette série par l'effectif total. Elle est souvent notée \bar{X} .

> La moyenne :
$$\bar{X} = \frac{1}{N} \sum_i^N X_i$$

4.6.2. L'écart type :

C'est la variance de l'écart par rapport à la moyenne, cela veut dire la distance qui sépare les valeurs individuelles du groupe.

4.6.3. Le coefficient de corrélation de Pearson:

Permet de mesurer l'intensité de la liaison entre deux caractères. C'est donc un paramètre important dans l'analyse des régressions linéaires (simple ou multiples).

- Une valeur proche de 1 montre une forte liaison (positive) entre les deux caractères.
- Une valeur proche de -1 montre une forte liaison (négative) entre les deux caractères.
- Une valeur proche de 0 montre l'absence de liaison entre les deux caractères.

4.6.3.1. La loi de corrélation de Pearson:

$$R = \frac{\sum (a - \bar{x}_1) \times \sum (b - \bar{x}_2)}{\sqrt{\sum (a - \bar{x}_1)^2 \times \sum (b - \bar{x}_2)^2}}$$

- a, b : la variable de 1 et de 2.
- \bar{x}_1, \bar{x}_2 : la moyenne arithmétique de 1 et de 2.
- R : le coefficient de corrélation.

Analyse et
interprétation
des résultats

Présentation des résultats :

1. Présentation des résultats obtenus par l'inventaire de l'estime de soi :

Tableau N°3 : Dimensions de l'estime de soi de notre échantillon.

	Moyenne	Ecart type
Valeur physique perçue (VPP)	3.53	0.58
Compétence sportive perçue (CSP)	3.46	0.69
Condition physique perçue (CPP)	3.54	0.64
Force physique perçue (FPP)	3.43	0.56
Apparence physique perçue (APP)	3.70	0.50

Le tableau n°3 montre que les moyennes de l'ISP varient entre 3.43 et 3.70. La valeur la plus élevée a été enregistrée dans l'apparence physique avec une moyenne de 3.70 ce qui indique que la plupart des jeunes semblent satisfaits de leur apparence et la plus faible dans la force physique avec une moyenne de 3.43. Tandis que les écarts type varient entre 0.50 et 0.69. Les statistiques descriptives (tableau n°3) montrent que l'ensemble de la population étudiée présente un niveau d'estime de soi moyen quelle que soit la dimension évaluée.

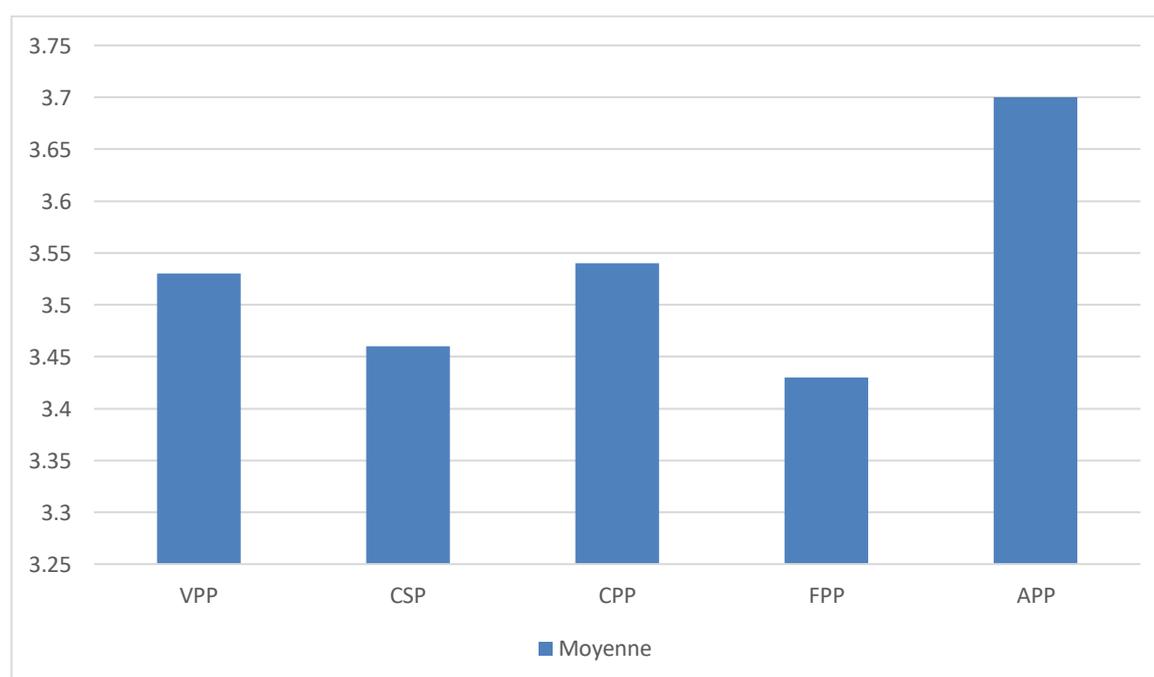


Figure 3 : Dimensions de l'estime de soi de notre échantillon.

Tableau N°4 : Corrélation VPP et sous domaines :

	<i>VPP</i>	<i>CSP</i>	<i>CPP</i>	<i>FPP</i>	<i>APP</i>
VPP	1				
CSP	0,9654379	1			
CPP	0,9912108	0,9525297	1		
FPP	0,955993	0,8972375	0,9354762	1	
APP	0,9288625	0,8371874	0,9181019	0,8423101	1

Les résultats des corrélations, présentés dans le tableau ci-dessus montrent que, la compétence sportive perçue (0.96**), la condition physique (0.99**), la force (0.95**) ainsi que l'apparence physique (0.92**) sont positivement corrélées entre elles.

Et on observe la même relation entre force physique perçue et condition physique perçue et la compétence physique perçue (0.95**). A noter que ces dernières échelles sont positivement corrélées entre elles.

Enfin on observe la même relation de l'échelle de l'apparence physique perçue avec la force physique perçue (0.83**)

Tableau N°5 : Dimensions de l'estime de soi selon la catégorie de NAP :

	NAP faible (1,50=>1,80)	NAP modéré (1,80 =>2,20)	NAP élevé (2,20et plus)
Valeur physique perçue (VPP)	2.94	3.26	4.08
Compétence sportive perçue (CSP)	2.76	3.27	4.09
Condition physique perçue (CPP)	2.89	3.25	4.14
Force physique perçue (FPP)	2.89	3.08	3.95
Apparence physique perçue (APP)	3.22	3.46	4.14

Le tableau N°5 montre que les moyennes des différentes dimensions de l'ISP du NAP faible varient entre 2.76 et 3.22, tandis que pour le NAP modéré les moyennes varient entre 3.25 et 3.46 et pour le NAP élevé les moyennes varient entre 3.95 et 4.14, les moyennes les plus élevées ont été enregistrer dans l'apparence physique, et les plus faibles dans la force physique perçue pour le NAP élevé et modéré , et pour le NAP faible la moyenne la plus faible a été enregistrer dans la compétence sportive perçue.

On observe dans le tableau ci-dessus que les élèves avec un NAP élevé ont les meilleurs moyens dans les différentes dimensions de l'estime de soi, que ceux qui ont un NAP faible et modéré, ce qui signifie l'importance d'une activité physique.

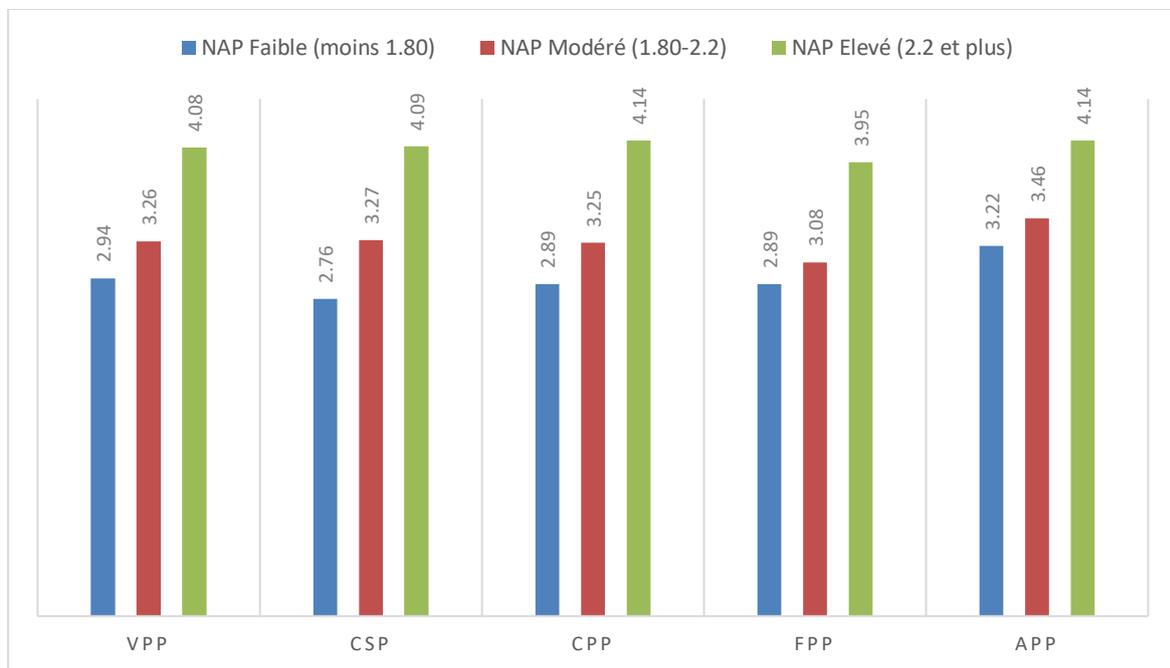


Figure 4 : Dimensions de l'estime de soi selon la catégorie de NAP

Tableau N°6: Comparaison des résultats de l'estime de soi des élèves ayant un NAP Élevé et un NAP modéré

	NAP élevé (2.20 et plus)		NAP modéré (1,80 =>2,20)		T	P value	Significative
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type			
VPP	4.08	0.25	3.26	0.12	18.09	< 0.001	S
CSP	4.09	0.33	3.27	0.31	12.91	< 0.001	S
CPP	4.14	0.29	3.25	0.15	16.87	< 0.001	S
FPP	3.95	0.29	3.08	0.15	16.45	< 0.001	S
APP	4.14	0.24	3.46	0.07	15.86	< 0.001	S

Les résultats enregistrés sur le tableau ci-dessus démontrent que les élèves ayant NAP élevé ont enregistré de meilleurs scores que les élevés présentant un NAP modéré dans les différentes dimensions de l'estime de soi.

On observe que les T, varient entre 12,91 à 18,09, alors on constate une différence significative au seuil 0.001

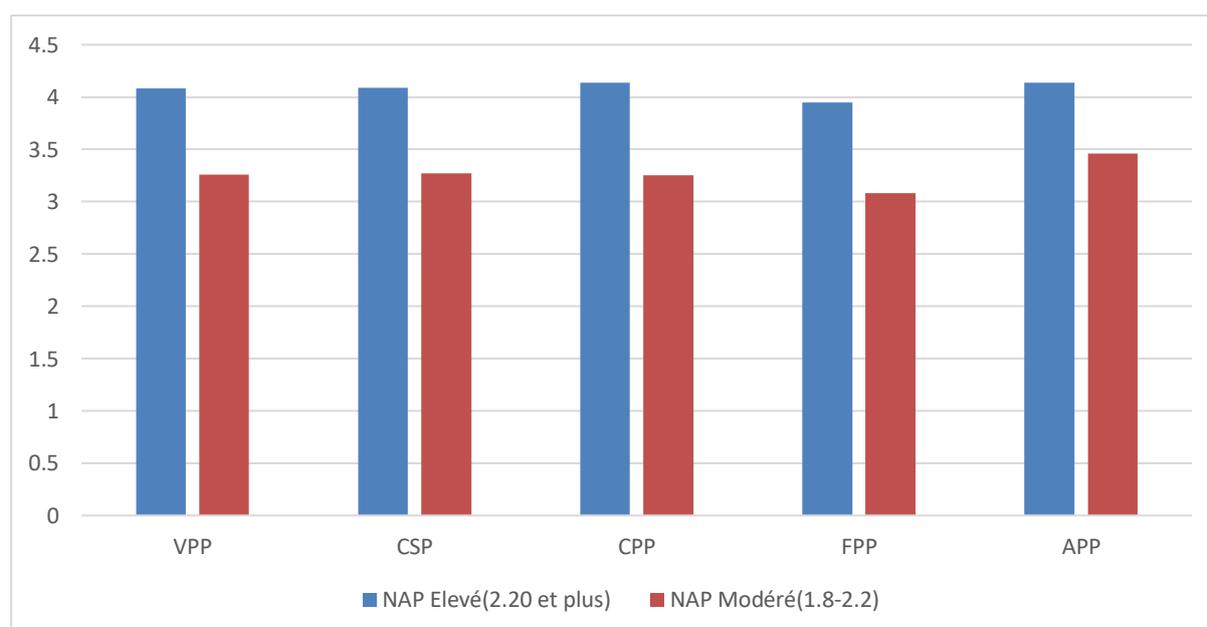
**Figure 5 :** Comparaison des résultats de l'estime de soi entre le NAP élevé et le NAP modéré

Tableau N°07 : Comparaison des résultats de l'estime de soi entre le NAP élevé et le NAP faible

	NAP élevé (2.20et plus)		NAP faible (1.50=>1,80)		T	P value	Significative
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type			
VPP	4.08	0.25	2.94	0.08	49.13	< 0.001	S
CSP	4.09	0.33	2.76	0.17	40.95	< 0.001	S
CPP	4.14	0.29	2.90	0.14	43.93	< 0.001	S
FPP	3.95	0.29	2.89	0.16	42.38	< 0.001	S
APP	4.14	0.24	3.23	0.27	29,73	< 0.001	S

Les résultats enregistrés sur le tableau ci-dessus démontrent que les élèves ayant NAP élevé ont enregistrés de meilleurs scores que des élèves présentant un NAP faible dans les différentes dimensions de l'estime de soi.

On observe que les T, varient entre 29,73 à 49,13, donc on constate une différence significative au seuil 0.001.

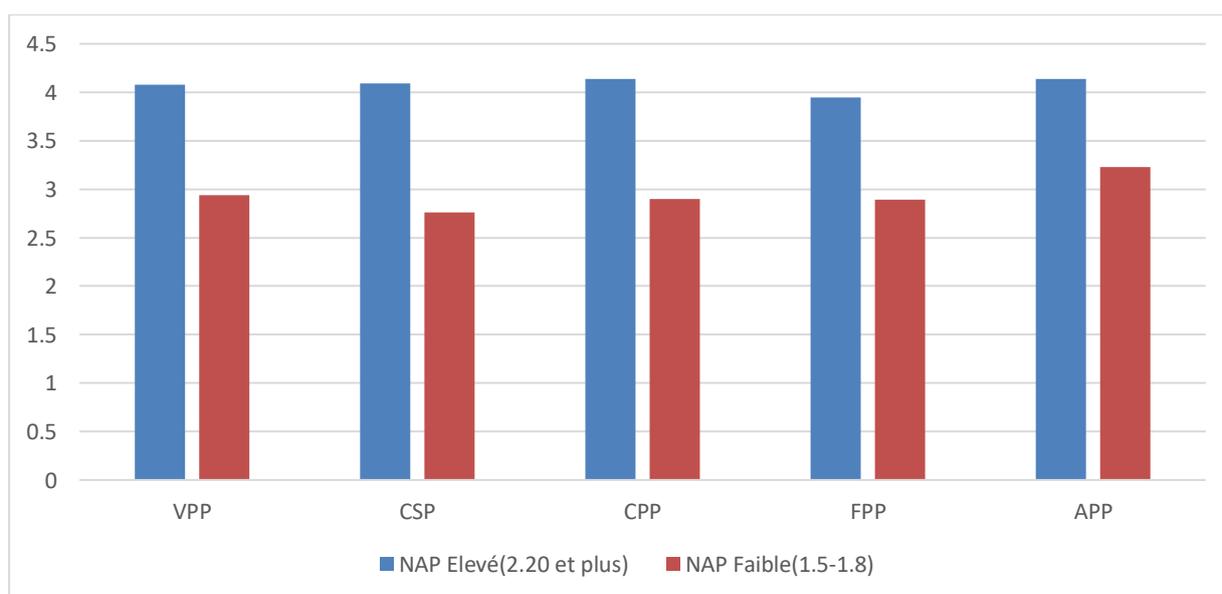


Figure 6 : Comparaison des résultats de l'estime de soi entre le NAP élevé et le NAP faible

Tableau N°8 : Dimensions de l'estime de soi selon le statut pondéral :

	Maigres	normo-pondéraux	Surpoids	Obèses
VPP	3.33	4.11	3.11	2.91
CSP	3.35	4.13	2.84	2.81
CPP	3.33	4.18	3.09	2.83
FPP	3	3.97	3.02	2.90
APP	3.5	4.15	3.48	3.11

Le tableau N°8 montre que les moyennes des différentes dimensions de l'ISP des maigres varient entre 3 et 3.5, les normo-pondéraux entre 3.97 et 4.5, tandis que pour les surpoids entre 2.84 et 3.48, et pour finir les obèses les moyennes varient entre 2.81 et 3.11. Pour les maigres et les normo-pondéraux les moyennes les plus faibles ont été enregistrées dans l'apparence physique perçue, Tandis que pour les surpoids et les obèses les moyennes les plus faibles ont été enregistrées dans la dimension condition physique perçue, ce qui est tout à fait logique au vu de leur poids. Pour finir les moyennes les plus élevées pour toutes les catégories ont été enregistrées dans la dimension de la force physique perçue.

Les résultats du tableau ci-dessus démontrent que les normo-pondéraux ont les meilleures moyennes, dans les différentes dimensions de l'ISP, ce qui signifie que le poids a un impact important sur les dimensions de l'estime de soi.

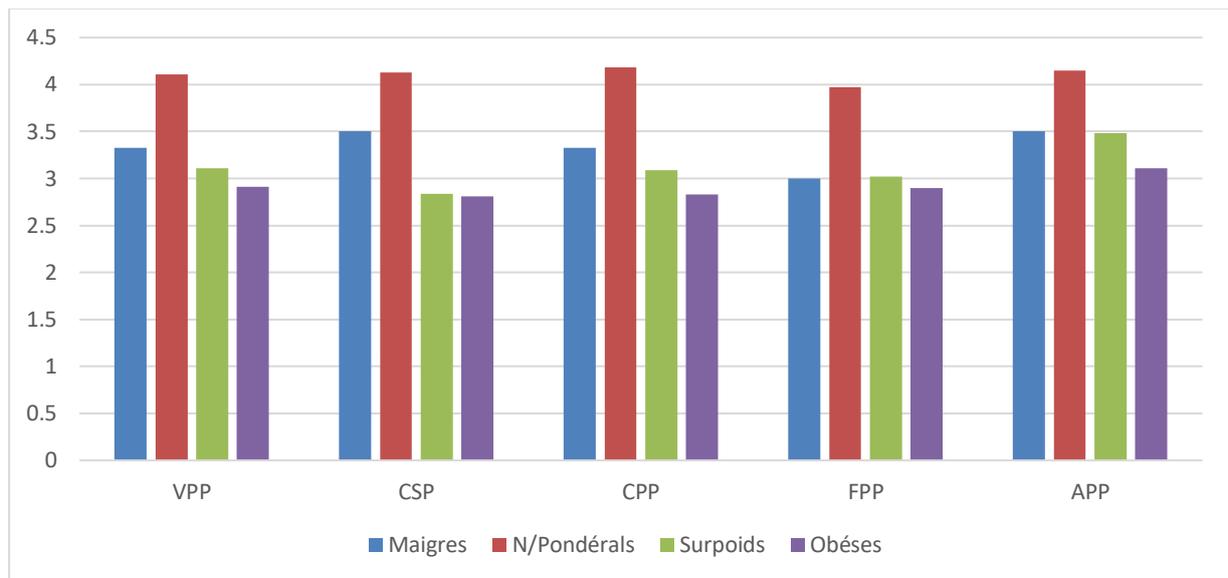


Figure 7 : Dimensions de l'estime de soi selon le statut pondéral

Tableau N°9 : Comparaison des résultats l'estime de soi et le statut pondéral : entre les normo-pondéraux et les obèses

	normo-pondéraux		Obèses				
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	T	P value	Significative
VPP	4.11	0.23	2.91	0.08	44.60	< 0.001	S
CSP	4.13	0.31	2.81	0.17	34.85	< 0.001	S
CPP	4.18	0.25	2.83	0.15	43,60	< 0.001	S
FPP	3.97	0.28	2.90	0.16	31.09	< 0.001	S
APP	4.15	0.24	3.11	0.48	30.82	< 0.001	S

Les résultats enregistrés sur le tableau ci-dessus démontrent que les élèves normo-pondéraux ont les meilleures moyennes que les élèves obèses sur les différentes dimensions de l'ISP. On observe que le T varie entre 30,82 à 44,60.

Enfin pour la comparaison entre les normo-pondéraux et les obèses, on constate une différence significative au seuil (0,001).

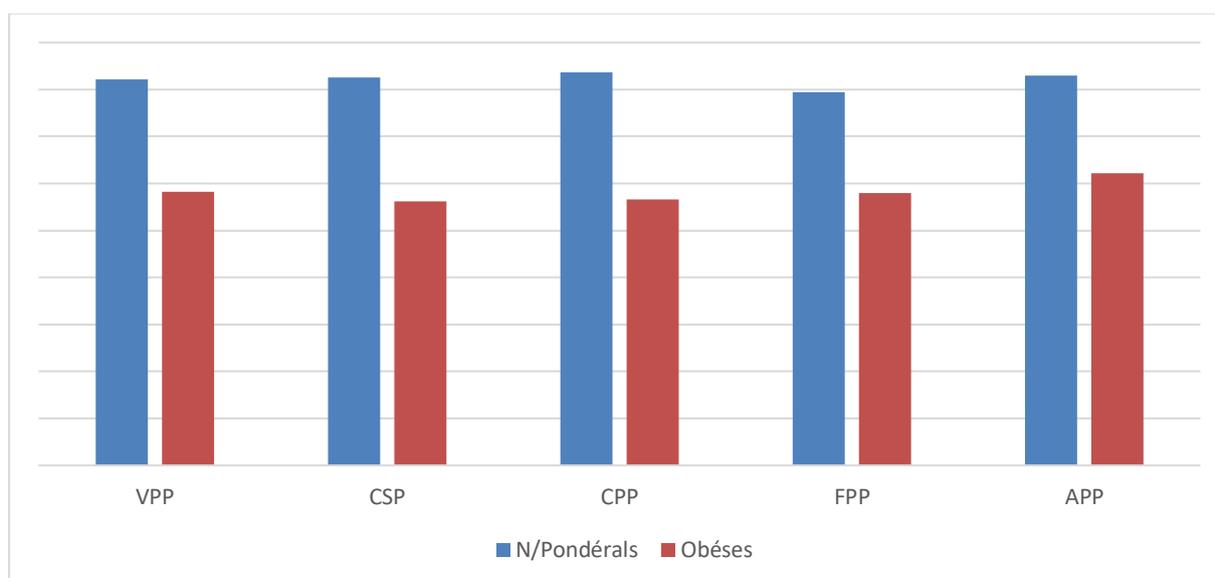


Figure 8 : Comparaison des différentes dimensions de l'ISP entre les normo-pondéraux et les obèses

Tableau N°10: Comparaison des résultats l'estime de soi et le statut pondéral : entre les normo-pondéraux et les surpoids

	normo-pondéraux		Surpoids				
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	T	P value	Significative
VPP	4.11	0.23	3.11	0.22	30,56	< 0.001	S
CSP	4.13	0.31	2.84	0.34	27.91	< 0.001	S
CPP	4.18	0.25	3.09	0.18	32.95	< 0.001	S
FPP	3.97	0.28	3.02	0.26	24,06	< 0.001	S
APP	4.15	0.24	3.48	0.24	19.34	< 0.001	S

On observe que les normo-pondéraux ont des moyennes plus élevées que les adolescents en surpoids sur les différentes dimensions de l'ISP. Le tableau n 10 montres que le T varie entre 19,34 à 32,95.

Comme pour les normo-pondéraux et les obèses on remarque la même différence significative entre les normo-pondéraux et les élèves en surpoids ($P < 0,001$).

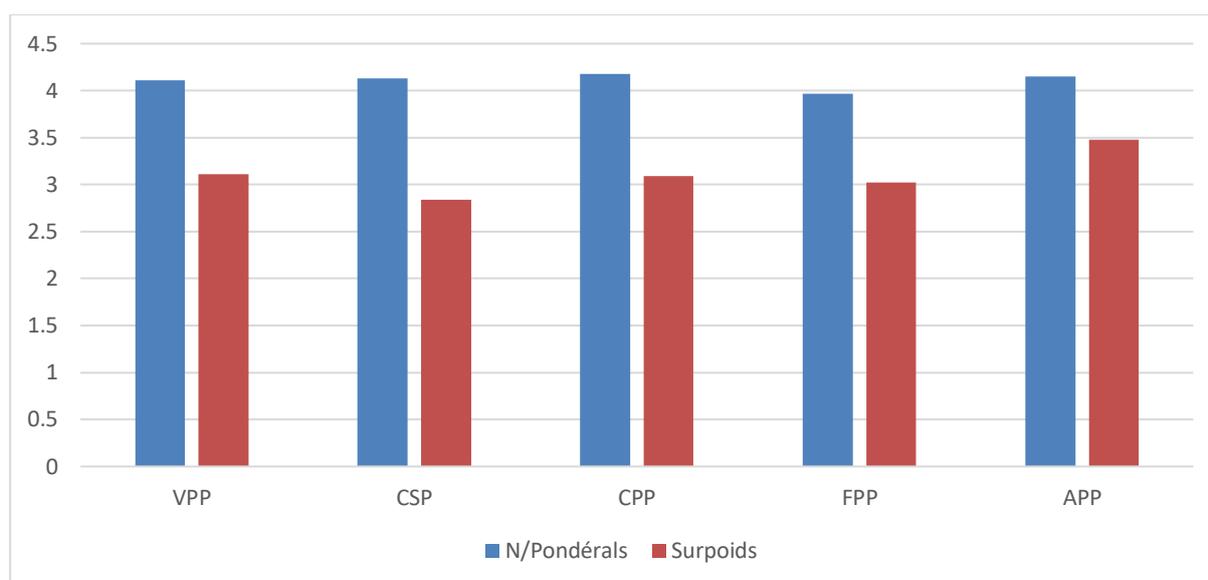


Figure 9 : Comparaison des différentes dimensions de l'ISP entre les normo-pondéraux et les obèses

Tableau N°11 : Comparaison des résultats l'estime de soi et le statut pondéral : entre les normo-pondéraux et les maigres

	normo-pondéraux		Maigres				
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type	T	P value	Significative
VPP	4.11	0.23	3.33	1.38	6.19	< 0.001	S
CSP	4.13	0.31	3.5	0	10,42	< 0.001	S
CPP	4.18	0.25	3.33	1.38	6.62	< 0.001	S
FPP	3.97	0.28	3	0	13.82	< 0.001	S
APP	4.15	0.24	3.5	0	10.80	< 0.001	S

Les résultats enregistrés sur le tableau ci-dessus démontrent que les meilleurs scores ont été enregistrés en faveur des élèves normo-pondéraux par rapport au sujets maigres. Tandis que le T varie de 6,19 jusqu'à 13,89.

Enfin pour la comparaison on constate une différence significative au seuil (0,001).

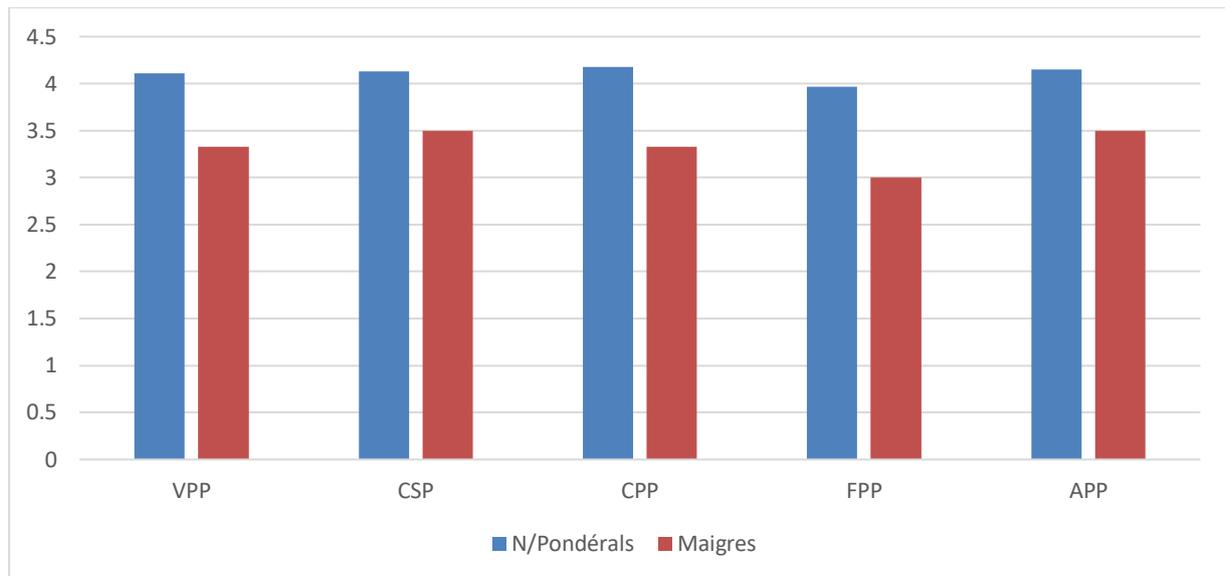


Figure 10 : Comparaison des différentes dimensions de l'ISP entre les normo-pondéraux et les maigres

Tableau N°12 : Corrélation entre les dimensions de l'ISP selon le statut pondéral :

	VPP	CSP	CPP	FPP	APP
BMI	-0,8548836	-0,8756615	-0,849601	-0,7447463	-0,8030162

Les résultats des corrélations, présentés dans le tableau ci-dessus montrent qu'il existe une corrélation négative significative entre les différentes dimensions de l'ISP et le BMI au seuil 0,01, on remarque des moyennes qui varient entre (-0.74**) jusqu'à (-0.87**).

Tableau N°13 : Corrélation entre les dimensions de l'ISP et le niveau d'activité physique

	VPP	CSP	CPP	FPP	APP
NAP	0,9780278	0,93741006	0,96984201	0,94108412	0,91051883

On observe dans le tableau ci-dessus l'existence d'une corrélation positive forte entre les différentes dimensions de l'ISP et le niveau d'activité physique au seuil de, avec des moyennes qui varient entre (0.91**) a (0.97**)

Discussion des résultats :

Données relatives à l'inventaire de l'estime de soi :

L'adolescence est un stade important où de nombreuses mutations apparaissent, en particulier sur les plans physique et psychique. C'est aussi le moment où l'estime de soi constitue le passage vers le monde adulte (Rodriguer Tomé, 1997).

L'évaluation de l'estime de soi en s'appuyant sur l'inventaire du soi physique qui permet de mesurer 6 dimensions, l'estime de soi globale, la valeur physique perçue, l'endurance, la compétence sportive, la condition physique, la force. Les résultats montrent que l'ensemble de la population étudiée présente un niveau d'estime de soi moyen quelle que soit la dimension évaluée avec des scores qui varient entre 3.43 à 3.70.

L'estime de soi joue un rôle important dans la vie des adolescents, plusieurs auteurs ont évoqués les bienfaits d'avoir une haute estime de soi. D'après Branden (1994), une haute estime de soi constitue une solution aux problèmes personnels et sociaux de chacun. À l'inverse, une faible estime de soi serait la racine de ces problèmes.

Pour Leary et Baumeister (2000) posséder une estime de soi élevée correspond à se sentir comme un individu aimable, compétent et attirant. Ces différents auteurs montrent que le domaine physique est généralement survalorisé chez les jeunes et de ce fait, celui-ci a un impact important sur l'estime de soi.

Données relatives à l'inventaire de l'estime de soi selon le NAP :

Le calcul du NAP des élèves; en s'appuyant sur l'estimation de nombre d'heures passées, par jour, dans chaque type d'activité quotidiennes. Pour ce qui concerne les 5 dimensions de l'ISP, les résultats montrent que les élèves avec un niveau d'AP élevé ont les meilleures moyennes dans toutes les dimensions évaluées que ceux avec un NAP faible et modéré. La valeur la plus élevée a été enregistrée dans l'apparence physique 4.14. En effet, de nombreuses études ont été menées sur l'impact de la pratique physique sur l'estime de soi. L'estime de soi est plus élevée chez les adolescents qui pratiquent une activité physique. De plus, la valeur physique et la compétence perçue sont plus positives chez les pratiquants réguliers. Cette relation entre l'estime de soi et l'apparence physique avait déjà été mise en évidence par Thornton et Rickman (1991).

Discussion des résultats :

Quelques travaux ont été menés dans cette optique, menant à des conclusions qui valident la relation entre l'estime de soi physique et la pratique d'activités physiques (Crocker *et al.* 2006)

Gruber (1986), a étudié cet aspect à partir d'une revue de littérature sur la relation entre la participation à une activité physique et l'estime de soi chez les enfant, Gruber a analysé 27 études et observé un effet général d'une amplitude de 0.41. Ceci signifie que les enfants qui ont une activité physique régulière présentent des scores d'estime de soi de près d'un demi-point plus élevé. Cet effet est donc modéré. Néanmoins, toutes les modalités de pratiques : activité d'expression corporelle, entraînement sportif, etc. ont des effets positifs sur l'estime de soi.

A travers ces études on peut affirmer que l'augmentation de l'estime de soi dépend de l'importance accordée au domaine corporel. La valeur du soi physique est un déterminant majeur de la poursuite d'une activité physique à long terme et de l'évitement de l'installation ou de l'aggravation du cercle vicieux du déconditionnement.

Données relatives à l'inventaire de l'estime de soi selon le statut pondéral :

Les résultats montrent que les adolescents normo-pondéraux ont les meilleures valeurs dans les différentes dimensions de l'ISP, et les obèses ont enregistrés les moyennes les plus faibles, ce qui signifie l'impact du poids sur l'estime de soi des adolescents. Les adolescents en surpoids ou obèses sont plus susceptibles d'avoir à la fois une faible estime de soi et une plus grande insatisfaction de leur image corporelle en comparaison avec des adolescents n'ayant pas de problème de poids (Dion *et al.* 2016; O'dea, 2008).

Des études ont également démontré que plus l'IMC est élevé, plus l'estime de soi est faible (Hesketh, Wake *et Waters*, 2004; Ketata *et al.* 2010). De même, les études rapportent une amélioration de l'estime de soi parallèlement à la perte de poids (Sacher, Chadwick, Wells, *et al.* 2005; Walker, Gately, Bewick, *et al.* 2003). Il a également été constaté que l'IMC et l'estime de soi sont associés à des pressions pour maigrir et à des critiques de la part des pairs en ce qui concerne l'apparence physique (Cantin *et Stan*, 2010). En effet, les jeunes en surpoids et avec une faible estime de soi font l'objet de plus de pression et de critiques négatives quant à leur apparence physique (Cantin *et Stan*, 2010). Dans l'ensemble, les résultats indiquent que l'estime de soi est modérément corrélée à l'IMC, mais également à des facteurs sociaux.

Discussion des résultats :

Données relatives aux corrélations :

- ***VPP et sous domaines :***

Les résultats des corrélations montrent clairement que les échelles sont positivement corrélées entre elles, qu'il existe une relation entre la valeur physique perçue et les sous domaines de l'ISP, mais aussi une relation entre l'estime de soi et l'apparence physique avait d'ailleurs déjà été mise en évidence chez les adolescents Thornton et Rickman (1991).

Selon Sonstroem (1984), participer à un exercice permet d'améliorer l'estime de soi mais également la valeur physique perçue, ces recherches mettent en évidence que le développement de la valeur physique perçue contribue au renforcement de l'estime de soi.

Il est admis que le domaine corporel participe à la construction et à la structuration de l'estime de soi Biddle et Goudas, (1994), et plus particulièrement chez les adolescents. Une perception satisfaisante du corps favorise le bien-être des adolescents, tout autant qu'elle facilite les rapports avec autrui Harter, (1990).

- ***Dimensions de l'ISP et statut pondéral :***

Les résultats des corrélations montrent clairement que les différentes dimensions de l'ISP sont négativement corrélées avec le statut pondéral. En effet, l'estime de soi chez les adolescents en surpoids tend à être plus faible en comparaison à des adolescents de poids normal (Ketata et al. 2010). Les résultats d'études montrent que près d'un adolescent sur deux en surpoids présente un score d'estime de soi faible (Sudres et al. 2013). Une autre étude avance même, que trois adolescents sur quatre en surpoids ont une estime de soi altérée (Lefèvre et al. 2011).

- ***Dimensions de l'ISP et NAP :***

Les résultats montrent une forte corrélation positive entre les différentes échelles et le NAP, on a noté une forte corrélation entre la valeur perçue et le NAP, Fox (1997) parle de valeur physique perçue. Ce sentiment est modifié par la pratique d'une activité physique. L'augmentation de l'estime de soi dépend de l'importance accordée au domaine corporel. La valeur du soi physique est un déterminant majeur de la poursuite d'une activité physique à long terme et de l'évitement de l'installation ou de l'aggravation du cercle vicieux du déconditionnement.

La littérature regorge de travaux indiquant l'augmentation du niveau d'estime globale de soi générale et/ou du soi physique par un programme d'activité physique d'au moins 1 mois, d'intensité modérée, à raison de 3 séances par semaine.

Conclusion

Conclusion

L'estime de soi est une valeur changeante et fragile, c'est une dimension fondamentale de notre personnalité. Pour nous sentir bien dans notre peau, nous avons besoin d'être aimés et appréciés et de nous sentir compétent. Ce besoin de valorisation aux yeux des autres guide toutes nos activités. L'estime de soi est considérée comme un facteur crucial pour le bonheur personnel et le fonctionnement efficace, Le développement de cette dernière permet un sentiment de mieux-être, augmente le sentiment de valeur et d'utilité, Elle facilite les relations avec autrui, Elle permet une plus grande sécurité émotionnelle. Une bonne estime de soi offre une meilleure perception de la vie en général.

Entretenir son estime de soi est primordial au maintien d'une bonne santé psychologique. Une bonne estime de soi nous rend moins vulnérables aux états dépressifs, à l'anxiété, aux abus de substance, aux problèmes liés à l'alimentation, etc.

Cette recherche met l'accent sur la nature de l'estime de soi chez les adolescents scolarisés, mais aussi de documenter l'influence du statut pondéral et le Niveau d'Activité Physique sur cette dernière. Cette étude nous a permis de faire le lien entre l'estime de soi et l'obésité ainsi que l'activité physique, Au travers des diverses études explicitées précédemment, nous pouvons dire que l'estime de soi est liée à l'IMC, plus ce dernier est élevé, plus l'estime de soi est faible.

La littérature a souligné le rôle de l'estime de soi, les différentes études réalisées sur les bénéfices psychologiques qu'apporte la pratique d'une activité physique montrent que l'estime de soi s'améliore dès lors qu'un individu pratique une activité de façon régulière. Plus cette pratique se pérennise et plus elle est fréquente, plus le bien-être d'un individu augmente de façon positive.

En résumé, la pratique d'une activité physique à dominante aérobie, au moins 1 mois, d'intensité modérée, à raison de 3 séances par semaine, avec une pédagogie adaptée, une expertise didactique et des moyens matériels appropriés augmente le soi physique L'augmentation de cette dernière dépendra de l'importance accordée au domaine corporel et des effets sur des domaines moins directement liés à l'aspect corporel comme l'aspect social

Les résultats de la présente étude ont permis de conclure que :

- Que le niveau de l'estime de soi des membres de notre échantillon est moyen indépendamment du statut pondéral et du NAP.
- L'estime de soi est liée négativement à l'indice de masse corporelle (IMC)

Conclusion

- L'estime de soi est liée positivement au NAP
- Les individus ayant un NAP élevé présente un niveau d'estime de soi comparativement aux deux autres catégories.
- Les individus présentant un statut pondéral normal enregistrent des niveaux d'estime de soi supérieur comparativement aux autres catégories (maigre, surpoids, obèse)

Bibliographie

Bibliographie

1. **Activité physique chez l'enfant et l'adolescent en surpoids ou obèse. Modalités de prescription.**
2. **Annesi, J. J., & Whitaker, A. C. (2010).** Psychological factors associated with weight loss in obese and severely obese women in a behavioral physical activity intervention. *Health Education & Behavior*, 37(4), 593-606.
3. **Biddle, S. & Goudas, M. (1994).** Sport, activité physique et santé chez l'enfant. *Enfance*, 2-3, 135-144.
4. **Bloch Henriette et al. (1999).** « Grand dictionnaire de la psychologie », Paris, Larousse. P326.
5. **Bos, A.E.R.; Muris, P.; Mulkens, S. & Schaalma, H.P. (2006).** Changing self-esteem in children and adolescents: A roadmap for future interventions. *Netherlands Journal of Psychology*, 62,26-33.
6. **Bouissou, Ch. (1998).** Valorisation de soi et positionnement de soi chez les préadolescents. In M. Bologni, & Y. Prêteur (Eds.), *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp.147 - 163) Lausanne : Delachaux et Niestlé.
7. **Boutelle, K. N., Hannan, P., Fulkerson, A., Crow, S. J., & Stice, E. (2010).** Obesity as a prospective predictor of depression in adolescent females. *Health Psychology*, 29(3), 293-298.
8. **Bouvard, M. (1999).** Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité. Paris: Masson. P195.
9. **Brown, B. A. & Frankel, B. G. (1993).** Activity through the years: leisure, leisure satisfaction and life satisfaction. *Sociology of Sport Journal*, 10, 1-17
10. **Bruchon-Schweitzer, M.L. (1990).** Une psychologie du corps Paris: P.U.F.

Bibliographie

11. **Cantin, S., et Stan, S. N. (2010).** Les relations avec les pairs à l'adolescence comme facteurs de risque de l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(2), 116.
12. **Caspersen, Powell KE, and Christenson.** Physical activity, exercise, and physical fitness: definition and distinctions for health-related research, **1985**.
13. **Christophe André, François Lelord.** L'estime de soi: s'aimer pour mieux vivre avec les autres. **1999**.
14. **Cohen-Scali, V. & Guichard, J. (2008).** L'identité : perspectives développementales. *Revue orientation scolaire et professionnelle*, 3, 321-345.
15. **Coleman, D. & Iso-Ahola, S. E. (1993).** Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, 25, 111-128.
16. **DANISHSJ, FORNERIST, WALLACEI.** Sport-based life skills programming in the schools. *Journal of Applied School Psychology* **2005**, 21: 41-62.
17. **Danielle Laporte, Germain Duclos et Jacques.** L'estime de soi des adolescents. **2002**, page 10-11.
18. **Dossier de presse, PNNS.** L'activité physique au quotidien protège votre santé.
19. **Dr Paul Wiesel.** Le guide de l'obésité.
20. **Dr Saint Paul .J.** Estime de soi, confiance en soi. Paris. Inter Editions, **1999**.
21. **Duclos, G. (2010).** L'estime de soi, un passeport pour la vie. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
22. **D'après le rapport de l'OMS,** Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases, March **2003**.

Bibliographie

23. **Erikson, E. H. (2011).** Adolescence et crise: la quête de l'identité. Paris: Flammarion.
24. **Famose J-p. GUERIN. F. (2002).** « La connaissance de soi ». Paris, Armand colin/VUEF.
25. **Fox, K-H. & Corbin C-B. (1989).** The Physical Self Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11, 408-430.
26. **Fox, KR. (1999).** The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutr*, 2, 411-418.
27. **Franko, D. L., Striegel Moore, R. H., Thompson, D., Schreiber, G. B., & Daniels, S. R. (2005).** Does adolescent depression predict obesity in black and white young adult women? *Psychological Medicine*, 35(10), 1505-1513.
28. **Galper, D-I., Trivedi, M-H., Barlow, C-E., Dunn, A-L. & Kamperrt, J-B. (2006).** Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Med Sci Sports Exerc*, 38, 173-178.
29. **GOSLING. P ET RIC. F (1996).** « PSYCHOLOGIE SOCIALE ». Volume2, Edition breal.
30. **Gruber J. J. (1986),** Physical activity and self-esteem development in children : A meta-analysis, in G. Stullet Eckert (Eds), *Effects of Physical Activity on Children* (p. 30-48), Champaign, il, Human Kinetics.
31. **GUINHOYA Benjamin.** *Activité physique et développement de l'enfant.* 2012.
32. **Harter, S. (1998).** Comprendre l'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent: considérations historiques, théoriques et méthodologiques. In M. Bolognini, et Y. Prêteur (Eds.), *Estime de soi. Perspectives développementales*. Lausanne et Niestlé, p57-58-61.
33. **Haute autorité de santé.** *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours.* s.l: HAS, Septembre 2011.

Bibliographie

- 34. Hesketh K, Wake, M, et Waters, E. (2004)** Body mass index and parent reported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 28 (10), 1233-1237.
- 35. INSERM, Activité physique, contexte et effet sur la santé, 2008.**
- 36. Jean-Claude Chatard.** Sport et santé: quelle activité physique pour quelle santé ? **2005.**
- 37. JULES DESSUREAULT,** mars **2010** Les déterminants de l'obésité et du surpoids chez les jeunes au Canada, université Montréal.
- 38. Kalarchian. M. A. & Marcus, M.D. (2012).** Psychiatric comorbidity of childhood obesity. *International Review of Psychiatry*, 24(3), 241-246.
- 39. Ketata, W., Aloulou, J., Charfi, N., Abid, M., et Amami, O. (2010).** Prévalence et facteurs corrélés à une faible estime de soi chez le sujet obèse. *Obésité*, 5 (3), 45-50.
- 40. Lamia, A. (1998).** L'estime de soi chez les enfants français de 6 à 10 ans : différences d'appréciation selon le sexe et l'âge. In M. Bologni & Y. Prêteur (Eds.), *Estime de soi. Perspectives développementales* (pp.107-123). Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- 41. LAPORTE Danielle.** Favoriser l'estime de soi des 0-6 ans. Montréal, Hôpital CHU Sainte Justine. **2002.**
- 42. Lefevre, H., Bertrand, J. B., Vachey, B., et Moro, M. R. (2011).** Qui sont les adolescents consultant pour demande de prise en charge d'une obésité dans une Maison des Adolescents ? Phénotypes d'une cohorte de 200 patients. *Archives de pédiatrie*, 18 (11), 1162-1169.
- 43. Linda Essiambre, Pauline Côté, Nicole chevalier.** L'hyperactivité au diapason de la musique et du français **2009** page 36.
- 44. Makinen, Borodulin, Tammelin, Rahkonen, Laatikainen, and Prattala.** The effects of adolescence sports and exercise on adulthood leisure-time physical activity in educational groups, **2010.**

Bibliographie

- 45. McMillen, K., & McMillen, A. (2001).** When I loved myself enough. Pan Australia.
- 46. Monique Formarier, Ljiljana Jovic.** Les concepts en sciences infirmières 2ème édition. **2012** Page 185 à 186.
- 47. Nathalie Nader-Grosbois.** Régulation, autorégulation, dysrégulation: Pistes pour l'intervention et la recherche.**2013**
- 48. OMS: Benefits of Physical Activity, 2008.**
- 49. Pascale D .Emmanuel V P.** Activité physique et développement de l'enfant : Paris **2009.**
- 50. Penedo, F-J. & Dahn, J-R. (2005).** Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatr*, 18, 189-193.
- 51.** Physical activity and cardiovascular disease prevention in the European Union. **The European Heart Network**, déc. **1999.**
- 52. Pierce JL, Gardner DG.** Self-esteem within the work and organizational context: a review of the organization-based self-esteem literature. *Journal of Management*.**2004.**
- 53. Plourde, Gilles. 2006.** Le Médecin de famille canadien, vol. 52 (Mars), p. 322-328.
- 54. Reilly, J. J. (2005).** Descriptive epidemiology and health consequences of childhood obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19(3), 327-341.
- 55. Rigon, E. (2001).** Papa, Maman, j'y arriverai jamais ! Comment l'estime de soi vient à l'enfant. Paris : Editions Albin Michel.
- 56. Rodriguez-Tomé, H. (1997).** Maturation biologique et changements psychologiques à l'adolescence. In H. Rodriguez-Tomé, S. Jackson, & F. Bariaud (Eds). *Regards actuels sur l'adolescence* (pp. 5-39). Paris : PUF.

Bibliographie

57. **Russell Mayhew, S., McVey, G., Bardick, A., & Ireland, A. (2012).** Mental health, wellness, and childhood overweight/obesity. *Journal of Obesity*, 2012, 1 9.
58. **Sacher PM, Chadwick, Wells JC et al., (2005).** Assessing the acceptability and feasibility of the MEND Programme in a small group of obese 7–11 years old children. *Journal Human Nutrition Dietetics*, 18(1), 3-5.
59. **Saint Paul Josiane, 1999,** p20.
60. **Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003).** Health related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*, 289(14), 1813 1819.
61. **Spence, J-C., Mcgannon, K-R. & Poon, P. (2005).** The effect of exercise on global self-esteem: A quantitative review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27, 311- 334.
62. **Spruijt Metz, D. (2011).** Etiology, treatment, and prevention of obesity in Childhood and Adolescence: A Decade in Review. *Journal of Research on Adolescence*, 21 (1), 129 152.
63. **Strong, Malina, Blimkie, Daniels, Dishman, Gutin, Hergenroeder, Must, Nixon, Pivarnik, Rowland, Trost, and Trudeau.** Evidence based physical activity for school-age youth, 2005.
64. **Sudres, J. L., Dupuy, M., Ghrib, F., Desjardins, H., Hubert, I., Glattard, M., et Jouret, B. (2013).** Adolescents obèses : évaluation de l'image du corps, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61 (1), 17-22.
65. **Tanofsky Kraff, M. (2012).** Psychosocial preventive interventions for obesity and eating disorders in youths. *International Review of Psychiatry*, 24(3), 262 270.
66. **Telama, Yang, Viikari, Valimaki, Wanne, and Raitakari.** Physical activity from childhood to adulthood: a 21-year tracking study, 2005.

Bibliographie

67. **U.S.Department of Health and Human Services.** Physical Activity Guidelines for Americans: Be Active, Healthy, and Happy! .2008. <https://health.gov/our-work/physical-activity>.
68. **Verena JENDOUBI.** (2002) Estime de soi et Education scolaire.
69. **Weineck .Jurgen.** Manuel d'entrainement. Paris: **1997.**
70. **Wilmore Jack and Costills David.** Physiologie du sport et de l'exercice physique, **2006.**

Sites internet :

<https://docteurcardin.com/l-obesite-maladie>

<https://www.perf-and-fit.com/article/obesite>

<https://www.rapport-gratuit.com/obesite-chez-les-adolescents/>

Annexes

Annexes

Items de l'Indice de Soi Physique Fox et Corbin 1989

Echelle de Likert en 6 points allant de 1: pas du tout d'accord à 6: tout à fait d'accord. Chaque échelle contient 5 items. Le sens de chaque phrase (+ ou -) amène une pondération de 1 point (pas du tout) à 6 points (tout à fait) pour les items positifs et inversement pour les items négatifs. On obtient ainsi la moyenne de chaque échelle

Pas du tout (1)

Très peu (2)

Un peu (3)

Assez (4)

Beaucoup(5)

Tout à fait (6)

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. J'ai une bonne opinion de moi-même | <input type="checkbox"/> |
| 2. Globalement, je suis satisfait(e) de mes capacités physiques | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je ne peux pas courir longtemps sans m'arrêter | <input type="checkbox"/> |
| 4. Je trouve la plupart des sports faciles | <input type="checkbox"/> |
| 5. Je n'aime pas beaucoup mon apparence physique | <input type="checkbox"/> |
| 6. Je pense être plus fort(e) que la moyenne | <input type="checkbox"/> |
| 7. Il y a des tas de choses en moi que j'aimerais changer | <input type="checkbox"/> |
| 8. Physiquement, je suis content(e) de ce que je peux faire | <input type="checkbox"/> |
| 9. Je serais bon(ne) dans une épreuve d'endurance | <input type="checkbox"/> |
| 10. Je trouve que je suis bon(ne) dans tous les sports | <input type="checkbox"/> |
| 11. J'ai un corps agréable à regarder | <input type="checkbox"/> |
| 12. Je serais bon(ne) dans une épreuve de force | <input type="checkbox"/> |
| 13. Je regrette souvent ce que j'ai fait | <input type="checkbox"/> |
| 14. Je suis confiant(e) vis-à-vis de ma valeur physique | <input type="checkbox"/> |
| 15. Je pense pouvoir courir longtemps sans être fatigué | <input type="checkbox"/> |
| 16. Je me débrouille bien dans tous les sports | <input type="checkbox"/> |
| 17. Personne ne me trouve beau (belle) | <input type="checkbox"/> |

Annexes

18. Face à des situations demandant de la force, je suis le premier à proposer mes services
19. J'ai souvent honte de moi
20. En général, je suis fier (ière) de mes possibilités physiques
21. Je pourrais courir 5 km sans m'arrêter
22. Je réussis bien en sport
23. Je voudrais rester comme je suis
24. . Je suis bien avec mon corps
25. Je ne suis pas très bon(ne) dans les activités d'endurance telles que le vélo ou la course

Tableau de classement des activités des enfants et des adolescents âgés de 10 à 18 ans en 7 catégories selon le niveau d'activité physique, (Martin 2000).

Categories	NAP	Activités	
A	1	Sommeil et sieste, repos allongé.	
B	1,75	Position assise. (TV, ordinateur, devoir, repas, transport, lecteur, jeux vidéo)	
C	2,1	Position debout (toilette, achat, cuisine, petits déplacements)	
D	2,6	Activités légères de faible intensité (jeux peux actifs)	
E	3,5	Activités modérées (marche normal ou rapide, travaux manuels. jeux actifs en groupe, loisirs)	
F	5.2	Activités sportives (entraînement en club, éducation physique et sportive...)	
G	10	Compétition sportive	
			Totale 24H

Combien d'heures passez-vous aux activités suivantes : sachant que la somme totale d'heurs doit correspondre à 24H c'est-à-dire une journée.

Résumé

Objectif de l'étude : À partir d'un recueil de données réalisé auprès d'élèves scolarisés, nous proposons d'évaluer l'estime de soi dans les domaines global et physique. En effet, de profondes modifications physiques, psychologiques et sociales affectent cette phase de développement de la personne et l'objet de cet article est de préciser quelles sont les répercussions possibles de ces transformations sur l'estime de soi en fonction de statut pondéral et du niveau d'activité physique. Sujets : 310 lycéens de la région Bejaia, âgés de 14 à 17 ans ($M = 3,53$; $ET = 0,58$) ont renseigné l'échelle de l'estime de soi et l'Inventaire de Soi Physique de Ninot, Delignières et Fortes (2000). Résultats. La fiabilité des deux outils utilisés est confirmée auprès de notre échantillon d'étude. Les résultats permettent de mettre à jour des différences significatives d'estime de soi globale et physique en fonction de statut pondéral et du niveau d'activité physique des adolescent(e)s.