



جامعة بجاية
Tasdawit n'Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira Bejaia

*Faculté des sciences Humaine et Sociales
Département des Sciences Sociales*

*Mémoire
En vue de l'obtention du diplôme de master*

Option : Psychologie Clinique

Thème

**La qualité de vie chez les handicapés
moteurs**

**Étude de six (06) cas réalisés au sein de
l'association « SID » d'AKBOU**

Réalisé par :

M^{lle}. BENBELAID Ouissam

M^r. DEFLAOUI Billal

Encadrer par :

M^r. BELBESSAI Rachid

Année universitaire : 2020-2021

Remerciement

Avant de commencer, nous remercions le bon dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage et la force et la volonté pour accomplir et réaliser ce travail.

On tient, tout particulièrement de nous remercierons notre encadreur, M^r BELBESSAI Rachid, pour avoir accepté de nous encadrer et de nous aider tout au long de ce travail

Nos remerciements, s'adressent également aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

On souhaite, également remercier vivement l'ensemble du personnel de l'association « SID » qui nous a ouvert la porte pour effectuer ce travail. En particulier le psychologue IFFIS Abdelhak pour son aide, ainsi que les renseignements qu'il a pu nous fournir.

Un grand merci, également à tous les sujets de notre groupe de recherche, qui nous ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail car sans eux notre travail n'aurait pas été effectué.

Nous remercions tous ceux ou celles qui ont contribué de près ou du loin pour terminer ce travail.

Dédicaces

Je voudrais dédier ce modeste travail de fin de mes études avec un immense plaisir et avec une très grande émotion à mes cher et adorables parents, karim et Zoulikha qui mon toujours soutenu avec amour et tendresse et qui mon encourager durant tout ma vie. Que dieu me les garder et protèges pour toujours.

A ma très chère sœur Fatima et ses trois garçons Louhab, Fares et Billal

A ma sœur Farida et son époux Yazid et ses enfants Sarah, Yahia, Syphax et l'adorable Djimou

Je dédier mon travail spécialement à ma chère, tendre petite sœur Randa qui est ma source du courage et à qui je dois tant

A mes frères Teyab, Zahir et mon cher « Nassim » qui me manque énormément

A ma chère copine Sarah et Djawida que j'adore, et en particulier mon cœur et ma meilleur Saliha celle avec qui j'ai passé tous mes années de FAC d'avoir partagé ma chambre surtout le respect et l'amitié qu'on a partagée mutuellement

A toute ma famille Benbelaid

A ceux qui connaissent wissam

Wissam

Dédicace

C'est avec un cœur rempli de joie et de bonheur que je dédie ce modeste travail

À mes deux parents qui m'ont témoigné tout au long de ces années beaucoup de courage, de générosité, d'amour, d'encouragement, de sacrifice et qui m'ont apporté leur soutien inconditionnel dans la réalisation de ce travail.

A mes chers frères et sœurs qui n'ont jamais cessé de me soutenir et de m'encourager à donner du mieux que je peux durant toutes ces merveilleuses années de mon parcours universitaire. Que dieu vous protège.

A toutes mes amies

Aux sujets de recherche car sans eux notre travail n'aurait pas vu le jour.

Et enfin

Pour ceux qui nous ont aidés de près ou de loin dans notre travail.

Billal



Sommaire

Remerciement	
Dédicaces	
Dédicace	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	
Introduction générale :	1
1. Problématique :	3
2- Hypothèse de la recherche :	6
3-Définition et opérationnalisation des concepts clés :	6
4-Les raisons du choix de thème :	8
5- Les objectifs de la recherche :	8

Partie théorique

Chapitre I: Le handicap moteur

Préambule :	9
I- Le handicap :	9
1-L’histoire et l’origine du concept du handicap :	9
2. La notion d’handicap :	10
2.1. Définition du handicap :	10
2.2. Les définitions de l’organisation mondiale de la santé :	11
2.2.1. La déficience :	12
2.2.2. L’incapacité :	13
2.2.3. Le désavantage :	14
3. Les types d’handicap en générale :	14
3-1- Le handicap mental :	14
3-2-Le handicap auditif :	15
3-3-Le handicap visuel :	15
3-4-Le handicap moteur :	15
3-5- le handicap sensoriel:	16
3-6-Le handicap psychique :	16
3-7-Polyhandicap :	16
II- Le handicap moteur :	17
1-Définition de handicap moteur :	17

2-Les types de handicap moteur :	17
2-1-Infirmité motrice cérébrale (IMC) :	17
2-2-Les handicaps moteurs d'origine non cérébral :	18
3- Les signes cliniques du handicap moteur :	19
4-Les facteurs d'handicap moteur :	20
5-Les causes du handicap moteur :	22
6- Le handicap acquis est un traumatisme :	24
7-Les conséquences du handicap moteur :	25
Synthèse :	26

Chapitre II : Qualité de vie

Préambule :	27
1-L'histoire et l'origine du concept de la qualité de vie :	27
2-Définition de la qualité de vie :	29
3- La qualité de vie liée à la santé.....	32
4-Les domaines de la qualité de vie :	32
4-1- Le domaine psychologique de la qualité de vie :	32
4-2-Le domaine physique da la qualité de vie :	33
4-3-Domaine social de la qualité de vie :	33
5- les concepts de la qualité de vie :	34
5-1- Le bonheur :	34
5-2- La satisfaction de la vie :	34
5-3- Le bien-être subjectif :	34
6- Les conceptions de la qualité de vie :	35
6-1- Conception objectives de la qualité de vie :	35
6-2-Conception subjective de la qualité de vie :	36
6-3-Conception intégratives :	36
7-L'évaluation de la qualité de vie :	37
8-Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie :	37
9-Les différents types instruments de mesure de la qualité de vie :	38
9-1-Les questionnaires génériques :	38
9-2- Les questionnaires spécifiques :	38
Synthèse :	39

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule :	40
1- La méthode de la recherche :	40
2- Etude de cas :	41
3-Pré-enquete :	41
4. Présentation de lieu de recherche :	42
5-La population d'étude :	43
6-Les outils de la recherche :	43
6-1-L'observation clinique :	44
6-2-L'entretien clinique de recherche :	44
6-3-L'entretien semi-directif :	44
6-4-Le guide d'entretien :	45
6-5-Le questionnaire MOS-SF36 :	45
7-Le déroulement de la recherche :	48
Synthèse :	49

Chapitre IV: Présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses

1-Présentation et analyse des entretiens et l'échelle :	50
Le 1 ^{er} cas « Naima »	50
Le 2 ^{ème} cas « Lyes »	53
Le 3 ^{ème} cas « Flora » :	56
Le 4 ^{ème} cas « Massi » :	60
Le 5 ^{ème} cas « Hichem » :	63
Le 6 ^{ème} cas « Rima » :	66
2- Discussion des hypothèses :	70
Conclusion générale	73
Conclusion générale :	73
Liste bibliographique	
Annexes	
Résumé	

Liste des tableaux

Tableaux	Titre	Page
Tableau 1	Récapitulatif des caractéristiques de group de recherche	43
Tableau 2	Modèle conceptuel du questionnaire de la qualité de vie (MOS SF-36)	47
Tableau 3	Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Naima »	52
Tableau 4	Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Lyes »	55
Tableau 5	Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Flora»	59
Tableau 6	Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Massi »	62
Tableau 7	Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Hichem »	64
Tableau 8	Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Rima »	68
Tableau 9	Récapitulatif De La Population D'étude Après L'analyse	72

Liste des figures

Figures	Titre	Page
Figure 1	Le schéma proposé par Nordenfelt (1994) résume bien cette conception additive	31

Liste des abréviations

Abréviation	Transcription
Qdv	Qualité De Vie
SF-36	Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SID	Sensibilité, Intégration et Développement
CIF	Classification Internationale du fonctionnement
CIH	Classification Internationale des handicaps
IMC	Infirmité Motrice Cérébrale
SWL	Satisfaction With Life
BES	Bien-Etre Subjectif
PNUD	Le Programme des Nations Unies pour le Développement
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
NHP	Nottingham Health Profile
WHOQOL	WHO Quality Of Life
MOS	Medical Outcome Study

Liste des annexes

Annexes	Titres
Annexe N° 01	Guide d'entretien
Annexe N° 02	Questionnaire de QDV MOS-SF 36



Introduction générale

Introduction générale :

Lorsque les fonctions naturelles de l'homme, qu'il s'agisse de ses capacités physique ou mentales, se dérèglent pour diverses raisons (accident, maladie, vieillesse sa vie se complique. Et l'augmentation des statistiques de ses accidents qui nous portent les résultats négatifs, aujourd'hui Ya plus d'un milliard de personne en situation d'handicap dans le monde entier et l'Algérie compte environ 2 millions de ses personnes.

Et parmi ses personnes qui souffrant de ces accidents ou bien de ces maladies on trouve le handicap moteur qui peut produire divers changements au niveau psychologique tels que des troubles du comportement et la perte d'autonomie a causes de ses changements physique qui lui provoque des déséquilibres dans sa qualité de vie.

En effet Le handicap moteur, Il se caractérise par une capacité limitée pour un individu de se déplacer, de réaliser des gestes, ou de bouger certains membres. L'atteinte à la motricité peut être partielle ou totale, temporaire ou incurable, selon son origine.

Être handicapé, c'est être privé de beaucoup de choses dans la société, parce que Les personnes en situation d'handicapées vivant dans un environnement où chacun est dans un état normal, Les rendre malheureux, les faire se sentir manquants et impuissants. Tout ça lui provoque un changement dans leur qualité de vie.

Ce dernier est un élément important quand on dit la « vie » fait référence à tout un contexte, intra- et interpersonnel, a une situation psychique et physique. Evaluer sa qualité, c'est donc évaluer les capacités, physiques et psychologiques du sujet pris dans ses interactions avec le monde qui l'entoure (famille, travail, relation à soi).

La qualité de vie se réfère donc à l'ensemble de l'environnement. Pour les personnes handicapées, bien sûr, elle dépend du degré de handicap, mais quelle que soit la gravité, les facteurs environnementaux et sociaux jouent un rôle fondamental influence sur leur qualité de vie. Qui est notre objectif de recherche.

Notre recherche s'est déroulée au niveau de l'association SID « sensibilité, intégration et développement des handicaps moteur d'AKBOU, et notre population d'étude nous avons choisi (06) six cas des handicapés moteur ou on a travaillé sur notre thème de recherche « **la qualité de vie chez les handicaps moteurs** ».

Et pour réaliser cette recherche nous avons commencé par la première partie qui le cadre général de la problématique, les hypothèses, et définition et opérationnalisation des concepts, puis on a terminé par les objectifs de notre recherche et les raisons de choix de thème.

Ensuite nous avons présenté la partie théorique de notre recherche qui subdivise en deux chapitres.

Le premier chapitre qui consacré sur le handicap moteur dont le quel nous avons présenté l'histoire et l'origine du concept de handicap, définition d'handicap, les types d'handicap en générale ou on a précisé le handicap moteur (définition d'handicap moteur et ses types, les signes cliniques, les facteurs, les causes puis on a passé a le handicap acquis est un traumatisme et on a fini par les conséquences du handicap moteur.

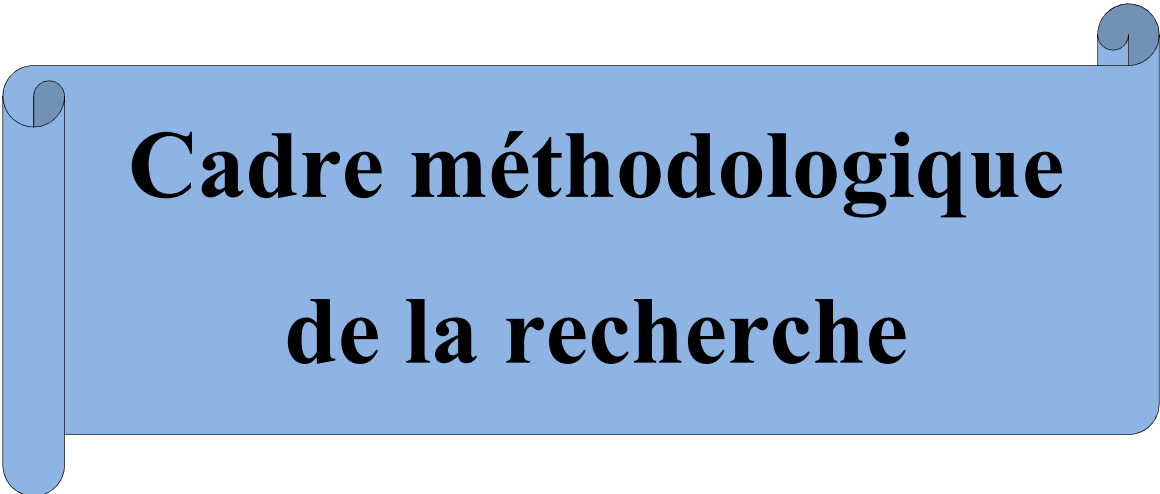
Le deuxième chapitre qui destiné la qualité de vie, dont le quel nous avons présenté l'histoire et l'origine de concept de la qualité de vie, la définition, la qualité de vie liée à la santé, ses domaines, ses concepts et ses conceptions, comme on abordé l'évaluation, ses différents approches pour mesurer la qualité de vie et enfin les différentes types instruments de mesure la qualité de vie.

Et pour la deuxième partie aborde la partie pratique qui contient deux chapitres.

Le premier chapitre consacré la méthodologie de la recherche qui consiste à la méthode de la recherche, étude de cas, pré-enquête, présentation de lieu de recherche, population d'étude et les outils de la recherche qui sont l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 pour décrire la qualité de vie chez les handicapés moteur, enfin le déroulement de la recherche.

Le deuxième chapitre qui consiste à la présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Enfin on a conclu notre travail par une conclusion générale, la liste bibliographie et les annexes.



Cadre méthodologique de la recherche

1. Problématique :

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

La santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dans cette définition par l'organisation mondiale de la santé, OMS, depuis 1946, la santé représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Elle implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnelles, sociaux ou culturels. Mais cette définition confond les notions de santé et de bien-être.

De divers obstacles, peuvent engendrer plusieurs problèmes pour la personne sur le plan psychique tels que les troubles de comportement et les détournements de cognitions, aussi sur le plan physique tels que les maladies chroniques comme le handicap, ce qui affecte leur qualité de vie.

De ce fait, le vécu de handicap moteur a évidemment un impact psychologique dans la vie des personnes concernées. Comme **l'affirme Esther Delvin**, « lorsque nous prenons le risque de les écouter, nous apprenons quelles déceptions, quels regrets, quelles contrariétés, quels sentiments de rejet sont les leurs. Il leur arrive souvent, sans même que nous en doutions de vivre conscients de leurs limites et des contraintes de vie qu'elles leur imposent ». Nous ne le dirons jamais assez, le handicap est en soi source de souffrance, mais celle-ci est aggravée par le poids des préjugés sociaux à l'égard de ceux qui en sont porteurs l'accès à l'emploi et à bien d'autres structures sociales leur est souvent problématique.

(Luemba. J-F, 2007, p190).

Le handicap s'articule avec la définition de la santé même s'il n'est pas seulement une conséquence des maladies. L'état de santé n'est pas seulement basé sur des critères biologiques mais sur des critères propres à la personne et aux relations à son cadre de vie.

Dans ce cadre, la classification internationale du fonctionnement, de la santé et du handicap (CIF) a inspiré les principes et le vocabulaire de la loi de février 2005 pour l'égalité

des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapés et qui définit le handicap de la manière suivante : « Constitue un handicap, au sens de la loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de la santé invalidants ». (**Chapireau. F, 2016, p.04**).

Dès lors, le handicap reste aujourd'hui encore une notion très subjective, souvent mal utilisée et presque toujours connotée de façons négative. Dans la représentation collective, elle est systématiquement associée à l'image stéréotypée de la personne en fauteuil roulant ou de la canne blanche.

Dans ce cadre le handicap peut se définir d'après le grand dictionnaire de la psychologie (2001) comme : « une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels ».

(Bloch. H, Chemama. R, 2003, p.421).

Ainsi, le rapport de l'OMS (2012) évalue à plus d'un milliard de personnes atteintes d'un handicap dans le monde, autrement dit 15% de la population mondiale est concernée.

(<http://www.information.handicap.fr>).

Actuellement le nombre des personnes handicapées en Algérie est de l'ordre de 1 975 084 personnes dont 284 073 handicapés moteurs, 73 937 handicapés auditifs, 173 362 visuels, 167 331 handicapés mentaux, 85 611 polyhandicapés, 626 711 personnes ont des maladies chroniques, 505 299 personnes ont d'autres handicaps et 29 380 personnes handicapées non déclarées. (**<http://www.algerie360.com>**).

Et parmi les types de handicap, nous avons retenu dans notre présente recherche, le handicap moteur.

Ainsi, le handicap moteur renvoie à la limitation des possibilités d'interaction d'un individu avec son environnement, causée par une déficience provoquant une incapacité permanente ou non, que ce soit en terme d'accessibilité, d'expression, de compréhension ou d'appréhension, mais le plus souvent associé à la mobilité réduite.

Et la qualité de vie d'une personne handicapée dépend certainement du degré d'incapacité, mais les facteurs environnementaux, sociaux et économiques jouent un rôle fondamental indépendamment de la sévérité du handicap.

La qualité de vie (QdV) est un concept qui, de prime abord, pourrait paraître simple à définir étant donné que le terme est banalisé par un emploi quasi quotidien. Cependant, en donner une définition unique et des modalités d'opérationnalisation consensuelles apparaissent extrêmement difficile, notamment du fait de la multi dimensionnalité du concept et de sa triple origine : sociopolitique, médicale et psychologique.

Bien que le bonheur puisse être considéré comme une composante de la QdV et que cette dernière ne puisse donc pas renier une certaine filiation philosophique, le présent chapitre est consacré à la définition de la QdV d'un point de vue individuel et psychologique.

La prise en compte de la QdV des personnes atteintes de maladies chroniques est une priorité tant nationale qu'internationale, car ces pathologies prennent une importance croissante. En 2006, au niveau mondial, sur 58 millions de décès toutes causes confondues, 35 millions d'entre eux sont dus aux maladies chroniques. Devant un tel constat, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a décidé de lancer un plan de prévention et de lutte contre ces maladies avec deux objectifs principaux : réduire la mortalité et améliorer la QdV des populations affectées (WHO, 2006).

Au niveau national, sur la base de la loi du 9 août 2004, le gouvernement a mis en place en avril 2007 un plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques pour 2007-2011. Ce plan comporte quatre objectifs principaux : aider chaque patient à mieux connaître sa maladie, favoriser les actions de prévention, faciliter la vie quotidienne des malades, enfin, avoir une meilleure connaissance des répercussions de la pathologie sur leur QdV. Ce plan concerne les quinze millions de français (soit 23% de la population) atteints d'au minimum une maladie chronique.

Ainsi, la thématique de la QdV est au cœur des préoccupations des organismes de santé. Au vu des recommandations relatives à ce plan présentées sur la page internet du ministère du travail, de l'Emploi et de la santé (2011), c'est précisément la question de l'éducation thérapeutique qui centrale, avec comme objectifs ultimes l'amélioration de la santé du patient (somatique) et de sa qualité de vie, ainsi que de celle de ces proches (HAS, 2007).

Cette préoccupation des instances sanitaires est partagée par les usagers. Aujourd'hui, leurs attentes ont changé. Les personnes atteintes de pathologies chroniques tendent à s'approprier davantage leur maladie et leurs traitements. Elles souhaitent pouvoir dialoguer avec les soignants qui les prennent en charge pour être informées mais aussi pour pouvoir exprimer leur ressenti quant à leur santé (Brousse & Boisaubert, 2007). Cette évolution vers une plus grande implication des patients dans les choix thérapeutiques est influencée par un courant initié aux États-Unis où les patients demandent à participer aux décisions médicales les concernant (Auquier, Simeoni & Robitail, 2006). (Serge. S, isabelle. V, 2012, p.19).

En outre, cette situation engendre des conséquences sur la construction de l'état psychique de la personne et plus précisément sur la façon de se percevoir, ce sentiment doit avoir d'une manière automatique un impact négatif sur les considérations que cette personne peut attribuer à elle-même.

On va donc commencer notre recherche par décrire la nature de la qualité de vie des personnes qui souffrent d'un handicap moteur, et à la lumière de ce qui a précédé notre but est de pouvoir répondre à la question suivante :

-Quelle est la qualité de vie chez les personnes en situation d'handicap ?

2- Hypothèse de la recherche :

- La qualité de vie chez les personnes handicap est positive dans le cas du soutien social et négative dans le cas Ya pas de soutien social.

3-Définition et opérationnalisation des concepts clés :

1. La qualité de vie :

La qualité de vie est « une mesure composite du bien-être physique, mental et social qui perçus par chaque individu ou par chaque groupe d'individus, et de degré de satisfaction et de gratification dans des domaines tel que la santé, le ménage, la famille, le travail, l'éducation, l'estime de soi et les relations avec les autres ».

(Beaussart. J, Genton. P, 2005, p.42).

Opérationnalisation de concept :

La qualité de vie :

C'est un être bien physique, psychologique et social. Et un état complet de santé (mentale et physique), de bonheur et de la satisfaction de bien-être.

Et la qualité de vie signifie : une bonne qualité de vie positive, et une mauvaise qualité de vie négative.

❖ Une bonne qualité de vie positive :

- Un bien-être physique et psychique.
- Le bonheur et la satisfaction.
- Des bonnes relations social et familial.
- Le plaisir émotionnelle.
- Situation favorable financier.
- Réussite totale.

❖ Une mauvaise qualité de vie :

- La mauvaise santé et la souffrance physique et mentale.
- Le manque de plaisir et de bonheur.
- Relation de solitude et d'isolement.
- La fatigue et stress.
- Situation défavorable financière.
- émotionnelle perturber.

2. Handicap moteur :

Le handicap moteur se caractérise par la capacité limitée des individus à se déplacer, exécuter des tâches manuelles ou mobiliser une partie de son corps. L'expressivité de ce

handicap est variable : il peut s'agir d'une fatigabilité handicapante ou de troubles pouvant conduire à la paralysie comme il peut être acquis sans évolution comme les amputations, infirmité motrice cérébrale, et des paralysies. (Romano. H, 2011, p.172).

Opérationnalisation du concept :

Le handicap moteur

- -Incapacité physique.
- -Malformation.
- -Limitation des activités.
- -Limitation de capacité.
- -Paraplégique.

4-Les raisons du choix de thème :

- ❖ Par rapport à l'augmentation de nombre de handicap en Algérie.
- ❖ Manque d'aide psychologique.
- ❖ Le manque de soutien de ces handicaps.
- ❖ Acquérir des connaissances sur les handicapés moteurs et leur mode de vie.
- ❖ Et pour mieux comprendre leur qualité de vie.

5- Les objectifs de la recherche :

- ❖ Décrire la qualité de vie des personnes handicap moteur.
- ❖ Voir et comprendre la nature de leur relation familiale et sociale.
- ❖ Avoir des idées sur l'état physique et psychologique.
- ❖ Evaluer la qualité de vie des personnes en situation d'handicap moteur.



Partie théorique

A blue horizontal scroll graphic with rounded ends and a vertical strip on the left side, resembling a rolled-up document. The text is centered on the scroll.

Chapitre I

Le handicap moteur

Préambule :

Les personnes à mobilité réduite ou handicapé physiques ont des possibilités limitées de se déplacer d'effectuer des tâches manuelles ou de participer à certaines activités. A travers ce chapitre, on va essayer de mieux comprendre le handicap moteur et le handicap en général, les types d'handicap, définition du handicap moteur et ses causes, les signes cliniques et les facteurs, et puis Le handicap acquis est un traumatisme, en fin les conséquences.

I- Le handicap :

1-L'histoire et l'origine du concept du handicap :

Pour mieux comprendre la notion de « handicap », il est utile de retracer les origines et le parcours sémantique insolite de ce mot de la langue française, issu de la contraction de trois mots de la langue anglaise : **hand in cap** (la main dans le bonnet ou le chapeau).

Son origine est britannique. Il est apparu, pour la première fois, dans la langue anglaise au XVIII^e siècle, son usage dans le monde hippique sera plus tardif (XVIII^e siècle). Le nom de « handicap » a été donné à une pratique d'échange, dans laquelle une personne propose d'acquérir un objet familier qui appartient à une autre personne, en lui offrant, en échange, quelque chose qui lui appartient. C'est un chroniqueur anglais, Samuel Pepys, qui a fait la première mention (1660) du handicap (avec deux p) à propos de ce type d'échange d'objets personnels qu'il a observé à la Miter Tavern, à Londres. Un arbitre est désigné pour apprécier la différence de valeur entre les deux objets. Lorsqu'il a fixé le montant, la somme d'argent correspondante est déposée dans un couvre-chef. Le rôle de ce dernier, qui a d'ailleurs reçu plusieurs interprétations, et aléatoire, mais c'est lui qui a donné le qualificatif de à parts égales. L'acteur important est, en fait, le handicapper, c'est-à-dire l'arbitre.

C'est en 1754 que le mot est appliqué à la compétition entre deux chevaux puis, en 1786, à des courses de plus de deux chevaux.

En 1827, le terme traverse la manche avec une terminologie spécifique des courses de chevaux telle qu'elle est référencée par T. Bryon dans son Manuel de l'amateur de courses : « une course a handicap est une course ouverte à des chevaux dont les chances de vaincre, naturellement inégales, sont en principe, égalisées par l'obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus grand. » On voit ainsi apparaître la notion d'« égalisation » des chances.

C'est avec ce sens qu'il est mentionné dans le supplément de la première édition du Littré, en 1877. Les littérateurs, André Mourois en particulier, l'ont emprunté au monde élégant des champs de courses en lui donnant le lustre littéraire qui l'a conduit à entrer à l'Académie française dès 1913 ; il figurera dans les éditions de 1935 et de 2000 de son dictionnaire.

D'autres domaines de la compétition sportive l'ont adopté : cyclisme, tennis, golf, nautisme et bowling. Très tôt apparaissent des dérivés : handicaper (1854), handicapé, terme désignant le commissaire qui dtermine les handicaps (longueur supplémentaire à parcourir, charges additionnelles) (1872), handicapage (1906). (**Hamonet. C, 2012, P.17**).

2. La notion d'handicap :

2.1. Définition du handicap :

Le terme « handicap » (littéralement « **hand in cap** » en anglais signifie « la main dans le chapeau »), apparait pour la première fois en 1990. Pour une évolution historique du terme et des intérêts liés au handicap. Au XVI^e siècle en Grande-Bretagne pour désigne un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs de courses : « handicap un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en l'obligeant à parcourir une distance plus longue, le but étant en handicapant les plus forts d'égaliser les chances de tous les partants ». Si les handicaps sont bien répartis, le résultat de la course devient si incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur des morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le nom du vainqueur. L'explication du passage de limitation des capacités des chevaux à celle des hommes est inconnue.

La classification proposée par l'OMS en 2001 a tenté d'intégrer ces deux approches en donnant la définition suivante : « handicap sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activités ou les restrictions de participation ».

La loi française du 11 février 2005 qui s'est inspirée de la classification internationale est plus à la fois plus précise mais aussi davantage sujette à controverses. Par exemple, la distinction entre les différentes fonctions psychologiques convoquées propose de considérer comme « handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie

en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

(Guidette. M, Tourette. C, 2014, p.9).

La fin du vingtième siècle voit aussi émerger et se développer le vocable de personnes en situation de handicap, ainsi défini : « une situation de handicap est toujours et uniquement le produit de deux facteurs, d'une part, une personne dit « handicapée » en raison de sa déficience, qu'elle soit physique, sensorielle ou mentale, et d'autre part, des barrières environnementales, culturelles, sociales, voire réglementaires créant un obstacle que la personne ne peut franchir en raison de ou ses particularités (Assante, 2000).une situation de handicap suppose donc une personne handicapée et un obstacle l'un de ces deux facteurs manque, il n'y pas de situation de handicap. (Blanc. A, 2008, p.19).

2.2. Les définitions de l'organisation mondiale de la santé :

En 1980, l'organisation mondiale de la santé a aidé à la clarification de la notion de handicap en publiant, pour la première fois et à titre expérimental, une classification internationale des handicaps (CIH). Immédiatement considérée comme une avancée conceptuelle, cette classification fut remplacée en 2001 par une nouvelle classification appelée : classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). La CIH constitue cependant encore la trame de l'analyse actuelle de la notion de handicap sous-tendue par son approche médicale du handicap.

- **Définition de l'OMS de 1980 (classification internationale des handicaps-CIH) :**

Dans la perspective de proposer un langage uniformisé et normalisé, les mots n'ayant pas le même sens d'un pays à l'autre, l'organisation mondiale de la santé a donc proposé en 1980 une classification connue sous le nom de classification de Wood, inspiré des travaux de l'épidémiologiste Philip Wood, et connue en français sous le titre de « classification internationale des handicaps : déficience, incapacités et désavantages (CIH) ».

Selon l'OMS, « est handicapé un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est passagèrement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie, son aptitude à fréquenter l'école ou à occuper un emploi s'en trouvent compromis ».

La classification de l'OMS de 1980 distingue trois plans : la déficience, l'incapacité et le désavantage. Selon cette classification :

2.2.1. La déficience :

Correspond à toute perte ou anomalie d'une structure ou d'une fonction psychologique ou physiologique. Plusieurs maladies peuvent s'accompagner de la même déficience.

La classification internationale des handicaps (CIH) retient neuf catégories de déficience qui font elles-mêmes l'objet de nombreuses subdivisions.

- Les déficiences intellectuelles :

-les déficiences de l'intelligence (retard mental) ;

-les déficiences de la mémoire (amnésie) ;

- les déficiences de la pensée (déroulement, contenu, restriction).

- Les déficiences du psychisme :

-les déficiences de la conscience et de l'état de veille ;

-la déficience de la perception et de l'attention ;

-la déficience des fonctions émotives et volitionnelles (capacité à vouloir) ;

-les déficiences du comportement.

- Les déficiences du langage et de la parole

- Les déficiences auditives :

-déficiences de l'acuité auditive.

- Les déficiences de l'appareil oculaire :

-les déficiences de l'acuité auditive.

- Les déficiences de l'appareil oculaire :

-les déficiences de l'acuité visuelle : totale, partielle, d'un ou des deux yeux ;

-autres déficiences : champ, couleur...

- Les déficiences des autres organes :

-déficiences des organes internes : déficiences mécaniques et motrices, des fonctions cardio-respiratoire, gastro- intestinales, urinaire ;

-déficiences d'autres fonctions spécifiques : mastication, déglutition...

- Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien :

- déficiences de la région de la tête et du tronc.

-déficiences mécaniques et motrices des membres : paralysie, spasticité (raideurs)...

- Les déficiences esthétiques :

-altération, difformités... de la tête du tronc et des membres.

- Les déficiences des fonctions générales, sensibles et autres déficiences :

-déficiences des fonctions générales : déficiences multiples, du métabolisme (transformation physico-chimique...).

2.2.2. L'incapacité :

Résultante de la déficience, correspond à toute restriction ou absence d'aptitude, résultat d'une déficience, à exécuter une activité de la manière ou avec l'ampleur considérées comme normal pour un être humain. Une même incapacité peut correspondre à des déficiences variées. De même, elle peut être temporaire ou permanente, progressive ou régressive, réversible ou irréversible.

De même que pour la déficience, nous distinguerons neuf catégories :

- Incapacités concernant le comportement ;
- Incapacités concernant la communication ;
- Incapacités concernant les soins corporels ;
- Incapacités concernant la locomotion ;
- Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certain taches ;

- Maladresses ;
- Incapacités révélées par certaine situation ;
- Autres restrictions d'activité.

2.2.3. Le désavantage :

Résultat d'une déficience ou d'une incapacité, correspond à ce qui limite ou empêche l'accomplissement d'un rôle qui est normal pour cet individu (selon l'âge, le sexe et les facteurs sociaux et culturels). Ce niveau concerne l'impact social des déficiences et des incapacités, leurs conséquences dans le cadre des relations sociales, les désavantages qu'elles occasionnent. On distinguera sept dimensions :

- Désavantage d'orientation ;
- Désavantage d'indépendance physique ;
- Désavantages de mobilité ;
- Désavantage d'occupation ;
- Désavantage d'intégration social ;
- Désavantage d'indépendance économique ;
- Autres désavantages. (Pagés. V, 2017, p.5-8).

3. Les types d'handicap en générale :

D'après nos recherches sur toutes les types de handicap on distingue généralement 7 types de handicap qui sont : handicap mental (ou déficience intellectuelle), le handicap auditif, handicap visuel, handicap moteur, handicap sensoriel, handicap psychique et polyhandicap :

3-1- Le handicap mental :

Le handicap mental, ou déficience intellectuelle : les personnes atteintes présentent des difficultés de réflexion et des difficultés de compréhension et de communication, et la diminution de capacité de comprendre une information. Ou bien c'est la conséquence d'une déficience intellectuelle. Il peut conduire à un retard plus ou moins grave du développement intellectuel.

La personne en situation de handicap mental éprouve des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de décision, et de conceptualisation. (Hamonet. C, 2012, p.41).

3-2-Le handicap auditif :

Le handicap auditif atteint des personnes atteintes de surdité, qui un état pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe. Ce handicap peut être présent dès la naissance ou acquis durant la vie de la personne, les causes de la surdité peuvent être génétiques, virales ou parasitaire (pendant la grossesse), dues à des maladies comme la méningite, atoxicit  médicamenteuse, accidentelles ou par un traumatisme sonore.

Les déficiences auditives ne sont pas visibles, mais souvent stigmatisant, les aides techniques même, très perfectionnées, ne font pas disparaître le handicap, et sont utiles lorsqu'il existe une zone d'audition résiduelle suffisante chez les personnes sourdes.

([https://www.cch.fr/ccah/Articles/les différents-types-de handicap](https://www.cch.fr/ccah/Articles/les_diff rents-types-de_handicap)).

3-3-Le handicap visuel :

Les personnes en situation de handicap visuel sont atteintes de cécité (personnes aveugles), ou de malvoyance. Les causes peuvent être des maladies comme la cataracte (opacification d'une lentille interne) ou le glaucome (touchant le nerf optique), ou héréditaires. La plupart des personnes atteintes de la cécité développent plus profondément leurs autres sens comme celui du toucher par exemple. Le toucher qui va servir pour l'apprentissage et la maîtrise de l'alphabet Braille. Cet alphabet permet à ces personnes de déchiffrer les lettres, les chiffres... grâce à l'assemblage de points en relief. Il existe aussi d'autres sortes d'aides mises en place pour les personnes aveugles. La plus souvent utilisée est la canne blanche, ou le chien-guide.

([https://www.cch.fr/ccah/Articles/les différents-types-de handicap](https://www.cch.fr/ccah/Articles/les_diff rents-types-de_handicap)).

3-4-Le handicap moteur :

C'est la perte d'une capacité et de déficience fonctionnelle de corps. Et l'absence de la motricité. Le handicap moteur est une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps ce qui rend l'individu incapable de pratiquer ces activités de façon normale physique et psychique.

« Le handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique, il peut résulter d'une atteinte de système nerveux central ou périphérique des muscles. ». (Samuel. GP, 2010, p.169).

3-5-Le handicap sensoriel :

Touche à l'ensemble des sens. Déficience visuelles et auditives sont les deux catégories les plus répandues, le handicap visuel recouvre des réalités variées, s'échelonnant d'un trouble visuel à une cécité complète, de même, le handicap auditif peut être partiel ou total. (Pagés. V, 2017, p.19).

3-6-Le handicap psychique :

Sa définition est que l'apparition d'une psychopathologie entraîne des troubles mentaux, émotionnels, c'est-à-dire des troubles de la personnalité. Mais elle n'affecte pas la fonction intellectuelle comme par exemple schizophrénie, trouble bipolaire. Et le handicap psychique ne se confond pas avec l'ensemble des troubles psychique : il n'en représente que l'une des catégories identifiées socialement, notamment par une reconnaissance administrative, celle du handicap.

Le handicap psychique est lié à une altération substantielle dans plusieurs domaines comme la pensée et les sentiments, avec des impacts sur l'image de soi, la perception, la communication et la socialisations. (Zribi. G, Beulné. T, 2009, p.14).

3-7-Polyhandicap :

Le polyhandicap est constitué par une association de plusieurs déficiences qui a pour conséquence une restriction importante de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation. Certains travaux distinguent entre « surhandicap » défini par une association de déficiences intellectuelle et psychique de même degré, ce qui ne permet pas d'en déclarer une plutôt que l'autre en déficience principale, « plurihandicap » défini comme l'association de plusieurs déficiences de même gravité, empêchant de déterminer une déficience principale (à l'exception de la surdi-mutité et de la surdi-cécité) et le polyhandicap qui associe une déficience motrice grave à une déficience mentale grave. D'autres considérations que la notion de polyhandicap est une notion utilisée seulement en milieu francophone. (Guidetti. M, Tourrette. C, 2014, p10).

II- Le handicap moteur :

Parmi les 7 types de handicap qui on a présenté ont choisi le handicap moteur pour le détaillé, parce qu'il représente notre étude.

1-Définition de handicap moteur :

Selon le dictionnaire du handicap 2004, le handicap moteur est défini comme : « l'absence ou la perte de la fonction motrice déterminée par les médecins, spécialistes en orthopédie ou incapacité égale ou supérieur à 50%, ou bien c'est une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du Corp. ce qui rend l'individu incapable de pratiquer ses activités de façon normale psychique.

Le taux du handicap moteur varie d'une société a une autre selon un certain nombre de facteurs tel que l'acquise, la conscience sanitaire et culturelle, la sensibilisation ainsi que les accidents, les guerres et les catastrophes naturelle. (Zribi. G, poupée. D, 2004, p.261).

En, bref le handicap moteur est causé par des barrières physiques telles que la perte, l'absence, la réduction ou la perte complète des habiletés motrices telle que la difficulté à marcher qui limitent l'exécution de différentes activités dans la vie.

2-Les types de handicap moteur :

On distingue classiquement les handicaps moteurs d'origine cérébrale appelés infirmités motrices (d'origine) cérébrales et les handicaps moteurs d'origine non cérébrale ou l'on différencie les handicaps temporaire, définitive et évolutifs

2-1-Infirmité motrice cérébrale (IMC) :

Concerne « les enfants, adolescents ou adultes atteints d'entraves partielles ou totales à la réalisation du mouvement volontaire et/ ou du maintien des postures. Ces limitations résultent d'une lésion cérébrale survenue avant, pendant ou peu de temps après la naissance ». La lésion n'est pas évolutive mais ses effets vont interférer avec le développement cérébral et psychologique des premières années de la vie. Il existe une grande variabilité au niveau des troubles qui peuvent être peu handicapants ou aller jusqu'à l'absence de toute autonomie. Bien que congénitale, elle est présente à la naissance, l'IMC n'est jamais héréditaire. L'incidence est de 1,8 pour 1000 naissances. (Guidetti. M, Tourette. C, 2004, p.29).

2-2-Les handicaps moteurs d'origine non cérébral :

Ces handicaps sont difficiles à dénombrer et très diversifiés dans leurs causes, ils limitent de manière variable l'autonomie de la personne touchée, et s'accompagnent rarement de troubles associés. On distingue parmi eux trois types du handicap moteur qui sont les handicaps moteurs temporaire, les handicaps moteurs définitifs et les handicaps moteurs évolutifs. (Guidetti. M, Tourrette. C, 2004, p.43).

A/-Les handicaps moteurs temporaire :

Les handicaps moteurs temporaires survenant par accident et des handicaps moteurs temporaires d'origine non traumatique, ces handicaps concernent essentiellement trois régions corporelles : la colonne vertébrale, la hanche et le pied. (Ibid. P.44).

B/- Les handicaps moteurs définitive :

Il s'agit essentiellement des amputations et des paraplégies.

Les amputations : sont congénitales ou acquises, les malformations congénitales sont en général plus discrètes (mains réduites a une pince raccourcissement de la jambe portant une ébauche de pied non fonctionnel...) et on ignore souvent l'agent causal qui a perturbé le développement embryonnaire.

Et les **amputations** acquises surviennent à la suite de traumatisme divers ou de tumeurs. Dans ces, la prothèse est beaucoup mieux acceptée car elle vient restaurer un équilibre antérieurement acquis.

Les paraplégies : Il s'agit d'une paralysie des deux jambes dont l'origine est médullaire et non cérébrale. C'est un handicap sévère mais compatible. Elles sont congénitales ou acquises. Et pour la forme congénitale ou acquises. Et pour la forme congénitale la plus fréquente est le spinabifida qui consiste en une malformation de la moelle et des arcs postérieurs des vertèbres lombaires, et pour la paraplégie peut également être acquise par compression de la moelle. (Guidetti. M, Tourrette. C, 2004, p.43-46).

C/-Les handicaps moteur évolutifs :

Il existe près d'une quarantaine de maladies neuromusculaires que l'on désigne couramment sous le terme de « myopathies ». Ces atteintes motrices peuvent être primitives

ou secondaires (toxique ou endocriniennes) isolées ou associées des troubles sensitifs et /ou du système nerveux. **(Ibid.p.49)**.

Et la myopathie désigne une affection du tissu musculaire, acquise ou congénitale, qui peut être d'origine métabolique, neurologique, endocrinienne, ou encore toxique. La myopathie fait partie des maladies neuromusculaires.

(<https://www.Linternaute.fr/définition/myopathie/>).

3- Les signes cliniques du handicap moteur :

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

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

(Danziger. N, Alamouith. S, 2003, p.335).

4-Les facteurs d'handicap moteur :

Formatons d'origine génétique, et les farceurs non génétiques induits par le milieu de vie de l'individu.

A/-Les facteurs génétique :

Fonction du facteur, car le noyau de l'ovule fécondé contient des chromosomes portant l'information en grande partie la nature définitive des anomalies chromosomique provoque des déficiences graves, en peut ajouter à ces facteurs les mariages consanguins fréquents dans notre société arabe.

B/-Les facteurs non génétiques :

Ils représentent les principales causes du handicap moteur, notamment en payes en voie de développement :

B-1-Les facteurs d'origine prénatale :

La grossesse représente une phase très importante pour le fœtus, car toute de la maman peut entrainer une atteinte à la santé du fœtus, et risque d'être handicapé. Parmi les maladies que touche la femme enceinte : l'insuffisance rénale chronique, l'intoxication car cette dernière peut causer l'atteinte de l'œil ou le cœur du fœtus. En outre la toxicomanie, l'alcoolisme, tabagisme, les troubles émotionnels (joie, peur, stress...) qui peuvent engendrer un déséquilibre hormonal par conséquent une fragilité osseuse aux facteurs.

B-2-Les facteurs relatif à l'accouchement :

L'accouchement est souvent accompagné de plusieurs risques, notamment l'accouchement prématuré car certains troubles peuvent augmenter le risque d'handicap. Ainsi que l'accouchement sans assistance médicale, et 8% seulement sont nés à L'Hôpital, dans la société traditionnelle. A partir de cela on peut remarquer la relation entre le lieu de naissance et le handicap.

B-3- Les facteurs d'origine poste natale :

Dès la naissance toute personne est exposée à des facteurs induit par son milieu de vie, et qui peuvent entrainer un handicap, ce handicap est le résulte de :

B-3-1- La malnutrition :

La malnutrition est considérée l'un des plus grands problèmes de la santé mondiale. Car elle

Touche environ 500 millions personnes en pays en voie de développement, elle a des conséquences néfastes notamment sur les enfants.

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

B-3-2- La maladie

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

B-3-3- Les accidents routiers :

Ils représentent le facteur majeur du handicap, car ils sont responsables de 8.5% d'handicapés au monde, estimé à 30 millions ce taux est directement lié au degré de l'urbanisation, la productivité et la situation économique raison pour laquelle les pays en voie de développement en souffrent plus que d'autres.

B-3-4- Les accidents de travail :

Sont aussi dangereux que les autres, et contribuent d'environ 4.5% du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent-être résultat de la circonstance générale liée au travail, ou le résultat de négligence personnel. **(Bouzidi. N, Khelfallah. M, 2015, p.16-18).**

5-Les causes du handicap moteur :

A/-Congénital et acquis :

La date d'apparition du handicap est une donnée importante : être handicapé depuis toujours est très différent de l'être devenu après une période « normale ». Un handicap est dit **congénital** s'il est visible ou dépisté dès la naissance et (congénital signifie inné : présent dès la naissance). Il est **acquis** si sa révélation survient après (chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte), les malformations sont toujours (congénitales) ; les blessures traumatiques toujours (acquises).

« À l'exception des très rares blessures traumatiques survenues lors de la naissance, qu'il ne faut pas confondre avec ce qu'on appelle parfois les accidents de la périnatalité ou traumatismes obstétricaux responsables d'IMC, dont le mécanisme est celui d'une maladie ».
(https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/intro_causes_defmot.pdf).

B/- Handicap par malformation :

Une malformation est un trouble de l'ontogenèse, c'est-à-dire du développement de la fécondation à la maturité : elle survient par définition chez l'embryon ou le fœtus, donc avant la naissance. Une malformation est donc toujours congénitale, même si ses conséquences peuvent ne se révéler qu'après (malformation congénitale est un pléonasme). Exemples : malformations crânio-cérébrales (micro-céphalie, agénésie du corps calleux, porencéphalie) ; malformations vertébro-médullaires : spina bifida, syringomyélie primitive ; malformations squelettiques ou des membres (agénésie d'un membre, phocomélie...) Malformation est à distinguer de déformation, qui est précisément une anomalie morphologique (de la forme) acquise d'un organe ou d'une partie du corps (exemple : scoliose, déformation d'un membre, etc.). Les déformations s'observent en particulier comme conséquences d'une affection invalidante. Dans certains cas cependant, la distinction n'est pas évidente : ainsi les pieds bots congénitaux peuvent être considérés pour certains comme des déformations (mauvaise position des pieds du fœtus dans l'utérus entraînant l'attitude anormale), et pour d'autres comme des malformations ; les pieds bots acquis étant, eux, par définition, des déformations.

(https://www.apffrancehandicap.org/sites/default/files/intro_causes_defmot.pdf).

C/-Handicaps traumatique (ou par blessures traumatiques) :

Il s'agit de handicaps par blessures accidentelles (traumatismes extérieurs), sauf exception, acquis. Exemples : traumatismes crâniens, traumatismes médullaires (blessés médullaires : para/tétraplégies traumatiques ; traumatisme des nerfs périphériques : paralysie du plexus brachial), traumatismes squelettiques (ostéo-articulaires) : fractures graves, amputations... Le terme de blessure traumatique peut être préféré pour éviter la confusion qu'entraînent les mots :

– **Accident**, qui désigne un évènement de survenue soudaine, sans autre précision : accident de la route, du travail, mais aussi accident vasculaire cérébral (qui est la révélation soudaine d'une maladie), accident de la périnatalité (en général, IMC due à un problème obstétrical, mais dont le mécanisme est proche de celui d'un accident vasculaire), etc.

– **Traumatisme**, qui en principe désigne bien une blessure ou une lésion produite sur une partie de l'organisme par une action violente extérieure, mais qui est parfois utilisé dans un sens plus large (exemple : traumatisme obstétrical, employé pour désigner une souffrance périnatale responsable d'IMC).

(https://www.apffrancehandicap.org/sites/default/files/intro_causes_defmot.pdf).

D/-Handicap par maladie :

Sont ainsi désignés habituellement les handicaps dont la cause n'est ni une malformation ni une blessure traumatique (même si, au sens strict, le terme de maladie – étymologiquement, mauvais état de santé – englobe l'ensemble de ces processus pathologiques). Les maladies peuvent être congénitales ou acquises, héréditaires ou non. Exemples : infirmité motrice cérébrale, accidents vasculaires cérébraux, sclérose en plaques, poliomyélite, myopathies, polyarthrite rhumatoïde, ostéogénèse imparfaite, etc.

E/-Handicap par vieillissement :

Ils sont en fait souvent dus à des traumatismes (chutes), ou des maladies (accidents vasculaires...) plus fréquents à un âge avancé, mais la fatigabilité et la perte de force avec l'âge aggravent aussi, bien souvent, la perte d'autonomie due à un handicap antérieur.

Limites : ce classement, utile pour repérer des pathologies au mode de survenue différent, est un des plus utilisés et un des plus pratiques pour peu qu'il soit utilisé avec rigueur ; ses limites

procèdent de la complexité des affections : ainsi, de rares affections comme la neurofibromatose de Von Recklinghausen associent maladie (développement de tumeurs) et malformations... et sont donc inclassables.

https://www.apffrancehandicap.org/sites/default/files/intro_causes_defmot.pdf.

6- Le handicap acquis est un traumatisme :

L'annonce du handicap est un moment traumatique qui implique inévitablement un travail de deuil. Quelque chose est perdue qui ne reviendra jamais plus. Ce deuil est en fait quasiment

Impossible tant le remaniement qu'implique le handicap acquis est massif et brutal. La survenue d'un handicap est un traumatisme au sens psychanalytique du terme, à savoir un choc totalement inattendu, d'une intensité telle qu'il fait effraction dans le psychisme, dont il désorganise le fonctionnement. Cette épreuve anéantit toutes les défenses habituelles et en fait apparaître d'autres, parfois beaucoup plus pathologiques. On voit alors des patients

Ou des parents qui ont des réactions « anormales » ; mais il s'agit surtout de personnes qui réagissent à une situation anormale. Les situations extrêmes appellent des solutions extrêmes.

Le psychanalyste hongrois Sándor Ferenczi (1932), contemporain de Freud, a donné des analyses cliniques particulièrement fines de patients marqués par des événements traumatiques. Le premier effet du traumatisme est qu'il provoque un état de sidération, qui met en échec la capacité de penser. Face à cet événement qui la déborde, la psyché ne parvient pas à assurer sa tâche habituelle, qui est d'intégrer les éléments du monde extérieur. Comme le dit le chœur antique dans la tragédie de Sophocle, c'est une nouvelle que l'esprit ne peut ni accueillir ni fuir. Il s'ensuit une suspension des facultés mentales : « Un choc inattendu, non préparé et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique. Mais comment cela se produit-il ? Apparemment par l'arrêt de toute espèce d'activité psychique ».

Le choc traumatique touche donc un être non préparé, qui doit faire face subitement à quelque chose qui dépasse l'entendement et confronte le sujet lui-même et son entourage à une situation imprévisible. Or, notre relation à l'imprévisible est complexe, faite de contradictions, d'oscillations, de dénis. D'une part, nous refusons de prévoir ce qui est prévisible, d'autre part, nous prévoyons sans cesse des événements imaginaires. D'une part,

nous résistons à l'imprévisible, qui nous déplaît et nous inquiète. Mais d'autre part, nous aimons évoquer l'imprévisibilité des événements, qui nous dégage de la responsabilité ontologique fondamentale de l'être humain et de la culpabilité qu'elle provoque. Une autre caractéristique du choc traumatique est d'arrêter l'effet du temps. Si aucune aide n'est apportée, tout est figé ; rien ne bouge. Tous les patients expriment cette immobilisation du temps. « Rien n'est plus pareil. » Désormais, il y a un avant et un après. L'événement traumatique partage définitivement la ligne de la temporalité. Face à ce choc, le psychisme met en place un certain nombre de processus psychiques que Ferenczi nomme les « stratégies de survie ». Pour sauvegarder malgré tout le narcissisme, pour éviter un effondrement psychique, les patients auront recours à un certain nombre de mécanismes de défense, dont le clivage et le déni. En effet, il semble que dans ces situations extrêmes, une certaine dose de déni soit nécessaire. **(Boissel. A, 2020, p.19-20).**

7-Les conséquences du handicap moteur :

- La paraplégie, paralysie des membres inférieurs et d'une partie du tronc;
- L'hémiplégie, paralysie d'une moitié latérale du corps;
- La tétraplégie, paralysie des membres supérieurs et inférieurs;
- La myopathie, atrophie musculaire grave et progressive.
- La sclérose en plaques, c'est l'hypertrophie du tissu conjonctif.
- Le changement de mobilité, atteinte gestuelle et préhension surtout pour la personne en fauteuil roulant ou la relation entre son action corporelle et l'aménagement construit est modifiée, le manque d'accessibilité pour la plupart de temps.
- La méfiance que l'handicapé sentira planer autour de lui.
- Le malaise qui naît de la méconnaissance des accidents neurologiques.

(Bouzenoune. Y, 2008, p.16).

Synthèse :

Nous concluons dans ce chapitre qu'une personne handicapée est toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité et difficulté à vivre comme les autres à cause des problèmes de santé déficiente dans sa vie quotidienne. Comme nous retenons que la personne atteinte d'handicap moteur ou d'une déficience physique, qui n'ont pas des possibilités pour se déplacer, et exécuter des tâches manuelles ou de participer à certaines activités.

Dans ce cas le handicap présent un traumatisme qui nécessite un travail de deuil pour le dépasser, mais malgré sa la personne handicapée confronte chaque jour des différentes difficultés qui l'empêche de vivre sa vie comme d'autre personne normale.

Dans ce qui suit, nous allons aborder le deuxième chapitre qui la qualité de vie.



Chapitre II

Qualité de vie

Préambule :

Le concept de qualité de vie est un concept large qui peut être défini de plusieurs manières, notamment le niveau de revenu, le mode de vie, et l'indice de santé. C'est le produit de l'interaction de nombreux facteurs psychologiques, sanitaires, sociaux, environnementaux, économiques, politiques et autres. La qualité de vie utilisée dans ce concept est la sensibilisation et l'orientation, ainsi qu'un thème unifié pour l'amélioration du bien-être personnel. A travers de ce chapitre en va essayer de mieux comprendre la notion de la qualité de vie, son historique, la qualité de vie liée à la santé, les domaines, les concepts et conception de la qualité de vie puis L'évaluation de la qualité de vie. En fin Les différentes approches et les différents types pour mesurer la qualité de vie.

1-L'histoire et l'origine du concept de la qualité de vie :

Parmi les premiers écrits portant sur la Qdv certains sont issus des travaux menés par une commission chargée, par le président Eisenhower, de définir des « buts nationaux », sur la base d'indicateurs objectifs, afin d'augmenter tout à la fois la quantité et le niveau de vie des citoyens (Beaufils, 1996). A cette même période, mais selon une démarche plus subjective, certains chercheurs s'intéressent au vécu quotidien des personnes, aux expériences qui participent de leur bonheur (Gurin, Veroff et Feld, 1960, cité par Beaufils, 1996).

Mais ce sont les sociologues américains, dont les groupes d'Andrews et Whitey, mais aussi de Campbell (Université du Michigan), qui vont déterminer les premiers indicateurs objectifs de Qdv (revenus, criminalité, santé, emploi, éducation...).

Des 1976, ces chercheurs, notamment Campbell, font remarquer que malgré la bonne santé de la société et de l'économie américaine, en dépit des progrès médicaux et du contexte de démocratie, un nombre croissant de personnes se dit insatisfait de son bien-être psychologique, ou Qdv ; termes que les chercheurs emploient alors indifféremment. Cette absence de liens entre indicateurs socio-économiques et objectifs et bien-être subjectif est déterminante dans l'introduction des premiers auto-questionnaires de Qdv subjective. En France, dans le secteur de la santé, le terme de Qdv fait son apparition en 1966 dans les Annales de médecine interne (Montreuil, Tazopoulou et truelle, 2009).

(Serge. S, Isabelle.V, 2012, p.20).

Le concept de la qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement et de manière schématique comme le souligne (martin, 1999) quatre approches sont envisagées. Ces différentes approches peuvent être décomposées en périodes et intérêts en fonction du Le concept de la qualité de vie n'est pas nouveau, historiquement et de manière schématique comme le souligne (martin, 1999) quatre approches sont envisagées.

Ces différentes approches peuvent être décomposées en périodes et intérêts en fonction du domaine de ceux qui l'abordent philosophes, psychosociologues, politologues et médecines. Nous allons brièvement résumer cette différente approche.

(Gustave. N-F, 2002, P. 283).

-L'approche philosophique :

Le concept de la qualité de vie a très tôt intéressé les philosophes .en effet, pendant des siècles, des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation .apparaît ensuite la notion de plaisir, plus accessible que celle de bonheur, car même si nous ne manquons de rien, le bonheur nous manque toujours .soulignons aussi que la notion de plaisir s'est différenciée de celle de bonheur par son accessibilité et partie intégrante du bonheur. Rappelons que pour Aristote, le bonheur est désirable. Ces notions ont progressivement conduit à celle de bien-être qui fait, au même titre que le bonheur, le plaisir et le désir, partie intégrante de la qualité de vie. Ainsi nous dirons qu'il est important de ne pas confondre qualité de vie et bonheur, plaisir, bien-être, même s'ils en constituent des composantes importantes de la même manière, la qualité de vie ne se résume pas à la santé, comme nous le verrons plus loin, même si celle – ci en est un facteur important.

-L'approche Psychosociologique :

Contrairement aux philosophes, les psychosociologues ne sont pas préoccupés de vérité sur la qualité de vie, mais de vérité de chacun sur la qualité de vie d'une population. Le concept de la qualité de vie tel qu'il est étudié par les psychologues et les sociologues restent lié à la santé. Aussi, il permet une exploration du niveau de stress, des motivations, de la satisfaction des buts de vie, de la qualité des relations sociale et familiales.

-L'approche politologue :

Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms comme Henri en France, Hoover, Johnson aux Etats-Unis et bien d'autre, qui traitaient déjà de la qualité de vie. Notons que Jefferson demanda, dès l'élaboration de la constitution des Etats-Unis, que le « droit au bonheur » figure parmi les droits inaliénables des citoyens américains. Plus tard, dans les années 1960, toujours aux Etats-Unis, nous pouvons observer un intérêt et une préoccupation grandissants et quasiment omniprésents pour l'amélioration de la qualité de vie.

-L'approche médicale :

Nous retrouvons ce concept de qualité de vie en médecine et, plus Particulièrement, en psychiatrie lors de programme de désinstitutionalisation (1963) aux Etats-Unis. Psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatrique à partir de moment ou des institutionnalisations attacher peu d'importance à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie à l'extérieurs. Cependant, nous pouvons observer que les études sur la qualité de vie apparaitront plus tardivement dans les pays Anglo-Saxons, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe. Quelques dates marquent le développement des études sur la qualité de vie dans le domaine médical. En effet, en 1947, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la santé qui reste cependant proche de celle de bien-être. Le terme de la qualité de vie fut utilisé pour la première fois en 1966 par Elkington, dans une publication médicale. Ainsi le concept de la qualité de vie est très répondu dans le domaine médical. Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, elles représentent un outil clinique à part entière à condition qu'elles soient couplées à d'autres instruments cliniques validés. (Gustave. N-F, 2002, P. 284-286).

2-Définition de la qualité de vie :

Définir la qualité de vie au sens le plus large est relativement difficile car il est un concept multidimensionnel, comprenant trois grands domaines : physique, mental, Et la société. Par conséquent, la qualité de vie est un concept complexe et il peut être considéré Il s'agit du bien-être qu'un individu ressent dans l'aspect le plus important de la vie, il Cela peut aussi être tout ce qui contribue à rendre la vie heureuse et/ou Détendu et/ou confortable ; ces conditions de vie incluent mais ne peuvent pas être généralisées Juste pour la santé.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) 1993 : « la qualité de vie comme la

Perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

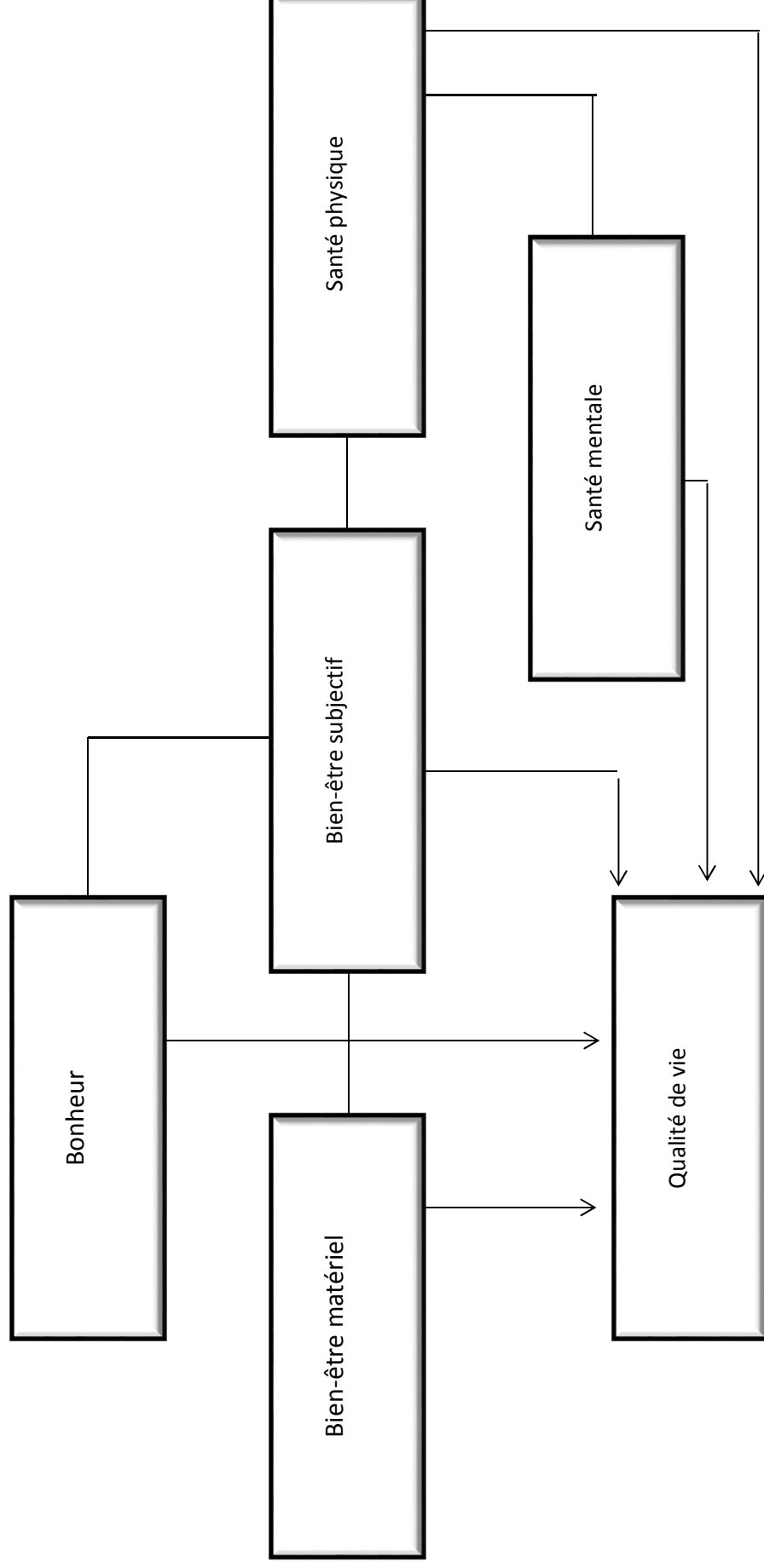
Pour **Launois** (1996), la qualité de vie est un concept tellement « englobant », que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveaux de revenus, habitudes, style de vie ... Qui plus est, dans leurs interactions réciproques, tous ses facteurs ont une incidence sur le cours de l'existence et le développement des individus ou des sociétés. Ici encore, l'unanimité se fait, mais cette fois sur le caractère multidimensionnel du concept Qdv.

(Serge. S, Isabelle. V, 2012, p.21).

Pour **spitz** (1999), le concept de la qualité de vie ne recouvre pas les mêmes champs selon les auteurs. Si l'on cible un domaine spécifique, par exemple la qualité de vie après implantation d'un défibrillateur cardiaque, les conclusions des études peuvent sembler Contradictoires, certains auteurs concluant que la qualité de vie est nettement améliorée, d'autres auteurs estimant qu'elle est peu améliorée. Lorsque les études sont amenées par des médecins, la qualité de vie recouvre principalement des signes d'amélioration physique. Mais, lorsque l'équipe de recherche comprend des psychiatres ou des psychologues, la qualité de vie recouvre en plus, les aspects psychologiques du port du défibrillateur cardiaque.

(Gustave. N-F, 2002, p.288-289).

Selon **Nordenfelt** (1994), la qualité de vie subjective se définit par «le degré de satisfaction et/ou de bonheur global ressenti par l'individu dans sa vie».

Figure 1 : Le schéma proposé par Nordenfelt (1994) résume bien cette conception additive**Figure N° 01 : Les divers indicateurs de la qualité de vie, décrivant tout ce qui concourt à une qualité de vie satisfaisante. (https://noesis.crist.ro/wp-content/uploads/revista/2009/2009_2_03.pdf).**

3– La qualité de vie liée à la santé

La santé est, nous l'avons dit, une des composantes du concept de QdV. Selon Grenier (1995), il a fallu attendre les années 1970 pour que soit faite la distinction entre les déterminants de la qualité de vie spécifique à la santé (QdV liée à la santé) et les autres (revenus, stabilité d'emploi, conditions de vie ...). En revanche, dans le langage médical, il y avait déjà fort longtemps que le concept de QdV ne recouvrait plus que les domaines liés à la santé, à l'impact de la maladie ou des traitements sur la vie personnelle et sociale des malades. Il est certain que la définition de la santé proposée par l'OMS a eu une profonde influence sur l'abord de la notion de QdV dans le domaine biomédical : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO, 1946). Aujourd'hui, tous ceux qui ont besoin de quantifier la qualité d'une vie liée à la santé s'appuient sur cette définition et retiennent trois principales dimensions : physique, psychologique et sociale.

Afin de conserver le caractère subjectif et pluridimensionnel du concept et d'éviter de le réduire à la simple prise en compte d'un degré de bien-être, le vécu du sujet est apprécié par des auto-questionnaires comportant des critères subjectifs, mais aussi objectifs. Les outils proposés (sauf ceux qui sont spécifiques à une pathologie) ne doivent pas faire référence à une symptomatologie particulière, mais aux conséquences ressenties en termes d'altération des différents domaines de la QdV. Il est donc demandé au malade d'estimer son vécu sur le plan fonctionnel (somatique, activités de la vie quotidienne), social, émotionnel, sexuel, cognitif et en rapport avec certains objectifs qu'il s'est fixés ; voire d'exprimer son sentiment de handicap ou d'atteinte de l'estime de soi. . (Serge. S, Isabelle. V, 2012, p.22).

4-Les domaines de la qualité de vie :

La qualité de vie est un ensemble complexe intégrant plusieurs domaines difficilement évalués selon plusieurs points de vue est critères, comme domaines on retrouve

4-1- Le domaine psychologique de la qualité de vie :

La plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie comprend les émotions et les états émotionnels ; pour d'autres, elle n'inclut pas non plus d'effets négatifs (par exemple, dans SF-36 en 1987) où l'on est proche de la santé mentale ou du bien-être subjectif. Sont plus larges car elles incluent certains processus cognitifs (comme la

satisfaction de vivre). Certains auteurs positionnent des concepts dynamiques de qualité de vie tels que le développement personnel, la réalisation ou la réalisation de soi (créativité, sens qui donne la vie, moral, vie spirituelle, compréhension du monde), etc., dans le domaine psychologique.

4-2-Le domaine physique de la qualité de vie :

Dans ce domaine, l'auteur a classé plusieurs aspects de la santé, principalement la santé physique (ou état physique, ou état fonctionnel) et la capacité fonctionnelle. Par conséquent, la santé physique comprend : l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, la douleur, les symptômes et divers indicateurs biologiques. Les capacités fonctionnelles comprennent : l'état fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que les personnes peuvent effectuer et leur autonomie relative (ou dépendance). On peut évaluer ces deux aspects de la qualité de vie (santé physique, capacité fonctionnelle) selon deux perspectives : la perspective « externe » (médecine) évaluera la santé physique et la capacité fonctionnelle le plus objectivement possible, et la vue « intérieure » ne peut être réussie. L'auto-évaluation peut atteindre la représentation, la perception et l'expérience subjective de la santé du patient. (Tazopoulou. E, 2008, p.18).

4-3-Domaine social de la qualité de vie :

Les relations interpersonnelles personnelles et les activités sociales constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. La vie sociale des individus s'oppose généralement à l'isolement et au repli, dans divers domaines : famille, amitié professionnelle, citoyenneté. Pour certains auteurs (Griffin, 1988), la fonction sociale optimale suppose un réseau relationnel quantitativement suffisant (c'est une intégration sociale effective) et une satisfaction qualitative), il faut considérer la qualité des relations sociales personnelles. Non la qualité. Pour des auteurs comme Flanagan (1982), la manière dont un individu évalue ses activités sociales (estime de soi « sociale », sentiments d'autoréalisation sociale) est généralement évaluée à l'aide d'outils généraux. (Tazopoulou. E, 2008, p.18).

5- les concepts de la qualité de vie :

5-1- Le bonheur :

La notion de « bonheur » et d'origine philosophique, et au cours des dernières décennies est devenu un thème commun à divers champs disciplinaires comme par exemple en psychologie, le bonheur fut considéré comme un indicateur d'une bonne santé mentale.

Pour plusieurs auteurs, le bonheur est une disposition stable de la personnalité (trait plutôt qu'état) consistant à éprouver généralement des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté...), à être globalement satisfait de sa vie et à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité...).

Avec Diener et al, et beaucoup d'auteurs reconnaissent que le bonheur (disposition stable à éprouver des émotions positives) est une condition nécessaire à la qualité de vie et au bien-être. **(Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, 2021, p.13).**

5-2- La satisfaction de la vie :

Les premiers écrits concernant cette notion apparaissent à la fin des années 1960, la satisfaction de la vie (SWL : satisfaction with life) est le plus souvent considérée comme la composante cognitive-évaluative du bien-être. Pour Diener, 1984 ; 1984 et Schimmack et al, 2002, elle résulte de la comparaison par une personne entre sa vie actuelle et la vie qu'elle souhaiterait avoir, selon ses normes, valeurs et idéaux. Et la satisfaction de la vie est évaluée le plus souvent globalement ; elle peut aussi concerner des domaines de la vie plus spécifiques (travail, famille, loisirs, santé, finances...), domaines particuliers explorés par diverses études (dont la satisfaction au travail, par exemple). Et la satisfaction de la vie apparaît donc bien comme l'une des composantes du bien-être (évaluative, cognitive), celui-ci étant un construit plus général, qui comprend en outre la présence d'émotions positive et l'absence d'émotions négative. Ainsi, pour être complète l'évaluation du bien-être doit comprendre des items de satisfaction de la vie, mais aussi des items sur les émotions affectifs positifs et négative. **(Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, 2021, p.15-16).**

5-3- Le bien-être subjectif :

Le bien-être subjectif (BES) est une notion qui connaît regain, de popularité depuis les années 2000. Comme il existe encore des confusions entre notions voisines (bien-être,

satisfaction de la vie, bonheur, santé, qualité de vie) longtemps considérées comme interchangeables. Bien que les définitions et échelles d'évaluation du bien-être subjectif aient longtemps été assez hétérogènes, cette situation évolue, depuis une dizaine d'années.

Le bien-être est une notion composite. Il inclut selon Diener (2000) la satisfaction de la vie (générale et par domaines), l'affectivité positive et l'affectivité négative. Ces trois composantes ont été retrouvées par des analyses factorielles exploratoires et confirmatoires (Albuquerque et al, 2012). Elles apparaissent comme des dimensions distinctes, mais intercorrélées. Le modèle de Diener est en outre hiérarchique, chacune des trois dimensions principales se subdivisant à son tour en aspects plus spécifiques : la satisfaction globale en satisfaction spécifique vis-à-vis de différents domaines (profession, famille, santé, finances...), l'affectivité négative en anxiété, dépression, et l'affectivité positive en joie, fierté, amour, plaisir, etc.

Et le bien-être subjectif est généralement considéré comme une issue, car de nombreux traitements et prises en charge visent son amélioration.

(Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, 2021, p.17).

6- Les conceptions de la qualité de vie :

6-1- Conception objectives de la qualité de vie :

Dans les années 1960, on évaluait la qualité de vie dans différents pays à partir d'indicateurs économiques objectifs, puis on utilisait différents indicateurs (espérance de vie, mortalité infantile) pour étudier le « bien-être » de la population.

Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), en 2011 s'appelle l'Indice de développement humain, qui est composé de trois dimensions : la santé (espérance de vie...), l'éducation (scolarisation...) et le niveau de vie (produit interne...), Utilisé pour la classification des salaires.

Aujourd'hui, différents indicateurs objectifs permettent de décrire la situation des entreprises et des particuliers.

6-2-Conception subjective de la qualité de vie :

La qualité de vie trouve son origine dans le mouvement des indicateurs sociaux du milieu des années 1960. Les concepts inspirés (aux États-Unis et dans l'Europe d'Ouest) ont des indicateurs subjectifs et personnalisés (bonheur, satisfaction, bonheur) issus du domaine de la santé mentale et sont cohérents avec les philosophes humanistes et utilitaristes. La qualité de vie sera considérée comme un concept alternatif de bonheur matériel, et elle se rapprochera de plus en plus des concepts de satisfaction et de bonheur subjectif. Dans différentes disciplines (économie, sciences sociales), la qualité de vie d'aujourd'hui est définie comme un concept global, non limité à la santé ou au niveau de vie, mais également lié à d'autres domaines, notamment les relations et les domaines sociaux (communauté, famille, travail, désir sexuel).

6-3-Conception intégratives :

Dans la conception intégrative on trouve deux sortes de conception, additives et dynamique.

Parmi les définitions intégratives additives, on trouve par exemple celle-ci : « la qualité de vie est un concept très large influence de manière complexe par la santé physique de l'individu, et son état psychologique, ses relation sociales, et sa relation aux facteurs essentiels de son environnement » OMS 1994.

Le modèle proposé par Urzua et Caqueo-Urizar (2012) illustre bien une conception intégrative et additive de la qualité de vie.

Les définitions de la qualité de vie en terme à la fois intégratifs et dynamiques ont plusieurs avantages : elles prennent en compte à la fois les composantes « externes » (état de santé, conditions de vie...) et « interne » (satisfaction, bien-être subjectif ...), plusieurs points de vue et elles supposent des interactions dynamiques ente les composantes de la qualité de vie, en termes de processus. Ce sont certainement les conceptions les plus heuristiques actuellement. Le développement de modèle systémiques de la qualité de vie étant en plein essor, on peut s'attendre à une expansion des mises à l'épreuve de ces modèles par des analyses confirmatoires. Nous considérerons à présent certains domaines plus spécifiques de la qualité de vie. **(Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, 2014, p.42-45).**

7-L'évaluation de la qualité de vie :

Il existe différentes méthodes permettant d'évaluer la qualité de vie : les entretiens ouverts ; les évaluations individuelles ; les mesures standardisées au moyen de questionnaires et/ou d'échelles.

-L'entretien ouvert, il favorise l'impression clinique globale et permet la perception d'aspects individuels spécifiques, présente néanmoins les difficultés liées à son caractère intuitif (c'est-à-dire non explicite), particulier (non standard), subjectif (sujet au biais d'interprétation) et non quantifiable (critère indispensable pour juger de différences).

-Les évaluations individuelles un outil tel que le SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, McGee, 1991) permet de connaître individuellement les besoins, les désirs et les attentes du patient.

-Les questionnaires standardisés s'interprètent en fonction d'informations valables en moyenne pour un ensemble d'individus pris comme référence, le SEIQoL permet de fournir une note en fonction de la référence propre de l'individu (Rodary, 2002). Cet outil s'administre dans le cadre d'un entretien semi-structuré d'une heure environ, ce qui limite son applicabilité dans les recherches impliquant des tailles d'échantillon importantes.

(Serge. S, Isabelle. V, 2012, p.31).

8-Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie :

La qualité de vie liée à la santé est un objet complexe qui ne peut pas être mesurée directement par une seule question ou par un petit nombre de questions simples (Lepège et Debout, 2007). C'est pourquoi il est nécessaire d'utiliser des méthodes plus structurées.

D'après Mercier et Schraub (2005), on peut distinguer deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : **l'entretien psychologique** (évaluation qualitative) et **les outils psychométriques** (évaluation quantitative).

-L'entretien psychologique a sans doute l'avantage de permettre une évaluation plus globale de la qualité de vie, mais il a aussi plusieurs inconvénients : la reproductibilité n'est pas évidente ; la standardisation est difficile (ce qui ne permet pas d'étude comparative) ; l'application à grande échelle est impossible ; le coût est élevé.

- **Les outils psychométriques** (échelles ou questionnaires) permettent une mesure standardisée, mais ont l'inconvénient de réaliser une évaluation plus restrictive de la Qdv. Pour la majorité, ces outils s'adressent à l'ensemble d'une population donnée. Ils fournissent des informations qui sont valables, en moyenne, pour l'ensemble du groupe d'individus. Ils sont généralement utilisés pour aider à prendre des décisions au niveau collectif.

Peu nombreux, il existe aussi des outils psychométriques qui sont conçus pour connaître les besoins de manière individuelle. Dans ces outils, les dimensions qui composent la qualité de vie sont pondérées les unes par rapport aux autres, en fonction de leur importance pour les personnes de références. **(Heusse. C, 2014, p.10).**

9-Les différents types instruments de mesure de la qualité de vie :

Il n'existe pas d'instruments de mesure standard et universelle, il existe plusieurs Des centaines de questionnaires ou d'échelles dans la littérature. On distingue généralement les Questionnaire génériques et les questionnaires spécifiques.

9-1-Les questionnaires génériques :

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes. Mais ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales). Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

- SF-36 (MOS 36 Short Form) [6], avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/relations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4);
- NHP (Nottingham Health Profile) [7], avec 45 items regroupés en 6 échelles ;
- WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items;
- WHOQOL BREF [8], avec 26 items regroupés en 4 échelles.

9-2- Les questionnaires spécifiques :

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, cancérologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur,

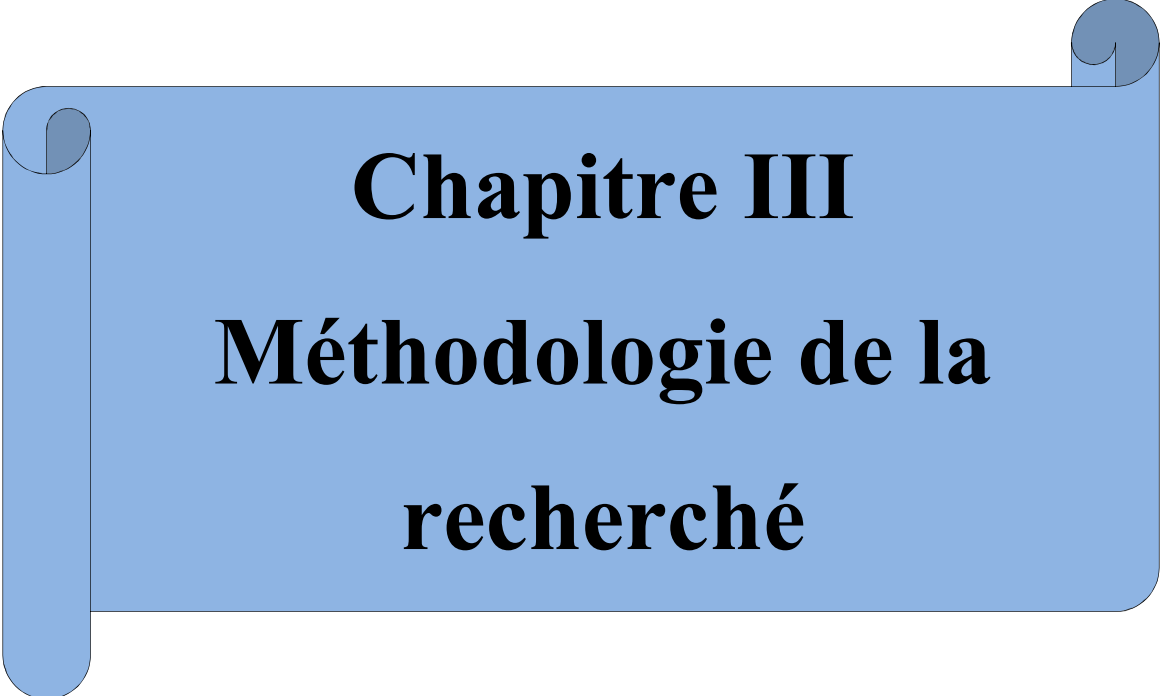
sommeil...). Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile. Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une pathologie (appelé “questionnaire central” ou “core questionnaire”). Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique. (Mercier. M, Schraub. S, 2005, p.420).

Synthèse :

A travers ce chapitre que la notion de la qualité de vie est un concept pluridisciplinaire et multidimensionnel qui se structure autour de quelques dimensions : ils s’agit de celle du bonheur, bien-être subjectif et matériel ou encore au degré de satisfaction de vie, elle intègre les éléments suivants : objectifs (cadre de vie, niveau socio-économique), subjectifs (bonheur, sentiments de bien-être) physique(état de santé réel, absence ou présence d’une pathologie) et les facteurs d’ordre cognitif et sociale.



Partie pratique



Chapitre III
Méthodologie de la
recherche

Préambule :

Pour arriver à construire une recherche, on doit se baser sur une méthodologie très précise et bien déterminée. Nous avons sélectionné une population d'étude et des outils d'investigation dont il convient de les présenter.

Ce chapitre constitué de la présentation de la méthode sur laquelle on s'est appuyé pour réaliser notre étude, A travers ce chapitre, nous présenterons les méthodes utilisées, les domaines de recherche, les populations de recherche et les techniques de collecte de données. Avant de mener une enquête de terrain, nous devons d'abord effectuer une pré-enquête afin de recueillir des informations sur notre sujet.

1- La méthode de la recherche :

Dans notre recherche, nous avons adopté la méthode clinique de type descriptif et par étude de cas qui semblait la plus adoptée à nos objectifs de recherche, ce qui nous a permis d'étudier et d'analyser des sujets en fonction de circonstances individuelles dans le but de décrire la qualité de vie chez les handicapés moteur.

La méthode clinique permet de classer avec une très grand rigueur les symptômes enregistrés, de les comparer à d'autres signe. Cette classification effectuée, le clinicien montre en quoi ces signes, symptômes ou syndromes entrent dans un tableau clinique précis.

(Lonescu. S, Blanchet. A, 2009, p.55).

Et pour (Lagache 1949) la méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective, propre relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ».

Et la méthode clinique elle utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique, est la méthode la plus communément utilisée en pratique clinique et vise « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes **(Chahraoui. KH, Bénony. H, 2003, p.11-12).**

Et puisque nos recherches actuelles visent à décrire l'une des personnes atteintes de handicap moteur, et de savoir sa qualité de vie. Nous nous appuyons sur la méthode descriptive.

La méthode clinique descriptive permet ainsi de décrire le comportement humain, mais ne fournit pas d'explication causale, mais permet seulement la description la plus objective possible de la situation au moment où le comportement s'est produit.

La description « c'est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes ».

(Chahraoui. KH, Bénony. H, 2003, p.125).

2- Etude de cas :

La psychologie clinique est basée sur des recherches approfondies sur des cas individuels. Son objectif est d'étudier les comportements humains adoptés ou inappropriés. Y compris le niveau social ou l'impact environnemental. Et l'étude de cas implique la clinique et la clinique sociale du sujet.

Et l'étude de cas fait partie des méthodes descriptives « elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus.

Pour **Lagache**, elle est une « observation inspirée par le principe de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation ». **(Pedieli. J-L, Fernandez. L, 2005, p.55-56).**

Pour **Claude Revalut d'Allonnes** (1989), « l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique ». **(Ibid. P.58).**

3-Pré-enquete :

La pré-enquête représente une étape très importante dans notre recherche. Elle se fait par des observations préalables des faits pour recueillir le plus d'information possible qui permettront l'enquête. Il s'agit de l'étape d'investigation et de confirmation préliminaire,

assez précoce, dont le but essentiel est d'aide à formuler des questions plus précises, notamment pour établir des hypothèses valables.

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

(Cario. R, 2000, p.113).

Notre pré enquête, faite au sein de l'association « SID », avant de commencer notre recherche on a d'abord fait la discussions avec le président de l'association sur notre thème de recherche « la qualité de vie chez les handicapée moteur », puis le président nous orienté vers le psychologue de l'association à laquelle on a aussi expliqué notre thème, qui nous a permis d'avoir des idée sur la construction de notre problématique , puis nous somme informés sur les technique de la recherche qui sont l'entretien clinique et l'application de l'échelle de la qualité de vie.

On a effectué notre pré-enquête sur deux personnes qui sont handicapés, **Massi et Madjid.**

Vers la fin de notre pré-enquête, nous avons pu collecter quelques informations afin d'avoir des idées sur la façon de construire le problème.

4. Présentation de lieu de recherche :

L'association SID (sensibilisation, intégration, développement) des handicaps d'Akbou, lancer officiellement le 15 Aout 2013, à la maison de jeune Abderrahmane fares d'akbou sous la direction de « Mr » : azrou sofiane ».elle se situe centre culturelle « Mouloud kacem Nait belkacem » akbou.

Ses objectifs sont :

- ✓ La sensibilisation des personnes en situation de handicap de leurs droits ainsi que leur entourage.
- ✓ La promotion des droits des personnes en situation de handicap et inciter à les prendre en considération formellement et moralement.

- ✓ Travailler dans le sens d'insérer les personnes en situation de handicap dans les différentes activités.
- ✓ Recensement des personnes en situation de handicap de la ville d'akbou et des communes limitrophes.
- ✓ Organisation de journées pour sensibiliser les gens sur les droits des personnes en situation de handicap.

5-La population d'étude :

Notre étude s'est focalisée sur (06) cas, qui sélectionné au sein de l'association, et qui sont dépend d'une catégorie d'âge différents entre 19 ans jusqu'a 42 ans.

Et qui représentant tous un handicap moteur dès la naissance, et un seul du a un accident.

➤ **Les caractéristiques de l'échantillon d'étude :**

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques de group de recherche :

Prénom	Age	Sexe	Niveau d'étude	L'origine d'handicap
Naima	42 ans	Féminin	Primaire	Dès la naissance
Lyes	19 ans	Masculin	CEM	Dès la naissance
Flora	26 ans	Féminin	Primaire	Dès la naissance
Massi	26 ans	Masculin	Secondaire	Dès la naissance
Hichem	20 ans	Masculin	CEM	Accident
Rima	32 ans	Féminin	universitaire	Dès la naissance

6-Les outils de la recherche :

Pour les outils et les techniques qu'on a choisi dans notre étude sur le terrain, nous avons commencé par l'observation clinique qui nous permettre le premier pas pour passer à

l'entretien clinique de recherche et semi-directif, puis on a terminé par la passation de l'échelle de la qualité de vie.

6-1-L'observation clinique :

L'observation clinique « c'est l'action de considérer avec attention suivie la nature, l'homme, la société, afin de mieux les connaître ».

L'utilisation de l'observation comme méthode de collecte de données en psychologie clinique est souvent nécessaire en complément d'autres informations, du comportement spécifique des sujets, de leurs attitudes lors de la rencontre, et d'autres éléments qui parfois révèlent où font simplement questionner. **(Blanchet. A, 2006, p.9).**

6-2-L'entretien clinique de recherche :

Nous avons choisi d'utiliser des entretiens de recherche clinique souvent utilisé comme méthode d'enquête en recherche clinique recueillir des données sur le sujet. C'est donc l'outil le plus adapté qui nous a aidés à trouver la meilleure réponse à la question de recherche, et analysez notre hypothèse de la manière la plus pertinente

L'entretien est une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande. **(Alexandre. B, 2005, p.381).**

L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande.

(Chahraoui. KH, Bénony. H, 2003, p.141-142).

6-3-L'entretien semi-directif :

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien semi directif qui est un usage complémentaire au cours duquel le clinicien suit une trame de question générales dont l'ordre n'est pas prédéfini dans cet entretien le psychologue pourra décider d'explorer des axes non définis initialement mais spontanément abordés par le patient.

(Nevid. J, Rathus. S, green. B, 2009, P.60).

Donc les entretiens semi-directifs permettent au sujet d'extérioriser librement ses pensées ou ses sentiments, il est donc invité à générer les mots les plus riches possibles à partir des questions posées par les chercheurs, car il permet non seulement aux entretiens de recueillir des informations sur les rencontre. Utiliser sa propre langue, son propre monde, et se référé a sa propre histoire pour mieux comprendre son expérience. Cependant ce type d'entretien, qui contient plusieurs questions que le chercheur a préparées à l'avance en fonction de ses hypothèses.

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

6-4-Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter : le clinicien cherche à préparer quelques questions à l'avance, toute fois celles-ci ne sont pas poses d'une manière directe. Il s'agit davantage de thème à abordée que le chercheur connait bien.

(Bénony. H, Chahraoui. KH, 1999, p.68-69).

Pour nos entretiens Nous avons établi un guide d'entretien qui compose de cinq (05) axes :

- ❖ Le 1^{er} axe comporte ses données personnelles.
- ❖ Le 2^{ème} axe concerne les informations sur son état de handicap et sa qualité de vie.
- ❖ Le 3^{ème} axe englobe les informations sur ses relations familiales et sociales
- ❖ Le 4^{ème} axe comporte les informations sur sa vie scolaire ou professionnelle.
- ❖ Le 5^{ème} axe et dernier comporte les informations sur l'avenir.

6-5-Le questionnaire MOS-SF36 :

Ce questionnaire générique est particulièrement simple à administrer, facilite la lecture et fiable. C'est un outil d'utilisation courante, international, instrument de référence présentant de bonnes qualités psychométriques, destiné à l'évaluation des programmes et des

actions de santé. Pour toutes ces raisons, le choix du questionnaire SF-36 comme instrument de mesure de la qualité de vie des TPB nous a semblé le plus pertinent.

La SF-36 a été développée par Ware et Sherbourne en 1992 à partir du Medical Outcome Study (MOS), questionnaire englobant 149 items et élaboré pour évaluer la manière dont le système de santé américain affecte l'issue des soins. La SF-36, ou MOS SF-36, est une échelle multidimensionnelle, générique, c'est-à-dire qui évalue l'état de santé indépendamment de la pathologie causale, du sexe, de l'âge, et du traitement.

Cette échelle peut être administrée en auto- ou hétéro-questionnaire, et ne requiert que 5 à 10 minutes. Ses 36 items évaluent 8 dimensions : activité physique (physical function : PF) ; limitations dues à l'état physique (rolephysical :RP) ; douleurs physique (bodily pain : BP) ; santé perçue (general health :GH) ; vitalité (vitality : VT) ; vie et relation avec les autres (social function :SF) ; limitations dues à l'état physique (rôle emotional : RE) ; et santé psychique (mental health :MH) ainsi qu'une dimension particulière à savoir l'évaluation de la santé perçue comparée à un an auparavant (health thinking :HT). Le questionnaire d'état de santé SF-36 est validé dans plusieurs langues, dont le français. C'est un score générique pour l'évaluation de la qualité de vie.

La consigne : « Les questions qui suivent portent sur votre état de santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation ». (Sherbourne, 1997 ; Leplege, 2001)

La cotation et l'interprétation de l'échelle SF-36 :

Un score moyen physique (PCS = Physical Composite Score) et un score moyen mental (MCS = Mental Composite Score) peuvent être calculés selon un algorithme établi (voir le tableau ()). En dehors de l'évaluation quantitative par score moyen (MCS et PCS) nécessitant l'achat du manuel, on peut utiliser la SF- 36, en comparant (recherche de corrélations) les scores des différents domaines de la SF-36 sur une population étudiée, avec ceux de la population normale, ou en cherchant des corrélations entre les scores des différents domaines de la SF-36 et d'autres variables explicatives médicales, fonctionnelles, sociales...). Les réponses sont dichotomiques pour certains items, et en 3à6 points pour les autres. Un

score est calculé pour chaque dimension qui s'étend de 0 à 100. Un score élevé indiquant une bonne Qdv.

Il existe 3 versions du SF-36 : une version normale (renseignée directement par la patient), une version pour situation aiguë (les interrogations portant sur 4 semaines sont réduites à 8 jours), et une version pouvant être remplie par un proche du sujet évalué (tournures indirectes pour chaque question de la version « normale »). Nous avons choisi la version normale du questionnaire SF-36 pour notre étude. (Lalaoui. T, Mansouri. C, 2018, p.121-122-123).

Tableau 2 : Modèle conceptuel du questionnaire de la qualité de vie (MOS SF-36)

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue sur (100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue sur (100)
1, 2, 6, 8, 11b, et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0 point
	2	75 points		2	20 points
	3	50 points		3	40 points
	4	25 points		4	60 points
	5	0 points		5	80 points
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j	1	0 point		10, 11a et 11c	6
	2	50 points	1		0 point
	3		2		25 points
		3	50 points		
		4	75 points		
4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b et 5c	1	0 point		5	100 points
	2	100 points			
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	100 points			
	2	80 points			
	3	60 points			
	4	40 points			
	5	20 points			
	6	0 point			
Dimension	Calcul du score		Dimension	Calcul du score	
PF	Somme des notes		VT= vitalité	Somme des notes	

Fonctionnement Physique	Obtenues aux items 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j Divisée par 10		Obtenues aux items 9a, 9e, 9g et 9i Divisée par 4
RP= limitation Physique	Somme des notes Obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d Divisée par 4	SF = Fonctionnement social	Somme des notes obtenues aux items 6 Et 10 divisée par 2
BP= douleur Physique	Somme des notes Obtenues aux items 7 Et 8 divisée par 2	RE= limitation émotionnelle	Somme des notes Obtenues aux items 5a, 5b et 5c Divisée par 3
GH= santé générale	Somme des notes obtenues items 1, 2, 11a, 11b, 11c et 11d divisée par 6	MH= santé mental	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f et 9h divisée par 5
Score Physique	Somme des scores Obtenues aux 4 Dimensions ci-dessus Divisée par 4	Score mental	Somme des scores Obtenues aux 4 Dimensions ci- dessus divisée par 4

7-Le déroulement de la recherche :

Pour les conditions de déroulement de nos entretiens, et la passation de l'échelle de la qualité de vie. On les effectués avec notre population d'étude dans le bureau de psychologue clinicienne de l'association.

Sont effectuer dans des bonnes conditions, en fonction de la disponibilité de psychologue qui nous permet de la réalisation de l'entretien et l'échelle.

Comme on a effectué l'entretien semi directif a la langue maternelle (kabyle), et l'échelle de la qualité de vie en (arabe).

Et pour les étapes de déroulement nous avons d'abord mené un entretien préliminaire avec chaque sujet, et nous avons expliqué le but et l'intérêt de notre recherche, ensuite on s'est fixé des rendez-vous, après leur accord.

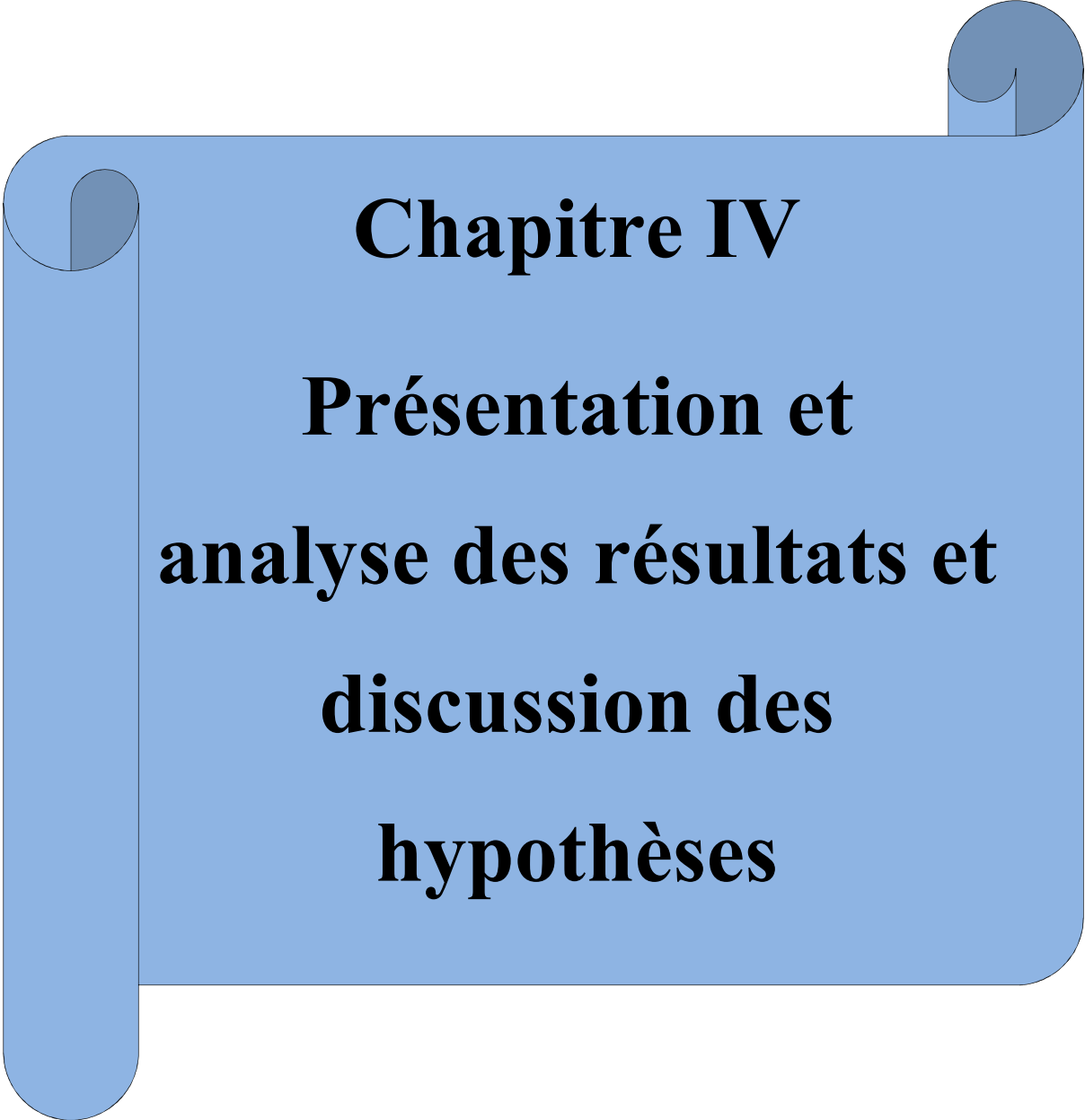
Durant la première étape de déroulement, ont été assis de face, et nous avons pris note de contenu des réponses, afin que les sujets puissent exprimer leur idées librement sans interrompre leur discours.

Et pour la deuxième étape elle consiste à la passation de l'échelle de la qualité de vie.

La durée de l'entretien semi-directif de trente minutes à une heure, et pour l'échelle entre 15 minutes à 30 minute.

Synthèse :

En conclusion de ce chapitre la méthodologie, nous permet de bien organiser notre recherche et obtenir des résultats qui peuvent être analysés puis interprétés en respectant certaines règles et étapes en cours et notre séquence de recherche pour confirmer ou infirmer les hypothèses que nous avons émises au début de la recherche. Ou bien de répondre à l'objectif de notre recherche sur la qualité de vie chez les handicapés moteur.



Chapitre IV

**Présentation et
analyse des résultats et
discussion des
hypotheses**

1-Présentation et analyse des entretiens et l'échelle :

Le 1^{er} cas « Naima »

- **PRESENTATION générale de cas de « Naima » :**

« Naima », est une femme de 42 ans, avec un niveau d'étude troisième année primaire. Elle est la première d'une fratrie de deux (2) garçons et deux (2) fille, elle est célibataire elle souffre d'un handicap depuis son enfance.

A/ Présentation et analyse de l'entretien de « Naima » :

Au début « Naima » a manifesté une forme de résistance, ce qui reflète le sentiment honte de dévoilé sa faiblesse étant donné que nous sommes des personnes étrangères et la relation de confiance n'est pas encore installée pour s'entretenir avec nous, mais après avoir rassuré nos objectifs de recherche, et d'assuré l'anonymat et la confidentialité de notre travail elle a changé d'avis et elle a accepté.

Durant notre entretien avec elle, on a remarqué comme si elle a des relations conflictuelles, puisque à chaque fois elle se répète la même phrase et de dire « **je déteste mon père, car il m'a fait que de la peur dans ma vie** ». Comme on a remarqué qu'elle vit dans un état de d'anxiété.

B/ Son état d'handicap :

« Naima » elle nous raconté que son handicap observé des symptômes de la dépression nerveuse caractérisé par une profonde tristesse vide pensée à la mort et au suicide, cet état est dû au cumul des frustrations refoulées depuis l'enfance à l'âge de 10 ans, à cause des problèmes de santé qui s'aggravaient de plus en plus, comme elle ne pouvait pas s'adapter au milieu scolaire, elle interrompu sa scolarité en 3^{ème} année primaire, à l'heure actuelle est d'une incapacité motrice à 100%, et atteinte de plusieurs maladies chroniques.

C/ Relation familiale :

La relation de « Naima » avec sa famille est perturbée et conflictuelle, surtout avec son père qu'elle représente comme autoritaire et ça démontré quand elle dit « **il crie toujours à la maison, quand il rentre à la maison moi je sors directement, et je ne parle pas avec lui,**

je ne veux pas qu'il se mise dans ma vie privée, parce que je suis majeur et vacciné, comme il est violent, agressive et en plus il m'a bloqué vraiment de faire des choses que j'aime dans ma vie ». Donc « Naima » elle a exprimé sa tristesse face à cette situation qu'elle est insupportable, mais d'un autre côté sa relation avec ses frère et bonne en quelque sorte, et avec sa mère une fois bien et une autre fois non.

D/ Relation social :

En dehors de la famille « Naima » a beaucoup de relations sociales et beaucoup d'amis filles, elle préfère le centre que la maison, parce que au centre elle fait des activités, des excursions, comme elle a trouvé des personnes qu'elle ne connaît pas. Même en dehors de centre, elle a une bonne relation avec ses amis.

E/ La vie scolaire ou professionnel et projection de l'avenir

Ce qui concerne son avenir « Naima », elle a un seul but dans la vie et d'avoir un appartement personnel, loin de son père et de sa famille, nous comprenons ça sur le plan psychologique comme une manière de reconstruction de soi, sur de nouveau fondations, **et faire un rupteur total avec ce monde, cet état reflète l'inacceptation du soi et vouloir** la réparer en vue de retrouver sa place perdue dans son environnement, et le plus important pour elle et de suivre ses soins à l'étranger.

Synthèse de l'entretien de « Naima » :

A partir de l'entretien effectué , et nos observation , on peut dire que « Naima » elle souffre par une anxiété , une peur , une tristesse , on a constaté dans ses réponses qu'elle vit dans un environnement familial perturbé et déséquilibré à cause de sa mauvaise relations avec son père qui autoritaire, comme elle a un sentiment d'insécurité avec sa famille , un manque de confiance et elle n'a pas de tout satisfait de son Corp. elle cherche le soutien psychologique en dehors de sa famille, comme elle veut de changement et de l'aide puisque elle déteste la routine de sa vie, donc notre cas elle ne représente pas une qualité de vie positive .

Tableau 3 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Naima » :

Dimension	Dimension physique				Dimension mentales				QDV globale
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	10	25	37,5	41,66	40	75	33,33	28	36,31
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	56,93	52,15	78,77	65,83	70,38	64,30

La qualité de vie globale est évaluée à 36,31 elle est basse par rapport au score moyen référentiel du questionnaire SF-36 qui est 64,30.

Dans l'évaluation des résultats de questionnaire de la qualité de vie, nous avons constaté une estimation très basse dans toutes les dimensions.

1-Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF qui est de 10<70,61.
- Limitation physique RP qui de 25<52,92.
- Douleur physique BP qui est de 37,5<70,83.
- Santé générale GH qui est de 41,66<56,93.

Ensuite, une estimation basse dans les dimensions mentales.

2-Dimension mentales :

- Vitalité VT qui est de 40<52,15.
- Fonctionnement social SF qui est de 75<65,78.
- Limitation émotionnelle RE qui est de 33,33<65,83.

- Santé mentale MH qui est de $28 < 70$, 38.

Synthèse de l'échelle de « Naima » :

Sur la base des scores obtenus, on peut dire que la douleur physique, psychologique et sociale joue un rôle important dans les changements de qualité de vie.

En référence aux résultats de l'échelle, on peut dire que la qualité de vie de notre premier cas était négative, en raison de sa mauvaise relation avec son père et de sa douleur et sa souffrance de handicap.

Le 2^{ème} cas « Lyes »

- **Présentation générale de cas de « Lyes » :**

« Lyes » est un adolescent âgé de 19 ans, avec un niveau d'étude 1^{er} année moyen, issu d'une fratrie de trois (3) garçons et trois (3) filles, « Lyes » il atteint d'une maladie chronique (tumeur), comme il souffre d'un handicap moteur depuis l'âge de 13 ans, le taux de son incapacité est estimé à 100%.

A/ Présentation et analyse de l'entretien de « Lyes » :

Au cours de l'entretien avec « Lyes », s'est montré timide et calme, comme il accepté facilement pour s'entretenir et de parler sur sa vie, et aussi très collaborateur avec nous, il décrit ses difficultés avec une certaine fluidité de la parole. Et beaucoup de précisions sur l'évolution de sa maladie.

B/ Son état de handicap :

« Lyes », il souffre d'un handicap physique à l'âge de la puberté a influencé sur le fonctionnement psychologique, comme il a exprimé son insatisfaction de son image du corps et son apparence physique en plein crise d'identité, ce qui lui a engendré une tristesse et des difficultés d'adaptation au milieu scolaire, suite à ses échecs scolaires répétés. « Lyes » La décide de quitter l'école à l'âge de 16 ans. Il croit qu'il est apte à l'inclusion socio – professionnelle sans avoir besoin d'assistance d'une tierce personne, et de s'adapter facilement, cette attitude reflète l'esprit optimal, et la bonne projection de ses projet d'avenir.

C/ Relation familiale :

Au sein de sa famille, « Lyes » nous décrit positivement la qualité des relations familiales, il a de bonnes relations avec ses deux parents et ses frères, bien aimé, il a trouvé le soutien psychologique et financier, auprès de sa famille, et plus particulièrement à une relation spécifique avec sa sœur qui l'aide à construire des projets de vie adaptés à sa situation pour lui assurer un degré optimal d'autonomie, à partir de cela on peut dire que « Lyes » a une place spéciale dans sa famille et bien entouré, et protégé.

D/ Relation social :

« Lyes » est sociable, il a beaucoup d'amis à l'association et même en dehors de l'association, comme il a de bonnes relations avec ses amis, il nous dit « **je suis une personne qui ne fume pas, et je suis religieux, comme je fais la prière donc je sais bien que je suis une personne calme qui n'aura jamais du problème avec n'importe quel personne** » ce reflète l'énorme effort pour la quête d'affirmation du soi au sein du groupe, et ses stratégies de préserver sa place dans le groupe, pour qu'il soit accepté tel qu'il est.

E/ La vie scolaire ou professionnelle :

« Lyes » a quitté l'école à sa 1^{er} année CEM à cause de son échec, comme son rendement est très bas cette frustration lui a causé une tristesse énorme, et une sous-estimation du soi pendant plusieurs années, il nous a dit : « **après mon échec scolaire je me suis complètement retiré, je suis resté la maison, sans rien faire** » et l'adhésion à l'association était le déclic, il suivait des formations professionnelles, et même planifier des projets à l'avenir, le soutien social que l'association et la famille l'ont assuré ont agrandi l'estime du soi chez « Lyes », et ont lui permis de se revoir ses capacités, avec une vision optimale.

F /projection vers l'avenir :

« Lyes », a une forte vision positive pour son avenir, il nous dit « **j'aimerais bien avoir une voiture et aussi de construire une famille et d'avoir un poste de travail, ou bien de faire un petit magasin** », ce qui veut dire « Lyes » est optimiste par rapport à ses projets.

Synthèse de l'entretien de « Lyes »:

D'après l'entretien et à partir de nos observations, ont remarqué que notre cas a un sentiment de confiance en soi, et un taux élevé d'estimation du soi, mais aussi un sentiment de sécurité et qui il es bien protégé par les autres. Chose qu'il lui facilite la quête d'inclusion social, son environnement familial et social ont favorisé son intégration social et avoir une qualité de vie positive, et même une vision optimal de l'avenir il ne présent aucune crainte ni obstacles qui peuvent entraver ses projets, mais la question que nous posons, à tel point est-il réaliste dans la constitution de ses projet ? Et aussi comment a-t-il classé ses objectifs d'avenir par priorité ?

Tableau 4 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Lyes ».

Dimension	Dimension physique				Dimension mentales				QDV globale
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	100	100	100	79,16	35	75	100	40	78 ,64
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	56,93	52,15	78,77	65,83	70, 38	64,30

La qualité de vie globale est évaluée à 78,64, elle est élevée par rapport au score moyen référentiel du SF-36 qui est de 64,30.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation élevée dans toutes les dimensions suivantes, sauf la vitalité et le fonctionnement social, la santé mentale qui sont basses.

1-Dimension physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de 100>70,61.
- Limitation physique RP qui est de 100>52,92.
- Douleur physique BP qui est de 100>70,83.

- Santé générale GH qui est de $79,16 > 56,93$.

2-Dimension mentales :

- Vitalité VT qui est de $35 < 52,15$.
- Fonctionnement social SF qui est de $75 < 78,77$.
- Limitation émotionnelle RE qui est de $100 > 65,83$.
- Santé mentale MH qui est de $40 < 70,38$.

Synthés de l'échelle de « Lyes » :

D'après les résultats de l'échelle, notre cas n'a pas rencontré d'énormes difficultés dans la vie quotidienne.

Les résultats obtenus par l'échelle effectués avec « Lyes », nous amènent à dire que il présente un sentiment de confiance en soi, et un taux élevé d'estimation de soi, et grâce au soutien sociale et familiale, sa qualité de vie est positive.

Le 3^{ème} cas « Flora » :

- **Présentation générale de cas de « Flora » :**

« Flora » est une jeune fille âgée de 26 ans avec un niveau d'étude troisième année primaire. Issu d'une famille nombreuse, d'une fratrie de quatre (4) garçons et trois (3) filles, atteinte d'un handicap moteur permanent d'une incapacité motrice à 100% , au niveau de ses pieds, son handicap remonte à la naissance, comme elle est atteinte d'une maladie chronique (l'épilepsie). Actuellement sous traitement, et poursuit des soins en vue de diminuer son incapacité motrice.

A/ Présentation et analyse de l'entretien de « Flora » :

Lors de l'entretien avec « Flora » paraît à l'aise avec nous, assis confortablement, calme et elle garde le sourire tout au long de l'entretien, nous paraît qu'elle fait moins de son âge, elle suit actuellement des cours d'alphabétisation au sein de l'association mais son rendement scolaire demeure au-dessous de la moyenne. Nous parlons de sa maladie sans

montrer aucun souci de situation, elle ignore les détails de sa maladie comme si sa maladie ne le concerne pas.

B/ Son état de handicap :

Nous avons observé lors de notre entretien quelque signe d'un retard mental légère, chez « Flora », et ce d'après sa façon d'analyser les choses (nous expliquer que la cause pour laquelle à quitter l'école et due aux disputes avec une camarade de classes, et ses intérêts infantiles, son rendement scolaire demeure au-dessous de la moyenne, et ses facultés mental nous les jugeons au-dessous. Nous parle de sa maladie sans montrer aucun souci de sa situation, elle ignore les détails médicales de sa maladie comme si sa maladie ne le concerne pas.

C/ Relation familiale :

Dans son discours par rapport à ses relations familiales et sa place dans la famille, il nous parait que c'est une fille hyper protégée par sa famille, elle idéalise trop sa famille, au point qu'elle n'a pas évoqué aucune difficulté avec n'importe quel membre de sa famille. Nous parle de sa famille comme une unité solide.

D/ Relation social avec autrui :

« Flora » est une fille qui préféré venir à l'association ou elle s'échangent avec des personnes qui sont de sa même catégories , et qui comprennent ses difficultés , l'association est le milieu qui l'a beaucoup aide pour améliorer ses capacités , et l'a assisté pour bénéficier de différents prestations sociales dont bénéficient les personnes en situation d' handicapé , le climat de l'association Et l'échange en groupe de paires de la même catégorie , a soulagé un peu ses souffrances , donc l'influence de la société civile contribue à l'amélioration de la qualité de vie de ses personnes, en les aidant à s'exprimer sur leurs besoin, et leurs difficultés quotidiennes.

E/ La vie scolaire ou professionnelle :

Au niveau de l'école « Flora » a quitté l'école a l'Age de 10 ans , à cause de sa situation d'handicap et ses problèmes qui ont lui provoqué plusieurs difficulté d'adaptation scolaire, elle nous a dit que ses relations étaient mauvais avec ses pairs , et parfois conflictuel avec son enseignant elle dit « **à chaque fois mon enseignant sort de la classe, il**

nous laisser une fille pour nous surveiller, puis la fille elle écrit mon nom sur le tableau parce que elle me déteste, et quand le enseignant revient il me frappé sur ma main avec une réglé ». Sa situation d'handicap a mis son entourage en difficultés, et il ne parvenait à l'aider ou élaboré une stratégie pédagogique permettant l'intégration de personnes en situation d'handicap dans le milieu scolaire.

F/ l'avenir :

A propos de son avenir « Flora » elle s'est montrée très optimiste parce que après son décrochage scolaire, elle a resté à la maison jusqu'à l'âge de 25 ans, sans activités ni assistance, mais après avoir intégré l'association « Flora » a décidé de faire un stage de gâteau, une formation adaptée à ses capacités, qu'elle espère développé à l'avenir comme elle dit « **je veux faire les études à l'avenir** », ça signifie sa satisfaction du soi, et l'estime du soi positif.

Synthèse de l'entretien de « Flora »:

Selon l'entretien effectué et nos observations nous constatons que notre cas à un estime de soi positif, et très élevé et n'exprime aucun sentiment d'infériorité, hyper protégée par sa famille, et envahis par leurs sentiments de tendresses , et de protection , au point qu'elle ne se sent pas , et ça est l'origine de sa difficulté , le cas « Flora » n'a pas prévenu malgré son âge adulte à se détacher de sa famille, et surmonter ses difficultés, même si elle exprime une satisfaction de soi , et parait optimiste de son avenir , mais elle irréaliste, et se perçoit pas réellement, ça peut être est due peut au retard mental légère, que nous avons évoqué auparavant dans notre analyse, une hypothèse reste à vérifier .

Tableau 5 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Flora » :

Dimension	Dimension physique				Dimension mentales				QDV globale
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	60	100	80	70,83	50	87,5	66,66	88	75,37
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	56,93	52,15	78,77	65,83	70,38	64,30

La qualité de vie globale est évaluée à 75,37 elle est élevée par rapport au score moyen référentiel du SF-36 qui est de 64,30.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation basse dans ces dimensions suivantes : PF, VT.

Par contre des estimations élevées dans les dimensions suivantes : RP, BP, GH, RE, MH, SF.

1-Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF qui est de $60 < 70,61$.
- Limitation physique RP qui est de $100 > 52,92$.
- Douleur physique BP qui est de $80 > 70,83$.
- Santé générale GH qui est de $70,83 > 56,93$.

2-Dimension mentales :

- Vitalité VT qui est de $50 < 52,15$.
- Fonctionnement social SF qui est de $87,5 > 78,77$.
- Limitation émotionnelle RE qui est de $66,66 > 65,83$.

- Santé mentale MH qui est de $88 > 70,38$.

Synthèse de l'échelle de « Flora » :

D'après les résultats de l'échelle nous pouvons dire que notre troisième cas qui « Flora », a une estime de soi positive et très élevée, et en raison de la protection de sa famille et de soutien social, et malgré sa situation d'handicap. Et qu'elle souffre d'une incapacité motrice à 100%. Elle représente une qualité de vie positive.

Le 4^{ème} cas « Massi » :

- **Présentation générale de cas « Massi » :**

« Massi », est jeune homme âgé de 26 ans, avec un niveau d'étude deuxième année secondaire par correspondance, issue d'une famille nombreuse et d'une fratrie de quatre (4) garçons et deux (2) filles, il est célibataire, il souffre d'un handicap d'une incapacité motrice estimé à 100% .

A/ Présentation et analyse de l'entretien de « Massi » :

Au cours de notre entretien clinique effectué avec « Massi », il paraît très ouvert et à l'aise comme il exprime sur son état de santé sans gêne, malgré son problème d'articulation.

B/ Son état d'handicap :

L'origine de son handicap remonte à sa naissance, mais ses parents ignoraient, jusque à l'âge de 3 ans, quand ils ont remarqué un ralentissement de son développement psychomoteur. Malgré sa situation il a pu intégrer l'école normale, et s'adaptait au milieu scolaire sans aucune contrainte, et n'a pas trouvé aucune difficulté d'accessibilité à l'âge de 17 ans a interrompu ses études au 2^{ème} année, suite aux difficultés d'apprentissages

C/ Relation familiale :

La relation de « Massi » au sein de sa famille est un peu perturbée, et conflictuelle la plupart des temps, et les jugent de trop autoritaires, et l'empêchent de s'autonomiser et de planifier ses propres projets. Ce qui explique l'hyper protection qu'elle exerce cette famille sur son enfant, et le degré d'assistantat qu'elle voudrait apporter par ailleurs, comme il évoque

une relation spécifique avec l'un de ses frères qui assure sa présence à ses coté, et l'aide à planifier des projets d'avenir.

D/ relation sociale :

D'après « Massi », sa place dans la société est sous-estimée et marginalisé. Les autres le considère comme quelqu'un de faible, mais lui affirme sa place en faisant des activités quotidiennes, de même titre que les autres, ce qui reflète degrés d'affirmation du soi élevé, et son estime de soi positive. « Massi », il dit qu'il a beaucoup d'amie mes il a de bonne relation qu'avec eux notamment à l'association ou ils partagent des taches et organisent des sensibilisations et voir comment promouvoir leur vie quotidienne, voir diminuer le degré d'assistant.

E/ La vie scolaire ou professionnelle :

« Massi » a adhéré à l'association dès sa création en 2013, c'est là qu'il a décidé de créer une classe spéciale, adapté aux capacités des personnes handicaps, et d'un rythme pédagogique spécialisé aussi, actuellement poursuit ses études avec succès, avec un groupe de personne en situation handicapé, et prévoit faire des études universitaires et voir emploi.

F/ l'avenir :

« Massi », projette une vision positive et optimiste de l'avenir, car il ne sous-estime pas ses capacités. L'origine de son estime de soi vient du soutien social, qu'il reçoit auprès de la société civile, l'encourage à s'imposer davantage dans la société. Comme il motivé de se faire opérer à l'étranger.

Synthèse de l'entretien de « Massi » :

D'après l'entretien effectuer et nos observations, nous nous constatons que « Massi » a un sentiment d'espoir et capable de faire ses besoins toute seule, comme il présente un niveau d'estime de soi élevé, car il se voit utile, autonome et capable de réaliser ses projets avec un grand espoir. Et d'après l'entretien il s'est montré aise, et motivé parce que son handicap n'a pas influencé vraiment sur sa qualité de vie.

Tableau 6 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Massi » :

Dimension	Dimension physique				Dimension mentales				QDV globale
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	75	35	72,5	67,5	50	90	85	87	70,25
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	56,93	52,15	78,77	65,83	70,38	64,30

La qualité de vie globale est évaluée à 70,25, elle est élevée par rapport au score moyen référentiel de SF-36 qui est de 64,30.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation élevée dans ces dimensions suivante : PF, BP, GH, SF, RE, MH.

Et une estimation basse dans les dimensions suivantes : RP, VT.

1-Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF qui est de $75 > 70,61$.
- Limitation physique RP qui est de $35 < 52,92$.
- Douleur physique BP qui est de $72,5 > 70,83$.
- Santé générale GH qui est de $67,5 < 56,93$.

2-Dimension mentales :

- Vitalité VT qui est de $50 < 52,15$.
- Fonctionnement social SF qui est de $90 < 78,77$.
- Limitation émotionnelle qui est de $85 > 65,83$.

- Santé mentale MH qui est de $87 > 70$, 38.

Synthèse de l'échelle de « Massi » :

La qualité de vie de « Massi », est évaluée à 70,25, elle est supérieure par rapport au score du SF-36 qui est de 64,30. Et d'après les résultats de l'entretien effectué avec lui, ont constaté que « Massi » il représente une qualité de vie positive malgré sa situation d'handicap.

Le 5^{ème} cas « Hichem » :

- **Présentation générale de cas « Hichem » :**

« Hichem », est un jeune homme âgé de 20 ans, avec un niveau d'étude 2^{ème} année CEM, issue d'une famille composée de deux (2) garçons et une (1) fille, il est célibataire, il souffre d'un handicap au niveau des deux mains causées par un accident a l'âge de 16 ans.

A/ Présentation et analyse de l'entretien de « Hichem » :

Lors de notre entretien avec « Hichem », il paraît mal à l'aise, effrayé, parle vite, et d'une voix basse, utilise le langage (mot, phrase), comme : « **je me sens bien..., normal..., des fois...** ». Avec des problèmes d'articulation. « Hichem » a nié tout souffrances sous quel que soit sa forme, physique ou psychologique, utilise le nie de la réalité comme stratégie de défense en vue de préserver son équilibre psychique.

B/ Son état d'handicap :

« Hichem », il nous a déclaré que la cause de son handicap été un accident domestique a l'âge de 16 ans, ce qui lui causé l'amputation de ses deux bras, et suite à cet accident été obligé d'arrêter ses études au secondaire, comme il dit qu'il est content de sa qualité de vie, et satisfait de son image corporelle.

C/ Relation familiale :

Ce qui concerne les relations de « Hichem » au sein de sa famille, il nous dit qu'il a des bonnes relations avec tous les membres de sa famille est que tout le monde le soutient sans exception, et qu'il subvient à tous ses besoins de la vie quotidienne (déplacement, soins...etc.) et grâce à sa famille il trouve tous ses besoins.

D/ Relation social :

« Hichem », vit dans un environnement conforme qu’il permet d’être en bonne relation avec ses amis du centre même avec ses amis hors du centre, comme il aime participer aux activités de centre.

E/ La vie scolaire ou professionnel et projection de l’avenir :

Ce qui concerne son avenir « Hichem », actuellement poursuit ses études dans une école privée avec assistance d’une tierce personne, comme il dit qu’il ne rencontre aucune difficultés d’ordre scolaire. Et concerne sa vision de l’avenir, « Hichem » le vois d’un angle optimal, et ne prévoit pas d’obstacle tant que il est bien entouré.

Synthèse de l’entretien de « Hichem » :

Selon l’analyse des réponses à l’entretien clinique semi-directif et nos observations, on peut dire que « Hichem » présent une qualité de vie positive. Au point de la perfection, et idéalise trop ses parent et son entourage familiale , le cas « Hichem » cherche sa place dans sa société en préservant la bonne qualité des relation avec sa famille proche, aussi son handicap n’a pas arrêter ses activités quotidienne raison pour laquelle il perçoit sa qualité de vie positive à l’heur actuel, comme il a une vision positive par rapport à l’avenir, mais nous avons senti comme si, soucieux de son avenir sans , ses parent , une peur de se détacher de ses parent, ou de chercher l’autonomie absolu a l’âge adulte.

Tableau 7 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Hichem » :

	Dimension physique				Dimension mentales				
Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV globale
QDV	75	50	100	83,33	80	75	66,66	72	75,24
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	56,93	52,15	78,77	65,83	70,38	64,30

La qualité de vie globale est évaluée à 75,24, elle est élevée par rapport au score référentiel du SF-36 qui de 64,30.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, une estimation élevée dans les dimensions suivantes : PF, BP, GH, VT, RE, MH.

Par contre une estimation basse dans ces deux dimensions suivantes : RP, SF.

1-Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF qui est de $75 > 70,61$.
- Limitation physique RP qui est de $50 < 52,92$.
- Douleur physique BP qui est de $100 > 70,83$.
- Santé générale GH qui est de 56,93.

2-Dimension mentales :

- Vitalité VT qui est de $80 > 52,15$.
- Fonctionnement social SF qui est de $75 < 78,77$.
- Limitation émotionnelle RE qui est de $66,66 > 65,83$.
- Santé mentale MH qui est de $72 > 70,38$.

Synthèse de l'échelle de « Hichem » :

Lorsque nous avons passé l'échelle, nous avons constaté que notre patient il n'avait aucune difficulté au niveau psychologique, physique ou social. Car la qualité de vie de « Hichem », est évaluée à 75,24, elle est supérieure par rapport au score de SF-36 qui de 64,30.

Pour cette raison, nous pouvons dire que le statut de qualité de vie de « Hichem » est positif.

Le 6^{ème} cas « Rima » :**• Présentation générale de cas « Rima » :**

« Rima », est une femme âgée de 32 ans, avec un niveau d'étude 1^{er} année universitaire, issue d'une famille composée de trois (3) garçons, et quatre (4) filles, elle se travail au niveau de l'association comme agent de saisir, elle est célibataire, elle souffre d'un handicap d'une incapacité motrice a 100% depuis l'âge de 12 ans.

A/ Présentation et analyse de l'entretien de « Rima » :

Durant de l'entretien avec « Rima », elle été souriante, calme, comme elle été d'accord d'aborder son handicap avec nous, et elle nous montré que elle était dans un état stable, qui lui a permette de nous accueillir, et nous informé sur sa situation.

B/ Son état d'handicap :

« Rima », atteinte d'une maladie neuromusculaire a l'âge de 12 ans, qui lui a laissé une incapacité motrice 100%, « Rima » a cité que sa maladie est héréditaire sa sœur frangine, est atteinte aussi de la même, comme elle suit des traitements jusque a aujourd'hui elle dit que un médecin lui annoncé que il ne sera guéri. Est-elle raconte que elle a perdue espoir quand elle a entendu cette nouvelle, mais un autre médecin lui annoncé que elle peut être guérie.

C/ Relation familiale :

« Rima », évoque un manque de tendresse du côté du père, un manque de communication, un père qu'elle considère froid. Nous expliquons cette réaction comme un apitoiement sur soi, un sentiment d'échec ou de hante, l'anticipation d'un rejet social, la crainte de faire pitié ou d'être ridicule.

Certains parents craignent même une perte de prestige, en conséquence les parents réagissent parfois par le retrait ou l'isolement, par crainte de ne pouvoir maitriser leur agressivité envers les autres. La d'un enfant handicapé provoque des changements profonds dans une famille et peut être une source de tensions et de stress. Pour les parents la situation se traduit soit par une croissance personnelle, soit par une insatisfaction ou une inadaptation pouvant influencer leur vie personnelle conjugale, familiale et sociale.

« Rima », dit quelle est bien entouré par ses quatre (4) frères majeurs, qui veillent à ses besoins et **Wentworth (1974)** rappelle « **que tout personne handicap éprouve un besoin primordial de sécurité affective** ».il a besoin de savoir qu'on l'aime et qu'il a sa place, qu'il est un membre important de la famille l'attitude des parents influencera de façon déterminante.

D/ Relation sociale :

Ce qui concerne la vie sociale de « Rima », vit dans un milieu favorable, des bonnes relations avec son entourage que ce soit au centre ou bien on dehors de centre, comme elle préfère de passe beaucoup de temps au travail qu'avec sa famille, c'est une personne qui aime participe aux activités malgré les difficultés qu'elle trouve à cause de son handicap.

E/ La vie scolaire ou professionnel et projection de l'avenir :

Malgré la situation de handicap de « Rima » se dégrade mais elle poursuivait ses études, elle a eu le BAC, mais elle est obligée d'interrompre ses études universitaires en première année, puisque la faculté ne dispose pas de moyens d'accessibilité pour handicapé, comme elle besoin d'assistance d'une tierce personne qui lui servira d'auxiliaire de vie scolaire et sociale à l'université. Et actuellement « Rima » travail à l'association comme agent de saisir.

Ce qui concerne son avenir « Rima », elle ne veut pas continuer ces études universitaires, elle voudrait faire une petite boutique personnelle.

Synthèse de l'entretien de « Rima »:

Au cours de l'entretien effectuée avec « Rima » et nos observations ont constaté que elle est consciente de son handicap, bien qu'elle pense qu'elle est différente des autres, elle travaille toujours dur et courageuse, comme elle pense qu'elle est incompétente, alors que ses défauts pensent que c'est une limitation qui peut affecter ses relations interpersonnelle, mais cela ne n'influence pas sur son travail ou bien sur sa vision verre l'avenir. Mais il influence sur sa qualité de vie négativement à cause de ses conflictuelles avec son père.

Tableau 8 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de cas « Rima » :

Dimension	Dimension physique				Dimension mentales				QDV globale
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	25	0	67,5	33,33	45	75	66,66	64	47,06
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	56,93	52,15	78,77	65,83	70,38	64,30

La qualité de vie globale est évaluée à 47,06, elle est basse par rapport au score moyen référentiel du questionnaire SF-36 qui est de 64,30.

Dans l'évaluation des résultats de questionnaire de la qualité de vie, nous avons constaté une estimation basse dans toutes les dimensions sauf le RE.

1-Dimension physique :

- Fonctionnement physique PF qui est de 25<70,61.
- Limitation physique RP qui est de 0<52,92.
- Douleur physique BP qui est de 67,5<70,83.
- Santé générale GH qui est de 33,33<56,93.

2-Dimension mentales :

- Vitalité VT qui est de 45<52,15.
- Fonctionnement social SF qui est de 75<78,77.
- Limitation émotionnelle RE qui est de 66,66>65,83.
- Santé mentale MH qui est de 64<70,38.

Synthèse de l'échelle de « Rima » :

D'après la synthèse de l'entretien effectué avec notre dernier cas qui « Rima », et d'après les résultats de l'échelle de la qualité de vie globale qui évaluée à 47,06 et qui basse par rapport au score moyen du SF-36 qui est 64,62 ont a confirmé que « Rima » elle représente une qualité de vie négative, et que son handicap et ses relation interpersonnelles et influencé sur sa qualité de vie.

2- Discussion des hypothèses :

Répondre à notre hypothèse a cette étape afin que nous puissions discuter en fonction des résultats obtenus dans la pratique.

L'hypothèse est la suivante :

La qualité de vie chez les personnes handicap est positive dans le cas du soutien social et négative dans le cas y a pas de soutien social.

D'après les résultats des entretiens et nos observation effectués, et suite aux résultats obtenus de l'échelle de la qualité de vie MOS-SF36 et après avoir présenté les (06) cas de notre recherche au niveau de la association « SID » et pendant la période de la pratique, va nous permettre de effectué une discussion des hypothèses relative aux deux variables de notre recherche porté sur « **la qualité de vie chez les handicaps moteur** ».

Nous avons constaté que la plupart des cas de notre recherche ont une qualité de vie positive

On a trouvé quatre (04) cas sur six (06) qui ont confirmé nos hypothèses et qui représentent une qualité de vie positive qui sont « Lyes », « Flora », « Hichem » et « Massi ».

Lyes :

A partir de l'analyse de données recueillies dans l'entretien semi-directif on a constaté que notre cas a un sentiment de confiance en soi et un taux élevé d'estimation du soi et à partir de l'échelle de la qualité de vie MOS-SF36 pour ce sujet, il présente une qualité de vie positive et avis des bonnes relations avec son environnement, car après les résultats obtenus, on est arrivé à un résultat de (78,64) qui signifie que Lyes a une excellente qualité de vie.

Flora :

D'après l'analyse des informations recueillies de l'entretien clinique semi-directif, on a constaté que notre cas a une estime de soi positive et élevé et un bon soutien social et familial, et d'après l'échelle de la qualité de vie MOS SF-36 Flora a un score de (75, 37) qui signifie une très bonne qualité de vie.

Hichem :

A partir de l'analyse de données recueillies dans l'entretien semi-directif avec Hichem, on a remarqué que son handicap ni pas influencer beaucoup sur sa vie. Comme ses relations avec sa famille et son entourage son bonne. Et à partir de l'échelle de la qualité de vie MOS SF-36, on note que Lyes représente une excellente qualité de vie d'après les résultats obtenues, on est arrivé à un résultat de (75,24).

Massi :

D'après l'analyse des informations recueillies dans l'entretien clinique semi-directif on a constaté que notre sujet il présente un niveau d'estime de soi élevé et que son handicap n'a pas influencé vraiment sur sa qualité de vie. Et a partir de l'échelle de de la qualité de vie MOS SF-36, On note que notre patient a un excellent score de (75,24), qui signifie une bonne qualité de vie.

Les deux (02) cas qui représentent une qualité de vie négative qui sont « Naima » et «Rima ».

Naima :

A partir de l'analyse de données recueillies dans l'entretien semi-directif. Naima a une estime de soi basse et un manque de confiance, et on a constaté qu'elle vit dans un environnement familial perturbé à cause de son père qui autoritaire. Et à partir de l'échelle de la qualité de vie MOS-SF36 pour ce sujet on a confirmé que elle représente une qualité de vie négative d'après les résultats obtenue a un score de (36, 31) par rapport à la moyenne référentielle (64,30) qui signifie que elle a une mauvaise qualité de vie.

Rima :

D'après l'analyse des informations recueillies de l'entretien clinique semi-directif on a constaté qu'elle a une estime de soi basse à cause de ses conflictuelles avec son père et a partir de l'échelle de la qualité de vie SF-36 pour ce sujet, a un score de (47,06) qui représente une qualité de vie négative

Tableau 9 : récapitulatif de la population d'étude après l'analyse :

Prénom	Qualité de vie globale	Niveau de qualité de vie
Naima	36,31	Mauvaise
Lyes	78,64	Excellente
Flora	75,37	Excellente
Massi	70,30	Excellente
Hichem	75,24	Excellente
Naima	47,06	Mauvaise

D'après la présentation et l'analyse pour chaque cas, nous n'avons constaté que la plupart de notre population d'étude a une excellente qualité de vie. En finale, nous sommes arrivées à la confirmation de notre hypothèse que nous avons supposée au début de notre travail de recherche.



Conclusion générale

Conclusion générale :

Une personne handicapée désigne un sujet dont l'intégrité physique ou mentale est altérée temporairement ou à terme, qu'elle soit congénitale, ou causée par l'âge, une maladie ou un accident, de sorte que son autonomie, sa capacité à socialiser ou à travailler à l'école s'en trouvent affectées.

Un handicap moteur peut toucher un membre ou l'ensemble du Corps. En pratique, les déficits moteurs peuvent provoquer des gênes ou des obstacles dans les mouvements, la saisie d'objets et la parole. Ils diffèrent selon l'origine de la crise : troubles cérébraux, troubles neuromusculaires et autres troubles moteurs.

D'après notre recherche, nous avons essayé d'édicter la qualité de vie chez les handicapés moteurs, hypothèse qui a été confirmée au début de la recherche. Et nous avons limité notre travail sur six (06) cas à l'association SID à Akbou que ont à retenu pour. La méthode clinique qui nous a permis d'étudier des sujets approfondis et individuels, l'entretien clinique (semi- directif) pour rassembler les données nécessaires. Et l'échelle générale MOS SF-36, afin de mesurer la qualité de vie des sujets atteints.

Dans cette étude, nous avons déterminé que la recherche sur la qualité de vie des personnes handicapées moteurs nous permet de tirer un certain nombre de conclusions, qui sont encore réfutables plutôt qu'absolues, car notre population d'étude est petite et ne représente pas la population maternelle.

Enfin, il convient de souligner que cette étude reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage. Grâce à elle, nous avons découvert et appris beaucoup sur les personnes en situation d'handicap et leur qualité de vie, et surtout au niveau éducatif. Apport méthodologique. Par conséquent, cela nous permet de toucher à l'un des principaux problèmes de santé, à savoir le handicap, et de comprendre leurs expériences psychologiques et leurs douleurs. De plus, cette recherche est l'occasion de nous familiariser avec les champs et l'univers de la recherche scientifique.

A travers cette recherche, nous n'avons limité que l'étude de la qualité de vie chez les handicaps moteurs, mais cette étude ouvre des portes à d'autres recherches dans le même contexte tel que l'étude des troubles mentaux causés par cette maladie.

A horizontal blue banner with a scroll-like appearance, featuring a vertical strip on the left side and a small circular detail on the right edge. The text is centered within the banner.

Liste bibliographique

Ouvrage :

1. Alexander. B, (2005), « **Psychologie clinique et psychopathologie** », 2^{ème} édition, Bruxelles : Bréal.
2. Beaussart. P, et Genton. P, (2005), « **épilepsies : avancées médicales et sociales** », John Libbey Eurotext, Paris.
3. Blanc. A, 2006, « **le handicap ou le désordre des apparences** », Paris, Edition, Armand collin.
4. Boissel. A, (2020), « **quand le handicap s'invite au cours de la vie** », éditions évér, Toulouse.
5. Bruchon-Schweitzer. M et Boujut. E, (2014), « **psychologie de la santé, concepts, méthodes et modèles** », 2^{ème} édition, Dunod, Paris.
6. Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, (2021), « **psychologie de la santé, concepts, méthodes et modèles** », nouvelle présentation, Dunod, Malakoff.
7. Cario. R, (2000), « **Victimologie de l'effraction du lien intersubjectif à la restauration social** », Harmatan. Paris.
8. Chahraoui. KH, et Benony. H, (2003), « **méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** », édition, Dunod, Paris.
9. Chapireau. F, (2016), « classification du handicap. In Duverger, Ph et al. Psychopathologie en service de psychiatrie », Masson, Paris.
10. Danziger. N, et Almouith .S, (2003), « **Neurologie** », édition Estem et Med. Lime, Paris.
11. Guidetti. M, et Tourrette. C, (2004), « **Handicaps et développement psychologique de l'enfant** », 2^{ème} édition, Armand Colin, Paris.
12. Guidetti. M, et Tourrette. C, (2014), « **le handicap et développement psychologique de l'enfant** », Paris, 3^{ème} édition, Armand collin.
13. Gustave-Nicolas. F, (2012), « **traité de psychologie de la santé** », Edition, Dunod, Paris.

14. Hamonet. C, (2012), « **Les personnes en situation de handicap** », 7^{ème} édition, Paris.
15. Lonescu. S, Blanchet. A, (2009), « **Méthodologie de la recherche en psychologie clinique** », 1^{er} édition, paris.
16. Michelle. G, et Catherine. T, (2002), « **handicap et développement psychologique** », Edition Armand Colin paris.
17. Nevid. J, et Rathus. S, et Greene. B, (2009), « **psychopathologie** », 7^{ème} Edition Pearson éducation, France.
18. Pagés. V, (2017), « **Handicap et psychopathologies** », aide-mémoire, 3^e édition, Malakoff, Dunod.
19. Pedinielli. J-L, et Fernandez. L, (2005), « **L'observation clinique et l'étude de cas** », 3^{ème} édition, Armand colin, Paris.
20. Romano. H, (2011), « **La maladie et le handicap à hauteur d'enfant** », Paris.
21. Samuel. GP, (2010), « **comprendre les déficiences intellectuelles sévères et profondes** », édition l'harmattan.
22. Serge. S, et isabelle. V, (2012), « **psychologie de la santé** », presse universitaires de France puf.
23. Zribi. G, et Beulné. T, (2009), « **Les handicap psychique** », L'EHESP.

Dictionnaire :

1. Bloch. H, Chemama. R, Al, (2003), « **grand dictionnaire de la psychologie** », Montréal, Larousse.
2. Zribi. G, Poupée, (2004). « **Dictionnaire du handicap** », presse de L'EHPEP, Paris.

Revue :

1. Mercier. M, Schraub. S, « 2005 », qualité de vie : quels outils de mesure ?, Deauville.

Thèse :

1. Bouzenoune. Y, (2008), « **la place des handicapés moteurs dans les habitations collectives en Algérie** », mémoire de magistère, Constantine.

2. Bouzidi. N, Khelfallah. M, (2015), « **l'estime de soi chez les handicapés moteur** », mémoire de fin de cycle en vue d'obtention d'un master en psychologie clinique, université Abderrahmane mira, Bejaia.

3. GARDENAL. O, (2004). « **Évaluation de la qualité de vie des traumatisés crâniens graves : enquête prospective dans la région Lorraine** », (2001), thèse de doctorat en médecine. Université Henri Poincaré, Nancy 1, France.

4. Heusse. C, (2014), « **la qualité de vie : un indicateur pertinente pour l'évaluation d'impact des programmes d'intervention de handicap international** », mémoire de master 2, université Rennes.

5. Lalaoui. T, Mansouri. C, (2018), « **La qualité de vie et les stratégies de coping chez les sujet borderline** », Mémoire de master en psychologie clinique, université Bejaia.

6. Luemba. J, (2007), « **projet de vie et construction identitaire chez des adolescents en situation de handicap intellectuel scolarisés en institut medio technique** », thèse de doctorat en psychologie. Université Nancy 2, France.

7. Tazopoulou. E, (2008), « **Evaluation de la qualité de vie subjective après un traumatisme crânien : relation entre qualité de vie psychologique, stratégie d'ajustement et reconstruction identitaire** ». Université paris 8.

Site internet :

[https://www.cch.fr/ccah/Articles/les différents-types-de handicap](https://www.cch.fr/ccah/Articles/les_diff%C3%A9rents-types-de_handicap). (Consulté le 25/06/2021 à 20 :15h).

([https://www. Linternaute.fr/définition/myopathie/](https://www.Linternaute.fr/d%C3%A9finition/myopathie/)). (Consulté le 02/07/2021 à 15h15).

https://www.apf-francehandicap.org/sites/default/files/intro_causes_defmot.pdf). (Consulté le 04/07/2021 à 19h14).

(https://noesis.crist.ro/wp-content/uploads/revista/2009/2009_2_03.pdf). (Consulté le 05/08/2021 à 14h20).

(<http://www.information.handicap.fr>). (Consulté le 07/04/2021 à 13 :45h).

(<http://www.algerie360.com>). (Consulté le 16/05/2021 à 10 :05h).

A horizontal blue bar with a scroll effect on the left and right sides. The word "Annexes" is centered in the bar in a bold, black, serif font.

Annexes

Annexe N° 1 : Guide d'entretien clinique semi-directif

Axe 01 : données personnelles :

1-nom et le prénom

2- âge

3-sexe

4-niveau d'instruction

5-la situation familiale

6-nature d'handicap

7-Degrés d'handicap

Axe 02 : les informations sur l'état d'handicap et sur la qualité de vie:

1-A quel âge vous étiez atteint de cet handicap ?

2-Pouvez-vous nous parler de votre situation de handicap ?

3-Quelle sont les causes de votre handicap ?

4-Comment vous perçoit votre vie ? Et est-ce que vous êtes contente de votre vie ?

5-Parler moi un peu maintenant de vos difficultés actuelles ?

Axe 03 : les informations sur ses relations :

- **Relation familiale :**

1-Pouvez-vous nous parler de vos relations au sein de votre famille ?

2-Pouvez-vous nous décrire vos relations avec vous frère et vous sœur ?

3-Est-ce que vous êtes soutenu par vos parents ?

4-Est-ce que vous venez seul au centre ou bien avec vos parents ?

5-Est-ce que vos relations ont changé avec votre famille depuis l'accident ?

- **Relation sociale :**

1-Comment vous êtes vu par les autres ?

2-Pouvez-vous nous parler de vos relations avec vos amis ?

3-Est-ce que vous êtes soutenu par la société ?

4-Quel sont vos loisirs actuels ?

5-Quel sont vos activités sociales ?

6-Est-ce que la société accomplir vos besoins ? Et est-ce que elle fait des exceptions entre vous et d'autres personnes qui sont dans des états normaux ?

Axe 04 : Les informations sur la vie scolaire ou professionnelle :

1-Quel est votre niveau d'instruction ?

2-Parle-moi de vos études ?

3-Est-ce que vous avez un métier ? Et est-ce que vous été contentes de votre métier ?

4-Parler moi de votre travail ?

5-Y-a-t-il des obstacles au cours de votre travail ?

Axe 05 : Les informations sur l'avenir :

1-Comment vous imaginer votre avenir ?

2-Que souhaiteriez-vous faire à la avenir pour rester autonome ?

3-Pensez-vous de faire un projet dans l'avenir ?

4-Est-ce que vous avez des objectifs personnels ?

Annexe N°2 : l'échelle de la qualité de vie

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente ___ Très bonne ___ Bonne ___ Satisfaisante ___ Mauvaise ___

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé

Aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an ___ Un peu meilleure qu'il y a un an ___

A peu près comme il y a un an ___ Un peu moins bonne qu'il y a un an ___

Pire qu'il y a un an ___

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que

Votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans

Quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Oui, très limité

oui, plutôt limité

pas limité du tout

7.- *Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?*

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- *Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou Vos activités usuelles ?*

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- *Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 Semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus De ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 Semaines :*

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

d. mon état de santé est excellent.

↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____ ↓ _____

Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

Résumé :

Le but de cette recherche porte sur la qualité de vie chez les handicaps moteur, elle a pour objectif d'évaluer et décrire la qualité de vie des personnes en situation d'handicap, et voir et comprendre la nature de leur relation familiale et sociale, comme avoir des idées sur leur état physique et psychologique.

Cette étude a concerné 6 cas qui sélectionné au sein de l'association SID « Sensibilisation, Intégration, Développement des handicaps qui située à Akbou. Pour réaliser cette recherche nous avons utilisé l'entretien clinique (semi directif), et l'échelle générale MOS SF-36, qui mesure la qualité de vie. Et d'après les résultats obtenus dans cette étude nous avons constaté que la plupart des cas de notre recherche ont une qualité de vie positive grâce aux soutiens et l'ide sociale et familial. Et deux cas qui représentent une qualité de vie négative a cause que Ya pas de soutien familial.

Summary:

The aim of this research is to evaluate and describe the quality of life of people with motor disabilities, and to see and understand the nature of their family and social relationships, as well as to gain insight into their physical and psychological state.

This study concerned 6 cases selected within the association SID "Sensibilisation, Integration, Development des handicaps" located in Akbou. To carry out this research we used the clinical interview (semi-directive), and the general MOS SF-36 scale, which measures quality of life. And according to the results obtained in this study we found that most of the cases in our research have a positive quality of life thanks to social and family support and guidance. And two cases that represent a negative quality of life because of no family support.