

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle pour l'obtention du diplôme de Master en

Psychologie Clinique

Thème

**L'estime de soi chez les enfants handicapés moteurs ;
Âgés de 8 à 12 ans**

**Etude de six cas, réalisée au niveau de l'association Elhayet d'aide aux
Handicapés. Ighil Ali-Bejaia**

Préparée par

M^{elle}: IZERADJENE Kahina

Encadré par

M^R BELBESSAI Rachid

Année universitaire

2014/2015

REMERCIEMENTS

Au terme de mon travail, je tiens à exprimer mes remerciements les plus sincères et les plus profonds en premier lieu au bon Dieu le tout puissant pour la volonté, la patience et la santé qu'il m'a donnée pour de ce modeste travail ;

Je remercie mon encadreur Monsieur ; BELBESSAI Rachid, qu'il me soit permis ici de dire ma gratitude à ceux qui m'ont donné beaucoup de soin à l'élaboration de ce modeste travail et m'ont guidé sur le bon chemin ;

Je tiens à remercier vraiment monsieur KHERBOUCHE et tout le personnel de l'association Elhayet d'aide aux handicaps d'Ighil –Ali, pour leur accueil et leur disponibilité et bien sûr sans oublier les enfants qui ont participés à la réalisation de ce travail ;

A l'association Echo des handicapés de Tazmalt en particulier Mme KARARE Amina ;

A l'association DEFI contre les myopathies de Bejaia en particulier la présidente Nora et la psychologue Linda ;

Aux parents des enfants handicapés moteurs qui ont accordé leur consentement à ma recherche ;

Je remercier vont enfin à toute personne ayant apporté de son soutien pour la réalisation de ce travail.

DÉDICACES

Je dédie ce modeste travail de recherche à :

A mes très chers parents Hamid et Hadjila. Que dieu vous protège ;

A mes chers frères Massi, Rabah, Samir et leurs femmes en particulier Saliha ;

A mes chères sœurs Djohra et son mari Mossa, Samia et Salima ;

A mes neveux Yanis, Sales et mes nièces Amel, Milissa, Lya ;

A mon cher futur mari Samir et sa famille ;

*A tous mes amis en particulier : Zahra, Adel, Bahia, Nora, Noria, Samira,
Linda, Cherifa, Souad ;*

A toutes personnes handicapées ;

A tous ceux qui portent le nom IZERADJENE ;

*A tous ce qui m'ont soutenu de près ou de loin dans l'élaboration de ce
mémoire ainsi qu'à tous ceux qui me connaissent.*

SOMMAIRE

Remerciements

Dédicace

Sommaire

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction générale.....	1
1-Problématique	4
2-Hypothèse	7
3-Les raisons de choix du thème	8
4-Intérêt du thème de la recherche	8
5-Les objectifs de la recherche.....	8
5-1-Les objectifs théoriques	8
5-2-Les objectifs pratiques	9
6-Définition des concepts clés.....	10
6-1-Handicap.....	10
6-2-Handicapé.....	10
6-3-Handicap moteur.....	11
6-4-L'estime de soi.....	11
7-Les études antérieures	13
7-1-Etude de Campbell (1990)	13
7-2-Etude de FARADJ (1998)	14
7-3-Etude d'ILISE (1961)	15

Partie théorique

Chapitre I : L'estime de soi

Préambule.....	16
1-Le soi.....	16
1-1-Definition du concept de soi	16
1-2-Principales composantes de Soi	16
1-3- Les différentes dimensions du concept de soi	18
1-4-Les stades de développements de soi.....	20
1-5-Les facteurs qui influencent le développement de soi.....	20
1-6-Les différentes approches théoriques qui abordent le soi.....	21
2-L'estime de soi.....	23
2-1-Definitions de l'estime de soi	23
2-2-Aperçu historique sur l'estime de soi	23
2-3-Les assises (piliers) de l'estime de soi	24
2-4-Les composantes de l'estime de soi.....	26
2-5-Les mécanismes de défenses de l'estime de soi	27
2-6-Les traits caractéristiques d'une haute et d'une basse estime de soi :	27
2-7-Les facteurs qui influencent l'estime de soi	29
2-8-L'estime de soi et le domaine corporel	30
2-9-Les théories qu'a abordées l'estime de soi	31
Conclusion.....	33

Chapitre II : L'enfant handicapé moteur

Préambule.....	35
1-L'handicap	35
1-1-Histoire et évolution du concept de handicap.....	35
1-2-Définition de handicap.....	36
1-3-Les types de handicap.....	36
2-Handicap moteur	37
2-1-Definition de handicap moteur	37
2-2-Les types du handicap moteur	38
2-3-Classement des causes de handicap moteur	38
2-4-Les conséquences de le handicap moteur	43
2-5-Les signes cliniques de le handicap moteur.....	43
2-6-Programme de prise en charge.....	44
3-L'enfant handicape moteur	45
3-1-Définition de L'enfant et de l'enfance.....	45
3-2-L'enfant handicapée moteur	45
3-3-Altération dans le processus d'identification primaire.....	45
3-4-Les troubles du développement cognitif.....	47
3-5-Les difficultés de la relation parents/enfants	48
3-6-Prise en charge et orientation de l'enfant handicapé moteur	50
Conclusion.....	53

Partie pratique

Chapitre I: La méthodologie de recherche

Préambule	54
1-La démarche de la recherche.....	54
1-1-La prés-enquête.....	54
1-2-La méthode clinique	55
2-Présentation de lieu de recherche.....	56
3-Groupe de la population d'étude.....	56
4-Les techniques de recherche utilisées	57
4-1-L'entretien clinique.....	58
4-2-Echelle d'estime de soi de Cooper Smith.....	60
Conclusion.....	64

Chapitre II: Présentation, Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule.....	65
1-Présentation et analyse des cas	65
1-1-Présentation et analyse de premier cas	65
1-2-Présentation et analyse de deuxième cas	67
1-3-Présentation et analyse de troisième cas.....	69
1-4-Présentation et analyse de quatrième cas.....	72
1-5-Présentation et analyse de cinquième cas	74
1-6-Présentation et analyse de sixième cas	76
2-Discussion des hypothèses.....	81
Conclusion.....	83

Conclusion générale84

La liste bibliographique

Annexe

Liste des tableaux

Tableau	Titre	Page
01	Les différentes démentions de concept de soi	19
02	Tableau représentatif de notre population d'étude.	57
03	Les Items positifs et négatif de l'échelle d'évaluation de l'estime de soi.	60
04	Les sous échelle de l'échelle d'évaluation de l'estime de soi	61
05	La grille de cotation	62
06	Les niveaux de l'estime de soi	63
07	Valeurs caractéristique des échelles	64
08	Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Safi »	66
09	Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Sami»	68
10	Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Sawssan »	71
11	Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Halim »	73
12	Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Yani »	75
13	Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par« Siham »	77
14	L'analyse des résultats de l'échelle	79

Liste des figures

Figure	Titre	Page
1	Aspects du soi social et professionnel selon Delphine Martinot, 1995	17

Introduction générale

Introduction générale

Introduction générale

Les enfants handicapés moteurs constituent une catégorie très hétérogène puisqu'on range les amputations, les atteintes neurologiques centrales et périphériques, les affections musculaires ou ostéo-articulaires,...etc.

Les incidences du handicap moteur sur le développement de l'enfant varient en fonction de la profondeur du handicap moteur, de l'âge de sa survenue, de la précocité du dépistage et du diagnostic, de son milieu familial, de son entourage et des possibilités intellectuelles de l'enfant

Aujourd'hui, plusieurs travaux s'intéressent aux problèmes que posent les enfants handicapés moteurs avec la nouvelle dimension de considérer le sujet qui infirme, non seulement sur le plan de l'atteinte organique mais dans son développement cognitif, intellectuel, social et psychologique.

Les moyens actuels de dépistage et de prise en charge, en lien avec l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, ont pour objectif de pallier certaines répercussions engendrées par le handicap moteur, de favoriser le développement harmonieux de l'enfant handicapé dès son jeune âge. L'importance du rôle précoce est singulière de cette équipe pluridisciplinaire n'est plus à démontrer. Elle vise à améliorer les relations familiales ainsi qu'à développer les compétences de l'enfant handicapé moteur. Elle a également pour objectif d'encourager la socialisation, l'intégration et donc la construction identitaire de ces enfants.

Le handicap moteur provoque chez l'enfant une blessure, une souffrance physique mais aussi morale et éventuellement un sentiment d'injustice. L'attitude de l'autre amplifie cette souffrance et petit à petit, peut provoquer diverses réactions : sentiments de solitude, d'isolement et de frustration et provoque une faible estime de soi. (Association des Paralysés de France, 1996, P.9).

Notre recherche porte sur l'estime de soi chez l'enfant handicapé moteur, est réalisée auprès d'une population d'étude de six enfants âgés entre 8 à 12 ans, nous avons choisi comme terrain de recherche l'association Elhayet d'aide pour les handicapés située à Ighil-Ali, Bejaia, qui répond aux objectifs de notre recherche. Et pour le moyen d'investigation, nous avons choisi d'utiliser l'entretien clinique de recherche et l'échelle de Cooper Smith.

Introduction générale

Pour atteindre notre objectif nous avons adopté un plan de travail qui comporte les éléments suivants :

Une partie théorique : Divisée en deux chapitres :

Chapitre I: Consacré pour l'estime de soi qui est constituée de deux parties, la première partie pour le soi où on a abordé :

Définition du concept de soi, ses principales composantes, ses différentes dimensions, leur stades de développements, les facteurs qui influencent sur leur développement et les différentes approches théoriques qui abordent le soi, et la seconde pour estime de soi :

Définitions de l'estime de soi, son aperçu historique, ses trois piliers, ses composantes, les mécanismes de défenses, les traits caractéristiques d'une haute et d'une basse estime de soi, les facteurs qui influencent, l'estime de soi et le domaine corporel, Les théories qu'ont abordé l'estime de soi.

Chapitre II : Comprend le concept d'handicap, handicap moteur et l'enfant handicapé moteur, dans lequel nous avons présenté : Histoire et évolution du concept de handicap, sa définition, ses types, et nous avons présenté dans handicap moteur : Sa définition, ses types, leur Classement des causes, ses conséquences, les signes cliniques et le programme de prise en charge.

Tandis que dans l'enfant handicap moteur nous avons abordé : La définition de L'enfant, l'enfance, et l'enfant handicapée moteur, altération dans le processus d'identification primaire, les troubles du développement cognitif, les difficultés de la relation parents/enfants, la prise en charge et orientation de l'enfant handicapé moteur.

Une partie pratique : Comprend deux chapitres :

Chapitre I : Méthodologie de la recherche : Dans lequel nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode utilisée dans notre recherche, le lieu de recherche dont nous avons effectué notre stage pratique, les critères de notre population d'étude et les caractéristiques de choix de cette dernière, et enfin les techniques et l'outil de recherche utilisé pour confirmer nos hypothèses ainsi que leurs analyses.

Introduction générale

Chapitre II : Comprend : Présentation et analyse des résultats de guide d'entretien, ainsi la présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith et discussion des hypothèses.

Enfin nous avons achevé notre étude par une conclusion et nous avons clôturé notre recherche par la liste bibliographiques et l'annexe.

Problématique et hypothèses

1-Problématique

Divers obstacles et problèmes peuvent affecter la vie d'un être humain, comme la violence, les guerres, les maladies, les accidents de travail, de circulation...etc., ce qui la rend plus difficile. L'effet de ces événements peuvent contaminer le fonctionnement de la stabilité psychique et peuvent aussi avoir des répercussions négatives sur les modes perceptives de la personne et sur son raisonnement relationnelle avec autrui et engendré de graves conséquences, ce qui va compliquer les situations sanitaires de plus en plus, car ils peuvent induire un handicap.

Les personnes handicapées ont de moins bons résultats sur le plan de la santé, participent moins à la vie économique et connaissent parfois des taux de pauvreté plus élevés par rapport à celles qui ne sont pas handicapées; alors que le handicapé est défini par OMS (Organisation mondiale de la santé) comme suit : « le handicapé est 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 compromises ». (Guidetti. M. Tourrette. C. 1999, P,7).

Actuellement deux millions de personnes handicapées en Algérie, plus de 28% des handicaps sont héréditaires, ou dû à des atteintes congénitales, selon les conclusions de l'enquête nationale à indices multiples. Les accidents et les blessures sont également à l'origine de 16,7% des handicaps, selon l'enquête menée par le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière en collaboration avec ONS (l'Office National des Statistiques), et de plusieurs agences onusiennes en Algérie. L'enquête montre que 14,2% des handicaps sont dus à des maladies infectieuses, 12,5% à des effets de la vieillesse, et 7,9% à des violences psychologiques ou physiques, et 2% à des traumatismes d'accouchement. (<http://WWW.algerie.com/personnes-vivent-avec-un-handicap>).

La personne handicapée est un sujet qui partage notre humanité et s'insère dans la société ou nous vivons. Ce terme (personne handicapée) a remplacé ceux d'infirmités, d'anormaux, d'aliènes, de retardés, d'inadaptés, etc. L'évolution des attitudes à l'égard de ces personnes s'est faite de façon lente et discontinue, mais elle va peu à peu dans le sens du droit à la vie.

Problématique et hypothèses

Selon les classifications internationales des handicaps comme celle de l'OMS, introduit une typologie de le handicap selon ça nature : le handicap mental, sensoriel et handicap moteur. Dans notre recherche on s'intéresse à ce dernier, car on a constaté d'une part dans notre vécu quotidien l'existence d'un grand nombre de cette catégorie de personne qui vie dans les difficultés immense; d'autre part, on a remarqué les souffrances et les craintes de leurs familles et surtout les difficultés de la prise en charge auxquelles sont confrontées plus particulièrement les enfants ainsi que le manque des centres spécialisés dans la prise en charge des handicapés moteurs.

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 du système nerveux central ou périphérique des muscles ». (Samuel. G. P, 2010, P. 169)

La personne handicapée moteur, doit pouvoir s'intégrer dans la société dans laquelle elle vit ; surtout quand le handicap moteur survient à une période de l'âge ou l'individu se cherche, se construit ; c'est à dire quand ce handicap survient à l'enfance, cette dernière est « une période de la vie ou s'effectue une succession ininterrompue et rapide de changement : dans les situations environnementales physiques et sociales ou les enfants ont successivement placés en fonction de leur variation en âge (école...) dans les comportements, actions et réaction que l'on attend d'eux, dans leurs compétences intellectuelles et affectives ». (Osterrieth, P. A, 2004, P .28).

L'enfant handicapé moteur est confronté à un corps persécuteur. Ce corps réclame tous les soins, il occupe toute la vie. Il oblige ainsi l'enfant à réorganiser une réalité qui l'envahit sans cesse douloureusement. Cette blessure du corps de l'enfant constitue un élément déterminant dans son adaptation au monde. Notre corps étant le premier signe et le premier médiateur de notre présence au monde et aux autres, il est fort probable que toute altération des fonctions motrice et de l'enfant handicapé peut influencer sa manière d'être, d'habiter son corps et de le considérer, de ressentir les situations. (Association des Paralyses de France, 1996, P.62).

Cette rupture peut aussi avoir des incidences sur sa manière de s'installer dans un environnement humain et tout ça peut également entrainer une perte de l'estime de soi, Pour

Problématique et hypothèses

Cooper Smith l'estime de soi est l'évaluation que l'individu fait et qu'il entretient habituellement : elle exprime une attitude d'approbation ou de désapprobation, et indique le degré selon lequel il se croit lui-même capable, important, en pleine réussite et digne. En bref, l'estime de soi est un jugement personnel de mérite qui s'exprime dans les attitudes que l'individu véhicule vers les autres par des communications verbales et par d'autres comportements expressifs. (Cooper. S, 1984, P. 4).

L'estime de soi suscite l'intérêt en psychologie par son impact sur la personnalité et sur la motivation qu'elle engendre mettant en évidence les atteintes de l'estime de soi, une perte de confiance en l'environnement, mais aussi la mise en œuvre de mécanismes de défenses diversifiés qui peuvent conduire soit à la régression soit à la résilience.

Enfin, être handicapé moteur est un événement qui pouvait donner un sens différent à la vie de l'enfant et son entourage et qui peut renforcer les relations familiales et renforcer une stabilité affective d'un côté mais d'un autre côté entraîne des répercussions néfastes sur ce dernier, finalement de notre part et de ce qui a été évoqué précédemment on voulait s'interroger sur le degré de l'estime de soi et l'importance de l'attitude de l'entourage familial dans la faible de l'estime soi, ce qui nous mène à poser les questions suivantes :

- 1- Quel est le degré de l'estime de soi chez les enfants handicapés moteurs ?
- 2- Est-ce que l'attitude négative des parents peut engendrer une faible estime de soi chez les enfants handicapés moteurs?

2-Hypothèses de recherches

- 1- Le degré de l'estime de soi des enfants handicapés moteurs est faible.

- 2- L'attitude négative des parents peut engendrer une faible estime de soi chez les enfants handicapés moteurs.

3-Les raisons de choix du thème

Notre thème porte sur « l'estime de soi chez les enfants handicapés moteurs ».

Le travail d'accompagnement avec les enfants handicapés moteurs indique que le développement d'une estime de soi positive semble particulièrement difficile pour ces jeunes. Donc notre choix est dû à une réflexion sur l'influence de la déficience motrice sur le développement et l'épanouissement de l'enfant.

La possibilité d'améliorer le degré de l'estime de soi chez les enfants handicapés moteurs et la rareté des études sur ce thème sont les motifs de choix de ce dernier, ce qui va nous donner des motivations à la recherche au tant que psychologue clinicienne, en outre la disponibilité du lieu de recherche et les cas à étudier, ainsi que la disponibilité de la documentation sur l'estime de soi.

4-L'intérêt du thème

Le manque d'estime de soi est très présent dans toutes les sociétés : l'attitude des parents est primordiale. Il est nécessaire à l'association d'aider les enfants handicapés à avoir une plus juste estime d'eux-mêmes, les aider à surmonter leur handicap et s'intégrer dans la vie ordinaire et scolaire, d'où l'intérêt de notre thème de recherche.

5-Les objectifs de la recherche : Notre recherche a plusieurs objectifs :

5-1-Objectifs théoriques;

- Décrire les souffrances physique et psychiques chez ces enfants ;
- Etre proche de ces enfants ;
- Expliquer comment l'attitude négative des parents peut engendrer une faible estime de soi chez ces enfants ;
- Tenter de s'exercer à travers l'application de la démarche qu'on a suivi toute au long de notre recherche.

5-2-Objectifs pratiques

- Notre objectif pratique principal est confirmer ou infirmer nos hypothèses de départ ;
- Evaluer l'estime de soi de ces enfants ;
- Encourager les enfants handicapés moteurs afin des mieux gérer leur pathologie.
- Bénéficier de l'expérience pratique clinique au près des sujets souffrent d'un handicap moteur.

6- Définitions des concepts clés

Avant de commencer notre thème, nous devons définir les concepts utilisés dans notre recherche qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique mais sans entrer dans les détails, en donnant les définitions qui sont les plus proches à notre thème de recherche qui traitent les hypothèses que nous avons déjà formulé. Et par la suite nous allons essayer d'opérationnaliser ces concepts.

6-1-Handicap

Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie, le handicap est : « la situation d'une personne qui se trouve désavantagée d'une manière ou d'une autre, par rapport à d'autres personnes » (Hettall. B, 2005, P.421)

Selon Michèle. G et Catherine. T, le handicap : « Il s'agit du désavantage qui pour un individu donné, résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels) ». (Guidetti. M, Tourrette. C, 1999, P. 8).

Définition opérationnelle

-Désavantage qui évoque à l'individu un déficit, des limitations, mais surtout des conséquences sur la vie sociale des individus ;

-Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie.

6-2-Handicapé

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, le terme : « Se dit d'une personne atteinte d'un désavantage, infériorité résultant d'une déficience ou d'une incapacité qui interdit ou limite l'accomplissement d'un rôle social, ce dernier étant considéré en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels » (Bloch. H, et al, 2003, P.421)

Définition opérationnelle

-Se dit d'une personne incapable d'atteindre ses besoins;

-Une personne qui a une déficience motrice ou mentale selon, son origine et sa nature ;

Définitions des concepts

6-3-Handicap moteur

« C'est l'absence ou perte de la fonction motrice déterminée par les médecins spécialistes en orthopédies ou incapacité égale au supérieur à 50°/°.

Il peut être aussi défini comme une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps ce qui rend l'individu incapable de pratiquer ces activités de façon normale. » (Gérard. Z, Dominique .P, 2004, p.261)

Définition opérationnelle

- La Perte d'une partie ou de la totalité de la capacité de mouvement ;
- Dysfonctionnement des membres inférieurs ou supérieurs ;
- Une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique.

6-4-L'estime de soi

-L'estime : « appréciation, opinion favorable qu'on porte sur quelqu'un ou quelque chose (Christian L et al, 1998, P.400).

- Le concept de soi est : « un concept psychologique vaste qui renvoie à la façon dont une personne se perçoit et se considère en tant qu'individu. Le *soi* contient à la fois le sentiment d'identité et la sensation de délimitation dans le temps et l'espace ; c'est se ressentir comme un agent actif qui agit, qui fait les choses, se produire, ou un agent passif qui ressent des émotions, des pensées et des opinions ». (Mead GH, 2006, P .42).

-L'estime de soi : «L'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur ». (Cooper S, 1984, P.13)

Définition opérationnelle

- C'est le sentiment plus au moins favorable que chacun éprouve de ce qu'il pense être ;
- Un processus continu et cumulatif, positif ou négatif, qui peut dépendre de différents temps forts ou cycles de la vie ;
- Se bâtit et se transforme tout au long de notre vie ;

Définitions des concepts

- Une connaissance de soi ;
- Résulte du regard que l'on porte sur soi.

7- Les études antérieures sur l'estime de soi chez les enfants

7-1- Etude de Campbell (1990)

Campbell (1990) a mené une série d'expériences illustrant un certain nombre de différence entre les individus à forte estime de soi et à faible estime de soi, pour participer à ces expériences, les individus étaient d'abord sélectionnés en fonction de leur degré d'estime de soi. Dans la première recherche, l'expérimentateur présentait aux sujets un ensemble de quinze paires d'adjectifs. Chaque paire était constituée d'adjectifs anonymes (ex : dominé/dominant, compétitif / coopératif, indépendant / dépendant), chaque adjectif étant présenté à un pôle d'une échelle en sept points, les sujets devaient d'abord indiquer comment ils s'estiment sur chaque paire, ils devaient ensuite estimer la confiance ou la certitude qu'ils avaient en leur premier jugement sur une échelle en cinq points allant de « pas du tout confiant » à « très confiant ». (Delphine. M, 1995, P. 50).

Les résultats obtenus sur les estimations des objectifs bipolaires montrent que les individus à faible estime de soi donnent des réponses plus proches de milieu de l'échelle et moins de réponses extrêmes que les individus à forte estime de soi. En ce qui concerne les jugements de confiance, les individus à faible estime de soi sont moins confiants que les sujets à forte estime de soi. (Ibid., 1995, P. 50).

Campbell en déduit que ses sujets qui manquent de confiance et de clarté dans la définition qui leurs attribués devraient manifester d'avantage de changement à travers le temps.

Dans une deuxième expérience Campbell (1990) va tester cette hypothèse d'une stabilité temporelle moins importante dans les autos-décrépitions des individus à faible estime de soi. Lors d'une deuxième phase, l'expérimentateur présentait vingt adjectifs aux sujets : dix adjectifs étaient positifs (ex : intelligent, confiant, amical) et dix adjectifs étaient négatifs (ex : froid, arrogant, ennuyeux). (Ibid., 1995, P. 50).

Les sujets devaient estimer si ces adjectifs correspondaient à la façon dont ils se comportaient généralement dans leurs interactions sociales.

En se prononçant sur une échelle en sept points allant de « pas de tout descriptif de moi » à « très descriptif de moi » puis les sujets revenaient huit à neuf semaines plus tard pour

Les études antérieures sur l'estime de soi chez les enfants

participer à la seconde phase. Ils devaient évaluer de nouveau les mêmes adjectifs que lors de la première session expérimentale. (Delphine. M, 1995, P. 50).

Campbell s'intéresse à quatre mesures de stabilité temporelle calculées de la manière suivante :

- La différence absolue entre chacune des deux sessions pour chacune des vingt estimations ; cette mesure permettait d'appréhender l'amplitude du changement entre les deux phases.
- a- Les scores des différences ajustées, basaient sur la somme de changement possible en fonction de la première estimation.
- b- le nombre d'adjectifs pour lesquels un changement avait été enregistré entre les deux sessions.
- c- Le coefficient de corrélation par sujet entre des deux ensembles d'estimation, qui permettait d'évaluer le degré avec lequel les traits avaient été rangés de façon identique sur les occasions. (Ibid., 1995, P. 50).

Pour ces quatre mesures de stabilité ,par rapport aux sujets à forte estime de soi ,les sujets à faible estime de soi ont présenté un changement absolu et un changement ajusté plus important ,de même qu'un plus nombre d'adjectifs pour lesquels l'estimation avait changé et de plus petites corrélations entre les deux ensembles d'estimation .ces résultats ,selon Campbell montrent que le concept de soi de sujets à forte estime de soi sont beaucoup plus stables dans le temps que ceux des sujets à faible estime de soi . (Ibid., 1995, P. 50).

Les données enregistrées dans ces deux expériences permettent de constater qu'une haute estime de soi est associée, dans l'estimation de traits spécifiques à une plus grande confiance, à des réponses plus extrêmes, à une meilleure consistance interne, et à une plus importante stabilité temporelle (Ibid., 1995, P. 50).

Campbell a étalé à travers ces expériences que les individus à forte estime de soi ont une plus grande confiance en soi que les individus à faible estime de soi.

7-2- Etude de FARADJ (1998)

Cette étude résume que la personne qui a une faible estime de soi est une personne qui ne peut défendre ses besoins et ses intérêts, et il est difficile d'exprimer ses émotions et ses

Les études antérieures sur l'estime de soi chez les enfants

besoins , il essaye toujours de faire plaisir aux autres sans faire plaisir à soi -même ,autrement dit ,une personne qui traite mal soi –même. (WWW.Météo-mentale-org/formations/estime de soi.html)

7-3- Etude d'ILISE (1961)

Il voit que les perturbations de l'épanouissement de la personnalité apparaissent lorsque des individus créent des problèmes et des tensions personnelles particulières, et cela par l'attachement à certaines idées et pensées immorales, ce qui influence sur l'estime de soi de ces individus, ILISE constate que les idées et les pensées immorales provoquent une faible estime de soi et mènent à des comportements et des perturbations psychiques importantes. . (WWW.Météo-mentale-org/formations/estime de soi.html)

C'est pour cette raison que la majorité des psychologues accordent une grande importance à l'estime de soi chez les enfants, sujet de notre thème de recherche ,qui sera réalisé dans association d'aide aux handicap, là où il existe une salle spéciale pour enfants handicapés moteurs qui sont pris en charge pour les aider à construire une bonne estime de soi et à surmonter les répercussions de leur handicap ainsi l'attitude de leurs parents .

Partie théorique

Chapitre I : l'estime du soi

Préambule

L'estime de soi est considérée comme le résultat de l'interaction d'un sujet et son environnement, et pour avoir une personnalité bien équilibré il faut que le degré de l'estime de soi doit être fort, mais c'est un sujet éprouve un estime de faible peut provoquer chez ce dernier une décompensation de sa personnalité et stagne l'individu, et pour comprendre mieux l'estime de soi, on a consacré toute un chapitre pour ça.

Dans ce chapitre nous allons aborder les deux concepts, le soi et l'estime de soi.

1-Le soi

1-1-Definition du concept de soi: le concept de soi a connaît plusieurs définitions dont on a choisis les plus importantes dans notre recherche, parmi eux :

-« C'est ensemble des éléments qui nous définissent il est ainsi composé des attitudes, des croyances, et des sentiments que les individus ont d'eux-mêmes ». (Martinot. D, 1995, P.8).

-« Le soi comme unification de la conscience et de l'inconscience, le centre virtuel de l'individuation. Au sens large, le soi est le lieu où le sujet se reconnaît comme réellement existant ». (Petite Larousse de la psychologie, 2005, P. 894).

-« Le soi contient à la fois le sentiment d'identité et la sensation de délimitation dans le temps et l'espace ; c'est se ressentir comme un agent actif qui fait les choses, se produire, ou un agent passif qui ressent des émotions, des pensées et des opinions ». (Mead. GH, 2006, P.42).

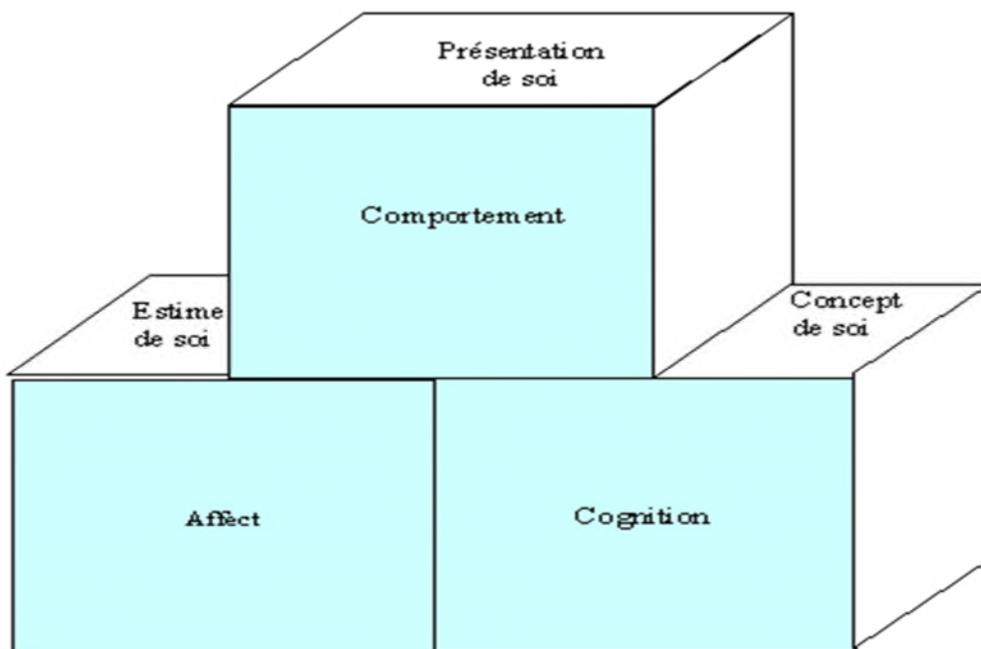
Ces différentes définitions de concept de soi recouvrent la richesse de cette notion qui occupe une place importante dans la recherche en psychologie.

1-2-Principales composantes de Soi

La capacité d'autoréflexion est nécessaire pour que les individus aient le sentiment de comprendre leurs propres motivations et émotions ainsi que les causes de leurs comportements. Le Soi est fortement influencé par les facteurs sociaux et environnementaux.

Notre façon de penser et d'essayer de nous présenter ; nous pouvons considérer que ce Soi social est structuré par trois composantes : l'affect, le comportement et la cognition, comme le montre la figure N : °1. (Martinot. D, 1995, P. 23)

Figure 1 : *spects du Soi social et/ou personnel*



1-2-1-La dimension cognitive

La dimension cognitive mène vers la prise de conscience de nos atouts et de nos faiblesses. De ce que l'on sait ou pas, de ce que l'on sait faire ou pas. Elle donne une capacité à se décrire et à s'analyser de manière précise, et à anticiper notre attitude et notre aptitude dans diverses situations. Cette dimension cognitive est porteuse également des « croyances » envers soi, qui peuvent être limitantes ou épanouissantes (Martinot. D, 1995, P. 24).

1-2-2-La dimension affective

Cette dimension porte l'attention que l'on a envers soi, le respect de ses ressentis, le « prendre soin » de nos états d'émotion. Elle amène à l'appréciation et l'acceptation de soi. Cette dimension affective permet d'évoluer vers une intelligence émotionnelle qui permet de clarifier ce que l'on ressent, pour identifier, comprendre, exprimer et utiliser les émotions au service d'une finalité centrée sur soi ou sur les autres. (Martinot. D, 1995, P. 35)

Pour conclure on peut dire que la stabilité, instabilité de la composante affective du Soi, dépend de la certitude que les individus possèdent sur ce qu'ils sont.

1-2-3-La dimension comportementale

Explorons maintenant la dernière composante de Soi, la composante comportementale, qui se manifeste par l'intermédiaire de l'activité d'auto présentation. Le sociologue Erving Goffman (1959) penche pour la deuxième solution. Il compare l'auto présentation au fait de jouer un rôle. Comme les acteurs, nous prêtons souvent une attention spéciale aux apparences, à la façon de nous habiller, à nos manières, et aux actes professionnels que nous sommes censés déployer. Une deuxième caractéristique de l'auto présentation est la répétition. Avant un événement important, ou une situation professionnelle importante, nous allons penser à ce que nous dirons et ferons, mentalement nous essaierons diverses approches. Un autre aspect important de l'auto présentation est de connaître son public. Ainsi, un des défis de l'interaction sociale est d'être capable de changer notre comportement d'une situation à l'autre, en fonction de nos buts autopréésentationnels et de la nature de l'audience. (Martinot. D, 1995, P. 25).

Pour conclure on peut dire que pour les psychologues cognitivistes, ce phénomène indique que les individus sont sélectifs dans leurs perceptions du stimulus tandis que pour les psychologues sociaux, ils illustrent le fait que le soi n'est pas seulement un stimulus social parmi d'autres il est l'objet le plus important de notre attention.

1-3- Les différentes dimensions du concept de soi

Selon le modèle expérientiel-développementale du concept de soi, on va présenter les différentes dimensions de ce dernier d'une forme d'un tableau:

Tableau N°01 : les différentes démentions de concept de soi

STRUCTURE	SOUS – STRUCTURE	CATEGORIE
Soi Matériel	Soi somatique	-Traits et apparences physiques -Conclusions physiques et santés
	Soi possessif	-Possessions d'objet -Possessions de personne
Soi Personnel	Image de soi	-Aspirations -Enumérations d'activité -Sentiments et émotions -Gouts et intérêts -Capacités et aptitudes -Qualités et défauts
	Identité de soi	-Dénominations simples -Rôles et statuts -Consistances -Idéologies -Identités abstraites
Soi Adaptatif	Activité de soi	-Stratégies d'adaptation -Autonomies -Ambivalences -Dépendances -Actualisations -Styles de vie
Soi Social	Préoccupation + Attitude sociale	-Réceptivités -Domination
	Référence à la sexualité	-Références simples -Attraits + Expériences sexuelles
Soi-Non- Soi	Référence aux autres	
	Opinions des autres	

(L'écuyer. R, 1978, P.13)

Le concept de soi est composé de plusieurs dimensions s'organisé autour de cinq grandes régions fondamentales appelée structures, elle-même divisées en régions plus restreintes (les sous structures) subdivisées à leur tour en éléments plus spécifiques (les catégories).

1-4-Les stades de développements de soi

Le soi se développe à travers plusieurs stades, dans notre étude on met l'accent sur la période de l'enfance par ce que notre recherche se focalise sur cette période d'âge afin nous permettre une analyse dans le cadre pratique de la recherche. Cette période se compose de trois stades :

1-4-1-Le première stade : commence de 0 à 2 ans se caractérise par celui de l'émergence du moi, entre 0 et 2 ans) : A partir des multiples expériences de communication avec l'environnement matériel et social. Une variété de perception de soi s'élabore progressivement. (L'écuyer. R, 1978, P.45)

1-4-2-Le deuxième stade : se débuté du 2 à 5ans : (la confirmation du moi, entre 2 et 5 ans) : Les structures sont déjà présentes, de même que 8 des 10 sous structure et 14 des 28 catégories. Les cinq structures constituent des perfections centrales indiquant bien par-là que tout est à faire. (L'écuyer. R, 1978, P.45)

1-4-3-Le dernier stade qui est le troisième stade : l'expansion de soi, entre 6 et 10 ans), le concept de soi s'élargit d'avantage à cause des multiples expériences nouvelles, incluant la vie scolaire. (Ibid., 1978, P.46)

Les variations du degré d'importance des perceptions de soi permettent d'identifier des groupements de perception qui sont des caractéristiques de période particulières et identifiable sous for de stade développement.

1-5-Les facteurs qui influencent le développement de soi

La perception de soi n'est pas fixée une bonne fois pour toutes .elle évolue et subit des changements provoqués par des facteurs qui influencent son développement.

1-5-1-L'image du corps

Le corps est le seul repère stable, au fondement du sentiment de soi malgré les changements qu'il subit. Il participe d'un retour symbolique pour accéder aux sentiments d'être soi, l'intervention sur le corps exprime la volonté de la maîtriser.

David Leberton souligne : « L'importance de la tenue corporelle à travers la mise en scène spectaculaire (une mise en spectacle) de la chevelure, de la peau, vêtement, des attitudes, sur la signification de ce qu'il prétend être à travers l'affichage à outrance volonté de sursignifier son corps, son identité, son appartenance sexuelle ou de jouer avec elle selon les moments et les public » (Martinot. D, 1995, P.17).

1-5-2-L'interaction sociale

L'étude de Coombs en (1969) a montré que la réussite des interactions sociales donnent des bonnes pensées sur soi, et l'estime de soi, positive augmente les interactions et les relations sociales. ([WWW.Météo-mentale-org/formations/estime de soi.html](http://WWW.Météo-mentale-org/formations/estime%20de%20soi.html))

1-6-Les différentes approches théoriques qui abordent le soi**1-6-1-Approche interactionniste symbolique**

Le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale. Les évaluations que l'on ferait de soi-même seraient ainsi façonnées par les interactions sociales et linguistiques avec les autres, déjà durant l'enfance. (Cooley, 1902) fait une référence métaphorique au « looking-glass self », les autres étant des « miroirs sociaux » dans lesquels l'individu se regarderait pour se faire une idée de l'opinion qu'ils ont de lui. Cette opinion serait ensuite incorporée dans la perception de soi. Le soi correspond à ce que nous imaginons que les autres pensent de nous, de nos besoins, de notre caractère, de nos motivations, de notre apparence, etc., c'est-à-dire les évaluations réfléchies de l'individu. Ceci signifierait que l'estime que nous avons de nous-mêmes augmenterait dans la mesure où les autres auraient une haute opinion de nous. A l'inverse, si les autres n'ont pas une haute opinion de nous, nous intégrerions leur opinion négative et développerions une faible estime de nous-mêmes. Grâce à un processus d'intériorisation, cette idée de soi se modifie au cours du développement. (Mead. GH, 1963, P.134).

Mead (1934) introduit un développement supplémentaire, à savoir l'idée d'un «autrui généralisé » dans le déclenchement d'un effet miroir. Les personnes sont influencées non seulement par la manière dont elles pensent que les autres significatifs leur répondent, mais aussi par la manière avec laquelle le groupe social entier est censé leur répondre. L'individu se développe à partir de l'organisation des attitudes sociales de l'autrui généralisé ou du groupe social auquel il appartient. (Mead. GH, 1963, P.134).

Les interactionnistes ont considéré les concepts de soi des individus comme étant déterminé par leurs interactions symboliques avec autrui.

1-6-2-Approche cognitive de soi

Dans cette perspective cognitive, les théoriciens du soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le soi contiendrait une variété de représentations. Les représentations de soi seraient cognitives affectives ces dernières correspondent aux auto-évaluations positives et négatives ; de forme verbale, neuronale, ou sensori-motrice, ou sous forme d'image.

La large adoption, ces dernières années, pour décrire le soi, détermine tels que prototype (Rogers et Knider, 1977), réseau en mémoire (Bower et Gilligan, 1979), ou schéma (Marckus, 1977), alimente l'hypothèse selon laquelle le soi est une structure de connaissance. Il devient clair que le soi peut influencer chaque aspect du traitement de l'information susceptible de concerner les individus. (Mead. GH. 2006, P.20-21)

1-6-3-Approche psychanalytique

La construction de la représentation de soi se comprend dans le modèle psychanalytique en référence à la notion d'idéal du Moi. Selon A. Braconnier, S.Freud a introduit cette notion dans sa deuxième topique, « pour caractériser une représentation de soi cherchant à accéder à des représentations idéalisées.» Il est élaboré en fin du complexe d'Oedipe, constitué d'identifications narcissiques et d'identifications secondaires, liées à la résolution du complexe d'Œdipe. Il est vu comme intégré au surmoi. ([http://WWW.psychologie.com/estime de soi/développer l'estime de soi.htm](http://WWW.psychologie.com/estime%20de%20soi/d%C3%A9velopper%20l'estime%20de%20soi.htm))

Nous avons pu constater que l'étude du Soi intègre diverses approches théoriques qui interviennent dans son développement.

2-L'estime de soi

2-1-Définitions de l'estime de soi : pour mieux cerner le concept de l'estime de soi on a opté par plusieurs définitions, tout d'abord l'estime de soi :

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

2-En suite la définition du Bloch Henriette « l'estime de soi peut être fondée sur le choix des normes extérieures par le sujet dont il constate qu'il est ou non capable de les attendre ». (Bloch. H, 1997, P.117).

3-En fin : « L'estime de soi est le degré auquel on estime bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous-mêmes » (Josiance. S.P, 1999, P.07).

L'estime de soi est une définition changeante qui joue un rôle important sur la façon de vivre et de réagir.

2-2-Aperçu historique sur l'estime de soi

En 1890, William James a défini « l'estime de soi en écrivant que l'estime que nous avons de nous –mêmes dépend entièrement de ce que nous prétendons être et faire », et il évaluait chez une personne à partir de ses réussites concrètes confrontées à ses aspirations à ce sens, plus une personne entretenait des prétentions élevées sans réussir à les combler plus elle éprouvait un sentiment d'échec personnel. (Monbourquette. J, 2002 P.41)

SIGMUND FREUD n'a pas parlé sur l'estime de soi, mais il a parlé d'un moi coincé entre le « sur-moi » et le « ça » contraint par les injections du sur –moi inspirées des principes parentaux, le moi subit des assauts, des forces instinctuelles. Alors ici le moi conscient se trouve dans une situation précaire. Ce qui est nocif chez Freud à l'estime de soi, c'est l'absence de toute instance spirituelle qui donnerait au moi une stabilité et un équilibre. (Ibid., 2002, P.42)

ALFRED ALDER 1870-1937 dans cette théorie de la personnalité a placé le complexe d'infériorité. Il déclare que l'homme pour en composer les effets, cherche toujours à

développer un sentiment démesuré de supériorité car autant qu'il se sent abaissé par son complexe d'infériorité, autant il rêve de toute puissance et de domination. Cette théorie s'appuie au début sur la conception d'une basse estime de soi innée qu'une personne s'évertue à remplacer par une sur estime de soi. (Monbourquette. J, 2002, P.43)

VERGINAI STAR (1916-1988) considère l'estime de soi chez un membre d'une famille est un excellent critère de santé mentale. Elle constatait qu'une famille est dysfonctionnelle quand elle ne permet pas à ses membres d'acquérir une bonne estime de soi d'eux-mêmes et de jouir ainsi d'une saine autonomie. Elle soutenait, que dans une famille donnée la liberté laissée à chacun d'exprimer ses émotions était un critère évident d'une bonne estime de soi. (Ibid., 2002, P. 44)

ERIC BERNE (1910-1970) se basait sur l'importance de l'affection et d'attention pour qu'un enfant développe une bonne estime de soi de lui-même faite d'amour et de confiance en lui. Il démontra qu'une personne marquée par une faible estime, aurait tendance à manipuler son entourage en exagérant sa faiblesse au son autorité. En revanche, une personne douée d'une haute estime de soi, n'est pas besoin d'user des manipulations sociales. (Monbourquette. J, 2002 P.41)

D'après l'aperçu historique sur l'estime de soi, on peut dire que l'estime de soi une variable qui n'est pas stable, elle se varie d'une situation à d'une autre.

2-3-Les assises (piliers) de l'estime de soi : Il existe trois assises de l'estime de soi :

2-3-1-L'amour de soi

Il prédomine les deux autres piliers. On s'aime malgré ses défauts, ses limites, les échecs rencontrés, car une « petite voix intérieure » nous indique que l'on mérite l'amour et le respect des autres et surtout de nous-mêmes. Cet amour de soi « inconditionnel » ne dépend pas de nos performances. C'est grâce à cette force en nous que l'on se reconstruit après un échec ou face à l'adversité. Il n'empêche ni le doute ni la souffrance en cas de difficultés, mais il protège et donne confiance contre le désespoir. (André. C, 2007, P. 17).

L'amour de soi est « donné » en majeure partie par notre famille en effet il dépend de l'amour que nos parents nous prodiguent quand nous sommes enfants. Cet amour qui permet à ces personnes de ne jamais douter en leur progéniture, et les encourage à éduquer le mieux

possible leur enfant. Les carences d'estime de soi ayant leur origine à ce niveau sont les plus difficiles à rattraper. En tant qu'enseignant il est donc primordial d'y apporter une attention toute particulière.

Lorsque l'on ne s'aime pas soi-même il est difficile de croire en l'amour que les autres portent sur nous. On ne comprend pas comment les autres peuvent nous aimer. (André. C, 2007, P. 17).

2-3-2-La vision de soi

La vision de soi est définie comme le regard que l'on porte sur soi, cette évaluation, fondée ou non, que l'on se fait de ses qualités et de ses défauts.

Dans cette notion, la subjectivité prend une place importante, son observation et sa compréhension sont donc délicates. Ainsi, par exemple, « une personne complexée – dont l'estime de soi est souvent basse- laissera souvent perplexe un entourage qui ne perçoit pas les défauts dont elle se croit atteinte.

Ce regard que l'on porte sur soi, est en grande partie régit par notre environnement qu'il soit familial ou social. « Tous les enfants naissent princes ou princesses se sont les parents qui les transforment en crapauds » Il est important de prendre conscience de cette vision que l'on porte sur soi pour avancer plus vite et ainsi gagner du temps. En effet, cette prise de conscience nous permet de connaître exactement nos désirs et souhaits. C'est pourquoi cette vision ne doit pas changer de camp, c'est-à-dire, qu'elles viennent des parents, des proches, de l'enseignant ou de quiconque. Il est fondamental qu'une personne se réalise non dans le projet qu'on lui attribue mais bien dans la continuité de sa vision. Cyrulnik qualifie cette orientation par le terme : « l'enfant chargé de mission ». (André. C, 2007, P. 17).

2-3-3-La confiance en soi

On assimile souvent cette notion avec l'estime de soi. « Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes »

Ce concept est facilement identifiable, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu. C'est la conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi. Pour un enseignant, donner confiance à un enfant c'est exposer les échecs comme une conséquence possible et non effroyable de ses faits. C'est aussi le gratifier autant pour ses réussites que d'avoir essayé de réussir. Il faut leur apprendre à tirer des leçons de

leurs échecs, au lieu de baisser les bras et ainsi perdre cette confiance en lui. (André. C, 2007, P. 17).

En permet en compte les assises de l'estime de soi on comprend que l'équilibre entre elle assure une personnalité harmonieuse. Permettent de s'aimer de se concevoir justement et donc de s'engager durablement dans les projets sans avoir peur de l'échec au du regard des autres.

2-4-Les composantes de l'estime de soi

Il existe plusieurs composantes de l'estime de soi, parmi eux on trouve :

2-4-1-Sentiments de sécurité : C'est le sentiment d'assurance, de tranquillité l'esprit par la confiance, par le sentiment de n'être pas menacé ; (Laporte. D, 2002, P.04)

2-4-2-Sentiments d'identité : C'est la base de l'estime de soi et de la motivation. Un fort sentiment d'identité demande une connaissance de ces forces et de son image sociale, il implique aussi les sentiments positifs face à l'image de soi ; (Laporte. D, 2002, P.04)

2-4-3-Sentiments de l'appartenance : À l'approche de l'adolescence le besoin de faire partie d'un groupe augmente l'acceptation des autre devient une préoccupation vitale chez la plus part cette préoccupation ce reflète dont la manière dont il s'habille, les expressions qu'il utilise, les endroits qu'il fréquente ; (Laporte. D, 2002, P.04)

2-4-4-Sentiments de détermination : Certaines auteurs ont démontré que les personnes qui se sentent bien sont celle qui ont appris à se fixer des buts réalistes, non pas comme les personnes qui ne semblent pas avoir de but dans la vie ; (Laporte. D, 2002, P.04)

2-4-5-Sentiments de compétence : Peut être acquise seulement après plusieurs expériences de réussite. Ceci implique d'être capable de prendre les décisions appropriées en utilisant de façon efficace les ressources disponibles. (Laporte. D, 2002, P.04)

Nous pouvons dire que l'estime de soi se compose de l'ensemble des sentiments que l'individu éprouve relativement à sa propre valeur autant qu'être humain.

2-5-Les mécanismes de défense de l'estime de soi

Les mécanismes de défense servent à nous éviter des émotions ou des pensées pénibles à notre conscience, il est normal d'y avoir recours lorsque nous sommes confrontés à des difficultés car ils jouent un rôle d'amortisseur, ils protègent l'estime de soi. Les mécanismes de défense de l'estime de soi et leurs fonctionnements se résume comme suite :

2-5-1-L'évitement et le retrait : Échapper au jugement négatif des autres et au risque d'échec ; (André. C, Lelord. F, 1999, P.208)

2-5-2-Le déni : Éviter et nier la réalité ; (Ibid., 1999, P.208)

2-5-3-La projection : C'est le fait d'attribuer ses propres sentiments négatifs et toutes ses difficultés aux autres ; (Ibid., 1999, P.208)

2-5-4-Les fantasmes et rêveries : Imaginer et rêver de son succès ; (Ibid., 1999, P.208)

2-5-5-La rationalisation : Reconnaître les problèmes mais leur attribuer des causes évitant une remise en question ; (André. C, Lelord. F, 1999, P.208)

2-5-6-La compensation : C'est un mécanisme de fuite ce sont des personnes qui s'investissent dans beaucoup de domaines. (Ibid., 1999, P.208)

Les mécanismes de défense évitent les remises en question trop frontale et représentent une forme de remaniement et d'évitement de la réalité.

2-6-Les traits caractéristiques d'une haute et d'une basse estime de soi :

Disposer d'une forte ou d'une faible estime de soi, ce n'est pas seulement avoir une haute ou une basse idée de soi-même, s'en convaincre et le faire savoir, leur caractéristiques :

2-6-1-Les traits caractéristiques d'une basse estime de soi :

Les personnes qui manquent d'estime de soi et de confiance en soi, l'autre est aisément perçu comme accusateurs et mêmes menaçants, au encore comme une source possible d'humiliation ou de rejet, et de confiance en soi souffrent de difficultés d'adaptation, dans la mesure où elles ne savent si elles peuvent compter sur elles-mêmes, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides. (Josiane. S.P, 1999, P.23)

C'est aussi que la personne qui manque d'estime de soi souffre de difficulté à admettre leur erreur. Il en résulte une impossibilité à les corriger et, par conséquent à apprendre à faire

autrement à l'avenir, pour les mêmes raisons, un sujet manquant d'estime de soi se montera aisément défensif, même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui est dit n'est en rien dévalorisation, il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien qu'il pense de lui, c'est ce qu'on appelle une projection. (Josiance. S.P, 1999, P.23)

Le manque d'estime de soi peut se manifester par le désir d'avoir raison, ce qui suppose que l'autre à tort, le but est de rassurer sur ses compétences intellectuelles, sa valeur morale. Il en résulte une vision du monde en termes binaires ; il faut que l'autre ait tort pour que j'aie raison, s'il gagne, je perds, s'il est intelligent, je suis stupide s'il a « tout » je n'ai « rien »... bien entendu, de telles croyances entraînent hostilité et agressivité. (Ibid., 1999, P.23)

L'une des conséquences les plus désastreuses du manque d'estime de soi est probablement les problèmes de communication qu'il engendre. Ayant peur d'être « découvert » critique, jugé, le sujet ne livre pas facilement ses idées, ses sentiments, ses désirs. Il peut même affabuler dans le but de se valoriser il en résulte une difficulté à communiquer et en particulier à communiquer de façon honnête, ouverte et, bien entendu intime. (Josiance. S.P, 1999, P.24)

Ainsi que le manque d'estime de soi provoque les difficultés dans les relations amoureuses, il est incapable de s'aimer lui-même, avoir aussi du mal à aimer réellement l'autre, cette personne cherche un miroir favorable qui lui renvoie de lui une image positive, aimable. (Ibid., 1999, P.24)

Donc un individu ayant une estime de soi basse se sent facilement attaqué et éprouve de façon permanente des ressentiments face aux critiques, et il souffre de plusieurs difficultés dans sa vie.

2-6-2-Les traits caractéristiques d'une haute estime de soi :

L'estime de soi est une forme d'intelligence de soi, cette dernière est la faculté d'apparaître et de comprendre, mais aussi l'aptitude à s'adapter à des situations nouvelles et à découvrir des solutions aux difficultés que l'on rencontre.

Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont, en général, calmes, coopératives, sociables et bienveillantes envers leurs semblables. En effet, n'ayant rien à prouver, ni à elles-

mêmes ni autres, et ne craignant pas le jugement d'autrui, elles ont la possibilité d'être totalement présentes dans un échange avec autrui car elles n'éprouvent pas le besoin de centrer sur elles-mêmes ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. (Josiance.S.P, 1999, P.21)

C'est aussi que se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer et à affirmer leurs opinions si nécessaire, elles peuvent comme beaucoup d'autres, se sentir sous pressions, déprimées au anciennes, elles sont seulement mieux armées pour s'en remettre rapidement car elles décident consciemment ou inconsciemment que c'est passages et elles comptent sur leur ressources pour s'en sortir. (Ibid., 1999, P.22)

Si elles ne sont pas satisfaites de la façon dont elles ont gère une situation, elles ne profitent pas pour se dévaloriser ou pour invoquer leur manque de chance, au pour blâmer les autres mais elles réfléchissent à ce qu'elles ont appris en traversant cette épreuve et en titre des consultations sur la manière de s'y prendre la prochaine fois dans des circonstances similaires.

Ainsi que d'être capable de parler positivement d'elle lorsque les circonstances l'y amènent et d'accepter les compliments sans gêne. (Ibid., 1999, P.23)

A la fin en peut dire que les personnes qui ont une forte estime de soi sont, toujours prêtes à Se défendre face à l'adversité, et confiance en soi.

2-7-Les factures qui influencent l'estime de soi

Il existe plusieurs facteurs qui peuvent influencer l'estime de soi chez l'individu parmi on trouve les facteurs internes et les facteurs externe.

2-7-1-Les factures internes

Certains traits de personnalité peuvent aussi moduler le développement de l'estime de soi .Les enfants particulièrement sensibles aux attentes des parents / responsables peuvent parfois sentir qu'ils les déçoivent, ce qui peut mener à une faible estime de soi. Ces enfants sont peut-être aussi trop dépendants de leurs parents /responsables, si bien qu'ils n'arrivent ni à expérimenter la réussite personnelle ni à apprendre de leurs erreurs. Certains enfants sont critiques à leur propre endroit et déçus d'eux –mêmes .Cette attitude va de pair avec le besoin d'être toujours parfait : les enfants qui se sentent ainsi finissent par s'accuser eux-mêmes

quand les choses ne se passent pas comme ils l'avaient espéré. Cette situation peut se prolonger et nuire à l'estime de soi des enfants. (Bee. H, Bayd. D, 2004, P. 216).

2-7-2-Les facteurs environnementaux

La famille est considérée comme étant les premiers milieux qui influencent la personnalité de chaque individu et la formation de son identité et ses origines biologiques et sociales. La famille répond à ces désirs et à ses besoins psychologiques et sociaux ainsi que le développement sexuel, le milieu joue un rôle essentiel pour son estime de soi, les valeurs sociales et l'ensemble de ses expériences vécues par l'individu. Les expériences sociales qui entourent l'adolescent influencent son estime de soi Ces expériences peuvent être positives et mènent vers une forte estime de soi et bonne adaptation. Par contre les expériences négatives mènent à une faible estime de soi.

Le jugement, sur la validité d'un individu, et son expérience transmis d'un individu à un autre par extraits verbaux et en exprimé des comportements apparents. ([WWW.Météo-mentale-org/formations/estime de soi.html](http://WWW.Météo-mentale-org/formations/estime%20de%20soi.html))

Les facteurs internes (ex : le jugement réfléchi) et les factures externes (ex : environnement) influencent négative ou positive sur l'estime de soi de l'individu.

2-8-L'estime de soi et le domaine corporel

L'apparence physique intervient, en effet, dans la qualité de l'estime de soi qui comprend une valence esthétique corporelle .Dans un langage plus simple, l'aidée que l'on a de son apparence détermine pour partie la confiance qu'on palace en soi. Les spécialistes ont construit le concept de « l'image de soi » qui sous –tend la confiance en soi. (Tighol. J, 2006, P.97)

L'image de soi est fondée sur la perception qu'un individu a de son corps mais d'une façon plus subjective (l'idée faite au fil du temps et des événements vécus) qu'objective (la perception que peut en avoir un évaluateur impartial d'après les normes habituelles). Evidement la société influence l'image de soi et le souci de l'apparence. (Ibid., 2006, P.97)

C'est-à-dire l'apparence physique compte réellement dans interaction sociales évidemment elle influence positive ou négative sur l'estime de soi d'un être humain.

2-9-Les théories qu'a abordées l'estime de soi

Il existe plusieurs psychologues de tendance théorique différentes qu'ont contribué à expliquer l'estime de soi et son rôle primordial dans la personnalité parmi eux on trouve :

2-9-1-La théorie de William James

James .W est un des premiers auteurs à avoir considéré l'estime de soi comme résultante d'une construction personnelle. A cet effet, il pense que l'estime de soi est le rapport entre ce que nous sommes (notre soi réel) et ce que nous voudrions être (notre idéal de soi).

Pour lui l'évaluation de soi reflète les différents « Moi » pondérés en fonction de leur importance subjective. L'individu, dans l'impossibilité de se présenter à tout moment dans sa totalité, sélectionne ce qu'il pense où ressent être son soi le plus fort, le plus vrai, et le plus profond sur lequel il misera pour son salut. Cette multiplicité peut être harmonieuse ou discordante. Il aborde le conflit entre les différents « Moi » comme l'incompatibilité des rôles potentiels sur qu'une personne pourrait désirer jouer à l'âge adulte. Mais le jeu de la présence et de l'absence d'aspiration fait partie du système théorique de « James ». Aussi l'abandon de certaines prétentions peut-il être, pour un individu un soulagement aussi valable que l'effort déployé pour les réaliser. Ces composantes du « Moi » sont structurées hiérarchiquement à la base, on trouvera le soi matériel la position intermédiaire fait apparaître le « Moi » social, le sommet est occupé par le « Moi » spirituel. (Famose. J. P, 2002, p.16)

James concevait que l'estime de soi était déterminée avec un rapport entre les succès sont égaux ou supérieurs à ses aspiration, l'individu aura une haut estime du lui-même. Au contraire, l'estime de soi est faible lorsque les aspirations de l'individu dépassent ses réussites effectives. Cependant, si l'individu ne réussit pas dans un domaine auquel il attribue peu d'importance, cela n'aura pas d'influence au de son estime de soi. (L'écuyer. R, 1978, P.87)

Pour cet auteur, l'estime de soi est le résultat d'un rapport entre nos succès est nos prétention dans les domaines importants de la vie. En d'autres termes, le postulat de James est que l'estime de soi est le rapport entre ce que sont réellement les humains et ce qu'ils veulent être (leur idéal de soi).

2-9-2-La théorie de Charles Cooley

Cooley nuance cette vision en évoquant l'influence d'environnement relationnel sur la perception qu'un individu se forge de même : Cooley postule qu'autrui serait un mémoire dans lequel nous nous percevons et que les jugements d'autrui sur nous seraient intériorisés et créeraient les perceptions que nous avons de nous.

Ce chercheur prétend donc que nous sommes ce que les autres pensent de notre apparence, de notre caractère, de nos faits et gestes. L'individu finit par intégrer et s'approprier ces jugements. Cette idée de soi à trois composantes :

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

Donc Cooley à considérer le soi comme étant principalement une construction social, menée à travers des échanges linguistique (intégration symbolique) avec d'autre. Et pour lui l'intériorisation des opinions d'autrui sur le soi est un élément fondamental de la pensée. Elle se fait en fonction de modalités qui excluent toutes influences fugaces, disparates, par des autrui significatifs. (Famose. J. P, 2002, P.19)

Pour cet auteur, l'estime de soi ne résulte pas de la confrontation entre soi idéal et soi réel comme l'a évoqué James, mais bien de confrontation entre soi idéal et soi perçu qui dépend de l'environnement relationnel de chacun.

2-9-3-La théorie de George Herbert Mead

En 1934 Mead à étudié de façon approfondie le problème de lien entre le soi et le milieu. Pour lui le soi d'un individu se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui à l'intérieur d'un contexte dans lequel cet individu et autrui interagissent. Le soi, « n'est pas présent au départ, à la naissance, mais se développe tout au long de l'activité et de l'expérience sociale ». Tandis qu'une expression facial peut être observé seulement par l'autre, le comportement vocal peut être entendu à la fois par ce lui qui parle et par l'auditeur,

par conséquent, c'est à travers l'utilisation du langage que l'individu développe l'habitude à prendre le rôle de l'autre.

Ce chercheur distingue deux aspects du soi le " Je " et le "Moi " comme élément constitutifs du soi »le Je représente l'aspect créateur du soi qui répond aux attitudes d'autrui qu'on a intériorisées, alors que le moi est justement cet ensemble organisé des jugements d'autrui que le soi assume. (Martinot. D, 1995, P.14)

Mead postule, lui que ce serait la moyenne de ces jugements qui serait intériorisée. Et qu'il s'agisse de gagner un sentiment d'appartenance en se conformant aux exigences du miroir sociale.

2-9-4-La théorie de Carl Rogers

Rogers soutient que les individus cherchent à maintenir leur cohérence et à conserver un état de congruence entre les perceptions du soi et l'expérience. Les expériences perçues comme menaçantes pour le concept de soi peuvent néanmoins demeurer hors champ de la conscience. (Pervin. A, John. O, 2005, P.162)

Rogers a développé un test simple qu'il appelle « Q » sort pour appréhender le soi (trier des qualités, sur des cartes apparaissent des qualités comme « intelligence, optimisme ; ambitieux, anxieux, heureux, impulsif, exigeant et sociale ». (Hansenne. M, 2003, P. 356).

Pour cet auteur le soi idéal représenté également un concept important, c'est le concept de soi que l'individu aimerait atteindre.

A la fin on peut dire que malgré les différenciations des conceptions théoriques sur la définition du concept de soi, qui demeure, d'une manière générale, tout ce qui est spécifique à l'individu qui est bien organisé et indépendant de tous les sentiments et ses perceptions envers lui-même, et aussi sa perception de son image de soi et de son corps qui influence sur sa personnalité.

Conclusion

En guise de conclusion l'estime de soi est un concept riche et difficile à définir, cependant on peut dire aujourd'hui que l'estime de soi résulte d'une construction psychique ainsi que d'une activité cognitive et sociale. Cette construction s'exerce tout au long de la vie du sujet.

Donc l'estime de soi reste une dimension fondamentale de notre personnalité et un élément vital de notre équilibre psychologique.

Chapitre II : l'enfant handicapé moteur

Préambule

Le handicap moteur indique qu'un membre, ou l'ensemble du corps souffre d'une incapacité. Les enfants porteurs de ce handicap peut être plus lent que les autres enfants dans tous les gestes de la vie quotidienne (manger, s'habiller, aller aux toilettes, etc....) À travers ce chapitre, on va essayer d'aborder les trois concepts : le handicap, le handicap moteur et l'enfant handicapé moteur.

1-L'handicap

1-1-Histoire et évolution du concept de handicap

Le terme « handicap » littérairement signifie en anglais «hand in cap » qui est la main dans le chapeau, il apparait pour la première fois au XVI siècle en Grande-Bretagne pour désigner un jeu dans lequel les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Actuellement, il y a eu une évolution notable du sens de handicap puisqu'il n'y a plus de faute commise, mais des victimes à indemniser. (Gillig. J-M, 1999, P.112)

L'OMS a adopté en 1975 les définitions de Wood. Celui-ci fait la distinction entre « déficit », « incapacité » et « handicap » :

-Le « déficit » est une perte ou atteinte portant sur un organe ou une fonction. Il consiste donc en une limitation d'organique.

-L' « incapacité » ou « invalidité » est l'absence ou la réduction quantitative ou qualitative de la capacité d'agir caractérisant la population « normale ». Il s'agit d'une limitation de l'activité.

-Le « handicap » est la somme des frustrations durables ou temporaires qui résultent d'un « déficit » ou d'une « incapacité » entraînant l'impossibilité partielle ou totale d'occuper le rôle attendu ou souhaité par l'individu dans la société. Il s'agit donc des conséquences des « déficits » ou « incapacité » dans le cadre de vie. Il peut être social, mental, physique, économique, culturel... Il peut être très hétérogène quant à ses manifestations (visibles ou non). Ceci introduit aussi les notions d'épanouissement et d'autonomie. (Gillig. J-M, 1999, P.115)

A travers cette histoire et évolution de concepts handicap en peut dire que ce dernier a progressivement reçu une définition plus large, il peut être assimilé à un désavantage face à une situation. Il se distingue de la déficience ou de l'incapacité qui sont en amont du processus de handicap

1-2-Définition de handicap

Pour certains, notamment dans les pays anglo-saxons, l'approche est radicale : « Le handicap est une situation handicapante due aux barrières environnementales, économiques et sociales qu'une personne, en raison de ses déficiences, ne peut surmonter de la même façon que les autres citoyens » (Association des Paralysés de France, 1996, P.7)

Dans un autre document européen émanant d'un groupe d'association de personnes handicapées, le handicap : « apparaît dans l'interaction entre la déficience, la limitation fonctionnelle et une société qui produit des barrières empêchant l'intégration ». (Ibid., 1996, P.7)

Selon Rêne Lenoir: « est handicapé la personne qui en raison de son incapacité physique ou mentale de son comportement psychologique ou de son absence de formation est incapable de pouvoir a ses besoin ou exige des soins constants ou se trouve ségrégée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité. (Libirman. R, 1999, P.38).

D'après ces définitions, le handicap comme une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions.

1-3-Les types de handicap

1-3-1-L'handicap mental

Le handicap mental est la perte définitive des capacités intellectuelles ou affective entraînant l'absence ou la limitation d'au moins 80% des capacités à exécuter une activité considérer comme normale pour un être humain détermine exclusivement par un médecin spécialiste dans handicap mental ou psychiatrique. (Gérard. Z, Domminique. P, 2004, P. 197)

Donc le handicap mental est une difficulté à comprendre et une limitation dans la rapidité des fonctions mentales sur le plan de la compréhension, des connaissances et de la cognition.

1-3-2-L'handicap sensoriel

Consacre aux déficiences auditives et visuelle qui touchent toutes deux l'intégrité et l'appareil sensoriel si c'est effectivement leur caractéristique commune, rien de semblable une nouvelle fois entre une atteinte congénitale et une atteinte acquise entre une absence totale de la vue ou de l'ouïe et des déficiences plus légères il en va de même de l'hétérogénéité de développement psychologique et enfants concernés. (Guidette. M, Tourette. C, 1999, P.55)

Le handicap sensoriel regroupe les difficultés liées aux organes sensoriels, et plus particulièrement : handicap auditives et visuelle

1-3-3-L'handicap moteur

Le handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction psychologique ou anatomique, il peut résulter d'une atteinte du système nerveux central ou périphérique, des muscles. (Samuel. G.P, 2010, P. 169)

Le handicap moteur recouvre l'ensemble des troubles pouvant entraîner une atteinte partielle ou totale de la motricité.

2-Handicap moteur**2-1-Definition de handicap moteur**

Il peut définir le handicap moteur comme : « une déficience spécifique de capacité fonctionnelle du corps ce qui rend l'individu incapable de pratiquer ces activités de façon normale psychique. Le taux de le handicap moteur varie d'une société à une autre selon certain nombre de facteur tel que l'acquise la conscience sanitaire et culturel la sensibilisation ainsi que les accidents, les guerres et les catastrophiques naturel ». (Samuel. G.P, P.261)

Handicap moteur est incapable de faire ces activités d'une façon banale c'est-à-dire il trouve des difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes.

2-2-Les types de le handicap moteur

Les handicaps moteurs engendrent des déficiences aux origines très diverses, on peut les regrouper en trois catégories :

2-2-1-Déficiences motrices acquises

Elles sont constituées par les séquelles d'accidents, ou de maladie ayant atteint la fonction motrice au cours de la vie, par exemple : les accidents de la route qui provoquent 1000 paralysés par an, dont 1/3 tétraplégique, et 2/3 paraplégique. (Jacqueline. G, Corine. C, 2004, P64.

2-2-2-Déficiences motrices d'origine congénitales

Elles sont à des maladies, aux accidents survenus pendant la grossesse, ou au cours l'accouchement, entraînant des malformations et des destructions organiques chez l'enfant « à l'origine d'infirmité motrice cérébrale » (Jacqueline. G, Corine. C, 2004, P64)

2-2-3-Déficiences motrices d'origine héréditaires

Une maladie héréditaire est due à une perturbation de l'information génétique portée par les chromosomes, et transmise par l'un ou les deux parents. (Jacqueline. G, Corine. C, 2004, P64.

2-3-Classement des causes de handicap moteur

On va présenter deux classements :

2-3-1-Classement des causes par mécanisme général de survenue

C'est une des voies les plus courantes et utiles, à condition de bien définir chaque terme utilisé. On peut ainsi opposer :

A-Classement selon la période de survenue : handicaps congénitaux et acquis

La date d'apparition du handicap est une 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 (congénital signifie inné : présent dès la naissance). Il est acquis si sa révélation survient après (chez le nourrisson, l'enfant ou l'adulte). (Association des paralyses en France, P. 130)

Parmi les causes de handicaps, 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) ; les maladies peuvent être soit congénitales (exemple : achondroplasie), soit acquises (exemple : sclérose en plaques), soit tantôt l'un tantôt l'autre en fonction de leur sévérité (certaines maladies neuromusculaires sont tantôt congénitales, tantôt de découverte plus tardive). (Association des paralyses en France, P. 130)

L'ambiguïté vient parfois de qu'on ne désigne pas sous les termes « congénital » et « acquis » l'apparition du handicap (défiance repérable, incapacité présente), mais le mécanisme qui mène aux déficiences ; ainsi, pour une maladie génétique comme la myopathie de Duchenne, l'anomalie génétique responsable est par définition congénitale, mais l'apparition de la maladie est le plus souvent observée dans la petite enfance (handicap acquise). De même, une malformation telle que la syringomyélie primitive, par définition congénitale, peut ne se révéler qu'à l'âge adulte. (Association des paralyses en France, P. 130)

B-Handicaps par malformation, maladie, blessure traumatique, vieillissement

B-1-Les handicaps 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).

Exemple : malformations crânio-cérébrales : microcéphalie, agénésie du corps calleux, porencéphalie ; malformation 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'autre comme des malformations ; les pieds bots acquis étant, eux, par définition, des déformations. (Association des paralyses en France, P. 130)

B-2-Handicaps traumatiques (ou par blessures traumatismes)

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 : 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 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) (Association des paralyses en France, P. 131)

B-3-Handicaps 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.

Exemple : infirmité motrice cérébral, accident vasculaires cérébraux, sclérose en plaques, poliomyélite, myopathies, polyarthrite rhumatoïde, ostéogénèse imparfaite, etc. (Association des paralyses en France, P. 131)

B-4-Handicaps par vieillissement

Il sont en fait souvent dû 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. (Association des paralyses en France, P. 132)

C-Handicaps évolutifs et non-évolutifs

Sur le principe, la distinction est simple : évolutif signifie susceptible d'évolution-en pratique d'aggravation-par opposition à des pathologies non évolutives ou fixées. Evolutif s'applique au processus pathologie lui-même (un handicap par traumatisme est par définition non évolutif) et non au handicap au travers des déficiences et des capacités. C'est pourquoi cette notion d'évolutivité est contestée par certains, d'autant que l'expérience montre que, même pour les affections non évolutives (IMC, polio, accidenté...), les incapacités évoluent souvent.

Cependant, craindre que ses incapacités s'aggravent avec l'âge, ou savoir d'emblée qu'elles vont inexorablement s'aggraver au fil du temps, n'est pas la même chose : une personne atteinte d'une « maladie évolutive » sait bien ce que signifie ce terme, pratique, dans sa vie.

Par maladie évolutive, on désigne donc de fait des affections dont l'évolution est attendue et péjorative (aggravation, ou au mieux stabilisation), dont le traitement est pour l'instant symptomatique ou palliatif.

Exemple : (cf. article spécifique pour chaque) : sclérose en plaques, maladie de Friedreich et ataxies cérébelleuses héréditaires, maladie de Charcot, amyotrophies spinales infantiles, maladie de Charcot-Marie-Tooth, dystrophies musculaires progressives, polyarthrite rhumatoïde...

Il faut souligner l'extrême variabilité de l'évolutivité et de la sévérité de ces affections : maladie évolutive ne signifie pas maladie létale (mortelle), ni même diminution de l'espérance de vie. (Association des paralyses en France, P. 132)

2-3-2-Classement par mécanisme lésionnel

C'est une toute autre façon de situer et de classer les causes de handicaps entre elles, plus médicale et plus précise, plus proche des prises en charge proposées aussi : un enfant atteint de lésions cérébrales et un autre de lésions médullaires, présenteront un certain nombre de déficiences de nature différente, donc des problèmes spécifiques et des réponses adaptées en termes de soins, d'accompagnement, de vie sociale : par exemple troubles neuropsychologiques et difficultés d'apprentissage pour le premier (IMC, traumatisé crânien...), handicap sphinctérien pour le second (spina par exemple). C'est la base de la Classification Internationale des Maladies, même si – et c'est la une limite importante – cette nomenclature mélange les niveaux étiologiques (causes) et les déficiences.

La commande volontaire du mouvement, du cerveau qui commande à la moelle et aux nerfs qui transmettent, jusqu'aux muscles qui agissent sur l'outil qu'est le squelette, on peut ainsi comprendre et situer l'essentiel des affections invalidantes en fonction de leurs conséquences : lésions cérébrales (exclusives ou prédominantes) ; lésions médullaires ; lésions neuromusculaires ; lésions ostéo-articulaires. C'est le principe du classement utilisé par l'APF dans un but de repérage des causes des handicaps moteurs en fonction du type d'atteinte (Association des paralyses en France, P. 132)

La plupart des affections citées ne sont pas source que de déficiences motrices mais, notamment pour celles responsables de lésions cérébrales, de déficiences multiples dont des déficiences motrices, voire de polyhandicap. Ces aspects spécifiques seront évoqués pour chaque pathologie, mais feront aussi l'objet d'articles spécifiques (Troubles associés, Polyhandicap). (Association des paralyses en France, P. 133)

Au sein de chaque grande rubrique (exemple : encéphalopathies métaboliques et/ou dégénératives, myopathies, etc.), une multitude de critères médicaux sans cesse affinés permettent de subdiviser encore les regroupements proposés et d'individualiser entre elles des affections précises, ou des groupes homogènes. Il est impossible de rentrer dans ces subdivisions précises dans le cadre de cet ouvrage, d'autant que l'évolution de la recherche, particulièrement de la génétique, est dans ces domaines d'un apport majeur et incessant : on pourra, pour certains groupes comme les myopathies, se reporter aux nosologies (classifications) actuellement proposées en sachant qu'elles sont encore en plein bouleversement. (Association des paralyses en France, P. 133)

2-4-Les conséquences de le handicap moteur : lorsque un individu atteint de le handicap peut engendrer chez ce dernier plusieurs conséquences parmi ses répercussion on trouve :

- 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 ;
- La changement de mobilité. Atteinte gestuelle et préhension surtout pour la personne en fauteuil est modifiée, le manque d'accessibilité pour la plupart de temps ;
- La méfiance que le handicapé sentira planer autour de lui ;
- Le malaise qui nait de la méconnaissance des accidents neurologiques. (Bouzenoune. Y, 2008, P10).

2-5-Les signes cliniques de le handicap moteur : afin de classé un handicap dans une catégorie moteur on a plusieurs signes clinique a retenu :

- Un déficit moteur avec hypotonie
- Le déficit moteur est d'intensité variable selon le degré de l'atteinte, allant d'une simple diminution de la force musculaire à une paralysie complète et flasque. Il est coté de 1 à 5
- Absence de contraction volontaire
- Contraction faible sans déplacement
- déplacement possible si l'action de la pesanteur est compensée
- Déplacement possible conte la pesanteur
- Déplacement possible contre la pesanteur et contre résistance
- Force musculaire normale

-Amyotrophie : due à la perte de l'innervation musculaire consécutive à la lésion des fibres motrices

-Diminution ou abolition des réflexes ostéotendineux : due à l'interruption de l'arc réflexe

-Crampes: elles peuvent être révélatrices de l'atteinte neurogène périphérique

-Fasciculation : elles sont surtout fréquentes au cours de la moelle

-Autres signes associés

-Des signes sensitifs : peuvent être associés à ces signes moteurs lorsqu'il existe une atteinte concomitante des fibres sensitives

-Des troubles trophiques et vasomoteurs ainsi que des troubles végétatifs peuvent être présents en cas d'atteinte concomitante des fibres du système nerveux autonome. (Danziger. N, Alamowith. S, 2003, P.355)

2-6-Programme de prise en charge

Les difficultés rencontrées peuvent devenir telles qu'elles ne laissent aucune possibilité réelle de réintégration. Il ne s'agit plus, d'orienter, d'aider, de stimuler, d'informer ou de récompenser, mais d'assurer une véritable prise en charge des personnes les plus faibles.

Le plus souvent, le secteur associatif bénévole ou religieux, a un rôle important dans la réponse apportée aux besoins de ces personnes. Les autorités publiques, notamment locales, commencent de plus en plus à stimuler et aider ces initiatives. (Conseil de l'Europe, 2001, P42).

Il existe plusieurs types de prise en charge :

-Prise en charge médicale ou paramédicale pour des personnes en difficulté soit de par la nature de leurs maladies (Maladies incurables. Sexuellement transmissibles, toxicomanie), soit de par leur manque de moyens.

- Prise en charge ou suivi psychologique ou psychiatrique des personnes en difficultés.

- Accompagnement complexe des personnes ayant subi des expériences traumatisantes : victimes des violences, des abus sexuels.

- Suivi des jeunes délinquants.

- Prise en charge des personnes âgées, handicapées ou à mobilité réduite.

Les solutions de prise en charge sont multiples et de nombreuses expériences ont montré leur utilité ? Il convient néanmoins de rappeler la nécessité d'avoir une approche globale et des démarches coordonnées dans ce domaine. (Conseil de l'Europe, 2001, P42).

3-L'enfant handicapé moteur

3-1-Définition de L'enfant et de l'enfance

-Au sens étymologique, le terme d'enfant des latins « infans », désigne l'être humain qui n'a pas encore acquis l'usage de la parole.

-Dans sa définition actuelle en psychologie le terme d'enfance désigne une étape du développement de l'être humain qui, selon les auteurs, se situe entre la naissance et la maturité, entre la naissance et la puberté ou encore entre l'émergence du langage et la puberté. (Osterrieth. P. A, 2004, P. 29).

3-2-L'enfant handicapé moteur

Enfant, porteur d'un handicap moteur est un sujet qui partage notre humanité et s'insère dans la société où nous vivons. Si ses difficultés sont d'origine néonatale, telles les infirmités motrices d'origine cérébrale (IMOC), ou liées à des malformations congénitales ou encore à des maladies évolutives graves dès la petite enfance, nous nous intéresserons à la naissance psychologique de ce sujet. (Association des paralysés en France, P. 60).

3-3-Altération dans le processus d'identification primaire

L'enfant handicapé moteur va rencontrer des difficultés particulières dans cette expérience singulière qu'est la construction du sujet. Il va d'abord être confronté à une altération dans les premiers processus d'identification primaire.

L'identification est un concept psychanalytique : il s'agit du processus psychologique par lequel le sujet se construit sur le modèle de l'autre. Freud définit l'identification primaire comme étant précoce, directe et immédiate, en lien avec les parents.

Quand nous faisons connaissance avec un nouveau-né, d'emblée nous savons que ce bébé appartient à l'espèce humaine, qu'il nous ressemble et qu'il va devenir un homme ou une femme comme nous. (Association des paralysés en France, 1996, P.60)

Mais si ce bébé présente des lésions du fonctionnement neuro - biologique et n'a pas les comportements d'attachement habituels (regards, sourires, succion...), notre regard va s'arrêter sur lui ou le fuir. Est interrogé alors le mode d'appartenance à l'espèce humaine.

La mère assure la continuité temporelle des soins et des contacts, mais c'est l'espace psychique de l'illusion et de la désillusion qui fonde la naissance de soi et de l'autre, du désir et de la pensée. Ce mécanisme de l'illusion, décrit par Winnicott (médecin anglais) en 1945, est le mécanisme psychique de base de l'identification primaire. L'illusion serait l'adéquation entre l'attente de l'enfant qui a besoin de quelque chose et la réponse de la mère qui comble ce besoin. La mère va maintenir pour le bébé un " environnement suffisamment bon ", qui lui permettra d'expérimenter son unité, la fiabilité de son fonctionnement psychique et sa continuité d'être au monde. L'enfant s'unifie en intégrant vécus corporels (la faim, le froid, le malaise...) et vécus psychiques (la peur, l'angoisse, le plaisir...) que les parents contiennent d'abord pour lui. (Association des paralysies en France, 1996, P. 61)

La mère, en transmettant l'illusion, lui en fournit en même temps le modèle. Petit à petit, la mère va s'adapter moins étroitement à l'enfant. Celui-ci s'accommodera de l'absence d'ajustement des réponses à ses besoins. Par exemple, il lui faudra attendre un peu le biberon, celui-ci ne sera pas là à l'instant précis où il a faim. C'est le processus de la **désillusion**, modèle psychique transmis aussi par la mère, qui permet l'accès à la différence moi/non-moi et à la différence des êtres. L'enfant poursuivra ensuite son développement par des identifications secondaires au moment de la période précœdipienne (par exemple, le petit garçon voudra être fort comme papa). (Association des paralysies en France, 1996, P. 61)

Le handicap introduit l'échec de l'illusion, car celle-ci suppose la réciprocité des échanges, le partage d'un même espace mental. Une maman très blessée par l'annonce du diagnostic, décontenancée par ce bébé, vivra une douloureuse expérience : à la place d'une réciprocité s'installe une altérité. Cet enfant est différent, autre.

L'enfant handicapé, face à ces altérations, peut présenter divers troubles d'importance variable, suivant la nature de son handicap et le vécu particulier de celui-ci par sa famille : troubles dans l'identification, vécus primitifs non intégrés, troubles graves de l'intégration psyché-soma (se manifestant par : convulsions, épilepsie..), angoisses archaïques, angoisses de séparation, inhibitions, phobies, etc., (Association des paralysies en France, 1996, P.61)

3-4- Les troubles du développement cognitif

Les enfants handicapés présentent souvent les deux troubles d'apprentissage suivants :

3-4-1- Les troubles d'apprentissage par difficultés de représentation de soi

Leurs comportements se caractérisent par :

A-De l'agressivité : Celle-ci se déclenche essentiellement autour de situations de rupture et de perte. Il y a régression cognitive, pas de tristesse, et de la violence ;(Cahn. R, All, 1972, P. 155)

B-Une dépression : Constamment présente, sous-jacente ;(Ibid., 1972, P. 155)

C-De l'agitation et de l'instabilité : Celles-ci ont un rôle de pare-excitation, palliant le défaut de constitution d'une enveloppe du Moi;(Ibid., 1972, P. 155)

D-Des troubles psychosomatiques et hallucinatoires : Il y a alors confusion entre réalité et fantasme, des expériences primaires ayant été non refoulées, non symbolisées, non représentées. Le bébé vit en effet dans un monde psychique composé de perceptions sensorielles brutes (non analysées) et d'hallucinations, sans qu'il fasse de différence entre les deux. Le bébé projette sa perception hallucination et c'est la réponse d'un milieu familial calme, apaisant et nourricier qui lui permet une représentation.

La réponse des parents atteints dans leur capacité parentale, n'est parfois pas adéquate. Ce qui n'a pas été représenté pour le bébé va être traité dans le corps, soit sous forme psychosomatique, soit sous forme hallucinatoire renvoyant à un conflit entre le perçu et le pensé. Ces confusions passent souvent inaperçues. ;(Cahn. R, All, 1972, P. 155)

3-4-2- Les troubles d'apprentissage par difficulté d'appropriation :

La pathologie d'appropriation a son origine entre la période orale et préobjectale et l'organisation œdipienne de la personnalité. L'enfant est alors confronté à deux phénomènes :

- il ne distingue ni le dedans du dehors, ni ce qui est lui de ce qui est son environnement ;
- il possède une importante sensibilité sensorielle à l'environnement.

Ceci aboutit à une " pathologie du début de contact " (Berger. M, 1992, P.113).

L'enfant ne met pas son intelligence au service des apprentissages. Il ne cherche à apprendre que ce qui lui permet de s'attacher à l'adulte. Les risques majeurs sont la chronicisation et la débilisation. Le problème est que toute tentative pédagogique a un effet sur l'enfant. Dans les troubles d'appropriation, l'enfant a été investi par la mère, mais tout rapprochement entre eux s'est accompagné d'une emprise désorganisatrice de la part de cette dernière. Ceux-ci peuvent prendre différents aspects :

A-L'apprentissage faisant fonction de lien : ainsi, la mère de Maxime ne s'adresse à son fils que par l'intermédiaire de questions portant sur ses connaissances. Pour la première fois, elle le conduit dans une salle où il va venir deux fois par semaine rencontrer d'autres enfants. *Elle est comment la table ? Il y a combien d'enfants ? Combien de chaises ?* Le savoir est alors le lien avec la mère. On ne peut se l'approprier, ni jouer avec, ni le modifier, ce serait perdre la mère ;(Berger. M, 1992, P.113)

B-L'apprentissage comme lieu de dés idéalisation : l'enfant peut être pris dans une idéalisation telle de ses parents que toute appropriation d'un savoir ne fera que le rendre encore plus conforme à l'image dont il se sent prisonnier. Une seule solution : décevoir ses parents; (Berger. M, 1992, P.113)

C-La pathologie de l'inertie : c'est la problématique du forçage, que nous rencontrons trop souvent chez les enfants handicapés. Il y a une indistinction entre l'effort et le forçage, confusion entre l'effort et l'exigence de l'autre en soi.

L'enfant répond par l'inertie quand il s'agit de travailler et de répondre. On est dans l'accélération artificielle des processus de maturation. Il n'y a ni droit à l'erreur ni jeu dans l'apprentissage. (Berger. M, 1992, P.114).

3-5-Les difficultés de la relation parents/enfants :

La première relation bébé-parents, mère-bébé, va donc se mettre difficilement en place. à partir des travaux de Winnicott se référant à des qualités d'environnement adaptées autour de la mère " suffisamment bonne " et des recherches récentes autour du bébé montrant que celui-ci a d'emblée des comportements signifiants à l'intérieur d'une interaction avec sa mère et son entourage, on peut introduire le postulat suivant : " il existe un enfant suffisamment bon qui doit présenter des caractéristiques telles qu'elles permettent l'étayage de la parentalité dans le lien symbolique qu'elle entretient avec l'enfant imaginaire de chacun des parents " (André. F, 1986, P. 96).

Un enfant handicapé ou gravement perturbé constitue une atteinte profonde dans le fonctionnement économique ou structural de la famille.

Le fonctionnement familial se caractérise en premier lieu par l'échec de l'identification projective. La mère n'arrive pas à transformer en vécus psychiques supportables les sensations-émotions de l'enfant. (Association des paralyses de France, 1996, P. 70)

La mère qui n'arrive pas ainsi à répondre à son enfant se sent attaquée dans sa capacité maternelle et envahie en retour par le vécu brut et les angoisses du bébé. Il en est de même pour le père. Les parents vont alors s'intéresser au corps handicapé ou malade, qu'il faut guérir, rééduquer. Cet engagement dans l'organique, le handicap, entraîne un fonctionnement mental de l'ordre de la sidération. (Association des paralyses de France, 1996, P. 70)

La dynamique psychique qui s'installe dans la famille est mortifère. Le plaisir individuel, les préoccupations personnelles sont interdits. Tous les espaces psychiques sont aliénés au sauvetage de l'enfant, ceci au risque d'une mort psychique collective.

Il s'agit d'une pensée sans portée symbolique. Ainsi, on ne parle que de l'inéluctable du handicap : l'appareillage, les couches, le fauteuil roulant..., sans perspective fantasmatique. Il faut plus de rééducation, afin que l'enfant marche ou parle... Mais que cet enfant éprouve des sentiments, souffre, désire, c'est très difficile à envisager dans un premier temps.

Comment investir cet enfant ? Se met en place une symbiose pathologique pour contenir la défaillance d'investissement de l'enfant. On peut même parler d'identification adhésive, au sens d'E. Bick, identification narcissique primitive où sujet et objet sont en continuité corporelle. (Association des paralyses de France, 1996, P. 70)

Le handicap introduit également une faille dans le système d'inscription symbolique, qui entraîne le déni de la différence des sexes et des générations.

Sont questionnés la généalogie et le désir structuré par l'Œdipe.

On ne trouve pas de loi sexuelle. Le père est un père sans pouvoir.

Les familles d'enfants handicapés se caractérisent également souvent par un déni extrême de l'Œdipe, qui se manifeste par des réalisations ou quasi-réalisations incestueuses. Le nombre d'enfants dormant avec leurs parents, prenant des bains avec eux jusqu'à un âge avancé est très important. Sous couvert de contingences matérielles, de surveillance nécessaire, de sécurité, s'est installée une fusion symbiotique. Celle-ci permet le maintien d'une relation narcissique où l'inceste réalisé prévient la représentation de l'inceste. La famille est enfermée dans un fonctionnement de type Ant-Œdipe ; Une des difficultés rencontrées par les familles est ensuite celle de soutenir l'investissement de l'enfant, tant la réponse de celui-ci est anormale ou tant son évolution est lente. Le problème est de maintenir pendant plusieurs années quelque chose de l'intensité, de l'attention qui caractérise la relation entre la mère et le bébé lors de la première année de la vie. (Association des paralyses de France, 1996, P. 71)

Aller à la rencontre de ces parents si blessés va demander aux professionnels écoute, disponibilité et compréhension de ces modes de défense plus ou moins agissants dans les familles. L'épreuve rencontrée par la famille l'atteint douloureusement et les conséquences qui peuvent en découler sont graves. Mais, si l'énonciation d'une atteinte somatique a d'abord un effet de sidération, bien soutenue par des équipes de soins, la famille peut affronter une période de dépression, renonçant à l'idéal d'un enfant réparé, pour découvrir un enfant déficient physiquement certes, mais qui parle, qui aime, et qui peut accéder à une certaine autonomie sociale, s'insérant par-là dans la communauté. (Association des paralyses de France, 1996, P. 71)

3-6-Prise en charge et orientation de l'enfant handicapé moteur

L'enfant handicapé est un enfant. Son approche médicale demande un savoir-faire particulier lié à la prise en charge des enfants. Si l'enfant est une personne à part entière il n'en reste pas moins sous l'autorité de ses parents et son autonomie en dépend. Il n'est donc pas envisageable soit d'exclure les parents, soit d'exclure l'enfant. Tout l'art du médecin sera de concilier la demande de l'enfant, la demande des parents et les exigences de soins. Dans le cadre de la médecine du handicap, les situations d'urgence ou de risque vital sont peu fréquentes, la participation du patient aux soins est indispensable et l'approche médicale impose d'acquiescer son adhésion aux propositions thérapeutiques ou de prise en charge.

La demande de l'enfant s'adapte souvent à celle de ses parents, cette demande n'est pas toujours dans la réalité des possibilités thérapeutiques et des soins.

Le rôle du médecin est alors d'accompagner l'enfant et ses parents vers une plus juste réalité pour mettre en adéquation ce que la médecine peut apporter et ce que les parents et l'enfant en attendent. (Bouchlakh. M, 2008, 55)

3-6-1-Handicap chez l'enfant :

Un enfant peut présenter une déficience motrice des 2 membres inférieurs (paraplégie secondaire à un Spina Bifida, ou diplégie spastique liée à une infirmité motrice cérébrale) responsable d'une incapacité à la marche et d'un handicap variable en fonction des situations et de l'environnement avec cette même déficience et cette même incapacité l'enfant en fauteuil roulant devant un plan incliné ne présentera pas un handicap aussi grave que l'enfant en fauteuil devant des escaliers. Cette notion de handicap n'est pas différente de celle de l'adulte.

Chez l'enfant, le lien parental est omniprésent. Ce même enfant devant un plan incliné peut avoir un handicap très différent selon qu'il est en fauteuil ou en poussette. Dans le premier cas, l'indépendance matérielle de l'enfant en fauteuil lui permet d'expérimenter son autonomie (psychoaffective) face à ses parents, comme un autre enfant, il monte seul jusqu'au sommet; dans le second cas l'enfant en poussette reste dans la dépendance physique de ses parents qui le poussent et dans l'impossibilité d'exercer ses tentatives d'autonomie.

Le désavantage n'est pas de ne pouvoir monter le plan incliné mais de pouvoir faire les expériences nécessaires à son développement psychoaffectif.

Le but de la prise en charge en médecine physique et réadaptation n'est pas ici que l'enfant puisse accéder au sommet mais qu'il puisse avoir les mêmes chances qu'un autre enfant d'évoluer vers une autonomie adulte. (Bouchlakh, M, 2008, P.55)

A l'extrême un enfant peut présenter un sur-handicap : surcharge progressive d'une déficience physique ou psychique par des troubles cognitifs ou relationnels liés à de mauvaises conditions d'environnement (école, famille, établissement de soins...) entraînant replis autistique, passivité, troubles d'apprentissage. Il est particulièrement important d'en tenir compte chez l'enfant. (Bouchlakh, M, 2008, P.55)

3-6-2-Orientation de l'enfant handicapé moteur

L'enfant handicapé moteur vit au sein de sa famille, comme un autre enfant.

En fonction de sa déficience et de ses incapacités, une intégration en milieu scolaire ordinaire peut aggraver le handicap en plaçant l'enfant en situation d'échec et de rejet. Une intégration en milieu adapté est alors souhaitable.

Il existe différentes structures pour accueillir ces enfants en fonction de la déficience, en fonction de l'objectif fixé et de l'âge. (Bouchlakh, M, 2008, P.56)

A-Chez l'enfant avant trois ans

Les enfants sont suivis par le secteur hospitalier dans des services spécialisés (neuro-pédiatrie, ophtalmologie, pédopsychiatrie, ORL...), la déficience motrice n'a pas encore révélée toutes les incapacités, on est parfois encore dans la période de dépistage et de bilans. Les parents sont informés petit à petit des conséquences de la déficience et de la prise en charge qui sera la mieux adaptée. Ils n'ont pas encore réalisé le caractère définitif des

lésions. La rééducation est débutée en secteur libéral en attendant une orientation vers une équipe. (Bouchlakh, M, 2008, P.57)

B-Chez l'enfant avant six ans

Il est préférable de favoriser le milieu familial et une scolarisation en milieu ordinaire, en maternelle, en fixant les objectifs et les modalités de cette intégration.

Les équipes les plus adaptées sont :

le centre d'action médico-social précoce (CAMSP), pour les enfants dont le handicap est d'origine motrice. Il s'agit de structure dépendant du secteur médical, n'imposant pas l'avis d'une commission. L'enfant peut y être adressé directement par son généraliste. Le médecin responsable jugera des possibilités de prise en charge de cet enfant.

Les CAMSP sont spécialisés dans une déficience ou sont polyvalents. CAMSP assure le suivi médical spécialisé, les prises en charge rééducatives, l'intégration scolaire, l'orientation des enfants.

L'intégration scolaire en milieu ordinaire est favorisée par les lois récentes. Un

Plan d'Accueil Individualisé (PAI) peut être signé avec les différents partenaires (parents, enseignants, soignants). Parfois, une auxiliaire à l'intégration peut être envisagée à l'école pour pallier certaines des incapacités de l'enfant qui pourraient empêcher l'enseignant d'exercer son rôle auprès des autres enfants de la classe. Certaines rééducations peuvent se faire au sein de l'école, la scolarité peut être proposée à temps partiel. (Bouchlakh, M, 2008, P.57)

C-Chez l'enfant après six ans

A six ans la grande étape de l'acquisition de la lecture va être décisive pour l'orientation de l'enfant, quel que soit la déficience.

Le suivi médical et rééducatif ainsi que l'orientation scolaire est alors assuré par des Services de Soins et d'Education à Domicile (SESSD) qui prennent en charge les enfants après le CAMSP.

Ces équipes dépendent du secteur médico-social et imposent l'avis de la Commission Départemental d'Education Spécialisée (CDES).

Comme les CAMSP, les SESSD sont plus ou moins spécialisées dans la prise en charge d'une déficience.

Si l'enfant est capable d'acquisitions scolaires au rythme des autres enfants il reste en milieu ordinaire avec ou sans PAI et auxiliaire à l'intégration. (Bouchlakh, M, 2008, P.57)

Il peut aussi être intégré dans des classes spécialisées qui existent au sein des écoles, les CLIS qui permettent une scolarisation adaptée au rythme d'acquisition de l'enfant.

En fonction de l'importance de la rééducation et des possibilités d'acquisitions scolaires, il est parfois préférable de proposer un établissement spécialisé (Centre d'Education Motrice, Institut Médico-Educatif, Institut Médico-pédagogique), en externat ou internat selon l'environnement familial et les possibilités locales. (Bouchlakh, M, 2008, P.58)

Dans ces établissements les acquisitions scolaires ou pédagogiques sont assurées ainsi que le suivi médical spécialisé et les prises en charge rééducatives. L'orientation dans ces établissements dépend de la décision de la CDES et des possibilités d'accueil du centre. Il y a souvent de longues listes d'attente, en particulier depuis la loi Croton qui impose aux établissements de garder les enfants au-delà de l'âge limite supérieur d'accueil si aucune solution d'orientation n'a été trouvée. (Bouchlakh, M, 2008, P.58)

L'enfant qui ne peut être suivi par une structure de ce type, du fait du refus de la famille, de l'absence de structure à proximité du domicile, de manque de place, peut suivre ses différentes rééducations en secteur libéral : kinésithérapie, orthophonie, orthoptie, pris en charge à 100%, ergothérapie ou psychomotricité non pris en charge par la sécurité sociale. Il est alors primordial que la famille soit accompagnée par une équipe hospitalière pour permettre la cohésion entre les différents intervenants et établir les priorités de prise en charge.

Il est prévu une Allocation d'Education Spécialisée (AES) (dont le taux est décidé par la CDES et le versement assuré mensuellement par la Caisse d'Allocations Familiales) pour pallier les dépenses liées au handicap.

Dans tous les cas une demande de prise en charge à 100% peut être demandée auprès de la sécurité sociale soit dans le cadre d'affection reconnue longue durée (ALD) soit à titre exceptionnel. (Bouchlakh, M, 2008, P.58)

Conclusion

En guise de conclusion de ce chapitre, on peut considérer que l'enfant handicapé moteur est un enfant ayant une déficience qui a ces causes et ces conséquences, elle reste toujours l'un des sujets les plus complexes, qui nécessite l'intervention interdisciplinaire pour une meilleure prise en charge.

Partie pratique

Chapitre I : Méthodologie de la recherche

Préambule

Lorsqu'on parle de la recherche en psychologie clinique, il convient de dire que ces recherches interviennent en milieu naturel, et font principalement appel aux méthodes cliniques dont l'objectif est d'identifier les composantes d'une situation donnée, et parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes.

Le thème de la présente recherche est l'étude de « l'estime de soi chez les enfants handicapés moteurs », comme toute recherche assujettie à la méthodologie, notre démarche méthodologique est la suivante.

1-La démarche de la recherche.

1-1-La pré-enquête

Est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle est appelée phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposant un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente. (Cario. R, 2000, p113).

La première étape de notre recherche, a été un travail d'exploration de terrain, qui nous a permis la réalisation du pré enquête.

Notre pré enquête d'une durée de deux mois, effectuée auprès des enfants handicapés moteur et leurs parents, rencontrés à l'association Elhayat d'aide aux handicaps situé à Ighil-Ali (Bejaia).

C'était une période enrichissante pour notre recherche ; on a vue quelques enfants handicapés moteurs, avec lesquels on a fait la passation d'échelle.

Ce travail nous a permis de recueillir auprès des enfants ayant une déficience motrice leurs perceptions de leur handicap, et évaluer leurs degrés d'estime de soi.

Cette pré enquête nous a aidé dans la formulation de notre question de recherche et nos hypothèses.

1-2-La méthode clinique

Les sciences humaines et sociales ont fait d'énormes progrès, elles ont appliqué de nombreuses méthodes, un ensemble de techniques pour appréhender les phénomènes étudiés.

On a opté dans notre présente recherche pour une méthode clinique qui a été définie par Lavarde : «Historiquement, la méthode clinique est avant tout l'étude approfondie d'un cas individuel qu'il soit normal ou pathologique. Mais la méthode clinique s'applique également à l'étude des groupes (petits ou grands) étudiés dans des contextes différents ». (Lavarde. A.M, 2008, p232).

Selon 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 . (Chahaoui.kh, Bénony. H, 2003, P.11)

Dans toute recherche, le choix d'une méthode clinique est guidé par la nature des hypothèses et des questionnements que formule le chercheur à propos du phénomène qu'il se propose d'étudier.

Comme notre recherche vise à décrire une des composantes de la personnalité, qui est l'estime de soi chez l'enfant handicapé moteur. On a opté pour une étude de cas.

L'étude de cas se présente comme une méthode d'analyse intégrative et inductive des données cliniques. C'est une méthode cohérente au projet de la psychologie clinique, aussi bien dans la pratique que dans la recherche. On dénote deux conceptions de l'étude de cas.

Une première conception qui vise à l'intégration des données cliniques hétérogènes provenant de diverses sources (échelle, entretien clinique etc..). Elle cherche à décrire la personne totale, ses différentes problématiques, son contexte, dans un but de compréhension (genèse-cause). Cette conception est dite : pragmatique, évaluative.

La seconde conception, thérapeutique, illustrative, vise à la restitution de la singularité du sujet relève aussi de l'histoire de vie. Cette dernière se réfère à la fois à une clinique du sujet et à une clinique du social. (Tavris. C, Wade, C, 1999, P39).

La Partie Méthodologique

Si notre choix s'est porté sur l'étude de cas parce qu'elle correspond au principe de notre étude qui est l'observation et la description de nos sujets. Elle permet de replonger dans l'histoire du sujet, dans son vécu, et dans ses conflits.

Par cette méthode nous allons tenter de décrire le plus précisément possible le problème actuel des enfants handicapés moteurs ainsi d'évaluer le degré d'estime de soi chez ces sujets en tenant compte de la répercussion de cet handicap sur ses différentes circonstances vécues.

2-Présentation du lieu de recherche

L'approche du terrain est très importante pour réaliser une étude ou une recherche scientifique puisqu'elle constitue une base de données et d'informations sur le sujet étudié.

Notre étude s'est déroulée au niveau de l'association Elhayat d'aide aux handicaps, Ighil-Ali, Wilaya de Bejaia qui a été créée par un groupe plein d'énergie, armé de volonté et avec beaucoup d'espoir et de courage le 16 juin 2013. Dans le but d'animer et matériellement, l'éducation et formation des personnes aux besoins spécifiques (handicapés) et leur insertion dans la vie, et ce, dans la mesure de nos possibilités.

Elle active dans le domaine social et milite pour les droits des personnes aux besoins spécifiques (Handicapés), incite et anime les actions de recherche et de réflexion dans tous les domaines relevant de ses objectifs. D'initier l'aménagement d'espaces d'échanges d'expériences avec toute structure nationale ayant les mêmes objectifs.

-La prise en charge : il est assuré par une équipe pluridisciplinaire, qui est formée de :

- Un président
- Deux sociologues
- Deux psychologues
- Deux éducatrices
- Trois fonctionnaires administratifs

3-Groupe de la population d'étude

Afin d'élaborer cette recherche, on a choisi six cas des enfants handicapés moteurs intégrés à association Elhayat d'aide aux Handicaps, Ighil-Ali, Bejaia, et leurs parents sont

La Partie Méthodologique

issus de différentes catégories sociales. La tranche d'âge de nos sujets est de (8 à 12) ans. Le tableau suivant présente une description de notre population d'étude.

Tableau N°2 : Tableau représentatif de notre population d'étude.

Cas	Age	Sexe
Cas 01	9	Masculin
Cas 02	11	Masculin
Cas 03	10	Féminin
Cas 04	8	Masculin
Cas 05	9	Masculin
Cas 06	12	Féminin

La sélection de cette population a été faite selon les critères suivants :

- Critères d'homogénéités retenues

- Enfant handicapé moteur scolarisé.

-Intégration dans une association d'aide aux handicaps.

- Agé entre 8 et 12 ans car l'estime de soi ne se mesure chez l'enfant qu'à partir de l'âge de 8 ans.

- Critères non pertinents

- Le niveau socioculturel : nous n'y avons pas accordé d'importance sachant que la déficience motrice peut atteindre toutes les classes sociales.

- Le sexe : nous n'avons pas accordé d'importance pour cette variable dans notre recherche, sachant que notre échantillon d'étude est composé de garçon et de fille.

4-Les techniques de recherche utilisées

Dans chaque discipline, les chercheurs ont élaboré ou adapté certaines techniques qu'ils utilisent systématiquement, car elles conviennent parfaitement aux objets qu'ils étudient. Il faut cependant opérer des choix, car plus d'une technique peut être utilisée, et chaque

La Partie Méthodologique

chercheur doit déterminer quelles sont les techniques de recherche les mieux adaptées à sa problématique. (Chahraoui. KH et Benony. H, 2003, P. 140).

Notre étude relève de la démarche clinique qui privilège certains outils tels, l'entretien clinique et l'échelle de l'estime de soi vue leur importance dans l'étude et leur complémentarité, ce qui nous permet de ramener le maximum de données possibles sur le thème d'étude.

4-1-L'entretien clinique

L'entretien clinique est la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentation, sentiments, émotions, expériences) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. Selon Gotman A, l'entretien clinique se définit comme étant : « un outil de prédilection de la phase exploratoire d'une enquête, c'est un processus exploratoire qui contient une possibilité permanente de déplacement de questionnement et permet le processus de vérification continue et de reformulation d'hypothèses. (Gotman. A, 2007, P. 39).

Dans notre recherche, on a opté pour l'entretien clinique de recherche où notre position est de demandeur. Il existe trois types d'entretien clinique : directif, non directif et semi directif, nous avons opté dans notre recherche pour l'entretien semi-directif. L'attitude non directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée, avec le projet d'explorer des thèmes particuliers, 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.

Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. (Fernandez. L, et Catteeuw. M, 2001, P.76)

4-1-1-La conduite de l'entretien clinique de recherche

L'entretien de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré où le chercheur formule est préparé la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée. (Blanchet. A, Gotman. A, 2007, P. 39)

La Partie Méthodologique

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisée ; il s'agit d'avantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien, la préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu.

4-1-2-Le guide d'entretien

Il est défini comme un « ensemble organisé de fonction, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewe » (Blanchet. A, Gotman. A, 2007, P. 39).

Nous avons opté pour l'entretien semi directif car il permet de recueillir plus d'informations possibles sur le sujet, ce derniers se définit comme : « une technique directe d'investigation scientifique utilisés auprès d'un individu ou un groupe de personne qui permet de leur interroger d'une façon plus libre en vue de contrôler des informations ». (Charhraoui. K, Benony. H, 2003, P.32).

Pour le mener en pratique, on a utilisé un guide d'entretien composé de trois axes dont :

-Les données personnelles, l'objectif est de recueillir les données sur l'enfant handicapé moteur et leurs parents.

-Axe 1 : Le parcours de l'enfant avec son handicap moteur, est composé de quatre questions, cet axe vise à voir comment était le vécu quotidien de ces enfants avec leurs handicaps moteurs.

-Axe 2 : Les perceptions et les attitudes subjectives des parents envers leur enfant handicapé moteur, composé de six questions, l'objectif est de savoir quelles réactions éprouvent les parents envers le handicap de leur enfant, ainsi les réactions de l'entourage (famille, amis, etc...)

-Axe 3 : Le regard vers l'avenir, composé de trois questions, l'objectif de ce dernier axe est de savoir la manière de la projection de l'avenir(le pessimisme ou optimisme).

4-2-Echelle d'estime de soi de Cooper Smith

Pour mesurer le degré d'estime de soi des enfants handicapés moteurs, on a privilégié un instrument anglo-saxon traduit puis validé par le centre de psychologie appliquée (C PA). Il s'agit de l'inventaire d'estime de soi de S. Cooper Smith (SEI).

4-2-1-Description de l'échelle

L'inventaire de Cooper Smith a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel (scolaire). Une échelle de mensonge a été ajoutée. Le SEI (Self Esteem Identity) comporte 58 items, décrivant des sentiments des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case « Me ressemble » ou « Ne me ressemble pas ». Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte). La composition de l'inventaire est identique dans les deux formes : échelle générale, sociale familiale, professionnelle ou scolaire. (Centre de Psychologie Appliquée.1984, P.03).

Le test est constitué de 58items dont 24 positifs et 34 négatifs.

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

Tableau N°3 : Présente les items positifs et négatif de l'échelle d'évaluation de l'estime de soi.

Les items sont aussi répartis selon les composantes théoriques de l'estime de soi et en plus une échelle de mensonge. (Centre de psychologie appliquée, 1984, P.8).

La Partie Méthodologique

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

Tableau N°4 : Les sous échelle de l'échelle d'évaluation de l'estime de soi

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

4-2-2- Les étapes d'analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith

L'administration de l'inventaire peut est individuelle ou collective.

La passation dure environ 10 minutes. Au cours de l'administration, l'examineur évite tout commentaire ou explication, et aussi l'emploi du terme « estime de soi » comme la recommande le manuel de test d'estime de soi.

La consigne d'administration de l'échelle est la suivante :

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

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de première colonne, intitulée « Me ressemble ». Quand une phrase n'exprimera pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « Ne me ressemble pas ». (Centre de psychologie appliquée, 1984, P. 9).

La Partie Méthodologique

4-2-3-Cotation

La correction du test SEI de fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith. La grille est la suivante :

Composantes	Items	Réponses	Notes	
Estime de soi générale	Positif	1-4-19-27-38-39-43-47	Me ressemble	1
		Ne me ressemble pas	0	
	Négatif	3-7-10-12-13-15-18-24-25-30-31-34-35-48-51-55-56-57.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi sociale	Positif	5-8-14-28.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22-44.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi scolaire	Positif	33-37-42.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	2-17-23-46-54.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Echelle de mensonge	Positif	26-32-41-50-53-58.	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	Négatif	36-45.	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

Tableau N°5 : Présentation de la grille de cotation

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

La Partie Méthodologique

La note totale d'estime de soi s'obtient en comptant les notes des quatre échelles : générale, familiale, sociale et scolaire. La note à l'échelle de mensonge n'est pas incluse dans le total.

La note maximale est de 26 pour l'échelle générale, de 8 pour les autres échelles. Elle est de 50 pour la note de l'estime de soi. (Centre de psychologie appliquée, 1984, P.10, 11).

4-2-4-Classement et interprétation

Après la correction des réponses obtenues, on aura la note totale de l'estime de soi ainsi que les notes de ses différentes composantes théoriques et aussi la note totale de l'échelle de mensonge.

L'interprétation des résultats obtenus dans la correction est basée sur deux tableaux le premiers est celui du niveau total de l'estime de soi classé par ordre en « 5 » classes et le deuxième concernant les valeurs caractéristique des sous échelle (générale, familiale, sociale, scolaire et mensonge). (Centre de psychologie appliquée, 1984, P.12).

4-2-5-Les niveaux de l'estime de soi

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	<18	Très bas
2	19à 30	Bas
3	31à 38	Moyen
4	39à 45	Elevé
5	46 à50	Très élevé

Tableau : N°6 : Les niveaux de l'estime de soi

Source : Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

Le tableau ci- dessus va nous permettre le classement des notes totales de l'estime de soi selon cinq classes. La première (<18) qui est la note minimale indique un niveau d'estime de soi très bas, la seconde (19à30) indique un niveau d'estime de soi très bas. Ces deux classes englobent les sujets caractérisés une évaluation négative d'eux même. Ensuite, la troisième classe (31à38) considérée comme le niveau moyen d'estime de soi, indicateur d'une évaluation positive de soi. La quatrième, indique un niveau d'estime de soi élevé (39à45) considérée comme une bonne estime de soi.

La Partie Méthodologique

Enfin la cinquième et la dernière classe (46à50) englobant les sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (Centre de psychologie appliquée, 1984, P.13).

Sous échelle	Générale	Sociale	Familial	Sociale	Totale	Mensonge
Moyenne	18, 64	5, 67	4, 92	4, 12	33 ,35	2, 38

TableauN°7 : Valeurs caractéristique des échelles

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

Le tableau précédent va nous aider à repérer par une comparaison intra- individuelles, le domaine ou l'estime de soi est la plus basse ou la plus élevés. Il est utilisé aussi dans l'interprétation de la note d'échelle de mensonge. Une note élevée peut simplement indiquer une attitude défensive vis à vis du test, ou un désir de donner une bonne image de soi. L'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu à cette échelle. Notons que la note maximum est de 26pour l'échelle Générale, et de 8 pour les autres échelles. Elle est de 50 pour la note d'estime de soi. (Centre de psychologie appliquée, 1984, P.14).

Conclusion

Ce chapitre méthodologique nous permet d'assurer une meilleure organisation à notre travail de recherche, comprendre le déroulement de la démarche clinique et connaître la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique mais aussi apprendre l'utilisation des techniques à suivre dans l'analyse de contenu des cas.

Chapitre II : présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses

Préambule

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats des six cas avec lesquels nous avons travaillé. Chaque cas sera présenté comme suit : présentation générale du cas et analyse des résultats de guide entretien (avec leurs parents), en suite analyse des résultats de l'échelle de Cooper Smith puis présentation d'une synthèse générale sur le cas.

1-Présentation et analyse des cas

1-1-Présentation et analyse de premier cas : Nommé Safi

A-Présentation générale du cas

Safi est un garçon âgé de 9 ans, il est le premier d'une fratrie de trois enfants. Il est scolarisé en deuxième année primaire pour la troisième fois, son père est un maçon et sa mère femme au foyer.

B-Présentation et analyse de l'entretien

L'entretien a été effectué avec la mère de Safi, âgée de 32 ans, le 08-12-2014. A ce moment le père était absent.

Avant d'entamer cet entretien, nous avons remarqué que la maman semblait être pressée d'en finir tout en s'excusant d'avoir des engagements et de ne pas pouvoir rester face à cette attitude, nous l'avons rassuré que l'entretien n'allait pas longtemps, finalement elle a accepté.

Après cela, elle s'est montrée calme et donnait des réponses directes suivies de moments de silence.

Madame Zahra nous a parlé des difficultés que son fils rencontre chaque jour, elle a déclaré : « Il ne peut pas marcher, lorsque il dorme, il ne peut pas se tourner ni se relever » « Ougazmirara adhyedou, mayghen, ougazmirara adhidewar nagh adhyeklav ».

Et concernant la description et la réaction de son fils face à son handicap, elle nous révèle qu'il est gêner et qu'il n'arrive pas à s'adapter avec sa situation « Ça lui devenu une habitude de crier à haute voix : « pourquoi c'est juste moi » » « Thoghales dhal3ada adhyes3aguidh mlih : « achimi dhenkini kan » ».

Présentation et analyse des résultats

A propos de ses sentiments et ses émotions à l'égard de sa situation nous avons constaté qu'elle souffre et qu'elle n'a pas pu s'adapter à l'état de son fils, elle déclare « Ça me fais très mal de voire mon fils comme un handicap.... je ne peux pas supporter et c'est plus fort que moi....j'ai dit, oh mon dieu qu'est-ce que j'ai fait de mal pour que tu me punisse avec mon fils » « Itsakrahiyi lhal mlih mazeraghd ami am le handicap....ouzmirghara adhssiportigh bazef feli....nighas arabi dhacho ikhadhmagh bach th3okvadhiyi s ami ».

Après cela elle nous a parlé des efforts et des recherches qu'elle a fait pour mieux comprendre et pourquoi pas aider son fils : « J'ai parlé à plusieurs professionnels et j'ai cherché beaucoup mais pour rien » « Hadhragh ibazef li professionnel nodhagh bazef mais pour rien » ce qui montre que cette femme a perdu l'espoir.

A la fin d'entretien et concernant l'avenir de son fils, elle nous a dit : « qu'il n'a pas d'avenir, c'est juste : il mange, boit et il dort » « ougas3iwara l'avenir, c'est juste : adhyech, adhisso, adhighan ». Ce qui prouve que la vision de cette mère envers l'avenir de son fils est pessimiste, ce qui influence négativement sur ce dernier.

C-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas(1)

« Safi »

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Degré
05	02	02	02	11	04	Très bas

Tableau N°8 : Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Safi »

La lecture des résultats montre que le sujet à un degré très bas d'estime de soi, à un total de « 11 »

Le score de notre sujet au niveau de la sous échelle générale est de 5, cette valeur est une note inférieure à la moyenne estimée à 18,64. Ce qui est apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. L'exemple de l'Item N° 04, sa réponse été : « Ne me ressemble pas » (Oyesmathalara), donc une réponse négative, ce qui explique que le sujet présente une hésitation et une incertitude de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi sociale inférieurs à la moyenne : 2<5,67, ce qui explique qu'il se sous-estime, par exemple l'Item N°52 « Les autres viennent souvent m'embêter » (Widnidhen tsassend aydironjin), Safi a confirmé qu'il est souvent critiqué par les autres, cela s'explique par un sentiment d'infériorité par rapport à eux.

Présentation et analyse des résultats

Son résultat dans la sous échelle familiale, est de « 2 » est très bas par rapport à la moyenne, il est $2 < 4,92$, L'Item N°44, ou Safi affirme que sa famille ne s'occupe pas de lui suffisamment, l'Item N°09 « En général, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens » (3amaten imawlaniw tshadaren iwayen ithousough), il a confirmé en cochant sur « Ne me ressemble pas » (Oyesmathalara) qui explique qu'il ressent la négligence de ses parents.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, le degré est inférieur à la moyenne à un score de $2 < 4,12$. Exemple de l'Item N°46 « En classe, je ne réussis pas bien que je le voudrais » (Glaclasse oussawadheghara adnedjhagh aken ivghigh), sa réponse était : « Me ressemble » (Yesmathaliyid), Cela veut dire que Safi a confirmé son insatisfaction de ses résultats scolaires.

Sur l'échelle de mensonge, Safi présente un score supérieur à la moyenne : $4 > 2,38$. Cela veut dire qu'il a une attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse

D'après la concordance des réponses données à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on constate que Safi présente un degré d'estime de soi très bas qui est à un degré de (11).

1-2- Présentation et analyse de deuxième cas : Nommé Sami

A-Présentation générale du cas

Sami est un garçon âgé de 11 ans, il est le plus jeune d'une fratrie de deux garçons et il est scolarisé en cinquième année primaire pour la deuxième fois. Son père est un menuisier et sa mère est femme au foyer.

B-Présentation et analyse des résultats de l'entretien

L'entretien a été effectué avec la mère de Sami, âgée de 42 ans, le 15-12-2014. A ce moment le père était absent.

Au cours de l'entretien, madame Nora s'est montré calme, souriante, avec des réponses détractes. Elle décrit que son fils a beaucoup de difficultés, et elle nous a dit aussi :

Présentation et analyse des résultats

« Mon fils n'aime pas parler avec ses camarades ou avec la famille » « Ami oughamlara adhyahdhar dhyemdokalis nagh dhlafami », ce qui montre que cet enfant s'éloigne des autres.

Durant l'entretien cette dame nous révèle qu'elle souffre trop « Je me sens toujours malade, ça me fait mal au cœur » « Ashosogh toujours halkhagh, ikarhiyi woliw ».

Concernant les efforts et les recherches qu'elle a fait pour aider son fils, elle nous déclare qu'elle n'a pas beaucoup cherché, parce que pour elle ce n'est pas important, personne ne pourra l'aider « Pour moi ce n'est pas important de faire des recherches sur ça, car personne ne pourra l'aider » « Arghori machi dhalhadja iglaken bach adhnadhigh, akhatar yawen ougazmir athi3iwen », donc cette femme a perdu espoir de sauver son fils.

Et aussi envers sa famille qui n'a pas accepté son fils tel qu'il est, elle nous a dit « Par exemple mon frère me dit : notre famille, sont tous des normaux sauf toi qui a un enfant handicapé » « Par exemple aghma yakariyid : la famille anagh auk normalithen hacha khami idyas3an akchich ama3dhor » puis elle nous a dit aussi « cette attitude m'a dérangé vraiment » « Imawkif agui idérongiyi » (larmes aux yeux) ce qui prouve que cette maman est gênée par l'attitude de sa famille envers la situation de son fils.

A la fin, la vision de cette femme envers l'avenir est pessimiste « Je ne veux pas mourir avant lui, je ne veux pas le laisser derrière moi » « Ovghighara adhamthagh akvalis, ovghighara athidadjagh dhafiri », en quelque sorte elle reconnaît les limites de son fils, elle veut être à côté de lui.

C-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (02) « Sami »

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Degré
05	04	01	03	16	03	Très bas

Tableau N°9 : Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Sami »

Le cas 5 a un degré très bas estime de soi, avec un total de 13, cela démontre qu'il n'a pas une évaluation positive de soi.

Il affiche des résultats différents sur toutes les échelles, ou il présente un degré inférieur, même très bas par rapport à la moyenne sur l'échelle générale $5 < 18,64$, ce qui était remarqué dans les différentes réponses obtenues sur cette échelle : l'exemple de l'item N°27 : « Je suis

Présentation et analyse des résultats

assez sur de moi » (S3igh chwiya kan laman dgui), sa réponse était « Ne me ressemble pas » (Oyesmathalara).

Le score de l'échelle sociale est inférieur par rapport à la moyenne : $4 < 5,67$. Cela affirme que notre cas présente des difficultés au niveau de ses relations sociales. Par exemple l'item N°14, la confirmation de la réponse le prouve.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi familiale, le score est très bas par rapport à la moyenne, il présente des difficultés dans son milieu familial, l'exemple de l'item N° 16 : « Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison » (Thikwal vaqogh adedjagh akham), sa réponse était « Me ressemble » (Yesmathaliyid)

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, il présente un degré bas, avec un score inférieur à la moyenne $3 < 4,12$. Ce qui explique sa non satisfaction de son rendement scolaire. Exemple de l'Item N°33 « Je suis fier de mes résultats scolaires » (Ferhagh siguemadhen nlekrayaw), sa réponse était « Ne me ressemble pas » (Oyesmathalara).

Sur l'échelle de mensonge, il affiche un score de $3 > 2,38$, cela veut dire qu'il a une attitude défensive vis-à-vis le test, et un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse

D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on a constaté que le handicap moteur a une influence négative sur l'estime de soi du sujet.

1-3- Présentation et analyse de troisième cas : Nommé Missila

A-Présentation générale du cas

Missila est une fille, âgée de 10 ans, avec un niveau d'étude de 4^{ème} année primaire, elle est l'aînée d'une fratrie de trois enfants une fille et deux garçons, son père est un directeur, et la mère femme au foyer.

B-Présentation et analyse des résultats de l'entretien

L'entretien a été effectué avec la mère de Missila, âgée de 38 ans, le 22-12-2014. A ce moment le père était absent.

Présentation et analyse des résultats

Au cours de l'entretien, notre sujet s'est montré calme, le contact a été marqué par un climat de confiance, de collaboration. Sa participation au cours de l'entretien est caractérisée par beaucoup d'émotions.

Madame Samira s'est mis d'accord pour discuter de le handicap de sa fille après lui avoir expliqué les objectifs de l'entretien.

Cette femme nous a parlé des difficultés rencontrées par leur fille, elle décrit que le handicap moteur de cette dernière présente une source de gêne quotidienne, elle m'a confié : « Faire sa toilette en faisant appel à une tierce personne la gêne » « Thaswagini, mti isnaghara il3avdh wisthlatha, mithakhdam la toilette inas », ce qui montre que cette fille n'admet pas sa situation.

Elle est aussi confrontée à d'énormes difficultés comme le sentiment d'ignorance par son mari, elle rappelle dans ses propos : « Ça me fait mal de voir les autres pères parler gentiment avec leurs enfants, et pas mon mari avec notre fille....Je me demande souvent pourquoi mon mari est toujours sévère avec ma fille et pas avec mes autres enfants, peut-être à cause de son handicap » « Itskrahayi lhal mti izrigh ivavathan anidhan hadran gentiment dthwarawansan, machi amyali....Saksayagh dima achimi argaziw toujours kasih kan afyali, machi dthwarawiw nidhan, yazma lhal fadra likhsas agué ninas », ce qui confirme l'énorme poids de cet handicap ressenti par cette patiente.

Au cours de l'entretien, notre sujet nous révèle que sa fille déteste de rester à la maison « Ma fille préfère sortir que de rester à la maison, pour que nous soyons alaises, en particulier son père » « Yali thasprifiri assafagh wala assakim gokham, bacha anili alaz khassatan vavas », ce qui prouve que missila ressent que sa présence à la maison est une source de gêne.

Par ailleurs cette mère nous a déclaré que le regard des autres la mettait dans un état de souffrance et d'irritabilité « Le regard d'autrui envers ma fille me dérangeait, et me mettait dans un état de souffrance » « Yasdirongiye amakh italayan wiyadh ar yali, tsofrigh ».

A la fin madame Samira a une vision pessimiste envers l'avenir de sa fille en disant : « Je ne pense pas qu'elle se mariera, elle a des manques » « Ohsighara atsazwadj, thkhos » elle reconnaît ses insuffisances.

Présentation et analyse des résultats

C-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas(3)

« Missila »

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Degré
15	6	3	4	28	02	Bas

Tableau N°10 : Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Missila »

Missila a présenté un degré bas d'estime de soi à un total de (28), ce qui signifie une évaluation négative de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale sont inférieurs par rapport à la moyenne : $15 < 18,64$, ce qui a été apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle, on peut donner l'exemple de l'Item N° 03 : Missila a confirmé sa réponse, ce qui démontre qu'elle n'a pas une conscience de la valeur réelle du moi.

Son résultat dans la sous échelle sociale est de 6, ce qui indique un degré très élevé par rapport à la moyenne estimée à $5,67$, ce qui signifie que le sujet, s'adapte bien avec son milieu, ce qui est confirmé sur l'échelle sociale par des réponses positives.

Son score au niveau de la sous échelle familiale est de 3, une note inférieure à la moyenne estimée à $4,92$, ce qui indique que notre cas manifeste une basse estime de soi familiale. Exemple : l'Item N°6 « A la maison, je suis facilement contrariée » « Madiligh goukham sahlagh iz3af », elle a confirmé en cochant sur « Me ressemble » « Ysmathaliyed ».

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, Missila présente un degré très proche de la moyenne $4 < 4,12$, ce qui explique sa satisfaction de ses succès égaux à ses aspirations.

Dans l'échelle de mensonge, Missila présente un degré inférieur par rapport à la moyenne $2 < 2,38$. Cela veut dire qu'elle ne présente aucune attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse

D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on constate que le sujet a une faible estime de soi.

1-4- Présentation et analyse de quatrième cas : Nommé Halim

A-Présentation générale du cas

Halim est un garçon âgé de 8 ans, il est le premier d'une fratrie de deux garçons et il est scolarisé en deuxième année primaire. Son père est un facteur et sa mère est femme au foyer.

B- Présentation et analyse des résultats de l'entretien

L'entretien a été effectué avec la mère de Halim, âgée de 34 ans, le 26-12-2014. A ce moment le père était absent.

D'abord cette dame avait l'air très dynamique, de bonne humeur, calme, ses réponses sont directes non complexes.

Au cours de l'entretien, notre sujet nous révèle que son fils présente beaucoup de difficultés « Il ne pouvait plus courir, ni jouer, ni manger, comme tous les enfants de son âge » « Ogazmirara adhyazal, adhyorar, adhyach amnassa amtiziwinis », elle nous a dit aussi que il n'est pas à l'aise soit à la maison ou en classe « Il se sent toujours dérangé par nous ou par ses camarades en classe » « Yashosso toujours bli yaswadirongi ama dhnakni ama dhimdocalis gla classe », ce qui prouve que ce garçon est gêné par l'attitude de ses parents et de ses camarades.

Concernant l'état actuel de Halim, elle déclare : « Il est très nerveux, très stressé » « Iza3af mlih, i stressé mlih » ce qui signifie qu'il souffre de son état.

Après l'annonce de le handicap de son fils, ses réactions sont déclarées ainsi « J'étais choqué » « Achoquigh » « Nous étions tristes » « Nahzane », « C'est normal, j'ai été blessé » « c'est normal, ighadhiyi lhal », ce sont des signes d'un choc du fait de ne pas s'attendre à cet événement.

Durant l'entretien madame Sabrina a déclaré qu'elle s'isole des autres et s'enferme sur soi « A cause de le handicap moteur de mon fils, j'ai fermé sur moi, quand il y a un événement je ne partirai pas » « a3ladjal nlikhsas nami, ghalkagh afyimaniw, mayala khra idyadhran osrohoghara » (Larmes aux yeux), ce qui signifie qu'elle souffre.

Présentation et analyse des résultats

Et à propos des bons moments qu'elle a passé avec son fils, elle nous a dit : « J'ai aucun bon moment, vraiment c'est un cauchemar » « Olach ola dhyiwan al moment l3ali, vraiment dhacochmar », donc elle a une attitude négative envers handicap moteur de son fils.

A la fin, la patiente déclare : « Concernant l'avenir, je ne vois aucune issue et j'évite même de la penser » « Ayan ya3nan l'avenir, odzaragh ola dhyawan wavridh tsivitigh même adhkhamamagh falas », ce qui montre le désespoir de cette patiente.

C-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (4) « Halim »

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Degré
17	04	03	02	26	03	Bas

Tableau N°11 : Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Halim »

Halim présente un degré bas d'estime de soi à un total de 26, ce qui signifie une évaluation négative de soi.

Le résultat de notre cas dans la sous échelle générale est de «17 », qui il est inférieur à la moyenne estimée à 18,64, ce qui était apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. Halim a confirmé par « Me ressemble » « Yismathaliyid » pour l'Item N°13, « Tout est confus et embrouillé dans ma vie » « Koulech yakhrav yerna yarwi guedonithiw ».

Sur l'échelle d'estime de soi sociale, le score est inférieur à la moyenne : 4<5,67, on peut donner l'exemple de l'Item N°21 : ou il nous affirme que la majorité des gens sont mieux aimés, ce qui confirme qu'il se dévalorise.

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, il présente un score de 3<4,92, ce qui indique un degré bas de la moyenne estimée. Exemple l'Item N°16 « Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison » « Thikwal veqogh adedjagh akham », sa réponse « Me ressemble » « Yesmathaliyide », cela veut dire que Halim confirme d'avoir l'envie de quitter le foyer familial, cela est causé par les relations perturbées au sein de la famille.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, il présente un degré inférieur à la moyenne 2<4,12, l'exemple de l'Item N°02 « Il m'est très difficile de prendre la parole en classe » « Youssayid you3ar adhadhragh glaclasse », cela affirme que notre cas présente des difficultés scolaires.

Présentation et analyse des résultats

Dans l'échelle de mensonge, Halim a présenté un degré supérieur à la moyenne : 3<2,38, cela veut dire qu'il y'a une attitude défensive vis -à vis du test, et un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse

D'après cette analyse, on n'a constaté que Halim présente un degré d'estime de soi bas (26) tel qu'il est indiqué dans l'inventaire de Cooper Smith. (Un résultat de 19 à 30 indique une estime de soi basse).

1-5- Présentation et analyse de cinquième cas : Nommé Yanis

A-Présentation générale du cas

Yanis est un garçon âgé de 9ans, il est le plus jeune d'une fratrie de deux garçons et il est scolarisé en quatrième année primaire. Son père est un boucher et sa mère enseignante.

B-Présentation et analyse des résultats d'entretien

L'entretien a été effectué avec le père de Yanis, âgée de 50 ans, le 04-01-2015. A ce moment la mère était absente.

Au cours de l'entretien monsieur Rafik était très calme, détendu, dès le départ il s'est montré coopératif, n'avait aucun obstacle de parler des difficultés liées à le handicap de son fils.

Le père de Yanis nous a déclaré : « Mon fils ne peux pas marcher, ce qu'il oblige alors à utiliser une chaise roulante » « Ami ogazmirara adhyado, dhayani ithihatman adhi sakhdham la chaise roulante », « Sincèrement ça me touche de voir tous les enfants de son âge marcher et lui tout le temps assit et clouer sur cette chaise » « Asah asah kan itsakrahiyi alhal mazaragh arach ntiziwinis tsadont nassa gmadyali was nassa yakim yarna issama afocarsi yagui », (un moment de silence), cette situation permanente et éprouvante l'épuise et le met dans un état de souffrance.

Concernant l'état de son fils à l'école, il nous a avoué que ce dernier aime les activités que leur enseignante propose sauf le sport, il déclare aussi : « Quand il voit ses camarades faisant le sport, lui ne peut pas, il pleure et il crie : pourquoi c'est juste moi » « Mayzar imdocalis tsal3avan sport, nassa oyazmirara, niyasro wa adhyas3aguidh : achimi adhnak kan », ce qui montre que Yanis n'est pas satisfait de leur situation.

Présentation et analyse des résultats

Lors de l'entretien effectué avec notre sujet, il nous a révélé qu'il lui consacre plus de temps « Je passe plus de temps avec lui que avec mes autres enfants » « S3adayagh atas nalwakth yadhas wala dhwarawiw nidhan ».

Monsieur Rafik nous a dit aussi, qu'il est dérangé par l'attitude d'autrui face à le handicap de son fils « Ils disent qu'il n'est pas complet, et ça me dérange, et ça me fait mal aussi » « Karand bli nassa machi complet, anachtha idirondjiyi, yarna itsakrahiyi ».

Avant de terminer cet entretien, notre sujet nous a déclaré qu'il s'adapte la situation de son fils « Dieu merci qu'il n'est pas handicapé mental » « Hamdo lilah machi dhamakhlol », en comparant son fils avec cette catégorie, il se soulage.

Donc vers la fin ce père prend un grand espoir envers l'avenir de son fils « Je souhaite que Yanis va réussir dans sa vie » « Tsmanighas i Yanis adhi réussi galhayayis ».

C-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (5) « Yanis »

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Degré
11	03	04	04	22	04	Bas

Tableau N°12 : Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Yanis »

Yanis a eu un degré bas d'estime de soi, avec un total de(22), cela démontre qu'il a une évaluation négative de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale sont inférieurs à la moyenne : $11 < 18,64$, ce qui était apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. Exemple : l'item N°3, « Il y'a, en moi, des tas de choses que je changerai, si je le pouvais » « Ellant attas tloufa dgui athentvedlagh loukan izmiragh », sa réponse : « Me ressemble » « Yesmathaliyid », ou il confirme d'avoir envie de changer des choses en lui. On peut expliquer cela par le fait qu'il ne s'adapte pas tel qu'il est, donc il se sous-estime.

Sur l'échelle d'estime de soi sociale, le score est inférieur par rapport à la moyenne, ou il présente $03 < 5,67$. Exemple : l'Item N°21 « La pluparts des gens sont mieux aimés que moi » « Lkhthra nelghachi tswahemlen feli », Yani a répondu « Me ressemble » « Yesmathaliyid », ce qui confirme son évaluation négative de soi.

Présentation et analyse des résultats

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, il présente un score de 4,92, c'est-à-dire une note proche à la moyenne estimée.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, les résultats sont proches de la moyenne, ils sont à 4,12. Ce qui explique sa satisfaction de son rendement scolaire : Exemple : l'item N°37 « Je fais toujours mon travail de mieux que je peux » « Khedmagh lkhodmaw aken imouzemragh », il assure qu'il fait son travail de mieux qu'il peut.

Dans l'échelle de mensonge, Yanis présente une attitude défensive vis-à-vis du test, ou bien un désir de donner une meilleure image de soi, ce qui est prouvé par son degré élevé par rapport à la moyenne 2,38 sur l'échelle de mensonge.

Synthèse

La concordance entre les résultats obtenus à l'entretien et les scores du test d'évaluation d'estime de soi, montre un degré bas d'estime de soi (22) et ça en rapport à la classe présentée dans l'inventaire (entre 19 à 30 signifie un degré bas d'estime de soi). Donc une évaluation négative de soi.

1-6- Présentation et analyse de sixième cas : « Siham »

A-Présentation générale du cas

Siham est une fille âgée de (12) ans elle est la troisième d'une fratrie de quatre enfants (deux garçons et deux filles). Elle est scolarisée en première année secondaire, son père est un comptable, et sa mère est une femme au foyer.

B-Présentation et analyse des résultats d'entretien

L'entretien a été effectué avec le père de Siham, âgée de 53 ans, le 11-01-2015. A ce moment la mère était absente.

Le contact avec lui a été riche, il se présente sérieux, calme, souriant, vigilant, collaborant dans l'entretien, cela aussi dans la communication, il est instruit ce qui nous a facilité la tâche de ne pas traduire ou de trop expliquer.

Monsieur Ali nous a parlé de l'état actuel de sa fille et comment elle réagit face à son handicap « On ne dirait pas qu'elle est une fille handicapée, elle est calme, stable, très normal

Présentation et analyse des résultats

comme toutes les filles », ce qui montre qu'elle ne trouve pas beaucoup de difficultés malgré son handicap.

Concernant l'état de Siham à l'école et à la maison, notre sujet nous a déclaré qu'elle ne trouve pas d'obstacle « elle est aisée », donc cette fille n'est pas gênée par l'attitude de sa famille et de ses camarades en classe.

Durant l'entretien monsieur Ali nous a déclaré qu'il s'adapte le handicap de sa fille grâce aux rapports de sa famille qui l'encourage « je me suis adapté à handicap de ma fille le plus normalement du monde grâce à ma famille qui m'a jamais laissé », et aussi il investit affectivement sa fille, cela se manifeste dans les efforts fournis par ce père, que ce soit dans sa scolarisation, les séances de rééducation, les consultations chez le psychologue, et la recherche documentaire qu'il a faite. Le recours à la fois « Dieu merci » « lhamdo lilah ».

Lors de l'entretien effectué avec notre sujet, il nous a révélé qu'il passe des bons moments avec sa fille « Tous les moments que je passe avec ma fille sont bons », ce qui montre l'attitude positive de ce père face à le handicap de sa fille.

A la fin une vision optimiste envers l'avenir de Siham « Je voie que ma fille est capable de devenir ce qu'elle souhaite »

C-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du Cas (6) « Siham »

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Degré
19	02	07	04	32	03	Moyenne

Tableau N°13 : Présentation des résultats de l'échelle d'estime de soi obtenus par « Siham »

Ce cas à un degré moyen d'estime de soi, avec un total de 32, ce qui signifie qu'elle a une évaluation positive de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale sont supérieurs à la moyenne, elle présente un score de 19 > 18, 16, ce qui est apparu sur l'ensemble des Item de cette échelle avec des réponses positives.

Ses résultats sur l'échelle sociale sont inférieurs à la moyenne, ou elle présente 2 < 5,67. Exemple : l'Item N°52 elle confirme qu'elle est souvent critiquée par ses camarades, cela s'explique par un sentiment d'infériorité par rapport à eux.

Présentation et analyse des résultats

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, le score marque un degré supérieur à la moyenne : $7 > 4,92$. Exemple de l'Item N°20 « Mes parents me comprennent » « Imawlaniw fahmeniyi », sa réponse était confirmée par « Me ressemble » « Yesmathaliyid », ce qui démontre l'adaptation de son entourage familiale avec une valeur élevée du moi.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, Siham présente un degré très proche de la moyenne: $4 < 4,12$ ce qui explique sa satisfaction de ses succès égaux à ses aspirations. L'exemple de l'Item N°37 le confirme.

Dan l'échelle de mensonge, le sujet a présenté un degré supérieur par rapport à la moyenne : $3 > 2,38$, ce qui indique une attitude défensive envers le test et le désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Synthèse

La cohésion entre propos de l'entretien ainsi que les résultats obtenus au test d'évaluation d'estime de soi, montre qu'une évaluation positive de soi, à un degré moyen d'estime de soi avec un score de 32.

De ce fait, on remarque que le handicap moteur n'a pas une influence négative sur l'estime de soi de Siham.

• l'échelle Présentation et analyse des résultats de l'échelle

Résultat De l'échelle							
Les cas	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge	Degré d'estime de soi
Safi	05	02	02	02	11	04	Très Bas
Sami	05	04	01	03	13	03	Très bas
Missila	15	06	03	04	28	02	Bas
Halim	17	04	03	02	26	03	Bas
Yanis	11	03	04	04	22	04	Bas
Siham	19	02	07	04	32	03	Moyen
Moyenne	12	3.5	3.33	3.16	22	3,16	

Tableau N°14 : Résultats de l'échelle

On remarque d'après ce tableau que la moyenne générale de chaque sous échelle du test d'estime de soi de nos cas sont inférieures à la moyenne .ce qui signifie un degré général d'estime de soi bas de nos cas. (Voir le tableau n°14).

Présentation et analyse des résultats

D'après les résultats présentés dans ce tableau, on remarque aussi que la majorité des cas ont une évaluation négative de soi (02/06 Très bas, 03/06 Bas) et l'autre cas (01/06) à un degré moyen d'estime de soi, ce qui veut dire qu'il se caractérise par une évaluation positive de soi. (Voir tableau N°14).

2-Discussion des hypothèses

Durant cette étude, on a tenté d'évaluer le degré d'estime de soi chez les enfants handicapés moteurs, âgés entre 08 à 12 ans. Ainsi d'étudier l'influence d'attitude des parents dans le développement et le maintien d'estime de soi chez cette catégorie de personne en souffrance psychomoteur.

Après avoir présenté et interpréter les résultats obtenus dans notre pratique (résultats du l'entretien semi directif, et d'échelle d'estime de soi). On poursuit avec la phase de discussion de nos hypothèses de recherche.

A partir de l'analyse des résultats de l'entretien semi directif et ceux d'échelle d'estime de soi, on a confirmé nos hypothèses comme suite :

Hypothèse 01: Le degré de l'estime de soi des enfants handicapés moteurs est faible:

(05) cas sur (06) de notre population d'étude confirment cette hypothèse.

Le Cas (01) a eu un score de 11, ainsi, que le cas (02) qui a obtenu un score de 13, sur l'échelle de l'estime de soi, selon les classes présentées à l'inventaire de Cooper Smith (≤ 18) présente un degré très bas d'estime de soi. Ainsi qu'on a constaté que ces scores correspondent en grande partie avec les propos de leurs parents à l'entretien.

Le Cas (03) avec un score de 28 sur l'inventaire de Cooper Smith, ainsi que le Cas (04) qui a obtenu un score de 26 et finalement, le Cas (05) avec un score de 22 ; qui signifie qu'ils ont des degrés bas d'estime de soi selon les classes présentées à l'inventaire de Cooper Smith entre (19 à 30 un degré bas d'estime de soi).

On a constaté aussi que les scores obtenus à l'échelle d'estime de soi pour ce groupe, correspondent en grande partie avec les propos de leurs parents aux entretiens.

Donc les Cas (01), (02), (03), (04) et (05) qui sont handicaps moteurs, ont une basse estime de soi, ce qui veut dire une évaluation négative de soi. Ceci reflète la souffrance psychologique de ces derniers (tristesse, de dévalorisation de soi) due à plusieurs facteurs tel que les difficultés rencontrées à l'école, et à la maison, ainsi qu'un vécu chargé de honte et de culpabilité.

Discussion des hypothèses

De ce fait, il nous semble que notre première hypothèse est confirmée chez la majorité des Cas (05/06).

Hypothèse 02 : L'attitude négative des parents peut engendrer une faible estime de soi chez les enfants handicapés moteurs.

Chez les Cas (05/06) qui se caractérisent par une estime de soi basse, on constate que leurs scores au sous-échelle familiale qui varient entre (01 et 04), correspondent en grande partie aux réponses de leurs parents à l'entretien.

Le Cas (01) qui a eu un score de (02), très bas par rapport à la moyenne au sous-échelle de l'estime de soi familiale, confirme à l'entretien qu'on a fait avec sa mère « Ça me fais très mal de voir mon fils comme un handicap », « Oh mon dieu qu'est-ce que j'ai fait de mal pour que tu me punisse avec mon fils », « qu'il n'a pas d'avenir », ce qui montre l'attitude négative de sa mère et comment elle a pu engendrer une faible estime de soi.

Le Cas (02) à l'entretien, sa mère déclare « Pour moi ce n'est pas important de faire des recherches sur ça, car personne ne pourra l'aider », « Je ne veux pas mourir avant lui », cette attitude négative est confirmée au sous-échelle familiale avec un score très bas (01).

Le Cas (03) à propos des réponses de sa mère, on a prouvé l'attitude négative de ses parents « Je me demande souvent pourquoi mon mari est toujours sévère avec ma fille et pas avec mes autres enfants, peut-être à cause de son handicap » et le score est bas (03) à l'échelle d'estime de soi familiale le confirme.

Le Cas (04) avec un score de (03), bas par rapport à la moyenne, toujours à l'échelle d'estime de soi familiale, confirme l'attitude négative de ses parents à l'entretien avec sa mère, « A cause de le handicap moteur de mon fils, j'ai fermé sur moi, quand il y a un événement je ne partirai pas ».

Le Cas (05) qui a un score inférieur (proche) à la moyenne (04) à sous-échelle de l'estime de soi familiale, confirme à l'entretien « Dieu merci qu'il n'est pas handicapé mental », « Je souhaite que Yanis va réussir dans sa vie ».

Le Cas (06) se caractérise par une évaluation positive de soi. On constate que leur score à sous-échelle d'estime de soi familiale est élevé (07) par rapport à la moyenne (04.92), on trouve que leur score est en concordance avec les propos de son père à l'entretien « je me suis adapté à le handicap de ma fille le plus normalement du monde », « Tous les moments que je passe avec ma fille sont bons », ce qui montre l'attitude positive de ce père envers le handicap de sa fille.

Discussion des hypothèses

Ce qui confirme l'importance du rôle de l'attitude positive des parents dans l'acceptation et l'estimation de soi chez les enfants handicapés moteurs, ce qui confirme notre deuxième hypothèse.

D'après cette analyse, on constate que la majorité des Cas (05/06) de notre population d'étude se caractérise par une évaluation négative de soi. Et une estime de soi basse (05/06) marquée par l'attitude négative des parents envers la situation de leurs enfants handicapés moteurs, et une estime de soi positive (01/06) marquée par une existence de l'attitude positive des parents dans l'adaptation et l'estimation de soi chez les enfants handicapés moteurs .

Ce qui confirme en grande partie nos hypothèses de recherche. Il est signalé que les résultats de notre recherche sont éphémères, ne peuvent pas être généralisés, car notre population d'étude ne représente pas la population mère.

Conclusion

Après la présentation, l'analyse et la discussion des résultats issus de l'ensemble des outils utilisés, nous avons abouti à la confirmation de nos hypothèses.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'estime de soi des enfants handicapés moteurs est un thème d'étude très important et très sensible à traiter et cela pour différentes raisons, soient liées au contexte socioculturel Algérien ou à la personnalité des sujets. L'estime de soi suscite l'intérêt en psychologie par son impact sur la personnalité et sur la motivation qu'elle engendre, l'enfance est une étape importante de consolidation dans un processus continu de valorisation de soi construit depuis la naissance.

L'objectif de notre étude est de cerner l'influence de le handicap sur l'estime de soi de l'enfant handicapé moteur .et pour la réalisation de ce travail nous avons choisi une population de six (6) cas au niveau de l'association Elhayet d'aide aux Handicaps, Ighil Ali-Bejaia, La revue de la littérature concernant le sujet nous a permis de mieux cerner la problématique et les différents aspects liés au thème. Ce qui nous a aidé dans la construction du guide d'entretien et le choix du l'échelle.

On a fait appel à l'entretien clinique plus précisément l'entretien semi-directif et ça vu l'intérêt et la qualité des informations qu'on a cherché.

Après la passation du test d'estime de soi de Cooper Smith, on a constaté que l'enfant handicapé moteur se caractérise par une évaluation négative de son image de soi ce qui implique que son degré d'estime de soi est bas.

Il faut signaler aussi que l'attitude négative des parents face à le handicap moteur de leurs enfants peut être l'un des facteurs qui influence sur le degré de l'estime de soi.

D'après les résultats obtenus par l'échelle d'estime de soi, on peut déduire que la plupart de nos sujets présentent une évaluation de soi négative dans toutes les sous- échelles du test (générale, familiale, sociale, professionnelle).

Il est à noter aussi que le handicap moteur peut avoir de très importantes répercussions chez l'enfant car cet handicap rend l'individu incapable de pratiquer ses activités de façon normal, il trouve des difficultés pour se déplacer, conserver ou changer une position, prendre et manipuler, effectuer certains gestes, ce qui oblige une prise en charge médicale et psychologique d'autant plus efficace que l'enfant est plus jeune.

Conclusion générale

Les résultats obtenus ont confirmé nos hypothèses. Mais ils ne peuvent pas être généralisés, car notre population d'étude ne représente pas la population mère.

Pour conclure, L'estime de soi que l'enfant porte sur lui-même a inévitablement une répercussion sur ses performances donc l'enfant handicapé moteur a besoin d'une estime de soi la plus élevée possible pour réussir car alors il s'aime en tant qu'individu. Il peut ainsi ne pas se démoraliser après une difficulté ou un échec. La vision qu'il a de lui-même s'améliore, il se renvoie donc une image positive de lui-même, donne une portée dans l'avenir avec ces performances et compétences. Pour finir sa confiance en ses connaissances de soi s'augmente, il se sent plus apte à réaliser des travaux, et avoir le souhait de réussir.

Références bibliographiques

Liste bibliographique

Liste bibliographique

Ouvrages

- 1- André. C, Lelord. F, **L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres**, Edition Odile Jacob, Paris, 2007.
- 2- André. F, **l'enfant insuffisamment bon en thérapie familiale psychanalytique**, PUF, Paris, 1986.
- 3- Association des paralyses de France, **Déficiences motrices et handicapés**, Edition Vuibert, France, 1996.
- 4- Bee .H, Bayd. D, **Psychologie de développement affectif et social du jeune enfant**, Edition Nathan S-E-J-E-R, Paris, 2004.
- 5- Berger. M, **Les troubles du développement cognitif**, Toulouse, Privat, 1992.
- 6- Blanchet. A, Gotman. A, **L'enquête et ses méthodes, l'entretien**, Armand colin, Paris, 2007.
- 7- Cario. R, **Victimologie : de l'effraction du lieu intersubjectif à la restauration sociale**, Harmattan, Paris, 2000.
- 8- Chahraoui. Kh, Benony. H, **Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique**, Edition Dunod, Paris, 2003.
- 9- Cooper. S, **Inventaire d'estime de soi**, Edition du centre de psychologie appliquée, Paris, 1984.
- 10- Danziger. N, Almowith. S, **Neurologie**, Edition Estem et Med. Lin, Paris, 2003.
- 11- Famose. J.P, Bertsch J, **L'estime de soi : une controverse éducative**, Edition De Boeck, Paris, 2009.
- 12- Gillig.t.m, **Intégrer l'enfant handicapé à l'école**, 2eme Edition Dunod, Paris, 1999.
- 13- Guidetti. M, Tourrette. C, **Handicaps et développement psychologique de l'enfant**, Ed Armand colin, Paris, 1999.
- 14- Hansenne. M, **Psychologie de la personnalité**, de Boeck, Bruxelles, 2003.
- 15- Jacqueline, G, Corine, **Diplôme d'état auxiliaire de la vie sociale**, Elsevier Masson, 2004.
- 16- Josiance. S.P, **Estime de soi, confiance en soi**, Inter Edition, Paris, 1999.
- 17- Laporte. D, **Favoriser l'estime de soi de 0 à 6 ans**, Ed Hôpital de saint-Justine, Québec, 2002.

Liste bibliographique

- 18- Lavarde. A.M, **Guide méthodologique de la recherche en psychologie**, de Boeck, Paris, 2008.
- 19- L'écuyer. R, **Le concept de soi**, 1ere Edition, PUF Patrick Alvin, Paris, 1978.
- 20- Liberman. R, **Handicap et maladie mentale**, Ed PUF, Paris, 1999.
- 21- Martinot, D, **Le soi, les approches psychosociales**, PUG, Grenoble, 1995
- 22- Mead. GH, **L'esprit, le soi et la société**, PUF, Paris, 2006.
- 23- Monbourquette. J, **De l'estime de soi à l'estime de soi, de la psychologie à la spiritualité**, Edition Novalis Bayad, Canada, 2002.
- 24- Osterrieth. A.P, **Introduction à la psychologie de l'enfant**, Ed de Boeck, Bruxelles, 2004.
- 25- Pervin. L.A, John. O.P, **La personnalité de la théorie à la recherche**, Edition de Boeck. Bruxelles, 2005.
- 26- Samuel. G.P, **Comprendre les déficiences intellectuelles sévères et profondes**, Edition Harmattan, 2010.
- 27- Tavris. C, Wade. C, **Introduction à la psychologie : les grandes perspectives**, Boeck, supérieur, Bruxelles, 1999.
- 28- Tighol. J, **Les défauts physiques imaginaires**, Odile Jacob, Paris, 2006.

Revue et articles

- 1-Cahn. R, All, **Défaut d'intégration primaire et inhibition des apprentissages instrumentaux et cognitifs**, Revue française de psychanalyse, XXXVI, 5-6, 955-971, 1972.
- 2-Conseil de l'Europe, **Service de proximité dans les zones urbaines défavorisées et dans les faibles densités de pop**, Council of Europ, 2001.

Dictionnaires

- 1-Bloch. H, All, **Dictionnaire fondamental de psychologie**, Ed Larousse, Bordos, 1997.
- 2-Bloch. H, All, **Le grand dictionnaire de la psychologie**, Ed Larousse, Paris, 2003.
- 3-Christian. L, Al, **Le petit Larousse** », Ed Larousse, Paris, 1998.
- 4-Gerad.Z, Dominique. P, **Dictionnaire du handicap**, Ecole nationale de la santé public, 2004.

Liste bibliographique

5-Hetall. B, **Dictionnaire fondamental de la psychologie**, Ed Casalis, 2005.

6-**Petite Larousse de la psychologie**, Ed Larousse, Paris, 1998.

Thèses

1-Bouchlakh. M, **Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologique des enfants handicapés moteurs**, thèse de doctorat d'état en psychologie clinique, sous la direction de président Sloukia. H, université Mantouri de Constantine, 2008. 2009.

2-Bouzenoune. Y, **La place des handicapés moteurs dans habitations collective en Algérie**, mémoire de magistère en habitation et environnement urbain, sous la direction du docteur Mme Benrachi, B, université Mantouri de Constantine, 2008. 2009.

Sites internet

1-[http:// WWW.Météo-mentale-org/formations/estime de soi.html](http://WWW.Météo-mentale-org/formations/estime%20de%20soi.html)

Date : 02 /03/2014, heure : 10H : 45

2-[http://WWW.psychologie.com/estime de soi/développer l'estime de soi.htm](http://WWW.psychologie.com/estime%20de%20soi/d%C3%A9velopper%20l'estime%20de%20soi.htm)

Date : 04 /03/2014, heure : 11 H : 00

3-<http://WWW.algerie.com/personnes-vivent-avec-un-handicap>.

Date : 12/03 /2014, heure : 09 H : 30

Annexes

Annexe N°1

Le guide d'entretien

Les données personnelles sur l'enfant handicapé moteur et ses parents

-Prénom

-Sexe

-Age

-Niveau d'étude

-Nombre de fratrie

-Rang dans la famille

-La profession des parents

Axe-1 : Le parcours de l'enfant avec son handicap moteur

1-Quelles types de difficultés rencontrées par votre enfant ?

2-Depuis quand les rencontré-t-il ?

3- Décrivez nous sa façon de réagir face à son handicap ?

4-Décrivez nous l'état actuel de votre enfant handicapé moteur ?

Axe-2 : les perceptions et les attitudes subjectives des parents envers leur enfant handicapé moteur

1-Pouvez-vous nous parler de la façon dont vous avez pris conscience ou connaissance des difficultés de votre enfant ?

2-Qu'avez-vous ressenti à ce moment ?

Annexe

3-Suite à cette découverte, qu'avez-vous fait ou comment vous avez réagi ensuite ? (parler à un proche, à un professionnel, s'être informé/documenté, ou bien lui consacrer plus de temps?)

4-Est-ce que vous accompagnez votre enfant dans ses difficultés quotidiennes de la vie ?

5-Qu'est-ce que disent les autres sur votre enfant (la famille, les amis,...) ? Comment le regardent-ils ? Est-ce la nouvelle situation socio familiale provoquée par le handicap de votre enfant est dérangeante pour vous ?

6-Quelle sont les bons moments que vous passez avec votre enfant ?

Axe 3 : Le regard vers l'avenir

1-Comment envisagez-vous l'avenir de votre enfant ?

2-Comment voyez-vous votre avenir avec le handicap de votre enfant ?

3-Souhaitez-vous nous aborder d'autres questions soulevées dans cet entretien ?

Annexe

Le guide d'entretien en kabyle :

Axe 1:

1-Dachouthen wougouren igtsemlili amikh ?

2-Gsmelmi ithnisemlili ?

3-Inaghd amekh ig ts3ichi s l'handicap nines ?

Axe 2:

1-Tzemredh agh dinidh amekh ith3almed nagh ithezridh s wougouren ig temlili emikh?

2-Dachou idhoussed imareni?

3-Mithfakadh fanechthni dachou ith khadhmedh?

4-Ma thes3awanedh emikh ek thoudarthiss?

5-Dhachou idqaren l3ibad femikh i amekh ithidzaran?

6-Dachouthen lewgath l3ali iths3adayedh dhemikh?

Axe 3:

1-Amekh idzaradh al motaqbel nemikh?

2-Amekh idzaredh al mostaqbelikh s likhssass nemikh?

3-Tevghid adarnoudh khra nouseksi niden okhthidnighara?

Annexe N° 2

L'inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

L'échelle de Cooper Smith

Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1-En générale, je ne me fais pas de souci		
2-Il m'est très difficile de prendre la parole en classe		
3-Il y'a, en moi, des tas de chose que je changerai, si je le pouvais		
4-J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté		
5-On s'amuse beaucoup en ma compagnie		
6-A la maison, je suis facilement contrarié		
7-Je mets longtemps à m'habitué à quelque chose de nouveau		
8-Je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge		
9-En générale, mes parents sont très attentifs à ce que je ressens		
10-Je cède très facilement aux autres		
11-Mes parents attendent trop de moi		
12-C'est très dure d'être moi		
13-Tout est confus et embrouillé dans ma vie		
14-'ai généralement une l'influence sur les autres		
15-J'ai une mauvaise opinion de moi même		
16-Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison		
17-Je me sens souvent mal alaise en classe		
18-Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la pluparts des gens		
19-Quand j'ai quelque chose à dire, en générale je le dis		
20-Mes parents me comprennent		
21-La pluparts des gens sont mieux aimés que moi		
22-J'ai souvent l'impression d'être harceler par mes parents		
23-En classe, je me laisse souvent découragé		
24-Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre		
25-Les autres ne me font pas souvent confiance		
26-Je ne suis jamais inquiet		
27-Je suis assez sur de moi		
28-Je plais facilement		

Annexe

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

L'échelle d'estime de soi en kabyle

	Yesmathaliyid	Oyesmathalara
1-3amatan oukhdhimghara anezgoum		
2- Youssayid you3ar adhadhragh g la classe		
3- Ellant attas na tloufa dghi athentvedlagh loukan izmiragh		
4-Sawadhagh adrefdhagh arayiw bla ougouren		
5- Netqessir mlih manili lwahid		
6- Madiligh goukham sahlagh iz3af		
7- Ts3atilagh bach adhenamagh lhadja thajdhit		
8- Arach tikchichin ntiziwiniw hemleniyi mlih		
9-3amaten imawlaniw tshadharen iwayen ithousough		
10-Tsadjagh glahkiw seshala iwiyaadh		
11-Imawlaniw tsadjoun dgui attas		
12-Youghar adhiligh dhnak		
13-Kouleche yakhrav yarna yarwi gthodhartiw		
14-3amatan s3igh taathir fiyadh		
15-S3igh l'idée ndiri feli		
16-Thikwal veqogh adhadjagh akham		
17-Dima outsarthihighara g la classe		
18-Yesvaniyid ilbadniw ikouss gha fiyadh		
19-Mti s3igh lhadja atsidinigh qaraghtsid		
20-Imawlaniw fahmeniyi		
21-Lkthotra nelghachi tswahamlen feli		
22-tshousough beli imawlaniw harsseniyi		
23-G la classe, tsadhagh imaniw ayasfachlen		
24-Thikwal vghigh adiligh d winiden		
25-Wiyadh daymen okhadmenara laman dgui		
26 -Gla3mar oretqelqagh		
27-S3igh chwiya kan laman dgui		
28-tschadjagh glahqiw seshala		
29-neki dimawlaniw nes3aday lewqath l3ali jmi3		
30-S3adayagh bazaf nelwqath tsargough		
31-Vaqough adhiligh dhamachtouh		
32-Khadmagh dima ayen ilagen athkhadmagh		
33-Ferhagh siguemadhen nlakrayaw		
34-Tsrajough dima aydyni yiwen dachou arakhedmagh		
35-Nadmagh daymen guayen ara khadmagh		
36-Gla3mar ifrihagh		
37-Khedmagh ikhodmaw aken imouzemragh		
38-Dima zemragh adebragh iyimaniw		
39-Thodarthiw thelhaken		
40-Veqogh ades3ogh imdoukal meziyith feli		
41-Hemlagh okith la3vad isnagh		
42-Hamlagh mayedsseqsayen g la classe		
43-Fahmagh mlih imaniw		
44-Ola dyiwen oyigar thamawth feli ola dagokhamenagh		
45-Oyi stsnaquidenara okhith		

Annexe

46-G la classe, oussawadhghara adhnedjhagh aken ivghigh		
47-Zemragh adhrafdhagh ilmawqif i adhatfagh adhghas		
48-Oya3djivara lhal mlih (daqchich, taqchichth)		
49-Olighara bkhir guil3alaqathiw dwiyadh		
50-Oyedhechimnara okhith		
51-dima tseth high syimaniw		
52-Wiyadh tsassend aydironjin		
53-Dima qaraghd el haq		
54-Lechyoukhiw shosoniwi beli iguemadiniw dima khossen		
55-Oyidha3ara guoayin igzemen ayidhroun		
56-Otsenjahaghara dima gualkhodma ivedough		
57-Mti iydnaqdhen la3vadh sefchaleniyi		
58-Snagh dima dachou iglaqen adinigh		