

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de Master

Option : Psychologie Clinique

THEME :

L'estime de soi chez les handicapés moteurs

Etude de huit (8) cas réalisé au niveau de l'association « SID »

Akbou

Présenté par :

M^{elle}: BOUZIDI Nora

M^{elle}: khelfallah Meriem

Encadré par :

Mme : MEKHZEM

Année universitaire : 2014/2015

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de Master

Option : Psychologie Clinique

THEME :

L'estime de soi chez les handicapés moteurs

Etude de huit (8) cas réalisé au niveau de l'association « SID »

Akbou

Présenté par :

M^{elle}: BOUZIDI Nora

M^{elle}: khelfallah Meriem

Encadré par :

Mme : MEKHZEM

Année universitaire : 2014/2015

Remerciement

En premier lieu, on remercie le cher dieu le tout puissant de nous avoir accordé le courage, et la volonté afin de réaliser ce modeste travail.

On tient à cœur de tout nous profondeur de sincère sentiment de remerciement pour Madame Makhzeme pour son aide, ses encouragements, ses conseils, sa gentillesse surtout pour la haute qualité de son encadrement

Et tiens encore à présenter nos plus sincères remerciements pour tout l'ensemble du personnel de l'association des handicapés moteurs SID d'Akbou, très spécialement son président monsieur Sofiane pour son aide la plus profonde

J'exprime également mes plus profondes, sincères sentiments de remerciement et respect à l'ensemble des membres du jury qui ont voulu examiner notre travail.

On remercie plus particulièrement monsieur Abdelhak, psychologue de l'association des handicapés pour son soutien et ses encouragements.

En fin je tiens à remercier tout ceux qui nous ont contribué leurs aides de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Meriem et Nora

Dédicace

Je voudrais dédier ce modeste travail de fin de cycle a tous ceux qui me sont chères

A mes très chers parent Farid et Saadia qui m'ont aidé énormément durant tout le cursus scolaire, qui m'ont vraiment soutenu et aider et surtout ils m'ont accordé la chance et le plaisir d'être ce qui je suis maintenant, que dieu vous accorder une bonne santé et vous garder pour nous

Ma promotrice madame Makhezeme

A mes très chers grands parents, mohamed, et bakhta

A la mémoire de ma chère petite sœur Rahla

A mes chers frères et sœur, sonia, oussma

A mon cher petit ange Aya que j'adore a l'infini

A mes cousines et cousins, surtout samia, samir, ali, rima, salima, zouzou, rahla, hafsa, mira, romaissa, et rabah et a tous mes ancls et tantes

A ma chère copine d'enfance et ma benom que j'adore celle avec qui j'ai passé une adorable amitié

A ma copine de la fac Thinhinane, kahina B, Nabila, yassmina, et Taous

En particulier ma chère copine Sonia thahawachtiw

Sans oublier mon ami Hocine qui m'a énormément encourager

ET tous mes camarades de promotion « psychologie clinique 2014-2015 »

« Meriem »

Dédicace

Je voudrai dédier ce modeste travail de fin de cycle à tous ceux qui me sont chères

Mes chers parent Abderahmane et Messaïde qui mon toujours soutenu aider, encourager, durant tout mon cursus, que dieu me les gardes et protèges pour toujours nchalah

A ma très chère sœur Samia et son mari Youssef pour leur soutien sans oublier mes neveu Messepsa, Sami et ma nièce Thanina

A mon très cher frère Boujdema, et sa femme Aya et mon neveu Axel Anir que j'adore énormément

Sans oublier mon cher frère adore Saïd qui ma énormément respecter et soutenu

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

Et encore plus particulièrement a mon cher époux Fateh qui a partagé les moments les plus déficile de ma vie et de le remercier assez fort d'avoir était toujours la pour moi afin de me soutenir de m'encourager, ainssi a toute ma belle famille DJEDRA

A ma chère copine et binôme que j'adore, celle avec qui j'ai passé tout mes année de fac d'avoir partagé ma chambre surtout le respect et l'amitié qu'on a partager mutuellement

Sans oublier mes chères copines ; thinhinene, , nora, baya, milinda ,et en particulier ma très chère sonia qui nous a aider vraiment dans notre travail.

ET tous mes camarades de promotion « psychologie clinique 2014-2015 »

« Nora »

SOMMAIRE

La liste des tableaux

Introduction générale	A
-----------------------------	---

Cadre générale de la problématique

1 Problématique	3
2 Hypothèse	6
3 Définition et opérationnalisation des concepts	7
4 Les objectifs et les raisons de recherche	8

Partie théorique

Chapitre I : l'handicap moteur

Préambule	9
1 La notion d'handicap	9
2 Définition de l'handicap	10
3 Définition de l'handicapé	11
4 L'handicap en générale	11
5 Les types d'handicap	12
6 Les types d'handicap moteur	14
7 Les facteurs d'handicap moteur	16
8 Les signes cliniques d'handicap moteurs	18
9 L'annonce et le traumatisme suite à un accident	19
10 Le regard de l'autre	21
Conclusion	23

Chapitre II : l'estime de soi

Préambule	24
1 Définition des concepts	24
1.1 Le concept de soi	24

1.2	Le concept d'estime de soi	25
1.3	Appellations et définitions changeantes.....	27
2	Les trois piliers d'estime de soi	29
3	Les types d'estime de soi.....	30
4	La construction d'estime de soi	31
5	Les indicateurs d'une mauvaise et bonne estime de soi	33
6	Les caractéristiques d'une forte estime de soi	35
7	Les caractéristiques d'une basse estime de soi.....	36
8	L'estime de soi et le domaine physique	37
	Conclusion.....	39

Partie pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche

	Préambule	41
1	La pré-enquête	41
2	La méthode clinique	42
3	présentation lieu de recherche	43
4	les caractéristiques de groupe de recherche.....	44
5	les outils utilisées.....	45
6	les procédures de recueil des données.....	49
	Conclusion	50

Chapitre IV : Analyse et interprétation et discussion des résultats

	Préambule	51
1	Présentation et analyse des résultats	51
2	Discussion des hypothèses	68
	Conclusion générale	72

Liste bibliographique

Les annexes

Liste des tableaux

Tableaux	Titre	Page
Tableau n°01	Les différentes définitions sur l'estime de soi	27
Tableau n°02	Récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche	45
Tableau n°03	Les niveaux d'estime de soi	49
Tableau n°04	Résultats de l'échelle de l'estime de soi : HANANE	53
Tableau n°05	Résultats de l'échelle de l'estime de soi : AMEL	55
Tableau n°06	Résultats de l'échelle de l'estime de soi : SOFIANE	57
Tableau n°07	Résultats de l'échelle de l'estime de soi : KAMEL	59
Tableau n°08	Résultats de l'échelle de l'estime de soi : MASSI	61
Tableau n°09	Résultats de l'échelle de l'estime de soi : LYES	63
Tableau n°10	Résultats de l'échelle de l'estime de soi : AKLI	65
Tableau n°11	Résultats de l'échelle de l'estime de soi : HICHAM	67
Tableau n°12	Récapitulatif des résultats obtenus de nos cas	68

Introduction Générale

Introduction :

Dans notre société, les acteurs réclament et dénoncent l'augmentation des accidents, tous les journaux et les statistiques qui nous portent les résultats négatives de ces accidents qui peuvent être dans certain moment des facteurs qui détournent la vie d'une personne et ses objectifs non seulement sur le coté physique mais aussi sur le coté psychique.

Ces tragédies ont des effets néfastes sur l'individu lui-même, les groupes sociaux et une forte influence sur le niveau socio-économique.

Parmi les problèmes qui résultent par un accident, on trouve l'handicap moteur qui engendre plusieurs changements sur le plan psychique tel que les troubles de comportement et les détournements de cognitions, aussi sur le plan physique tel que la perte d'autonomie et les changements corporelles.

En effet, l'handicap moteur est une déficience spécifique des capacités fonctionnelles du corps ce qui rend l'individu incapable de pratiqué ces activité de façon normal physique et psychique.

Etre un handicap, c'est être privé de nombreuses choses dans la société, car un handicapé qui vit dans un milieu, la ou tout le monde dans un état normal, ca le rend malheureux et provoque chez lui un sentiment de manque et l'incapacité, les gents le rejettent et très souvent ils font objet de radicaire, tout ces indicateurs influencent sur l'estime de soi.

Ce dernier est un élément important de l'image de soi, est l'estimation que fait la personne de sa propre valeur. On peut le définir comme « l'appréciation favorable de soi-même. Il s'agit donc d'une évaluation, d'un jugement de valeur à propos de soi » (SAINT PAUL, J, 1999, P07).

L'handicap moteur engendre chez la personne des obstacles qui peuvent lui amener vers des contraintes inattendus et qui empêche leur insertion dans leur

milieu sociale et rendre les personnes marginalisée. A cet effet, une faible autonomie corporelle augmente la prévalence des très graves problèmes psychologiques, alors l'entourage convenable joue un rôle très important dans la construction positive de soi paradoxalement un environnement néfaste contribue aussi a une dégradation de cette construction, de soi, qui est notre objectif de recherche.

Pour atteindre nos objectifs, nous avons effectué notre recherche au sein de l'association de sensibilité, intégration et développement des handicaps moteurs d'AKBOU ou on a travaillé sur notre thème de recherche « **L'estime de soi chez les handicaps moteurs** ».

Et pour réaliser cette étude, nous avons appuyé sur une partie théorique qui subdivise en deux chapitres plus le cadre générale de la problématique qui comporte une problématique, les hypothèses, définition et opérationnalisation des concepts et on a terminer par les objectifs de notre recherche et les raison de choix de thème. Le premier chapitre s'articule sur l'handicap moteur et dans le deuxième chapitre, on a abordé l'estime de soi et la relation entre eux et comment influence l'un sur l'autre.

Et une partie pratique qui subdivise en deux chapitres, dont le premier s'articule sur la méthodologie de la recherche et les outils d'investigations et le deuxième chapitre, nous avons présenté les cas et leur analyses, la discussion et explication des hypothèses. Enfin nous terminons par une conclusion générale qui englobe notre recherche.

Le cadre générale de la recherche

1. Problématique :

Parmi les problèmes dominant dans le monde entier c'est l'handicap qui se varie d'une société a une autre selon un certain nombre de facteurs tel que l'acquise, la conscience sanitaire et culturelle, la sensibilisation ainsi que les accidents.

Et parmi les accidents, les plus fréquents se sont les accidents routiers qui peuvent être le résultat de non respect du code de la route, l'excès de vitesse, le dépassement dangereux qui contribuent de 35% de l'ensemble des handicapés par jours, et ce qui concerne les piéton, la majorité des accidents sont causés par la non-utilisation des passages pour piéton, des parcelles, L'Algérie compte 600milles handicapés par an, soit 35% de l'ensemble d'handicapés est causée par les accidents routiers, les directions du transport ont aussi leur part de responsabilité, face à ce taux élevé d'accidents, et ce par la négligence, et les non-prise des mesures adéquates pour limiter ce phénomène.

(منال منصور، 1985).

Comme, on trouvant aussi, un autre type celle des accidents de travail qui sont aussi dangereux que les autres, et contribuent d'environ 4.5% du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent-être le résultat de la circonstance générale liée au travail, ou le résultat de négligence personnel.

(وديع شكور جلييلة، 1995)

Il n'existe pas de définition unique d'handicap ou de déficience, ce concept est ainsi large et complexe, il renvoie à plusieurs dimensions, déficience psychique ou organique.

Hasbeen Walter à souligne que « l'handicap est la situation dommageable liée aux conséquences des obstacles que rencontrent la personne infirmé et /ou invalide et ses proches dans le déroulement de la vie quotidienne (H.Walter, 1990, P17).

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

Les handicapés sont les inconvénients sociaux et culturels qui sont ressentis par l’individu comme étant le résultat des déficiences et des incapacités. Les personnes handicapées participent moins à la vie économique et connaissent des taux de pauvreté plus élevés, ils sont moins actifs sur le plan de la santé car ils rencontrent des obstacles pour accéder à des services.

Malgré qu’un handicap n’est pas forcément synonyme d’incapacité dans tous les domaines, il y’a des situations d’handicaps qui n’empêchent pas la personne handicapée de montrer ses aptitudes. Ainsi au lieu de se renfermer et de se culpabiliser, il est recommandé de reconstruire son identité en exprimant son savoir-faire.

L’expérience de vie d’un handicap moteur après un accident est trop difficile dans la vie d’une personne qui a été déjà dans un état normal parce qu’elle souffre du changement qui influence négativement sur tous les aspects physique et psychique à cause de la marginalisation de la société.

Selon **Coslin** «l’estime de soi correspond à la dimension évaluative de concept de soi, c’est-à-dire à l’ensemble des représentations dont l’individu dispose à propos de lui-même et à la probation ou désapprobation qu’un sujet porte sur lui-même. Elle permet d’approcher le sentiment qu’il a de ses propres compétences et de ses qualités dans différents domaines : l’école, la famille, et la société. Elle désigne ces sentiments plus ou moins favorables que chacun s’aime, s’accepte et

se respect en tant que personne. Le jugement porté sur soi est associé aux normes sociales et réussite et d'échec, de valeur et de non valeur». Cité par (C. Pierre, 2003, P36).

Parmi les études qui ont déjà traité l'estime de soi, on trouve l'étude de **JOSEF** et al, sur ce qui concerne les mises positives, les résultats obtenus dans cette expérience ont déduit que les individus à faible estime de soi se comportent de façon à se protéger de toute menace. Ainsi, les individus avec peu de ressources auto-protectrice doivent faire des choix minimisant la possibilité de regrets ce, dans le début de protéger leur estime de soi. Les individus à forte estime de soi auraient au contraire des ressources auto-protectrices abondantes et facilement accessibles et pourraient donc plus faire face à une menace. Cité par (M. Delphine, 1995, P37).

On a aussi l'étude de **Campbell** (1990) qui a mené une série d'expériences illustrant un certain nombre de différences entre les individus à forte estime et à faible estime de soi. Les résultats obtenus sur les estimations des adjectifs bipolaires montrent que les individus à faibles estime de soi donnent des réponses plus proches du 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. Campbell en déduit que les sujets qui manquent de confiance et de clarté dans la définition de leurs attributs devraient manifester d'avantage de changement à travers le temps. Dans sa deuxième expérience, il va tester cette hypothèse d'une stabilité temporelle moins importante dans les auto-descriptions des individus à faible estime de soi. 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 extrême, à une meilleure consistance interne, et à une plus importante stabilité temporelle. cité par (M. Delphine, 1995, p50).

La notion d'estime de soi est étroitement liée a la notion d'handicap moteur parce que ce dernier rend l'individu incapable, inutile qui conduit a l'atteinte de la perception de l'image de corps qui est une image cassé. Dans notre recherche, on va essayer de décrire et d'expliquer le degré d'estime de soi négatif ou positif chez l'handicapé physique due à un accident.

A la lumière de ce qui a précéder notre but est de pouvoir répondre à la question suivante :

Est-ce que l'handicap moteur du à un accident à une influence sur l'estime de soi chez la personne handicapé ?

2. Hypothèse générale :

L'handicap moteur du à un accident à une influence sur l'estime de soi chez la personne handicapé.

Hypothèse opérationnelle :

- Le niveau d'estime de soi est faible chez les handicapés moteurs du à un accident.
- Les handicapés moteurs ayant un soutien social ont une estime de soi forte

3. Définition et opérationnalisation des concepts :

1. Handicap moteur :

A- Définition :

Selon S. **Gonzales Puell** : « l'handicap moteur se traduit par une perte ou une altération d'une structure ou d'une fonction physiologique ou anatomique, il peut résulte d'une atteinte de système nerveux central ou périphérique des muscles. » (S. Gonzales puell, 2010, P169).

B- Définition opérationnelle :

- ❖ Incapacité de marché
- ❖ Mal formation de squelette

- ❖ incapacité de se mouvoir
- ❖ incapacité de prendre la responsabilité totale
- ❖ détérioration de l'état physique.

2. L'estime de soi

A- Définition :

C'est le degré auquel on estime sa valeur personnelle ou la réputation, bonne ou mauvaise, que nous avons auprès de nous-mêmes. C'est l'appréciation favorable de soi-même, il s'agit donc d'une évaluation, d'un jugement de valeur à propos de soi. (SAIN PAUL.J, 1999, P07).

B- Définition opérationnelle :

- ❖ l'amour de soi.
- ❖ la confiance en soi.
- ❖ Ce que je pense de moi-même.
- ❖ le regard et le jugement jetés par les autres sur moi.
- ❖ une perception positive ou négative de nous mémé.
- ❖ comment je me sens avec ses pensées.

4. les objectifs de notre recherche :

A travers notre recherche qui est l'estime de soi chez les handicapés moteurs qui du a un accident, on a élaboré les objectifs suivants :

- ❖ expliquer la nature de la relation entre une estime de soi et l'handicap moteur après un accident ou bien l'influence de ce dernier sur l'image qu'on porte sur soi et le regard des autres. C est à dire savoir la relation entre une anomalie physique et la représentation de soi.

- ❖ Comprend plus profondément et interpréter plus justement le phénomène d' handicap moteur après un accident et l'estime de soi.

5. Les raisons de choix de thème :

- ❖ Malgré l'augmentation de nombre d'handicap moteur en Algérie, en trouve qu'il ya un manque des travaux algériens sur les handicapés moteurs.
- ❖ Manque de soutien psychologique parce qu'il ya une insuffisance des psychologues formé.
- ❖ Renforcer l'esprit d'aide qu'ont était fournis afin d'aider cette population.
- ❖ Encourager les handicapés moteurs, afin de mieux gérer leur états de santé.

La Partie Théorique

CHAPITRE -I-

CHAPITRE -II-

Chapitre -I-

L'handicap et l'handicap moteur

Préambule :

Un sujet handicapé physique se voit de façon différente selon qu'il se situe face à des spécialistes, face à sa famille, face à lui-même ou face à d'autres handicapés. Dans ce chapitre, on va essayer de mieux comprendre l'handicap moteur et son influence sur la personne handicapée d'elle-même et sur son environnement.

I. L'Handicap**1. La notion de l'handicap :**

De l'expression anglaise « hand in cap », le mot handicap signifie « main dans le chapeau ». Dans le cadre d'un troc de biens entre deux personnes. Il fallait rétablir une égalité de valeur entre ce qui était donné et ce qui était reçu : ainsi celui qui recevait un objet d'une valeur supérieure devait mettre dans un chapeau une somme d'argent pour rétablir l'équité. Au XVI^e siècle en grande Bretagne pour désigner un jeu dans le quelle les concurrents se disputent des objets dont la mise se trouve placée au fond d'un chapeau. Il sera plus couramment employé ensuite sur les champs du cours : « handicapé un concurrent c'est diminuer ses chances de succès en le chargeant au départ d'un poids supplémentaire, ou en l'obligeant à parcourir une distance plus longue. Le but étant en handicapant les plus fort d'égaliser les chances de tout les partants ».

Si les handicapés sont bien repartis, le résultat de la course devient incertain que, pour parier, il est aussi simple de mettre les noms des chevaux sur des morceaux de papier au fond d'un chapeau et d'y tirer au sort le nom vainqueur. (M. Guidette, C.Tourette, 2002, P7).

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

Les principaux dictionnaires de la langue française définissent l'handicap comme : « désavantage impose a quelqu'un infirmité déficience physique ou mentale ». (Le maxi dico, 1996, p550).

2. Définition de l'handicap :

Ce terme connait plusieurs définitions on retient ici les plus courantes :

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

- L'handicap peut-être caractérisé selon 3axes :

A - l'axe de la déficience :

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

B- l'axe de l'incapacité :

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

C- l'axe de désavantage :

« Résulte pour un individu donné, d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal » (l'aspect situationnel du l'handicap). (Coquet, F. et al. 2008, p101).

Selon la loi française de 11 février 2005 :

Pour égalité de droit et des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapées « constitue un handicap au sens de la vie en société subit dans son environnement par une personne ou raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques sensorielles mentales cognitives ou psychiques d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidante. » cité par (Masson E, 2009, P5).

3- Définition de l'handicapé :

Selon Rêne Lenoir, un handicapé est une personne qui, en raison de son incapacité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation est incapable de répondre à ses besoins ou exige des soins constants ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de ce lui de la collectivité. Cité par (Libermann, R, 1999, p38).

4-l'handicap en générale :

Le terme handicap désigne la limitation d'une déficience provoquant une incapacité permanente ou non menant à des difficultés morales intellectuelles sociales et physiques. Il exprime une déficience vis-à-vis d'un environnement que ce soit en terme d'accessibilité d'expression de compréhension ou d'appréhension il s'agit donc d'une notion médicale. (Unicef, 1984, p53).

5- les types d'handicapés :

5.1. L'handicap mental ou déficience intellectuelle :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'handicap mental, ou déficience intellectuelle, comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ». Il touche 1 à 3% de la population générale, avec une prépondérance de sexe masculin.

Les causes d'handicap mental sont multiples :

- à la conception (maladies génétiques, aberrations chromosomiques, trisomie, incompatibilité sanguin.....).
- pendant la grossesse (radiation ionisante, virus, médicaments, parasites, alcool, tabac.....).
- a la naissance (souffrance cérébrale du nouveau-né, prématurité).
- Après la naissance (maladies infectieuses, virales ou métaboliques, intoxications, traumatismes carniers, accident du travail ou de la route). (les différents types d'handicap, CCAH. Htm).

5.2. L'handicap psychique :

La notion d'handicap psychique a été retenue dans la loi du **11 février 2005** dite loi sur l'handicap. Il se distingue d'handicap mental de la façon suivante : l'handicap psychique, secondaire à la maladie psychique, reste de cause inconnue à ce jour (alors que l'handicap mental a des causes identifiables). Il apparaît souvent à l'âge adulte alors que l'handicap mental apparaît lui à la naissance. Les capacités intellectuelles sont indemnes et peuvent évoluer de manière satisfaisante. C'est la possibilité de les utiliser qui est déficiente. La symptomatologie est instable, imprévisible. La prise de médicaments est souvent

indispensable, associée à des techniques de soins visant à pallier, voir à réadapter, les capacités à penser et à décider.

L' handicap psychique est la conséquence de diverses maladies :

- Les psychoses, et en particulier la schizophrénie (dédoublément de la personnalité, hallucinations, auditive, délire paranoïaques) ;
- Les troubles bipolaires (troubles maniaco-dépressif).
- les troubles graves de la personnalité (personnalité « borderline », par exemple).
- certains troubles névrotiques graves comme les TOC (troubles obsessionnels compulsifs). (Ibid.).

5.3- 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 l'ouïe ou de l'ouïe et des déficiences plus légères il en va de même de l'hétérogénéité de développement psychologique et enfants concernes (M. Guidette et C. Tourette, 2002, P55).

5.3.1- l'handicap visuel :

Les personnes en situation d'handicap visuel sont atteintes de cécité (personnes aveugles), ou de malvoyance. Les causes peuvent- être des maladies comme la cataracte (opacification d'une lentille interne) ou le glaucome (touchant le nerf optique), ou héréditaires.

La plupart des personnes atteintes de la cécité développent plus profondément leurs autres sens comme celui du toucher par exemple. Le toucher qui va servir pour l'apprentissage et la maîtrise de l'alphabet Braille. Cet alphabet permet à ces personnes de déchiffrer les lettres, les chiffres...grâce à l'assemblage de

Points en relief. Il existe d'autres sortes d'aides mises en place pour les personnes aveugles (le différent type d'handicap, CCAH, Htm).

5.3.2-1' handicap auditif :

L'handicap auditif atteint des personnes atteintes de surdité, qui est un état pathologique caractérisé par une perte partielle ou totale du sens de l'ouïe. Ce handicap peut être présent dès la naissance ou acquis durant la vie de la personne. Les causes de la surdité peuvent être génétiques, virales ou parasitaires (pendant la grossesse), dues à des maladies comme la méningite, ototoxicité médicamenteuse, accidentelles ou par un traumatisme sonore. Les déficiences auditives ne sont pas visibles, mais souvent stigmatisantes. Les aides techniques, même très perfectionnées, ne font pas disparaître le handicap, et sont utiles lorsqu'il existe une zone d'audition résiduelle suffisante chez la personne sourde. (Ibid.).

II. l' handicap moteur

Il peut- être défini comme une déficience spécifique des capacités fonctionnelles de corps, ce qui rend l'individu incapable ces activités de façon normal physique. (G.Zribi et D.poupée, 2004, P261).

1. les types d'handicap moteur

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

a-Déficiences motrices d'origine cérébral :

elles sont dues à des lésions très précoces des structures de cerveau qui se traduisent par des infirmités motrice d'origine cérébrale proprement dites (IMC ou IMOC) ou bien a des atteintes plus tardives par traumatisme crâniens, accident vasculaires cérébraux ou tumeurs cérébrales. Les atteintes neurologiques une fois fixées ne sont plus évolutives. Seules la commandes et la

régulation nerveuse sont lésées à l'origine pouvant entraîner des perturbations de tonus musculaire de la régulation automatique des mouvements et leur commande volontaire paralysies mouvement involontaires.

On distingue trois principaux types cliniques : Syndrome spastique, le syndrome Athétosique et le syndrome Atoxique.

- **Syndrome spastique** : la spasticité se caractérise par libération d'activité motrice réflexe normalement inhibées par le contexte pyramidal.
- **Syndrome ataxique** : l'ataxie est due à l'atteinte de cervelet, il se caractérise par des troubles de la coordination des mouvements.
- **Syndrome athétosique** : est conséquence des lésions dans les noyaux gris centraux les formes lésionnelles de l'handicap moteur sont rarement pures. Le plus souvent elles sont des manifestations mixtes.

(S. Gonzales Puell, 2010, P169).

B- les déficiences motrices d'origine médullaire et /ou neuromusculaire :

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

Elles peuvent résulter d'un traumatisme de la moelle épinière ou d'une lésion due à des causes infectieuses vasculaires tumorales. Les déficits sont liés à des troubles de la conduction de l'influx nerveux moteur et sensitif.

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

C'est une anomalie du développement de la gouttière neurale (ensemble rachis-moelle épinière). Elle se traduit par une malformation osseuse caractérisée par un défaut de fermeture de la partie arrière d'une vertèbre dorsale ou lombaire.

- **Maladies neuromusculaires :**

On peut classer les causes de l'handicap moteur selon leurs origines en deux facteurs principaux : mal Les déficits moteurs qu'elles entraînent sont liés à des perturbations de l'unité motrice associant le neurone moteur la synapse et la

fibre musculaire. On distingue des atteintes de la fibre musculaire les myopathies la myasthénie.....ex.

c- les déficiences motrices d'origine ostéo –articulaire

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

2. les facteurs d'handicap moteur :

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

A- Les facteurs génétiques :

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

B- Les facteurs non génétiques :

Ils représentent les principales causes de l'handicap moteur, notamment en pays en voie de développement :

B-1- les facteurs d'origine prénatale :

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

B-2- les facteurs relatifs à l'accouchement :

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

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

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

B-3-1- la malnutrition :

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

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

B-3-2- la maladie

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

B-3-3- les accidents routiers :

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

B-3-4- les accidents de travail :

Sont aussi dangereux que les autres, et contribuent d'environ 4.5% du taux d'handicap mondial. Ces accidents peuvent-être résultat de la circonstance générale liée au travail, ou le résultat de négligence personnel. (Brahimi. S, Bounab. S, 2007, p18, 19, 20).

3. Les signes cliniques d'handicap moteur :

- Un déficit moteur avec hypotonie.
- Le déficit moteur est d'intensité variable selon le degré de l'atteinte, allant d'une simple diminution de la force musculaire à une paralysie complète et flasque. Il est coté de 1à5.
- Absence de contraction volontaire
- Contraction faible sans déplacement
- Déplacement possible si l'action de la pesanteur est compensée.
- Déplacement possible contre la pesanteur
- Déplacement possible contre la pesanteur et contre résistance.
- Force musculaire normale
- Amyotrophie : due à la perte de l'innervation musculaire consécutive à la lésion des fibres motrices.
- Diminution ou abolition des réflexes ostéotendineux : due à l'interruption de l'arc réflexe.
- Crampes : elles peuvent être révélatrices de l'atteinte neurogène périphérique.

- Fasciculation : elles sont surtout fréquentes au cours de la moelle.
- Autre signes associés.
- Des signes sensitifs : peuvent être associés à ces signes moteur lorsqu'il existe une atteinte concomitante des fibres sensitives.

Des troubles trophiques et vasomoteurs ainsi que des troubles végétatifs peuvent-être présents en cas d'atteinte concomitante des fibres du système nerveux autonome. (N. Danziger, S. Alamowith, 2003, P335).

4. L'annonce et le traumatisme suit à un accident :

Suite à un accident, l'environnement premier auquel la personne accidentée se trouve confrontée est le milieu hospitalier. C'est le temps de l'annonce d'handicap, que les médecins appréhendent également. Cette annonce d'handicap aux proches se révèle parfois plus délicate, en effet l'individu va se trouver au cœur d'une phase au cours de laquelle, il va se sentir fragilisé, enclin à la dépression. De fait annoncer l'handicap de la manière la moins brutale et la plus adaptée est l'objectif du médecin.

L'annonce doit parler de ce qui est perdu mais aussi de ce qui est préservé. Malgré toutes les précautions prises par le corps médical, l'annonce d'un handicap crée souvent un véritable traumatisme car il s'agit d'un événement et d'un choc totalement inattendus. Face à ce choc, le psychisme met en place un certain nombre de processus nommé « mécanismes de défense » pour éviter un effondrement psychique, comme par exemple « le déni, ou la personne handicapée n'intègre pas l'handicap, elle continue à se percevoir comme si aucun changement n'était apparu dans sa vie, les représentations que ses personnes handicapées ont d'elle-même ne changent pas » (JF. caux et F. Delach, p21).

Après l'annonce du handicap, commence le travail de deuil, de ce qui est perdu et ne reviendra jamais plus (perte physique). « Le travail de deuil serait le passage d'un savoir de connaissance sur la maladie ou l'accident à un savoir éprouvé avec intégration dans son système propre de représentation et dans ses fantasmes inconscients de la perte et du manque liés à l'accident et ses conséquences » (Oppenheim-Gluckman, 2006, P174).

Ainsi suite à l'annonce d'handicap, la personne va continuer d'élaborer des plans d'avenir, des projets en phase avec ce qu'elle était capable de réaliser avant l'handicap. L'impossibilité d'y parvenir va la confronter peu à peu à ses nouvelles limites. La prise de conscience d'handicap se fera ainsi de manière progressive suivant la confrontation avec la nouvelle réalité physique.

A partir du moment où la personne commence à intégrer tous ces bouleversements dans son quotidien. Le deuil va pouvoir s'opérer. Il s'agit souvent d'une phase où la personne va s'isoler, se recueillir en quelque sorte. Cette phase, durant laquelle, il est question pour la personne accidentée d'accepter l'inacceptable. (Renaitre après l'accident, article rédigé par UGO CHAVARRO).

Les phases de rééducation et de réadaptation vont être des étapes importantes au cours desquelles les travaux de reconstruction identitaire et de deuil d'une partie de Soi vont pouvoir s'effectuer de manière plus soutenue :

- soutenue parce que les épreuves à surmonter vont mobiliser une grande partie de l'énergie de l'individu handicapé, sur une période plus ou moins longue de sa vie.
- soutenue, parce que dans un autre sens, les membres du personnel, impliqués dans la rééducation et la réadaptation, vont soutenir la personne handicapée au cours de sa phase d'acceptation du changement physique.

Les activités que l'individu handicapé sera amené à faire durant la rééducation et la réadaptation telles que le réapprentissage à uriner, à coordonner ses membres supérieurs, à vivre de façon autonome, à travailler, etc., vont lui permettre de se revaloriser, de se reconstruire, l'amenant progressivement à envisager un avenir compatible avec ce qu'il a de nouveau (JF. Caux et F. Delaroche, p26).

5. l'handicapé moteur et le regard de l'autre :

La structure de la personne handicapée ne dépend pas seulement de l'objectivité du déficit, mais aussi et tout particulièrement du regard de l'entourage sur la personne handicapé. Pour **C.GARDON**, ce regard, indépendamment de l'intention de celui qui le porte, délivre un message non formulé mais visible. Regard qui exprime et projette sa réaction, sa vérité, son sentiment. Son impact est essentiel, il encourage ou condamne, il a d'autant plus d'effet que son sens est faussé par le regard que le regardé porte sur lui-même. C'est un processus interactif qui suscite confiance ou malaise. Le regard des autres alimente le regard sur soi, il contribue à la construction identitaire. L'idée que la personne regardée se fait du regard de l'autre est aussi fonction de la manière dont elle vit sa dissemblance. Le regard de l'autre comme le souligne **CROMBECQUE D.** et **MUKENDI**, peut provoquer chez la personne handicapée des réactions diverses (repli sur soi, solitude ou à l'inverse agressivité). Pour **DE NORMANDIE P.**, qu'il soit positif ou négatif, éminemment variable dans ses expressions, il atténue ou affirme la limitation des possibilités. Il interfère directement sur la capacité de la personne ayant une incapacité à l'accepter ou surmonter. Ce regard est essentielle, c'est ce qu'exprime M.NUSS lui même tétraplégique lorsqu'il écrit : "mais rien ne se fera sans "accessibiliser" les regards à l'altérité, c'est-à-dire au particularisme, parce que c'est de leur éducation que dépendent la reconnaissance de la

différence et l'intégration au sens profond du terme, non une intégration condescendante“.

L'handicap est attracteur de regard et plus particulièrement l'handicap moteur. Notre corps est en effet le premier médiateur aux autres. Ce sont les personnes dont l' handicap est plus visible (esthétique et moteur) qui attirent le plus le regard, elles sont toujours en “représentation“. la confrontation avec l'altérité est immédiate, elle renvoie au corps morcelé. Cet aspect rend les présélections inopérantes, d'où d'ailleurs la difficulté à savoir comment se comporter. Souvent, la personnalité est déterminée par la déficience. Comme le souligne **H.J.STIKER**, il est la preuve de l'insuffisance de ce que nous aimerions voir établir pour référence (santé, force, vigueur...) le regard est influencé par de nombreux éléments. Représentation de la vie, de la maladie, de l'imaginaire du corps, de la culture, du niveau d'incapacité ou déficience, de la capacité à vivre dans une société normée, poids des stéréotypes, affect.....l'individu handicapé est souvent ramené et assimilé à son groupe d'appartenance. Ce groupe peut-être survalorisé ou perçu plus négativement voire stigmatisé. Il semble que les professionnels aient très proche du grand public en décrivant les personnes handicapées comme celles qui ont surmonté et celles qui n'ont pas surmonté leur handicap. Même la proximité avec les personnes handicapées dépend de la nature de la relation. La famille voyant la personne en tant qu'individu, les professionnels ont du mal à dépasser la déficience, ce qui permet à O.ROHMER de s'interroger sur la nature des formations proposées aux soignants. Cité par (Dominique Grosse, 2004, P 24-25).

Conclusion :

On peut dire que l'handicap moteur du à un accident a ses propre causes et résultats sur la vie de la personne car l'annonce d'handicap présente un traumatisme qui nécessite un travail de deuil pour le dépasser mais malgré sa la personne handicapé confronte chaque jours des différentes difficultés qui l'empêche de vivre sa vie comme les autres.

Chapitre -II-

L'estime de soi

Préambule :

L'estime de soi est la valeur qu'une personne s'attribue, l'opinion positive ou négative d'elle-même. Elle s'appuie sur une conscience de ses forces et de ses difficultés personnelles. L'estime de soi développe tout au long de la vie et elle est influencé par nos diverses expériences, il faut donc lui accorder une grande importance dès l'enfance parce que c'est une composante essentielle de la construction identitaire. L'estime de soi donne à l'identité personnelle sa tonalité affective et à ce titre elle apparaît comme un fondement de l'image de soi.

1. Définition d'estime de soi :

Pour mieux comprendre comment se forme l'estime de soi, qui serait le produit de la comparaison entre l'un et l'autre, il faut d'abord comprendre comment se construit le concept de soi.

1.1 Le concept de soi :

La notion de soi commence par le corps et son développement est essentiellement basé sur le soi physique «ce qui fait naître la honte ou la fierté chez nous, n'est pas tant le simple reflet mécanique de nous-mêmes que le sentiment imputé, l'effet imaginé de ce reflet sur l'esprit de quelqu'un d'autre» (Cooley, 1902).

Donc le soi est la tonalité des pensées et sentiments d'une personne sur elle-même. C'est une structure cognitive qui permet aux personnes de pensées consciemment d'elles-mêmes, de la même manière qu'elle peuvent penser à des objets et à des événements survenant dans le monde externe.

Selon le petit Larousse de psychologie :

Devenir soi-même s'implique à une conscience éveillée ne se limite pas seulement au moi-même. Le soi-même 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. (Petit Larousse, 2005, p894).

Selon Anne Laura Padilla :

Le concept de soi contient d'une part un idéal de soi, c'est à dire le soi souhaité, et d'autre part la connaissance de soi, le soi perçu qui regroupe l'ensemble des perceptions qu'un individu a de lui-même et qui dépend notamment de ce que l'entourage lui renvoie de lui-même. La confrontation de l'idéal de soi et de la connaissance de soi va alors permettre de l'émergence de l'estime de soi dont la valence ont la valence dépendra de ce rapport. (Padilla. A. I, 2009, P08).

1.2 Concept d'estime de soi :

L'estime de soi désigne l'ensemble des attitudes et des sentiments que le sujet éprouve à l'égard de lui-même et qui l'orientent dans ses réactions comme dans ses conduites organisées. Elle est généralement définie comme le processus par lequel un individu porte sur lui-même, sur ses performances, ses capacités et ses attributs, des jugements positifs ou négatifs. Donc l'estime de soi oriente la prise de conscience et la connaissance de soi, par l'appréciation positive ou négative que le sujet porte sur lui-même, en comparaison avec autrui. son influence ne se limite pas seulement aux réactions sur le moment mais contribue à orienter les décisions et l'investissement pour l'action future en motivation ou en démotivation la personne.

Selon André et Lélord,

L'estime de soi est l'une des dimensions les plus fondamentales de notre personnalité, est un phénomène discret, impalpable, complexe dont nous n'avons pas toujours conscience. L'estime de soi est la manière dont on se voit et si on aime ou pas ce qu'on voit. Ce regard de jugement que l'on porte sur soi est vital à notre équilibre psychologique. Lorsqu'il est positif il permet d'agir efficacement, de faire face aux difficultés de l'existence, mais quand il est négatif il engendre de nombreuses souffrances et désagréments qui viennent perturber notre quotidien (André et Lélord. F, 1999, P15).

L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des composants significatifs. (Ibid., 1984, P6).

Selon Cooper Smith l'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. Croire à sa réussite personnelle, se mobiliser en fonction d'un but à atteindre, ressentir plus ou moins profondément un échec, améliorer ses performances en mettant à profit les expériences antérieures sont des attitudes directement liées à l'estime de soi. (Cooper Smith, 1984, P5)

Donc l'estime de soi réfère à l'évaluation qu'une personne se fait et maintient généralement d'elle-même, elle est le reflet d'une attitude d'approbation-désapprobation qui indique jusqu'à quel point une personne se voit comme ayant de la valeur, de l'importance et comme étant capable à réussir. Aussi l'estime de soi est l'évaluation que les personnes font d'elles-mêmes. Elle occupe une position centrale dans l'explication du comportement humain. Il s'agit de la façon dont l'individu s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne.

1.3 Appellations et définitions changeantes :

Dés que la notion d'estime de soi est complexe ou se mêlent des aspects affectifs, relationnel et cognitifs, il est difficile de décrire ce concept sans ambiguïté et en ayant l'unanimité des auteurs qui définissent et conceptualisent tous l'estime de soi en fonction de leur vocabulaire et de leur contexte théorique. A cette raison, on a choisi de réunir dans un tableau non exhaustif les définitions qui paraissent les plus pertinentes.

Tableau n° 01 : Les différentes définitions sur l'estime de soi.

Appellations	Dates	Auteurs	Définition de différentes appellations de l'estime de soi.
Conscience de la valeur de soi	1890	William	L'estime de soi est le rapport entre les aspirations et les réussites affectives.
Miroir sociale	1902	Cooley	L'estime de soi est définie comme une construction sociale, façonnée par l'ensemble des interactions avec les autres.
Pyramides des besoins de Maslow	1943	Maslow	Théorie selon la quelle les motivations d'une personne résultent de l'insatisfaction de certains de ses besoins : besoins physiologiques, de sécurité sociaux, d'estime et réalisation de soi. L'estime de soi résulte du sentiment d'être utile et d'avoir la valeur, c'est un besoin.
Locus de contrôle	1966	Rotter	Elle est définie comme la croyance qu'un individu est acteur des événements de sa vie.
Estime de soi	1972	L'écuyer	Ensemble de traits, images, de sentiments que l'individu reconnaît comme faisant partie de lui-même influence par l'environnement et organisé de façon plus ou moins consciente.
Concept de soi	1976	Shavelson Hubner et Stanton	Estime de soi c'est un système multidimensionnel et hiérarchisé, qui correspond a une multitude d'impression, de sentiments relatifs a différents domaines de vécu quotidien.

Valeur personnelle	1982	Harter	Evaluation qu'un individu fait de sa propre valeur, c'est à dire sa satisfaction en lui-même. l'estime de soi se renforce dans les situations de réussite. elle exprime la façon dont chacun s'accepte, se respect en tant que personne.
Autodétermination	1985	Deci et Ryan	La théorie de l'autodétermination maintient que la personne tend a satisfaire trois besoin fondamentaux : le besoin de compétence et le besoin de relation a l'autre, les situations qui sont a même de satisfaire ces trois besoins sont celles qui engendre le plus de motivation.
Estime personnelle	1984	Cooper Smith	Renvoie a l'évaluation qu'une personne fait d'elle-même, elle est le reflet d une attitude d approbations et désapprobation.
Valeur de soi	1995	Martinot	Ensemble des éléments qui nous définissent, composé des attitudes, des croyances et des sentiments que la personne ont d'elles mêmes est un système multidimensionnel définir par trois composantes : cognitives, affectives et relationnelles
Sentiment d'auto-efficacité	1997	Bandura	Croyance dune personne en sa capacité à réalisé une tache dans une activité précise. c'est l'évaluation de ses aptitudes dans des domaines particuliers qui peuvent favoriser ou défavoriser l'estime de soi.
Estime de soi	1999	André et Lélord	L'estime de soi se repose sur trois ingrédients : la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. Le bon dosage de ces trois dimensions est indispensable pour une bonne estime de soi.

2. Les trois piliers de l'estime de soi :

Selon André, l'estime de soi reposerait sur trois piliers : l'amour de soi, la vision de soi et la confiance en soi.

2.1. L'amour en soi :

Selon l'auteur, l'amour de soi c'est élément le plus important, il est en résulterait de s'aimer soi même malgré ses défaut et ses limites malgré les échecs et les revers, simplement parce qu'une voix intérieure dirait que la personne concerné est digne d'amour et de respect. Cet amour de soi «inconditionnel» ne dépend pas des performances, il permet de résister a l'adversité et/ou de se reconstruire suite a un échec. Il n'empêche ni la souffrance, ni le doute en cas de difficultés, mais il protège par contre de désespoir. On sais que l'amour de soi dépend de l'amour et des différentes «nourritures affectives» que la famille aurait prodiguée à l'enfant et de la capacité des parents à transmettre à celui-ci, la conviction qu' il est quelqu'un de bien, même lors de déception, ou l'amour de ceux-ci ne lui serait pas retire pour autant, par contre, les carences de l'estime de soi qui prendraient leurs sources à ce niveau, serait les plus difficiles à rattraper parce que les sujets dont la manière d'entrer en relation avec les autres les poussent régulièrement aux conflits et aux échecs relationnels. S'aimer soi-même serait le socle mémé de l'estime de soi, son constituant le plus profonde, le plus intime. (André, C et Lelord, F, 1999, P14).

2.2. La vision de soi :

Pour André, qu'elle soit fondée ou non, l'évaluation que fait la personne de ses qualités et de ses défauts, le regard qu'elle porte sur elle-même. Ce deuxième pilier ne s'agit pas seulement de connaissance de soi, puisque l'important ici c'est la conviction que la personne aurait d'être porteuse de ces qualités ou de ces défauts, de potentialités et de limitation et n'est pas la réalité des chocs.

Lorsque, on à une estime de soi positive, la vision de soi serait une force intérieure qui permet de s'apaiser soi-même, malgré l'adversité, ne fallut-il pas ainsi en générale d'une estime de soi très robuste. La vision de soi, de son estime de soi, de son destin personnel se superpose ici avec bonheur. au contraire, dans un cas ou l'estime de soi est déficiente par une vision de soi trop limitée ou peu nuancée, il devient difficile de trouver sa «voie» et sa satisfaction.

2.3. La confiance en soi :

Elle s'applique surtout aux actions. En ce sens, être confiant c'est de se penser capable d'agir de manière efficace et adéquate, dans des situations importantes. La confiance en soi est facile à l'identifier, il suffit de fréquenter régulièrement la personne, d'observer comment une personne se comporte dans la réalisation de ce qu'elle entreprend, lorsqu'elle se retrouve dans des situations nouvelles ou imprévues, ou si elle soumise à des difficultés dans la réalisation de ce qu'elle a entrepris. La confiance en soi serait une conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi, mais son rôle serait tout de même primordial, dans la mesure ou l'estime de soi à besoin d'action pour se maintenir ou se développer : Bref de petit succès au quotidien sont nécessaires à notre équilibre psychologique et à l'estime de soi. (Ibid.)

3. Les types d'estime de soi :

Selon C. André et F.Lélord, il ya quatre types d'estime de soi :

3.1. Estime de soi basse et instable : l'estime de soi est globalement basse, cependant elle est très sensible aux succès et échecs, elle augmentera rapidement au cas de réussite et diminuera aussi vite en situation d'échecs.

3.2. Estime de soi haute et instable : l'estime de soi est globalement haute, elle cependant diminue lors des situations négatives, les personnes s'en défendent alors fortement afin de retrouver leur niveau initiale d'estime de soi.

3.3. Estime de soi basse et stable : l'estime de soi globalement basse et peut sensible aux événements extérieurs, qu'il soit positif ou négatif.

3.4. Estime de soi haute et stable : l'estime de soi est globalement haute, elle évolue peu en fonction des situations de succès ou d'échecs contrairement à ce que nous pouvons penser au premier abord, une estime de soi haute n'est pas forcément préférable à une estime de soi basse, chacune présente des avantages et des inconvénients. (André. C et F. Lélord, 2007, p64 à78).

4. La construction de l'estime de soi :

La plupart des recherches, portant sur l'estime de soi, ils ont donné une divergence des idées concernant le développement et la construction de cette dernière. Ces idées se regroupent sur deux tendances principales :

4.1. Estime de soi construction personnelle et unidimensionnelle :

William James est l'un des premiers auteurs à avoir considéré que la construction personnelle est la cause qui conduit à l'estime de soi parce que l'estime de soi est la conscience de la valeur du moi.

L'estime de soi est le rapport entre ce que nous sommes (notre soi réel) et ce que nous voudrions être (notre idéal de soi).

James concevait que l'estime de soi était déterminée par le rapport entre les succès et les échecs en fonction des aspirations de l'individu à réussir : si les succès sont égaux ou supérieurs à ses aspirations, l'individu aura une haute estime de soi de lui-même. Au contraire, l'estime de soi est faible lorsque les aspirations de l'individu dépassent ses réussites affectives. Cependant, si l'individu ne réussit pas dans un domaine auquel il attribue peu d'importance,

cela n'aura pas d'influence au niveau de son estime de soi. (L'Écuyer. A. 1978. P87).

Autrement dit « nous nous estimons en ce monde exactement d'après ce que nous prétendons être et prétendons faire, nous prenons pour mesure de notre valeur le rapport qu'il y a entre les résultats que nous obtenons et ceux que nous prenons pouvoir obtenir. » (Ibid. P87).

4.2 Estime de soi, construction sociale multidimensionnelle :

En 1902, Cooley nuance cette vision en évoquant l'influence de l'environnement relationnel sur la perception qu'un individu se forge de lui-même, Cooley postule qu'autrui serait un miroir dans le quel nous percevons et que les jugements d'autrui sur nous seraient intériorisés et créeraient les perceptions que nous avons de nous. Ainsi, l'estime de soi ne résulte pas de la confrontation entre soi idéal et soi réel comme l'a évoqué JAMES, mais bien de la confrontation entre soi réel et soi perçu qui dépend de l'environnement relationnel de chacun.

Il a ensuite été démontré que l'estime de soi est largement influencée par la relation aux autres : les travaux de Cooper Smith (1967) visaient à démontrer la non corrélation significative entre l'estime de soi de l'enfant et la fortune, seuls l'éducation ou la profession de ses parents influencent l'estime de soi de l'enfant étant la qualité de sa relation avec ses parents.

Cooper Smith considère également l'estime de soi comme une variable multidimensionnelle qui peut-être appréhendée relativement aux différents secteurs de la vie d'un individu. Selon la conception de Cooper Smith, l'estime de soi renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes quelle que soient les circonstances. C'est une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle,

qui se traduit par les attitudes face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale, professionnelle).

Ainsi, il distingue l'estime de soi globale (eux-mêmes qui renvoie à un jugement personnel général), l'estime de soi sociale, l'estime de soi familiale et l'estime de soi professionnelle ou scolaire. (Anne-Laura Padilla, 2009, P09).

5. les indicateurs d'une mauvaise et bonne estime de soi :

5.1. Bonne estime de soi :

A. la confiance en soi :

Croire en soi est le point de départ essentiel de toute stratégie efficace de développement personnelle.

B. Louverture aux autres :

Bâtir une bonne estime de soi et développer une forte assertivité, l'un des buts de l'estime de soi est de créer des relations positives avec l'entourage personnel et professionnel.

C. Le pouvoir d'action :

La réflexion est absolument indispensable pour réussir mais aucun cas elle ne doit se substituer à l'action.

D. La question positive de changement :

La vie sociale impose des mutations à la fois profondes et rapides, une image positive de soi renforce l'adaptabilité et la créativité. (Guilles.P, 2003, P35).

Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont aussi susceptibles, plus que d'autres, d'assumer un Rôle actif dans les groupes sociaux, et de s'exprimer librement et efficacement, plus libéré des doutes et de l'ambivalence, plus résistant aux menaces, plus dégagé de troubles mineurs de la personnalité,

l'individu qui a une haute estime de soi assemble t –il plus de facilités pour atteindre les buts personnels qu'il s'est fixés.

5.2 Mauvaise estime de soi :

A. Le défaut chronique de confiance en soi :

La personne ne se sent pas le droit de réussir, manque de respect et de considération envers son propre pouvoir créateur, elle survalorise les réalisations des autres et sous-estime ses succès en les attribuant, notamment à des causes fortuites.

B. Le pouvoir d'action limité :

Le manque de confiance en soi inhibe singulièrement le nécessaire passage à l'action, l'individu en défaut d'estime personnelle masque souvent son inertie sous de multiples projets, calculs et plans ne débouchant sur aucune caractéristique. De ce constat d'incapacité à agir la personne tire généralement argument pour justifier son inaction future le piège est total et la personne ne tarde pas à se poser en éternelle victime.

C. Le repli et la méfiance excessive :

Ne pas s'estimer à sa juste valeur, ne pas savoir connaître ses atouts et talents, provoque un repli sur soi incompatible avec les échanges extérieurs l'individu tourne en circuit fermé au lieu de s'enrichir des connaissances et des expériences des autres.

D. La crainte de changement :

C'est le critère le plus visible dans le comportement de l'individu à l'estime personnelle insuffisante, il ne juge inapte à tirer parti des aspects positifs inhérent à tout changement.

6. Les caractéristiques d'une forte estime de soi :

On a six critères caractérisent une la globalité d'une bonne estime de soi :

A. La Hauteur :

La hauteur s'identifie dans premièrement, le discours à soi : plutôt s'apprécier, être sûr de soi pour agir et prendre sa place parmi les autres, ne pas s'effondrer face aux échecs ou aux difficultés. Ainsi que d'être capable de parler positivement d'elle lorsque les circonstances l'y amènent et d'accepter les compliments sans gêne. En second lieu : dans son attitude face à l'action ; elle peut entreprendre, persévérer, renoncer sans s'humilier ni chercher d'excuses.

B. Stabilité :

C'est un très bon indice de qualité de l'estime de soi, qui concerne sa réactivité aux événements de la vie, parfois, la façade de l'estime de soi se lézarde face à la difficulté, mais aussi aux réussites. Cette stabilité s'identifie au rôle d'amortisseur qu'elle peut jouer face aux réussites et aux échecs, ou aux approbations et aux critiques. Elle permet aussi une relative constance du comportement et du discours quels que soient le public ou les interlocuteurs.

C. Harmonie :

Vu de l'extérieur, certaines estimations de soi paraissent très ou trop investies dans un domaine limité de la vie personnelle. Dans la réussite professionnelle ou dans le maintien d'une apparence «jeune, par exemple : il peut aussi apparaître dans divers champs, notamment l'apparence physique, la conformité (être comme les autres), l'acceptabilité et la popularité (se rendre aimable et apprécié), le succès et le statut (se rendre supérieur à la majorité des autres) dans certains milieux (métiers manuels...), la force et l'habileté physique qui contribuent également à l'auto-estime.

D. Autonomie :

Certains estimes de soi sont centrées sur l'atteinte de valeurs, la pratique de vertus : se montrer gentil, serviable, solidaire, généreux, honnête....

Elle s'identifier, premièrement , surtout par rapport aux pressions sociales, sur ce qu'il faut avoir, faire ou montrer pour être (ou se sentir ou se croire)estimé des autres : conjoint, enfant. En second lieu, a la capacité de supporter le rejet ou le désaveu en termes de soutien social, les impacts émotionnels (des échecs).

E. Effet favorable sur la santé somatique :

Par exemple se pencher sur les bénéfices physiques de la tendance à l'auto-valorisation et de l'inclination réflexe à avoir spontanément «une illusion positive de soi». Ces illusions positives sur soi font partie de ce qui compose une bonne santé psychique.

F. Une intelligence 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 a s'adapter a des situations nouvelles et a découvrir des solutions aux difficultés que l'on rencontre. Elle est finalement ce qui peut nous permettre de tirer le meilleur de ce que nous sommes à l' instant présents en fonction de l'environnement.

Ainsi, l'estime de soi est influencée par les inégalités sociales, médicales, psychologiques. Il est par exemple plus facile de s'estimer si on est né dans une démocratie, en bonne santé, si on a un métier, si on a été aimé dans son enfance, si on nous aime aujourd'hui. (André. 2006, P33-42).

7. Les caractéristiques d'une basse estime de soi :

Au moment ou l'estime de soi est considéré comme une composante importante de notre personnalité, la personne qui manque d'estime de soi souffre

de difficultés d'adaptation, dans la mesure où elle ne sait pas si elle peut compter sur elle-même, elle a peur des changements, se montre souvent rigide et contrôlante. Une autre façon de se protéger du changement est de fuir ou de laisser la responsabilité aux autres, ainsi, ce sont eux qui seront à blâmer si les choses tournent mal. (Saint, Paul, j, 1999, P24, 27)

En outre, une des caractéristiques communes à la personne qui manque d'estime de soi est la difficulté d'admettre leur erreur. Et aussi se montre aisément défensifs. Même s'il n'est commis aucune erreur, même si ce qui leur est dit n'est rien de dévalorisant. Il est souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elle confirme le peu de bien qu'ils pensent de lui, c'est ce qu'on appelle projection. Le manque d'estime de soi peut aussi se manifester par le désir d'avoir raison, ce qui suppose que l'autre a tort. Dans le but de se rassurer sur ses compétences intellectuelles, ainsi que sur sa valeur morale. Ce qui entraîne des hostilités et agressivités qui peuvent apparaître sous forme de piques d'ironies, de sous-entendus, de bouderies, de mauvaise humeur chronique, être exprimés ouvertement ou au contraire réprimés, niés et se transformer en une gentillesse et un désir de plaire si marqués qu'il peut parfois irriter l'interlocuteur ou le mettre mal à l'aise.

La personne à faible estime de soi a tendance à se présenter d'une façon auto-protectrice. Se caractérisent par une inclination à éviter les risques, à se centrer sur l'évitement de la mise en évidence de leurs défauts, et hésite à se prêter attention. (Delphine. M, 1995, P51).

8. L'estime de soi et le domaine physique :

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'idée que l'on a de son apparence détermine pour partie la confiance qu'on place en

soi. Les spécialistes ont construit le concept de « l'image de soi » qui sous-tend la confiance en soi.

L'image de soi est fondée sur la perception qu'un individu a de son corps mais d'une façon plus subjective (la perception que peut en avoir un évaluateur impartial d'après les normes habituelles). Evidemment la société influence l'image de soi et le souci de l'apparence. (Tighol, 2006, P97).

Dans le cas des personnes handicapées physiques et moteurs, nous sommes confrontés à une problématique complexe, à des personnes vivant souvent avec une image cassée de leur corps. Le schéma corporel, pour la plupart, existe, mais s'est échappé : leur corps, à leurs yeux, n'est pas celui qui doit être, il ne fonctionne pas comme celui des autres. Il leur envoie une image confuse et compliquée à gérer ou Beaucoup se définissent avec des mots durs : « Parfois on me regarde comme si je venais d'une autre planète », « je peux comprendre ce que peuvent ressentir les animaux au zoo », « je dois vivre au quotidien avec ce corps que je ne reconnais plus et qui ne m'obéit plus »... Elles se voient presque comme du troisième type : ni homme ni femme, mais handicapé. (S. Hubert, S. Bucher, 2007, P19).

Mais La recherche de la beauté a toujours existé en raison des avantages sociaux qu'elle offre, mais la dictature de l'apparence (être mince, jeune, beau et belle) représenterait aujourd'hui un niveau de pression et de toxicité jamais atteint (Amadiou, 2005).

Selon André (2008), une des explications serait probablement l'accélération technologique. Celle-ci menant les sociétés des derniers siècles à une soumission marquée face à une omniprésence d'images et cela, avec une telle ampleur, qu'il semble impossible d'établir des comparatifs avec les différentes cultures précédentes. De ce mouvement découle une augmentation de la conscience du corps; ce qui se traduirait par des occasions de comparaison des corps avec des modèles sociaux parfaits, mais trafiqués et non représentatifs de

la réalité. Il en résulterait une insatisfaction croissante de l'apparence personnelle.

De nombreux indicateurs corroborent cette réalité. Le fait d'augmenter la prise de conscience de soi, en étant filmé avec un retour sur sa propre image par exemple, augmenterait la tendance à se comparer (Duval, & Silvia, 2002). Or, les résultats de ces comparaisons dépendraient de l'estime de soi de la personne effectuant la comparaison. En ce sens, si elle est fragile au point de départ, les résultats de cette comparaison seront mauvais. D'après André (2008) et Watkins (2009), afin d'augmenter l'insatisfaction de soi au sujet de son image, il suffirait de s'exposer de façons répétées aux images de modèles idéaux et de se comparer à eux par la suite. (Marc Bergeron, septembre 2011, P12-13).

L'importance de l'image et de l'apparence physique a toujours été présente à travers les différentes cultures et cela, en raison des avantages sociaux qu'elle procure. Par contre, à aucune autre époque l'apparence et l'image n'ont pris autant de place et d'importance que dans les sociétés actuelles (Amadiou, 2005). Bien que le niveau d'estime de soi d'une personne ait un rôle important à jouer sur l'impact qu'auront l'apparence physique d'une personne sur son développement, le contraire peut aussi être vrai, en ce sens où l'apparence physique et l'image prennent une place tellement importante dans les relations interpersonnelles d'aujourd'hui, qu'elles peuvent elles aussi, influencer l'estime de soi (M. Bergeron, 2011, P73).

Conclusion :

En résumer, on peut dire que l'estime de soi reste une dimension fondamentale de notre personnalité, il se construit durant l'enfance et évoluera au cours de la vie avec les expériences de **réussite** et d'**échec**. Est un élément vital de notre équilibre psychologique. . **L'estime** que l'on va avoir de soi dépendra de beaucoup de paramètres : **L'environnement**, **l'éducation**, **la personnalité**, les **capacités physiques et intellectuelles**, etc.....

Avoir une bonne estime de soi peut souvent apparaître comme une tâche insurmontable. Mais elle ne l'est pas puisque nous pouvons nous y attaquer par un grand nombre de portes. Il suffit de relever un défi, de nous respecter, de vivre en étant à la hauteur de nos valeurs, pour la conserver ou la rehausser. En somme, nous agissons continuellement sur cette importante dimension de la qualité de notre existence. Par nos choix et nos actes, nous avons toujours le pouvoir de l'améliorer ou de la détériorer.

La partie Pratique

CHAPITRE -III-

CHAPITRE -IV-

Chapitre -III-

Méthodologie de la Recherche

Préambule :

Pour bien réaliser une recherche, il faut suivre une méthodologie de recherche bien déterminé. A travers ce chapitre, on va présenter la méthode utilisé, le terrain de recherche, la population d'étude et ainsi que les techniques de récoltes des données. Et avant d'exécuter notre recherche sur le terrain, il faut d'abord faire une pré-enquête qui nous permettra de recueillir des informations sur notre thème.

La démarche méthodologique :**1. La pré-enquête :**

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

Elle est définie comme : « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre, d'une part les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation». (Chauchat, H, 1990, P19).

Notre pré- enquête est réaliser au sein de l'association "SID ", et avant d'entamer notre recherche, on a d'abord discuté avec le président de l'association dont on a présenté notre thème de recherche « l'estime de soi chez les handicapés moteurs» en vue d'obtention d'un diplôme de Master en psychologie clinique (mémoire fin de cycle). Le président de l'association à donné son accord pour notre investigation. et il nos a orienter vers le psychologue de l'association à qui nous somme expliqué notre thème qui nous a permis d'avoir des idées sur la construction de notre recherche puis nous somme informé sur les techniques de recherche qui sont l'entretien clinique et l'application et la passation d'échelle.

Cette pré-enquête nous a permis d'effectuer une certaine observation sur la situation psychologique des handicapés moteurs pour recueillir et accumuler plus d'informations et des connaissances auprès des handicapés et ainsi que d'étudier le terrain d'étude.

On a effectué notre pré-enquête sur trois cas : .Rahim, Aziz et Omar.

2. La méthode clinique :

La démarche clinique s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (histoire de l'individu et situation actuelle), et elle prend en compte l'engagement de l'observateur. (Ghiglione «R», Richard J.F, 1990, P467).

Afin de vérifier et de répondre à nos hypothèses de notre thème de recherche, nous nous sommes basés sur la méthode clinique qui peut se définir comme suite : «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) étudiées dans des contextes différents. (A.M.Lavard, 2008, P232).

Comme notre présente étude vise à décrire une des composantes de la personnalité des handicapés moteurs qui est l'estime de soi, on s'est appuyé sur la méthode descriptive.

La méthode descriptive essaie de décrire le phénomène tel qu'ils existent, plutôt de manipuler des variables pour tester les causes et leurs effets. (Westend. D, 2000, P62).

Aussi elle est l'intervention en milieu naturel qui tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation ou d'une situation particulière. L'objectif de cette méthode n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la méthode expérimentale mais plutôt d'identifier les

composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ses composantes. (Chahraoui. K et Benony. H, 2003, P125).

On se base d'avantage sur l'étude de cas qui fait partie de la méthode descriptive. Elle consiste en une observation approfondie de l'individu ou de petits nombres d'individu. Nous avons fait appel à l'étude de cas afin, de décrire plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, en tenant compte de ses différentes circonstances actuelles. Et celle du passé.

Donc l'étude de cas est employée comme un outil pour étudier quelque chose spécifique dans un phénomène complexe.

Dans notre recherche, nous avons opté pour cette méthode dans le but de décrire l'estime de soi chez les handicapés moteurs.

3. Présentation lieu de recherche :

SID « association pour la Sensibilisation, l'Intégration et le Développement », des handicapés d'Akbou, lancer officiellement le 15 Aout 2013, à la maison de jeune Abderrahmane Fares d'Akbou sous la direction de « Mr : Azrou Sofiane ». Elle se situe en centre culturelle « Mouloud Kacem Nait Belkacem » Akbou.

Ses objectifs sont :

- ❖ la sensibilisation des personnes en situation de handicap de leurs droits ainsi que leur entourage.
- ❖ La promotion des droits des personnes en situation de handicap et inciter à les prendre en considération formellement et moralement.
- ❖ Travailler dans le sens d'insérer les personnes en situation de handicap dans les différentes activités.
- ❖ Recensement des personnes en situation de handicap de la ville d'Akbou et des communes limitrophes.

- ❖ Organisation de journées pour sensibiliser les gens sur les droits des personnes en situation de handicap.

4. Les caractéristiques de groupe de recherche :

A. Choix de groupe de recherche :

Pour notre choix de groupe, on a utilisé la méthode de boule de neige qui nous a permis d'entretenir avec eux.

B. Les critères de sélection de groupe de recherche :

La sélection des cas de notre étude dépend d'un certain nombre de critères :

❖ Critères d'homogénéités retenues :

- **L'âge :** se situe entre 24-34ans.
- **Sujets :** sont tous des handicapés moteurs du a un accident.

❖ critères non pertinents pour la sélection de nos cas :

- la vie scolaires :** certains cas ont une vie scolaire et des autres n'ont jamais rencontré l'école.
- l'âge d'accident :** l'âge de vécu de l'accident de nos cas est différent.
- le sexe :** dans notre recherche, on n'a pas étudié la variable de sexe.

C. les caractéristiques de l'échantillon d'étude :

Tableau 02 : Récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche :

Prénom	Age	Sexe	L'âge de l'accident	Type d'handicap
Sofiane	27ans	Masculin	5ans	Paraplégique
Massi	24ans	Masculin	17ans	Coup la main droite et l'immobilité de main gauche
Hanane	25ans	Féminin	8ans	Au niveau de pied gauche

Hicham	27ans	Masculin	17ans	Une perte d'usage du ses pieds
Amel	28ans	féminine	12ans	La main droite
Lyes	32ans	Masculin	25ans	Les deux pieds
Akli	32ans	Masculin	28ans	Coup de jambe droite
Kamel	34ans	Masculin	30ans	Au niveau de dos et le pied droit.

Remarque : les groupes présentés, ne sont pas leurs vrais prénoms.

Notre échantillon d'étude contient huit cas qui sont des handicapés moteurs du à un accident. L'âge de ces handicapés se variée entre 24-34ans et leurs types d'handicap se variée entre une paraplégique, handicap au niveau de pied gauche, au niveau des mains et des pieds, la main droite, les deux pieds, coup de jambe droite, et le pied droite, ce handicap est liée a divers accident.

5. Les outils utilisés :

1. L'entretien clinique :

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en science sociale, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives de sujet. Elle permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements reçus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. Donc l'entretien clinique c'est un outil irremplaçable et unique si l'on veut comprendre un sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés. (H.Benony et K.Chahraoui, 1999, P12).

Pour Collette Chiland, l'entretien clinique est une relation de soins ou d'aide suite à la demande de patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs. Son but est de diagnostic dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance

du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. Cité par (H.Benony et K.Chahraoui, 2003, P32).

On peut le définir aussi comme : «un outil de prédilection de la phase exploratoire d'une enquête». Il est «un processus exploratoire, qui contient une possibilité permanente de déplacement de questionnement et permet le processus de vérification continue et de reformulation d'hypothèse». (A. Blanchet et A. Gotman, 2007, P39).

L'entretien clinique favorise la parole et l'émergence des phénomènes inconscients. Il est un processus exploratoire qui contient une possibilité permanente de reformulation d'hypothèse. (Cyssau, 2003, P100).

L'entretien clinique est de trois types qui sont : l'entretien directif, l'entretien semi directif et l'entretien non directif.

Dans le cadre de notre recherche, et vue la qualité des informations recherchées, on a opté pour l'entretien semi-directif.

2. L'entretien semi-directif :

L'entretien semi directif : « consiste un usage complémentaire ou le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se précise jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien.» (S. Lounescus et A. Blanchet, 2006, P13).

Le but de choix de l'entretien semi-directif c'est d'obtenir plus d'informations sur l'état psychologique de chaque handicapé et s'informer sur la réalité de son handicap.

3. Guide d'entretien :

Dans l'entretien semi-directif, le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association, comme dans l'entretien non directif, le

chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (H. Benony et K. Chahraoui, 1999, P 17- 19).

Le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter : le clinicien cherche a préparer quelques questions à l'avance, toute fois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit d'avantage de thème à abordée que le chercheur connaît bien. (Ibid., p68-69).

Nous avons établi un guide d'entretien qui compose se 04axes :

- **Axe 01** : Données personnelles.
- **Axe 02** : les informations sur l'état d'handicap.
- **Axe 03** : les informations sur l'estime de soi.
- **Axe 04** : projection vers l'avenir.

4. Echelle d'estime de soi du Rosenberg :

A. Description de l'échelle :

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg, mis au point par Morris Rosenberg en 1965, demeure le test le plus utilisé dans la recherche en psychologie pour mesurer le niveau globale d'estime de soi. (Psychomédia.htm).

Il définit l'estime de soi comme étant "une orientation positive ou négative envers soi-même; une évaluation globale de sa valeur". Elle est, selon son modèle, une composante du concept de soi qui est «l'ensemble des pensées et des sentiments de la personne par rapport à elle-même." Outre l'estime de soi, d'autres composantes du concept de soi sont le sentiment d'efficacité personnelle, aussi appelé auto-efficacité, qui est la croyance concernant ses capacités d'atteindre des buts, et les identités de soi. (Ibid.).

Echelle d'estime de soi de Rosenberg permet de définir comment une personne se présente elle-même.

L'échelle se compose de 10 Items. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions, il suffit d'indiquer à quel point ces derniers sont vraies pour leurs états en cerclant le chiffre approprié.

Les catégories de réponses pour ces questions sont :

1. Tout à fait en désaccord
2. Plutôt en désaccord
3. Plutôt d'accord
4. Tout à fait en accord.

B. Cotation :

Pour La cotation d'échelle d'estime de soi, il se fait d'additionner les scores aux questions, 1, 2, 4,6 et 7.

Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversé, c'est-à-dire qu'il faut :

- 4 si le cas entoure le chiffre 1
- 3 si le cas entoure le chiffre 2
- 2 si le cas entoure le chiffre 3
- 4 si le cas entoure le chiffre 4

C. classement et interprétation :

Après la correction des réponses obtenues, on aura la note totale de l'estime de soi qui se varié entre 10 et 40.

Tableau 03 : les niveaux d'estime de soi :

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	≤ 25	Très faible
2	25 à 31	faible
3	31 à 34	moyen
4	34 à 39	fort
5	≥ 39	Très fort

Source : échelle d'estime de soi de Rosenberg.

5. Les procédures de recueil des données :

Dans cette partie, on présentant les conditions et les étapes de déroulement de notre pratique.

1. les conditions de déroulement :

Le déroulement de l'entretien et la passation de test sont effectuer dans des bonnes conditions grâce a la disponibilité d'un bureau de psychologue qui permet de la réalisation de l'entretien ainsi que la passation de l'échelle d'évaluation d'estime de soi. On à effectuer l'entretien a la langue française et la langue maternelle (Kabyle).

2. les étapes de déroulement :

Notre pratique s'est déroulée comme suit :

On a effectué d'abord l'entretien préliminaire avec nos cas ou on a les expliquer l'objectif et l'intérêt de notre recherche et après leurs accord de participer avec nous, on s'est fixés des rendez-vous par l'intermédiaire (le président et le psychologue) du l'association des handicapé moteurs.

Puis, la réalisation de l'entretien semi-directif (guide d'entretien) avec chacun de nos cas dans le but de récolter des données a propos de l'handicap et

les préparer a la passation du l'échelle. La durée des entretiens été varié entre 30 à 45 minutes.

Enfin, c'est l'administration d'échelle d'estime de soi dans l'objectif d'évaluer et cerner l'estime de soi de chaque sujet. La durée de la passation du test est entre 10 à 15 minutes.

Conclusion :

Pour bien réaliser une recherche, on a suivi une méthodologie bien déterminée afin de vérifier notre hypothèse, c'est pour cela que nous avons bien illustré et exposé dans ce chapitre les différentes étapes suivi.

Nous avons effectué un stage pratique d'une durée de 30 jours. Dans un cadre clinique ou nous avons utilisé deus outils de recherche : entretien clinique semi directif (guide d'entretien) et l'échelle de mesure d'estime de soi de Rosenberg.

Chapitre -IV-

**Présentation, analyse
des résultats et
discussion des
hypothèses**

Préambule :

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

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

Ce travail va nous permettre d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

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

Le 1^{er} cas : Hanane

A. Présentation générale de cas :

HANANE, est une jeune fille, âgée de 25ans, avec un niveau d'étude deuxième année secondaire par correspondance. Issue d'une petite famille dont elle est l'aînée et un frère. Elle souffre d'un handicap au niveau de main et pied droit causé par un accident de voiture accompagné de sa famille à l'âge de huit ans.

B. Présentation et analyse de l'entretien :

Au cours de notre entretien, HANANE s'est montrée souriante, motivée, croyante, gentille.

Avant d'entamer notre entretien, on a remarqué que notre cas est vraiment attaché à ses parents surtout sa maman parce qu'elle a demandé la présence de sa mère durant l'entretien.

En premier temps, nous avons essayé d'accumuler les informations possibles sur son état à savoir son histoire et la cause de son handicap, elle nous a déclaré que c'était à cause d'un accident de voiture avec sa maman à l'âge de huit ans et qu'elle souffre d'une paralysie du côté droit. Pour elle, son état de santé est

satisfaisante, elle a accepté son handicap car elle croit en destin et prend les prés jugement a la légère dont elle déclare : « **pour moi, je suis comme les autres parce que c'est la volonté de dieu** ».

Au sein de sa famille, elle déclare qu'elle vit dans une famille pleine de bonheur, ses relations avec ses membres de sa famille sont des relations marquées par la tendresse, les sentiments de sécurité et du soutien. Ce qui est confirmé par ses réponses aux questions de l'entretien dont elle répond : « **je ne peux pas vous exprimer mes sentiments tellement ma famille fait tout les efforts pour m'aider et je vie en bonheur** ».

Au niveau scolaire, elle a quitté l'école à sa troisième année primaire à cause de son hospitalisation suit a l'accident et le traitement qui a pris une longue période, elle prend ses études par correspond après cinq ans, elle est maintenant en deuxième année secondaire, elle est autonome, n'est pas timide, prend la parole facilement en classe, ses relations avec ses camarades de classes sont bien mais la difficulté rencontré par Hanane est le stress durant les examens par peur d'échouer dont elle déclare : « **si je risque de réfère l'année, je quitte les études et je changerai d'orientation tel que le dessin** ».

HANANE ne parle pas trop avec les gens de son entourage pour éviter les problèmes. Elle confirme comme suite dans ses propos : « **je n'aime pas parler avec les gens ou construire des relations sociales car pour moi c'est seulement d'ajouter des problèmes, j'ai mes parents sa me suffit pour moi** »

Sa vision vers l'avenir, elle n'a aucun rêve d'avenir, vit jour le jour dont elle a démontré : « **à quoi bon du me faire des projets d'avenir, alors que je ne sais pas si je survivre** ».

D'après notre analyse de cet entretien, nous nous constatons que HANANE à un sentiment de désespoir et incapable de faire ses besoins toute seule ou de faire les choses telles qu'elles sont.

C. Résultats et analyse du l'échelle d'estime de soi de

L'estime de soi est perçu 28.

Tableau 04 : Résultat de l'échelle de l'estime de soi : HANANE

Niveau d'estime de soi	Faible
Limite des classes	25-31
L'estime de notre cas	28

D'après l'évaluation de l'échelle d'estime de soi de ROSENBERG, notre cas a eu un score de 28 qui se situe entre 25 et 31. Ce qui signifie que HANANE, présente un degré d'estime de soi faible. Cela est confirmé par sa réponse à l'item "10".

D. Synthèse de cas du HANANE :

Selon l'évaluation de l'échelle d'estime de soi de ROSENBERG et l'analyse de l'entretien clinique semi-directif ainsi nos observations, on peut dire que HANANE présente une estime de soi faible et elle souffre d'un manque de confiance et de volonté et de désespoir malgré que ses relations familiales sont positives.

2^{ème} cas : AMEL

A. Présentation générale du cas :

AMEL est une jeune fille âgée de 28ans, niveau de la troisième année lycée par correspondance, dérivée d'une situation familiale défavorable. Elle est la septième d'une fratrie de quatre garçons et trois filles. L'origine de son handicap est due à un accident à la maison à l'âge de 12ans et il se focalise au niveau de pied gauche.

B. Présentation et analyse de l'entretien :

Durant notre entretien avec AMEL, s'est montré sérieuse et stressante.

Au début, nous avons essayé d'avoir des informations possibles sur son état et la cause de son handicap. Elle nous a raconté que son handicap est due à un accident qui a déroulé à la maison où elle a tombé sur une échelle et la conséquence était un décalage au niveau de son pied gauche qu'il a laissé boiter.

On a constaté que malgré les bonnes relations de AMEL avec ses parents et leur soutien familiale, elle vit des tensions des disputes et des problèmes avec ses frères et sœurs dont elle a déclaré « **je ne suis pas à l'aise avec mes frères et sœurs.....pleurs** ».

Malgré la bonne volonté de AMEL dans ses études, elle a été dans l'obligation de quitter l'école à sa première année secondaire afin de traiter son état de santé après avoir subi plusieurs traitements, elle a pu arriver à une guérison de 60%, juste après elle a décidé de reprendre les études par correspondance. AMEL est une fille timide ne ose pas de prendre la parole en classe, dont –elle dit : « **je ne pourrais jamais prendre la parole en classe** ». Elle est toujours isolée à l'égard de ses camarades par cause de ses mauvaises relations avec eux qui sont dus à son non égalité de morphologie.

Pour notre cas, son handicap lui provoque un manque de confiance et une fausse interprétation du regard de l'autre comme elle dit : « **j'ai peur quand quelqu'un me regarde.....même quand quelqu'un me fait une remarque, je me sens mal à l'aise et je me mis à pleurer.....** ».

Ce qui concerne son avenir ; est très loin à réalisé un projet ou quoi que se soit par cause de son découragement et son-inutilité.

D'après notre analyse de cet entretien, nous avons remarqué que Amel présente un manque de confiance, rempli sur soi, et manque d'amour de soi et un sentiment de dévalorisation.

C. Résultats et analyse d'échelle d'estime de soi :

L'échelle d'estime de soi est perçue de 21.

Tableau n°05 : Résultats de l'échelle de l'estime de soi : AMEL :

Niveau d'estime de soi	Très faible
Limite des classes	≤25
L'estime de notre cas	21

D'après l'évaluation de l'échelle d'estime de soi de ROSENBERG, notre cas à un score de 21 qui se situe (inférieure de 25) ce qui signifie que AMEL présente un degré d'estime de soi très faible qui est confirmé par sa réponse à les items 3, 5, 8, 9, 10.

D. Synthèse de cas :

A partir de nos observations et l'entretien semi-directif et l'application de l'échelle d'estime de soi de ROSENBERG, AMEL présente un estime de soi très faible parce qu'elle a un manque de confiance de soi causée par ses relation défavorables aux niveaux familiales et sociales malgré le soutien de ses parents.

Le 3^{ème} cas : SOFIANE

A. Présentation générale de cas :

SOFIANE, un jeune homme de 28ans, il est le cinquième d'une fratrie de trois garçons et deux filles, il est en deuxième année par correspondance. A l'âge de cinq ans il a subi un accident causé par sa mère sans intention à l'huilerie d'olive dont il résulte une paraplégique.

B. Présentation et analyse de l'entretien :

Après l'acceptation de Sofiane à répondre à nos questions, nous l'avons interrogé sur les causes de son handicap, il a commencé par nous informé que son handicap est du à un accident à l'huilerie d'olive à l'âge de cinq ans, causé par sa mère sans intention et le résultat a été une paraplégique. Comme il a avoué qu'il était hospitalier pendant trois mois ou il a vécu des moments difficiles.

Dans son discours par rapport a ses relations familiales, on a constaté que Sofiane vit dans des relations familiales formidables ou il a trouvé tout l'aide et importance soit par ses frères ou ses parents, il est autonome, prend toute responsabilité au sein de sa famille comme il n'a jamais jugé sa maman pour l'accident a propos de ce point, il a exprimé : « **toute mère, elle cherche que le bonheur de ses enfants** ».

Son handicap lui a causé des difficultés durant sa scolarisation, même il n'a jamais rentré a l'école jusqu'à l'âge de 19ans, mais grâce a son soutien familiale, Sofiane s'est intéressé à l'étude ce qui lui à donné la volonté de ce dirigé vers le centre de la lutte contre l'analphabétisme, dans ce centre, il a confronté des obstacles, mais grâce à l'aide de ses professeurs, il a dépassé ses difficultés. Après il a continue ses études par correspondance, ou il a construit des bonnes relations avec ses camarades.

Son handicap n'a pas influencé sur sa vie professionnelle dont il a fait plusieurs formations (informatique, comptabilité, bijouterie). Il a un niveau intellectuel très élevé avec niveau 5 à la langue française. Ils se content pas de ce qu'il a aujourd'hui mais il espère toujours d'aller loin sur son projet qui concerne l'handicap est l'handicap international.

Le seul point gênant pour Sofiane c'est son handicap au niveau des pieds car ce dernier lui provoque des difficultés a ce déplacé Sa fort vision positif pour son avenir plein d'espoir la poussé a affirmé : **« j'aimerais bien avoir une voiture et de voyager a l'étranger et aussi construire une famille »**. Et pour son état de santé il déclare : **« j'ai discuté avec les médecins étrangères et j'ai l'espoir de faire une opération pour améliorer mon état de santé »**.

D'après notre analyse de cet entretien, on constate que Sofiane est motivé, capable de faire les choses comme la majorité des gens. Comme son handicap n'a pas vraiment influencé sur sa vie.

C. Présentation et analyse de résultat l'échelle de ROSENBERG :

L'échelle d'estime de soi est perçue de 37.

Tableau n°06 : Résultats de l'échelle de l'estime de soi : SOFIANE

Niveau d'estime de soi	Forte
Limite des classes	34-39
L'estime de notre cas	37

D'après l'évaluation de l'échelle d'estime de soi de ROSENBERG, notre cas a eu un score de 37 qui se situe entre 34-39, ce qui signifie que Sofiane présente

un degré d'estime de soi forte, cela est confirmé par ses réponses aux 'item 3, 4, 5, 6,10.

D. Synthèse du cas de Sofiane :

A partir de nos observations et l'entretien semi-directif et l'application de l'échelle d'estime de soi de ROSENBERG, SOFIANE présente un niveau d'estime de soi forte parce que son handicap n'a pas influencé vraiment sur son estime de soi car il se voit utile, autonome, capable de réaliser ses projets et de prendre la responsabilité, tout ça est confirmé durant l'entretien qui on a effectué avec lui car il s'est montré à l'aise, compétent, motivé avec espoir de se faire opérer à l'étranger.

4^{ème} cas : KAMEL

A. Présentation générale du cas :

KAMEL un homme âgé de 34 ans il est le deuxième d'une fratrie de quatre frères son handicap est causé par un accident de travail à l'âge de 30 ans.

B. Présentation et analyse de l'entretien :

KAMEL a été parmi les cas qui ont accepté facilement de faire l'entretien avec nous car il a été dans un état stable, qui lui a permis de nous accueillir, et nous informé sur son cas.

Durant notre entretien avec Kamel il nous a informé ; **« on 2011, j'ai subi un accident pendant mon travail ou J'ai glissé du haut d'une charpente ; j'ai passé trois mois au niveau de l'hôpital de tizi ouzou et depuis cette accident je souffre d'handicapé au niveau de pied droit et d'un problème au niveau du dos ».**

Malgré le changement subi, KAMEL n'a jamais ressenti le manque d'aide de son entourage familiale, il vit de bonnes relations de bonheur, tendresse surtout

du côté de sa femme et ces deux enfants ou il affirme: « **je suis bien entouré par ma femme qui à toujours partager mes moments difficile et à sue présente son aide par tout les moyens pour surmonté ma souffrance.**»

Vut à son changement physique après l'accident, KAMEL à rencontré des dégradations de relation envers les gens de son environnement surtout avec ses amis qui l'on rejette à cause d'incapacité d'accomplir ses taches comme au par avant dont il dit : « **je suis incapable de faire les choses comme avant** ».

Au sein de sa vie professionnel et face à la difficulté qu'il rencontre à cause de son handicap et le manque de pouvoir d'accomplir une tache difficile, il a trouvé un travail plus facile ou il s'en charge de l'encaissement d'une cafétérie et c'est ce qu'il a confirmé dans ses paroles : « **à cause de mon handicap, je me suis trouvé un travail plus facile à l'accomplir** ».

Pour l'avenir il a une vision optimiste dont il déclare : « **je voix rien par rapport a mon avenir** ».

Et comme conclusion pour notre analyse de cet entretien, on constate que KAMEL se voie et se sent inutile surtout incapable de prendre la responsabilité.

C. Résultat d'échelle d'estime de soi

Estime de soit est perçus 27

Tableau n°7 : Résultats de l'échelle de l'estime de soi : KAMEL :

Niveau d'estime de soi	Faible
Limite des classes	25-31
L'estime de notre cas	27

Notre cas a obtenu une note de 27 qui se situe entre un Secor de 25 à 31 qui veut dire qu'il présente un degré d'estime de soi faible. Cela est confirmé par ses réponses aux items : 3, 4, 5, 9

D. Synthèse de cas de Kamel

D'après l'évaluation de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et selon l'analyse des réponses à l'entretien clinique semi-directif On peut dire que Kamel présente une estime de soi faible à cause de son handicap et la vision des autres sur lui comme il se voit inutile et que il n'a aucune valeur par rapport à ces changements financiers.

5^{ème} cas : MASSI

A- présentation générale de cas de Massi

Massi un adulte de 24 ans, il est le cinquième d'une fratrie de quatre frères à l'âge de 17 ans il a subi un accident de voiture où il a perdu sa main droite et de rester immobile sur sa main gauche.

B. Présentation et analyse de l'entretien

Durant notre entretien avec Massi on a remarqué qu'il est calme, timide et gentil, Il a été d'accord à aborder son handicap avec nous ; il a dit qu'il a eu un accident causé par la perte des freins de sa voiture, après avoir été hospitalisé pendant un mois, il est sorti par une perte de sa main droite et l'immobilité de sa main gauche.

Au sein de sa famille Massi est bien entouré, bien aimé et toujours soutenu par tous les côtés : financièrement et psychologiquement, il est proche de ses frères plus particulièrement du grand dont-il-infirmes : **« mon frère me comprend bien, il me donne la valeur que je mérite »**

Massi a passé sa scolarité le plus normalement du monde il été un exilant élève ou il a occupé toujours la première place en classe, ces relations ont été également parfaites avec ces camarades, mais après son handicap qui a bouleversé son existence ou il trouve des obstacles et des difficultés dans sa scolarité car il a du mal à écrire sans sa main et même ces relations avec ces camarades sont dégénérées dont il dit : « **Jai quitté l'école à cause de mon handicap et que mes camarades ce manque de moi** ».

Massi ressent toujours bizarrement les regards des autres envers lui et sa lui fait du mal dont il dit : « **si je n'ai pas eu ce handicap, les gens ne me regardent pas de cette façon et leur comportement de pitié envers moi qui me poussait à abandonner mes études** ».

D'après l'analyse de notre entretien avec Massi, on constate qu'il ne se donne pas de valeur, qu'il a un repli sur soi et il prend toujours les regards des autres au sérieux.

C. Résultats et analyse d'échelle d'estime de soi de Rosenberg

Estime de soi est perçue 30

Tableau n°8 : Résultats de l'échelle de l'estime de soi : MASSI

Niveau d'estime de soi	Forte
Limite des classes	25-31
L'estime de notre cas	30

Notre cas a obtenu une note de 30 qui se situe à un Score entre 25-31 qui signifie que Massi présente une estime de soi faible.

E. Synthés de notre cas

D'après l'évaluation de l'échelle d'estime de soi et l'analyse de l'entretien semi-directif, on peut conclure que Massi présente une estime de soi faible par rapport à son handicap qui influence sur son image de soi et la vision des autres qui provoque chez lui un sentiment de manque de confiance et qui ne cherche pas à avoir des bonnes qualités.

6^{ème} cas : LYES

A. Présentation générale du cas :

LYES un adulte, âgée de 32ans, issu d'une famille d'un niveau socio-économique défavorable. Son handicap est dû à un accident de travail, qui se focalise au niveau des pieds à l'âge de 25ans

B. Présentation et analyse de l'entretien :

Au début LYES a hésité de s'entretenir mais après avoir rassuré nos objectifs de recherche, il a accepté d'entretenir avec nous.

Pour commencer, on a essayé de chercher la cause de son handicap qui est due à un accident de travail, causé par un dysfonctionnement d'une machine.

La vie du LYES est marquée par un déséquilibre au sein de sa famille et la souffrance de ses problèmes dont il déclare : « **au sein de ma famille, je ressens que personne ne fait l'effort de me soutenir, et je ressens que je suis inférieur aux autres parce que je suis le seul handicapé dans ma famille** ».

Par rapport à sa vie professionnelle, il est intégré dans une association des handicaps moteurs, qui lui a permis de combattre l'handicap et atteindre son objectif qui est l'aide et le soutien des handicapés : «**au niveau de cette association, je me sens utile et par le soutien que j'offre aux autres handicapés, j'ai fini par accepter mon handicap et me voyer normal**».

Au par avant, LYES considère les regards des autres comme des mauvais préjugé à son égard dont il mit des mots sur sa souffrance, comme il dit : « **leurs préjugé me rend malade..... Beaucoup de personnes jugent avant de comprendre la réalité de mon état mais après j'ai dépassé ses trucs la et j'ai connaît ma valeur parce que pour moi, je ne suis pas un handicapé, j'ai des choses à faire mieux que les autres** ».

Ce qui concerne son avenir, il est optimiste ou il a confirmé : « **bientôt, je réalise mon rêve qui est être un commerçant très connu afin que je puisse subvenir à mes besoin, battire une maison et fondé une famille** ».

D'après l'analyse de notre entretien avec LYES, on résulte que malgré ces problèmes et ces difficulté ainsi que le manque de soutien familiale, il arrive à surmonté son handicap grâce a sa volonté et à la confiance en soi, il a pu réussir son parcours au sein de l'association.

Résultats et analyse d'échelle d'estime

Estime de soi est perçu 35

Tableau n°9 : Résultats de l'échelle de l'estime de soi : LYES

Niveau d'estime de soi	Forte
Limite des classes	34-39
L'estime de notre cas	35

Notre cas à une note de 35 qui se situe un score compris entre 34-39, ce qui signifie que Lyes à une estime de soi forte et cela est confirmé par ses réponses aux items : 1, 3, 4, 6, 7, 10.

C. Synthèse du sixième cas :

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et l'évaluation d'échelle d'estime de soi de ROSENBERG, on constate que Lyes a une estime de soi forte à cause de ses relations positives avec l'entourage personnel et professionnel et l'image de soi qui renforce l'adaptabilité et la créativité.

7^{ème} cas : AKLI

A. Présentation générale du cas :

AKLI est un adulte âgé de 32ans, il a un niveau économique défavorable, il est marié, est père d'un enfant. Son handicap est dû à un accident qui lui a laissé avec une perte de son pied gauche à l'âge de 28ans.

B. Présentation et analyse de l'entretien :

Après l'acceptation d'AKLI de passer l'entretien avec nous, nous avons commencé de recueillir les informations sur son handicap.

L'handicap d'Akli est causé par un accident, dont il a été accompagné par son ami durant leur retour à la maison, son tracteur a fait un carambolage qui a causé la mort de son ami et la perte de pieds gauche d'AKLI. Après l'hospitalisation de notre cas qui a duré 9 jours, à causé de nombreuses difficultés pour son autonomie.

Ces relations avec son entourage sont favorables, très compréhensif, il donne aucune importance aux regards, ni à l'apparence des autres dont il dit : « **je m'en fou de ce qu'il pense les autres** ».

Pour son projet d'avenir il souhaite tout faire pour satisfaire tous les besoins de son fils et de lui construire un bon avenir.

D'après notre analyse sur l'entretien on a remarqué que Akli été calme, aise dans ces réponses à nos questions et qui la peu parle facilement sur son handicapé.

C. Présentation et analyse des résultats d'échelle d'estime de soi de Rosenberg

Estime de soi et perçus 29

Tableau n°10 : Résultats de l'échelle d'estime de soi du KAMEL :

Niveau d'estime de soi	Faible
Limite des classes	25-31
L'estime de notre cas	29

Notre cas a obtenu une note de 29 qui se situe a un secor entre 25 et 31 qui se signifie que notre cas présent une estime de soi faible et ça est confirme a ses réponse aux items 3, 4, 6,7

D. Synthèse de cas

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et l'évaluation d'échelle d'estime de soi de Rosenberg, on peut dire que notre cas présente une estime de soi faible a cause de son handicapé et le manque des moyens financiers et le manque de confiance et il ne planifie pas des projets et des plans d'avenir.

8^{ème} cas : Hicham

A. Présentation générale de cas :

Hicham, est jeune homme âgée du 27ans, Issu d'une famille économique acceptable, qui ce représente comme l'innée de sa famille. A l'âge de 17ans il a vécu un accident qui lui criée un handicap au niveau des deux jambes

B. Présentation et analyse de l'entretien :

Au cours de l'entretien, Hicham s'est montré calme, stressant et timide.

Au début de l'entretien, on a essayé d'avoir et de reconnaître les vrais causes de son handicap ou il a affirmé : « **avant j'étais dans un état normal comme tout les gens, c'est à causes de l'accident que je me suis transformé à un handicapé condamné sur une chaise roulante** ».

Dans son discours, on a remarque que Hicham vit dans une très bonne situation familial surtout avec ses parents, qui lui ont assuré la sécurité, la tendresse et le soutien ou il nous a confirmé : « **mon père est toujours compréhensive envers moi et ma mère inquiétante par rapport à mes relations** » **silence** et après « **mes parents offrent tout pour moi** ». Et la remarque qu'on a obtenu c'est que Hicham est trop attaché a sa famille parce qu'elle lui offre tout l'aide et la prudence.

Au sein de sa scolarité, son handicap lui à causé beaucoup de problème à cause du manque des moyens de déplacement ce qu'il la mit en position d'aide avec ses amis ce qui provoqué chez lui un sentiment de différenciation par rapport à ses camarades de classe, ce qui la poussé d'arrêter ses études.

Au niveau professionnel, il a effectué plusieurs formations dans une école privé ce qui la enrichis d'un niveau intellectuel moyen qui lui permet d'intégrer dans une association des handicapés et d'être aussi parmi ces membres et leur responsabilités.

A la fin de notre entretien, notre cas s'est montré très pessimiste à propos de son avenir, ou il avoué : « **je pense qu'il ya aucun avenir à une personne handicapé, pour moi tout le temps assis et condamné sur cette chaise roulante.....des larmes** ».

D'après l'analyse de notre entretien, on conclut que malgré le soutien familial et financière notre cas souffre d'un dure sentiment d'infériorité et de peur face au changement qui peut se produire car il n'a aucun projet personnel ou vision positif sur son handicap.

C. Présentation et analyse de résultats d'échelle :

La note est perçu 29.

Tableau n°11 : Résultats de l'échelle de l'estime de soi : HICHAM

Niveau d'estime de soi	Faible
Limite des classes	25-31
L'estime de notre cas	29

Notre cas est obtenu un note 29 qui se situe à un score entre 25-31, ce qui signifie que notre cas à une faible estime de soi. Cela est confirmer par ses réponses aux items 7, 10.

D. Synthèse du cas :

D'après l'évaluation de l'échelle d'estime de soi de ROSENBERG et l'entretien semi-directif, on constate que Hicham présente un estime de soi faible et que son handicap à influencé sur sa personnalité avec le manque de confiance en soi et par sa vision pessimiste envers sa vie.

2. Discussion des hypothèses

Tout au long de notre recherche, nous avons tracé des objectifs en vue de vérifier et évaluer le niveau d'estime de soi chez les handicapés moteurs du à un accident.

Après avoir présenté et interprété les résultats obtenus dans notre pratique, on arrivé à la phase de discussion, afin de confirmer ou bien d'infirmer nos hypothèses.

Nos hypothèses s'appuyant sur une :

➤ **Hypothèse générale :**

« L'handicap moteur du à un accident à une influence sur l'estime de soi chez les personnes handicapés ».

- **Hypothèse partielle :**

- Le niveau d'estime de soi est faible chez l'handicap moteur du à un accident.
- Les handicapés moteurs ayant un soutien social ont une estime de soi forte.

Tableau 12 : Récapitulatif des résultats obtenus chez nos cas :

Cas	Le score obtenu	Niveau d'estime de soi
HANANE	28	Faible
AMEL	21	Très faible
SOFIANE	37	Forte
KAMEL	27	Faible
MASSI	30	Faible
LYES	35	Forte
AKLI	29	Faible
HICHAM	20	Faible

➤ **Le niveau d'estime de soi est faible chez les handicaps moteurs :**

D'après l'analyse et l'interprétation des résultats, le tableau n°11 montre que : Un seul cas (AMEL) présente un Scor de 21 qui se situe à inférieur de 25 qui veut-dire que AMEL à une estime de soi très faible. Et les cas (HANANE, KAMEL, MASSI, AKLI, HICHAM) ont obtenus des notes qui se situent entre 25 et 31 ce qui signifie que nos cas présentent une estime de soi faible. Les deux cas (SOFIANE, LYES) ont obtenus des scores entre 34-39 ce qui signifie qu'ils ont une estime de soi forte.

A partir de cette analyse, on constate que les cinq cas (HANANE, AMEL, KAMEL, MASSI, AKLI, HICHAM) ont confirmé notre hypothèse parce qu'ils ont une estime de soi qui se varié entre très faible et faible ce qui signifie que l'handicap moteur à une influence sur l'estime de soi de nos cas qui provoque une souffrance psychologique tel que le sentiment de dévalorisation de soi et inutilité. Comme on remarque aussi que à cause du rendement financiers de nos cas et les difficultés de déplacement, les rend des gens à bon à rien et incapable de faire et réalisé leurs projets.

Les deux cas (SOFIANE, LYES) ont infirmé notre hypothèse par-rapport à leur score obtenus qui se situe entre 34-39 ce qui signifie que leur estime de soi est forte. L'handicap moteur n'a pas influencé sur leurs estime de soi parce qu'ils ont confiance en eux, une bonne image de soi et une attitude positive envers eux-mêmes, comme ils ont la volonté et ils font toute leurs possibilités pour réalisé leurs projets.ils se voient utile et des gens de valeur.

D'après cette analyse, on conclu que 6/8 cas ont une estime de soi faible et 2/8 cas ont une estime de soi forte, ce qui signifie que la majorité des cas se caractérisent par une estime de soi faible , ce qui confirmé notre hypothèse.

➤ **Les handicapés moteurs ayant un soutien social ont une estime de soi forte :**

D'après l'analyse de notre entretien semi-directif, nous ne constatons que 6/8 ont un soutien social qui du au encouragement, chargé de stabilité et de sécurité et des moments de tendresse et d'aide mais ils ont une estime de soi faible alors ces cas ont infirmé notre hypothèse.

Et 1/8 cas (Lyes) présente une estime de soi forte malgré la situation familiale défavorable qui marqué par un déséquilibre et manque totale de soutien et d'aide mais il est vraiment soutenu par ces amis en sein de l'association.

Et 1/8 cas (Sofiane) présente une estime de soi forte qui est marqué par une situation familiale et sociale favorable chargé de soutien et d'aide.

On peut dire que le soutien social n'influence pas sur l'estime de soi des handicapés, mais ils renvoi à d'autres aspects tels que l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, le degré de satisfaction de lui-même et une stabilité des opinions sur soi.

Synthèse :

D'après l'analyse de nos hypothèses partielle, on conclut que l'estime de soi est faible chez les handicapés moteurs par rapport aux résultats obtenus 6 /8 de nos cas a confirmé notre hypothèse et 2/8 de nos cas ont infirme notre hypothèse.

Pour la deuxième hypothèse partielle ont peut dire que les handicapés moteurs ayant un soutien social ont une estime de soi forte, cette hypothèse est infirme par rapport aux résultats obtenus qui 6/8 de nos cas et 2/8 ont confirme notre hypothèse.

On peut dire que notre hypothèse générale « l'handicap moteur du à un accident influence sur l'estime de soi de l'handicapé » est confirmé partiellement.

Conclusion générale :

L'estime de soi chez les handicapés moteurs dus à un accident est un terme d'étude très important et très sensible à traité ; à raison de son influence sur la personnalité des handicapés moteurs, ce concept se diffère d'un patient à un autre selon certain aspects tel que les stratégies d'adaptation, le soutien familial et social et les mécanismes de défense.

Dans notre étude intitulé : « l'estime de soi chez les handicapés moteurs » on a donné une base théorique des variantes de notre recherche et pour vérifier et confirmé de façon claire notre hypothèse de recherche qui suppose que l'handicap moteur du à un accident à une influence sur l'estime de soi et que le soutien social influence sur l'estime de soi, on a utilisé plusieurs outils pour vérifier nos hypothèses, on a utilisé : l'entretien semi-directif pour recueillir des informations sur la situation familiale et sociale, enfin on a appliqué l'échelle d'estime de soi de ROSENBERG pour bien déterminé le degré d'estime de soi chez les handicapés moteurs.

Cette modeste étude, nous a permis de constater que l'estime de soi chez les handicapés moteurs se désigne par un niveau d'estime de soi faible chez la majorité de nos cas et que une faible autonomie corporelle qui influence sur leurs situations personnelles : mauvaise image de corps, manque de confiance et d'affirmation de soi, sentiment de dévalorisation et manque d'amour de soi et aussi sur leurs relations sociales et familiales qui varient entre un milieu favorable et défavorable.

Enfin, les résultats obtenus ont confirmé partiellement notre hypothèse générale qui consiste : « l'handicap moteur du à un accident à une influence sur l'estime de soi » et aussi confirmé en grand partie nos hypothèses partielles.

Nous espérons à travers cette recherche avoir contribué à faire comprendre la souffrance des handicapés moteurs et en particulièrement l'importance et le rôle

d'une bonne prise en charge pour cette catégorie c'est-à-dire prise en charge psychologique et création d'un centre spécial qui offre la prise en charge orthopédique gratuitement.

Notre expérience on à montré que les handicapés moteurs présentent de divers troubles psychiques aussi un déséquilibre sociale et familiale ce qui nous à encouragé à ouvrir le champ pour d'autres questions de perspectives :

- Est-ce- que les handicapés moteurs souffrent d'une angoisse de mort ?
- Est-ce-que les handicapés moteurs souffrent de l'anxiété ?
- Qu'elle est la relation entre la qualité de la prise en charge psychologique et l'acceptation de la personne de son handicap.

ANNEXES

Annexe A

➤ Présentation de guide d'entretien

Notre guide d'entretien est constitué de :

1^{er} Axe : Données personnelle :

Nom, Prénom, Age, Niveau de scolarisation, La situation familiale :

2^{ème} Axe : informations sur l'état de l'handicap :

- ❖ Pouvez-vous parler de votre handicap ?
- ❖ A quel âge vous étiez atteint de ce handicap ?
- ❖ A votre avis quelles sont les causes de votre infirmité ?
- ❖ est ce que vous-êtes hospitalier ?

3^{ème} Axe : les informations sur l'estime de soi

3.1 Les information sur le soutien familiale et sociale :

- ❖ pouvez-vous nous parler de vos relations au sein de votre famille ?
- ❖ est-ce que vous êtes soutenu par vos parents ?
- ❖ vos parents sont-ils omniprésents avec vous ?
- ❖ est-ce que vous sentez des différenciations entre votre fratrie et vous ?
- ❖ est-ce que vos relations ont changé avec votre famille depuis l'apparition de votre handicap ?
- ❖ quelle sont vos loisirs et vos activités sociales ?
- ❖ est ce que cet handicap a une influence sur vos activités ?
- ❖ est-ce-que vous êtes soutenu par la société quand vous faites un projet?
- ❖ pour vous, la vision de la société envers vous, elle est comment ?
- ❖ est-ce que la société à accomplir vos besoins ?
- ❖ A votre avis, est-ce-que la société faits des exceptions entre vous et d'autre personnes qui sont dans des états normaux.

3.2 : les informations sur la vie scolaire :

- ❖ est ce que vous-êtes scolarisé ?
- ❖ ya-t-il des obstacles au cours de votre scolarisations ?
- ❖ quelle est le genre de relation que vous entreteniez avec vos professeurs et camarades de classes ?

- ❖ est-ce que vos relations ont changé avec vos collègues depuis l'apparition de votre handicap ?

3.3 : les informations sur l'estime de soi :

- ❖ comment vous-vous voyez maintenant ?
- ❖ comment vous-êtes vu par les autres ?
- ❖ est ce que vous êtes capables de prendre la responsabilité de vos décisions ?
- ❖ est-ce que vos objectifs sont fixés ?
- ❖ quand vous faites une tâche, est-ce que vous avez le sentiment de doute qu'il ya un manque ?
- ❖ est-ce que vous êtes content de votre vie ?

4ème Axe : projection vers l'avenir :

- ❖ comment vous imaginez votre avenir ?
- ❖ quels sont vos futurs projets ?

➤ **ANNEXE B :**

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg :

La consigne :

Lisez attentivement les consignes avant de répondre.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquer à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	3	4
2. je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	4
3. tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.	1	2	3	4
4. je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	4
5. je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1	2	3	4
6. j'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	3	4
7. dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1	2	3	4
8. j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	4
9. parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	4
10. il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1	2	3	4

ANNEXE C :

Présentation des réponses du premier cas : HANANE

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	3	④
2. je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	③	4
3. tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.	1	②	3	4
4. je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	②	3	4
5. je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1	②	3	4
6. j'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	③	4
7. dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1	2	③	4
8. j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9. parfois je me sens vraiment inutile.	①	2	3	4
10. il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1	2	③	4

ANNEXE D :

Présentation des réponse de deuxième cas : AMEL

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	③	4
2. je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	①	2	3	4
3. tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.	1	2	③	4
4. je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	③	4
5. je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1	2	③	4
6. j'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	3	④
7. dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1	2	③	4
8. j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9. parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	3	④
10. il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1	2	3	④

ANNEXE E :

Présentation les réponses du troisième cas : Sofiane

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	3	④
2. je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	④
3. tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.	①	2	3	4
4. je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	④
5. je sens peu de raisons d'être fier de moi.	①	2	3	4
6. j'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	3	④
7. dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1	2	3	④
8. j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9. parfois je me sens vraiment inutile.	①	2	3	4
10. il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	①	2	3	4

ANNEXE F :

Présentation des réponses du Quatrième cas : Kamel

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	③	4
2. je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	④
3. tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.	1	2	③	4
4. je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	②	3	4
5. je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1	2	③	4
6. j'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	3	④
7. dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1	2	3	④
8. j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9. parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	③	4
10. il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1	②	3	4

ANNEXE G :

Présentation des réponses du Cinquième cas : MASSI

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	3	④
2. je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	④
3. tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.	①	2	3	4
4. je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	③	4
5. je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1	2	③	4
6. j'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	3	④
7. dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1	2	③	4
8. j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9. parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	③	4
10. il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1	②	3	4

ANNEXE H :

Présentation des réponses du 6^{ème} cas : LYES

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	3	④
2. je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	④
3. tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.	①	2	3	4
4. je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	④
5. je sens peu de raisons d'être fier de moi.	①	2	3	4
6. j'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	3	④
7. dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1	2	3	④
8. j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9. parfois je me sens vraiment inutile.	1	2	③	4
10. il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	①	2	3	4

ANNEXE I :

Présentation des réponses du 7^{ème} cas : AKLI

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	3	④
2. je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	④
3. tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.	1	2	3	④
4. je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	③	4
5. je sens peu de raisons d'être fier de moi.	①	2	3	4
6. j'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	③	4
7. dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	①	2	3	4
8. j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9. parfois je me sens vraiment inutile.	①	2	3	4
10. il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	①	2	3	4

ANNEXE J :

Présentation des réponses du 8^{ème} cas : HICHAM

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1. je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre.	1	2	3	④
2. je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.	1	2	3	④
3. tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté.	①	2	3	4
4. je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	1	2	3	④
5. je sens peu de raisons d'être fier de moi.	1	2	3	④
6. j'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même	1	2	3	④
7. dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	1	②	3	4
8. j'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	④
9. parfois je me sens vraiment inutile.	①	2	3	4
10. il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.	1	2	3	④