

Université Abderrahmane MIRA DE BEJAIA

Faculté des sciences Humaines et sociales

Département : Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de master en psychologie clinique

Thème :

*L'estime de soi chez les femmes ménopausée
étude de cinq (05) cas*

(Polyclinique de SIDI-AICH)

Réalisé par :

- ❖ LARBES Taous
- ❖ IKHLEF Rahim

Sous la direction de :

M. HADBI Mouloud

Année universitaire: 2015/2016

Remerciement

Avant tout, nous remercions dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

Tous nos remerciements à nos parents, à nos famille pour leurs soutiens et leurs sacrifices.

Nous tenons à remercier notre encadreur **M.HADBI** pour nous avoir suivie durant la réalisation se ce modeste travail, les conseils qu'il nous a prodigués, pour la confiance qu'il nous a accordée, sa disponibilité et la patience dont il a fait preuve, et qui nous a été d'un apport précieux pour l'accomplissement de ce travail.

Nous tenons à remercier également les membres du jury Md. **MAKHOUKH** et **M.BALBASI** qui nous feront l'honneur de évaluée ce modeste travail, et tous les enseignants du département science sociale pour leur rôle important dans notre formation

Dédicaces

Je dédie ce travail à :

Mes très cher parents, que dieu les protège, en témoignage de ma profonde Affection. Qu'ils sachent que ce travail est en partie le fruit de leur soutien, Je leur suis très reconnaissant.

Mes chers frères et sœurs.

Ma petite adorable nièce houa.

Mon promoteur M. HADBI.

Toutes mes amies surtout BOUZID qui était toujours a mes cotes.

Toute la promotion master 2 psychologie clinique de l'année

2015/2016

I. RAHIM

Dédicace

Je dédie ce modeste travail de fin d'étude

A la mémoire de mon père :

Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon
éducation et mon bien être.

Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon
éducation et ma formation.

Pour moi tu es et tu demeureras toujours dans mon cœur que dieu
t'accueille dans son vaste paradis.

A ma mère que je dois tout, qui a été là avec moi dans mes échec et
mes réussites, à la femme que j'aime plus que toute, et se travail c'est
le résultat de ces sacrifices. Merci ma mère.

L Taous

Liste des tableaux

Introduction.....1

-Problématique et hypothèses.....3

-Objectifs et choix du thème.....6

La partie théorique

Le Chapitre I : la ménopause

Préambule.....7

1- Définition de la ménopause.....7

2- Historique.....7

3-L'épidémiologie.....8

4-Les étapes de la ménopause.....9

5- Les type de la ménopause.....10

6- Les symptômes de la ménopause.....11

7- Le diagnostic différentiel de la ménopause.....15

8- Les risques reliant à la ménopause.....16

9-Le diagnostique et La prise en charge d'une femme ménopausée17

10- Le vécu psychologique de la femme ménopausée célibataire.....21

Conclusion22

Chapitre II : l'estime de soi

Préambule.....23

1-L'historique23

2- Le concept de soi.....24

3-Définition de concept de soi.....24

4- les différents concepts de soi	25
5- les type de soi	26
6- Le concept de l'estime de soi	30
7-Définition de l'estime de soi	30
8-Les composants de l'estime de soi.....	33
9-Les différentes théories de l'estime de soi.....	34
10-La différence entre l'estime de soi et la confiance en soi.....	37
11-La construction de l'estime de soi	39
Conclusion	42

Partie méthodologique

Chapitre III la méthodologie de recherche

Préambule.....	44
1- la démarche de la recherche.....	44
2- présentation de lieu de recherche	44
3- population de la recherche	45
4-les outils de rechercher	46
Conclusion	47

Chapitre VI analyse des résultats et discussions des hypothèses

Préambule	55
1- présentation et analyse des entretiens et des échelles.....	55
2- discussions des hypothèses	71

Conclusion.....73

Conclusion général

Bibliographie

Annexes

Liste des tableaux

Tableau	Titre	Page
Tableau n°01	La sélection de la population d'étude	60
Tableau n°02	Items négatifs et positifs	65
Tableau n°03	les différentes échelles de l'estime de soi	65
Tableau n°04	la grille de correction de l'échelle de l'estime de soi	67
Tableau n°05	le niveau d'estime	68
Tableau n°06	valeurs et caractéristiques de l'échelle	69
Tableau n°07	Résultat de l'échelle de l'estime de soi de NAIMA	73
Tableau n°08	Résultat de l'échelle de l'estime de soi de NAFISSA	78
Tableau n°09	Résultats de l'échelle de l'estime de soi DJOHAR	82
Tableau n°10	résultats de l'échelle d'estime de soi de MALIKA	86
Tableau n°11	résultats de l'échelle de l'estime de soi de TAOUS	89
Tableau n°12	récapitulation des résultats obtenus de notre population d'étude	91

Introduction

La ménopause est l'arrêt définitif des règles. Une femme peut estimer qu'elle est ménopausée, si elle reste un an sans avoir ses règles. Le phénomène se produit avec l'épuisement du stock d'ovules contenus dans les ovaires qui ne répondent plus aux stimulations hormonales. C'est cet effondrement hormonal qui va provoquer les modifications physiques et psychologiques que l'on constate durant cette période.

La ménopause met fin aux capacités d'une femme d'avoir des enfants et diminue même la chance de se marier. Cet événement qui traumatise la féminité du sujet va provoquer une altération de la représentation de soi même.

L'estime de soi est un sentiment positif ou négatif du sujet, manifestation de son unité et de sa cohérence, reflète de son niveau de développement et de ses investissements narcissiques, et agent premier de la relation. Elle est étroitement dépendant du réseau de la relation que nous constituons et dans laquelle nous sommes pris, elle peut à chaque instant s'en trouver modifiée.

Notre objectif, c'est de clarifier ou l'lecteur que la ménopause n'est ni une maladie ni la fin de la féminité. Elle est une étape dans l'existence d'une femme. Elle a autant d'importance que l'adolescence ou l'âge adulte. Les droits des femmes de jouir d'un meilleur état de santé et de bien-être possible concernent également cette période de leur vie, d'autant plus qu'il existe une gamme de traitements adaptables à chaque femme et qui peut les aider à ne plus subir avec fatalisme et résignation les inconvénients inhérents de cette période.

Pour élaborer ce modeste travail nous avons présenté un plan qui se scinde en deux parties :

La première partie traite le coté théorique qui contient deux chapitres :

- Le premier chapitre comporte la définition de la ménopause, et les principaux types et étapes pour la compréhension de cette période hormonale, les symptômes et le traitement physiologique, ainsi que le vécu psychologique des femmes célibataires.

- Le deuxième chapitre consacré à l'étude de l'estime de soi et les éléments principaux pour la compréhension générale de cette notion; La représentation mentale, le concept de soi, l'estime de soi, la confiance de soi et la représentation sociale.

La deuxième partie traite le côté pratique qui contient deux chapitres :

- Le premier chapitre est consacré au cadre méthodologique à travers lequel on aborde les points suivants : la méthode de la recherche, la présentation de lieu de recherche, les outils de la recherche, le déroulement de la pratique et la méthode utilisée dans l'analyse des cas.
- Le deuxième chapitre pour l'analyse des résultats et discussion des hypothèses, et l'élaboration d'une conclusion.

1- Problématique :

Connue par les unes, redoutée par les autres, la ménopause est une étape normale de la vie de chaque femme, et non une maladie, elle survient en moyenne à l'âge de 50 ans et entraîne parfois des symptômes gênants qu'un simple traitement adapté permet de soulager.

Selon **RYMER et Al. (2003)** : « *la ménopause est un processus physiologique naturel définit par la disparition des règles depuis au moins un an, associée à un syndrome clinique* ». Et pour **MARIENOELLE (1993)** : « *elle correspond à l'arrêt du fonctionnement des ovaires et s'exprime par l'arrêt des cycles menstruels* ». (**CHAHRAOUI K. & BENONY H, 2003, p.1**).

Bien que la ménopause soit une étape de la vie qui touche toutes les femmes qui ont une modification dans le fonctionnement des ovaires entraînant l'arrêt définitif des menstruations et se caractérise par des changements significatifs dans le taux d'hormone sexuelle contenu dans le sang, mais cette période ne sera pas vécue de la même manière par chacune. D'abord l'âge peut varier de façon significative et les manifestations diffèrent également d'une femme à une autre et ne sont pas de la même intensité, elles peuvent même parfois être totalement absentes.

La ménopause est pour certaines femmes une libération, pour d'autres les règles jouent un rôle de purificateur, leur cessation met leur santé en danger et elle signifie essentiellement la fin de la fonction de reproduction et de la féminité et un mauvais indicateur du fonctionnement interne du corps, elle marque aussi l'événement de l'accession à une nouvelle classe d'âge des femmes ménopausées, stériles. Cette interruption de fonctionnement menstruel ne va pas être discrète ; cette cessation va être impertinemment l'objet d'interrogation et d'inquiétude que chaque société interprète selon ses propres normes culturelles édifiées à partir des croyances et des représentations populaires de la fécondité.

Le phénomène de l'acculement du sang féminin reste dans les esprits, ainsi le traitement symbolique de la ménopause et le statut social varient d'une société à l'autre, selon l'attention portée par le groupe au cycle féminin. Le vécu de l'arrêt des règles va dépendre de la vie antérieure de la femme parce que le sentiment de sa valeur provient de l'accomplissement du rôle social et l'image de soi est le produit de la façon dont nous

croyons que les autres nous voient, ce qui est admis par la plupart des psychologues. **DEUTSCH. H.** dit: «*la ménopause se passe sous le signe d'une humiliation narcissique qu'il est souvent difficile de surmonter* ». (**SELLAHI Z, 2006, p.17**).

Les représentations sociales sur la vision de la ménopause qu'adaptent les femmes, qu'elle soit positive ou négative ont un impact important sur le vécu de chaque femme durant cette étape, qui est considérée comme une perte, une diminution, une dévalorisation. **LACOSTE DUJARDIN (1985)** cite Genevois : « *la fille, est comme l'hirondelle sous le toit, elle n'est fixée nulle part tant qu'elle n'est pas mère féconde dans la famille des autres* ». (**SELLAHI Z, 2006, p. 49**).

Selon **SANGLADE (1990)** : « *la représentation de soi est le contenant fantasmatique fondamental du soi. Elle participe à l'élaboration mentale du soi, et permet ainsi à chacun d'assurer le sentiment de la continuité de son existence, de s'individualiser, et d'intégrer son évolution individuelle* ». Le concept de *représentation de soi* est un concept récent en psychologie clinique et un concept opératoire pour les psychanalystes, il est défini comme « *un principe unificateur qui centre l'étude du fonctionnement psychique sur le sujet tel qu'il se vit dans son corps et son univers relationnel* » (**CLAUDEL S, 2012, p. 69**).

L'image de la femme idéale « bonne épouse » n'est pas la seule exigence demandée de l'homme et de la société, il en existe d'autres nécessités, c'est d'avoir un enfant, qui est considéré comme un symbole de la féminité et l'issue normale de toute relation sexuelle durable. Donner naissance à un enfant renvoie une femme à sa propre naissance, à sa propre mère. Il faut parfois du temps pour intégrer en elle l'image de celle-ci, et lui permettre à son tour de le devenir. Il faut également renoncer à être la petite fille de sa propre mère pour pouvoir accéder soi-même au statut de mère.

Le désir de l'enfant bien présent exprime le souhait d'accéder à la maternité et de s'inscrire dans l'ordre des générations et dans l'affiliation comme pour d'autres socialement plus favorisés. La perte de cycle menstruel et l'impossibilité d'enfanter charnellement à tout jamais touche plus particulièrement la féminité de la femme, cette perte engendre un sentiment de manque par rapport à d'autres femmes et un changement de son estime de soi même qui menace profondément l'identité de la femme et sa représentation de soi.

Jusqu'au jour d'aujourd'hui, la perception de la ménopause est encore complexe, allant de l'optimisme à la résignation. Cependant, ce qui a changé, est que la ménopause

n'est plus l'objet d'une détresse. Mais les préjugés négatifs qui persistent à l'égard des femmes âgées ménopausées restent comme un sujet tabou auquel cette tranche de société refuse d'en parler, ces femmes subissent le martyre en silence. Elles font face seules aux préjugés ayant bouleversés entièrement leur vie.

Alors que le mariage, dans la tradition musulmane et dans la législation algérienne, constitue le principe de base de la famille et sert ainsi de plateforme à l'organisation des rapports entre les individus et la société [AARDES, 1977, BOUTEFNOUCHENT, 1982]. Le mariage est une institution fortement recommandée dans l'islam. Il est considéré à la fois comme un devoir religieux, un acte social et juridique et un acte personnel ayant pour objectif amour et affection (BEDDID Z, 2005, p. 29-50).

Dans la société algérienne, le mariage a toujours été considéré comme une étape incontournable de la vie d'un individu et surtout de celle de la femme. Une femme qui ne se marie pas fait honte à ses parents et n'a pas de statut dans la société. En demandant des nouvelles d'une fille perdue de vue depuis un moment, la première information généralement donnée est son statut vis-à-vis du mariage. « *Elle s'est mariée* », ou alors « Elle est fiancée et va bientôt se marier », ou encore, « (*Meskinte*) la pauvre, elle n'a pas pu se marier jusqu'à présent ». Aujourd'hui, la valeur sociale du mariage ne semble pas avoir changé; une femme mariée est toujours plus valorisée qu'une femme célibataire, qui est malgré sa beauté, sa féminité et sa bonne carrière professionnelle, elle reste seule, dans l'espoir de trouver l'âme sœur et d'attendre son destin qui la rendra une femme mariée et prête à être fécondée, pour qu'elle assure son rôle sacré de la procréation, garantissant ainsi l'éternité de l'espèce.

Au moment où l'âge s'écoule, c'est la perte de la jeunesse et de la féminité, c'est le fantôme de vieillissement qui se rapproche, ressenti comme une proximité de s'éteindre et de mourir.

Une écoute des difficultés qui induisent une souffrance est nécessaire pour aider cette catégorie de femmes, car la ménopause ne fait souvent que révéler un malaise préexistant et des occasions d'être malheureuses dans le solo sont innombrables. Les règles qui s'arrêtent, matérialisent le deuil de la fertilité, mais aussi la solitude. La ménopause n'est pas une maladie! Au contraire, cette phase passionnante, même si elle s'accompagne parfois de

désagréments, est riche en découvertes et peut être le prologue à un chapitre de vie heureux et créatif.

Les objectifs du choix du thème :

Dans cette étude, nous avons tracé quelques objectifs qui se résument comme suit :

Evaluation du degré d'estime de soi mesuré grâce à l'échelle de **COOPER SMITH** en ce qui concerne la situation familiale, professionnelle ou encore l'entourage.

Confirmer ou infirmer notre hypothèse.

Avoir une expérience sur un travail méthodique et scientifique.

Vu l'importance de l'impact de la ménopause sur la vie des femmes, nous tenons à contribuer par notre modeste travail, en essayant de répondre à quelques questions que nous pensons qu'elles vont être bénéfiques dans la compréhension de ce phénomène.

1- Comment l'estime de soi se manifeste-t-elle chez les femmes ménopausées ?

2- Les hypothèses :

- ✓ La ménopause nuit à l'estime de soi chez les femmes dans la période de la ménopause.
- ✓ Les femmes perçoivent la ménopause comme une perte de l'identité féminine.

Chapitre I

La ménopause

Préambule

La ménopause correspond à l'arrêt définitif des règles, et donc des fonctions cycliques ovariennes (fonction de reproduction et sécrétions hormonales). Toutefois, il est parfois difficile de préciser le moment où cet arrêt devient définitif. Dans un certain nombre de cas, il peut en effet se produire des reviviscences ovariennes lors de la première année qui suit l'arrêt des règles. Elle est considérée comme une étape de la vie génitale féminine, phénomène naturel ou aussi une période critique et un cap parfois difficile à franchir.

1-Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est l'arrêt des règles depuis plus d'un an sans cause physiologiques ou pathologique à un âge habituel de ménopause. L'arrêt des règles correspond à une perte de la fonction de reproduction des follicules primordiaux du parenchyme ovarien et par modification des sécrétions stéroïdiennes. **(LANSAC J. & al, 2000, p. 388).**

La ménopause est une étape physiologique du vieillissement normal de la femme, elle survient en moyenne à 50 ans et elle est confirmée après un an d'aménorrhée. **(COURBIERE B, 2014, p. 455).**

En effet, la ménopause ne se réduit pas aux modifications physiologiques qui la définissent mais inaugure, pour la femme, une période de bouleversements qui vont la conduire à un changement d'état physique et psychique mais aussi de statut social. C'est parce que ces changements nécessitent un effort d'adaptation à la recherche d'un nouvel équilibre que cette étape de la vie de la femme constitue une période de plus grande vulnérabilité psychologique, une période où les troubles psychopathologiques sont classiquement fréquents.

2- Historique

Le terme est contenu depuis 1823 dans la langue française, les racines du mot proviennent du grec ; **(menai)** : menstruation et **(pausais)** qui signifie cessation. Les grands-mères l'appelaient le retour d'âge, c'est un sujet tabou, perçu chez plusieurs comme une épreuve inévitable, et peu discutée. **(BELANGER M. & al, 2004, p. 55)**

Depuis les années 70 et tout particulièrement depuis les années 80, s'est dessinée une nouvelle ouverture grâce à des femmes qui en ont eu assez de vivre anormalement des événements tout à fait normaux.

Néanmoins, la ménopause reste encore pour plusieurs, l'un de ces phénomènes naturels encore bien méconnus à une époque où nous avons les moyens d'aller au fond des choses.

Le monde médical et les féministes ont, tour à tour, porté un regard sur la ménopause afin de proposer des solutions et des moyens pour faire aux changements de leurs visions, et discours dominants, respectifs produisent des impacts sur la santé des femmes. **(BELANGER M. & al, 2004, p.21)**

3- Epidémiologie

La ménopause survient en moyenne à l'âge de 51 ans dans les pays occidentaux, L'âge de la ménopause est déterminée par des facteurs génétiques et modulée par des facteurs environnementaux, comme le tabac et les hydrocarbonés aromatiques polycycliques.

Chez 1 à 2 % des femmes, un blocage de la maturation folliculaire ou un épuisement folliculaire apparaît avant l'âge de 40 ans définissant l'insuffisance ovarienne prématurée, Il est à noter que le chiffre de 40 a été déterminé de manière arbitraire suite à des analyses épidémiologiques. L'Insuffisance Ovarienne précoce atteint 1/10 000 chez les femmes de moins de 20 ans, 1/1 000 chez les femmes de moins de 30 ans et 1 % chez les femmes de moins de 40 ans. Cette prévalence est stable d'après les dernières études épidémiologiques réalisées en Grande-Bretagne, en Italie, et en France. D'après des études aux États-Unis, les chinoises ou les japonaises ont moins d'insuffisance ovarienne précoce que les caucasiennes ou les africaines avec des taux respectifs de 0,5 %, 0,1 %, 1 % et 1,4 %. Et on n'a pas pu trouver de statistique qui montre les études faits sur la ménopause en Algérie. **(CHRISTIN I. & MAITRE S, 2006, p.14)**

4- Les étapes de la ménopause

4.1 Péri ménopause

Avec les premiers signes fonctionnels et les premières irrégularités menstruelles, c'est la péri ménopause qui débute; selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé : «c'est la période pendant laquelle apparaissent des signes cliniques et biologiques annonçant l'approche de la ménopause et, au moins, l'année qui suit les dernières règles ». Elle englobe donc la dernière menstruation.

La péri ménopause est une période d'anarchie hormonale, avec parfois retour provisoire à une fonction ovarienne normale. Elle évolue en deux phases dont la frontière n'est pas nette. Etat hormonal et symptomatologique peuvent varier et alterner dans le temps. **(MATERN C, 2003 p. 4-5).**

Il s'agit d'une période longue, durable, extraordinairement variable. La péri ménopause est souvent vécue par les femmes comme une épreuve au moins aussi dure et pénible que la ménopause. **(DAVID E. 2010, p. 3)**

Au fur et à mesure, que la femme prend de l'âge, ses cycles se raccourcissent progressivement (18 à 21 jours), la phase folliculaire va devenir plus courte (8jours), l'ovulation précoce et la durée du corps jaune initialement normale vont ensuite diminuer. Une élévation de FSH est observée à ce stade.

La péri ménopause débute vers 40 ans et sans doute avant, dès les 35 ans. Les cycles irréguliers correspondent à une alternance de périodes où l'ovaire est réfractaire aux sollicitations hypophysaires des gonadotrophines. **(LANSAC J. & al, 2012, p. 388)**

Il s'agit d'une « période charnière » qui est la traduction clinique des stades de la fonction cyclique ovarienne avant l'installation définitive de la phase post ménopausique. **(PATRICE L. & FLORENCE T, 2004, p. 25).**

4.2 Période de ménopause confirmée ou post ménopause.

La ménopause s'installe lorsque le nombre de follicules atteint le seuil critique d'environ 1000 follicules. **(PATRICE L. & FLORENCE T. 2004, p. 19).**

Les conséquences de la carence hormonale vont devenir manifestes puisque les sécrétions ovariennes se tarissent. Des épisodes de reviviscence ovarienne sont possibles même très à distance de la ménopause. **(MATRENE L, 2013, p. 4- 5)**

Les règles sont absentes depuis au moins douze mois. Ainsi, les femmes qui n'ont pas eu leurs règles depuis plus de deux ou trois ans, voire plus, et qui viennent nous consulter, ne posent aucun problèmes de diagnostic. **(DAVID E, 2010, p. 52)**

Elle survient en moyenne vers 50 ans (45 à 55 ans). Elle se caractérise par un arrêt définitif du fonctionnement ovarien : aménorrhée secondaire, anovulation et par la fin de la vie reproductive physiologique de la femme.

(COURBIERE X. & CARCOPINO K, 2014, p. 457)

5- Les types de la ménopause :

5.1 La ménopause précoce :

Elle se définit par une aménorrhée hyper gonadotrophine avec hypo-œstrogène, survenant chez une femme de moins de 40 ans. Elle représente 2 à 10 % de l'ensemble des aménorrhées avant 40 ans.

(CLARAPELISSIER C. & LANGBOR T, 2001, p. 137)

Cette limite apparaît arbitraire puisque si on prenait en compte un écart type de deux déviations standard par rapport à l'âge moyen de la ménopause, on obtiendrait l'âge de 40 ans. **(LOPES P. & FLORENCE T, 2004, p. 35)**

Plusieurs causes peuvent expliquer la survenue d'une ménopause précoce, et si la femme est très jeune, c'est au spécialiste qu'il faudra s'adresser pour retrouver :

- Des causes génétiques (mosaïques).
- Des maladies auto-immunes, dont font partie les « ovaires résistants », dans lesquels il existe de nombreux follicules primordiaux, arrêt dans leur évolution au stade antral. **(PELISSIER C & LANGBORT, 2001, p. 137)**

5.2 La ménopause tardive :

On qualifie la ménopause tardive, lorsqu'elle survient après l'âge de 55 ans. **(LOPES P. & TRMOLLIERS F, 2004, p. 2)**

5.3 La ménopause chirurgicale :

La ménopause survient immédiatement dans le cas de l'ablation chirurgicale des deux ovaires (ovariectomie bilatérale). L'intervention chirurgicale pratiquée pour enlever l'utérus (hystérectomie) ne déclenche pas la ménopause si les ovaires restent en place, mais les menstruations s'arrêteront. Les femmes qui ont subi une hystérectomie sont en ménopause deux à trois ans plus tôt que les femmes qui n'ont pas subi cette intervention. **(SIGMA), La Société Canadienne de la Ménopauses, p. 2)**

6- Les symptômes de la ménopause :

6.1 L'arrêt des règles :

« Il s'agit bien évidemment du signe vedette. Pourtant, de nombreuses femmes « ne voyant plus leurs règles » aux alentours de la cinquantaine,... », Cet arrêt des règles peut être isolé ou, au contraire, accompagné de signes évocateurs tels que les bouffées de chaleur, les suées, les migraines, les douleurs articulaires. Nous sommes alors dans un contexte d'hypo-estrogène totale, les ovaires ont stoppé leur production hormonale, l'arrêt de fonctionnement ovarien de la ménopause se caractérise par son aspect définitif et irréversible. **(DAVID E, 2010, p. 26)**

6.2 Les bouffées de chaleur :

Symptôme le plus fréquent (70 % des patientes). Elles sont d'intensité variable, au maximum, elles se traduisent par une sensation de chaleur intense, brutale, transitoire, accompagnée de rougeurs de la face, de tronc et de sueurs profuses. Elles sont essentiellement nocturnes et participent aux troubles de sommeil. **(COURBIERE B, 2014, p. 455)**

6.3 Les transpirations :

Les transpirations suivent la survenue des bouffées de chaleur ou elles peuvent être isolées, survenant dans ce cas-là le plus souvent la nuit. Les œstrogènes constituent le traitement le plus efficace contre les bouffées de chaleur et les

transpirations. Ces symptômes disparaissent en général après 2 à 4 semaines de traitement. Leur persistance devra inciter le médecin à augmenter la posologie quotidienne des œstrogènes. **(BERDAH S, 2010, p. 13-14).**

6.4 La fatigue :

La ménopause fatigue énormément. Il ne s'agit pas d'une petite lassitude, de celle dont on se relève facilement après une bonne nuit. Non, ici, c'est plus sérieux. De nombreuses femmes, à partir du moment où leurs règles disparaissent, se plaignent d'être exténuées, vidées de tout ressort, hors service. **(DAVID E, 2010, p. 34)**

6.5 Les maux de tête :

Les maux de tête accompagnent souvent le déclin de la fonction ovarienne et peuvent être un symptôme aussi typique que les bouffées de chaleur. Ils se classent en deux espèces : les migraines, et les céphalées. Quand elle décrit son mal, la femme parle de sa tête comme de quelque chose d'étrange, d'inconfortable dont elle voudrait bien se débarrasser. **(PARKER M, 2011, p. 329)**

6.6 La nervosité :

A ce moment-là. Une femme peut se sentir nerveuse au point d'en être malade, malheureuse, inefficace. La perte de sentiment de bien-être, de la confiance et de contrôle d'elle-même peut provoquer un profond malaise et la rend difficile à vivre.

Cette « nervosité » signifie que la femme est perpétuellement tendue et incapable de se laisser aller. Elle est en proie à une poussée intérieure qui la garde sans jamais rien finir, et sans enlève retirer aucune satisfaction. **(PARKER M. D, 2011, p. 328)**

6.7 La déprime :

Il ne s'agit pas de la grande dépression des psychiatres : on peut encore se lever le matin et avoir des échanges affectifs avec l'entourage. Non, c'est plutôt une démotivation, une morosité, un « bof de la vie », une mélancolie et une tristesse tout à fait inhabituelles, Et l'on se plaint amèrement de ce changement d'humeur. Quant à celles qui ont toujours été fragiles de ce côté, les choses ne vont pas en s'améliorant, loin de là. Certaines même « plongeront » vraiment vers la dépression nerveuse au

sens psychiatrique du terme. Cette déprime devient parfois inquiétante et domine alors tous les autres symptômes de la ménopause. **(DAVID E, 2010, p. 36)**

6.8 L'insomnie :

L'insomnie est un symptôme particulièrement éprouvant car on ne remue jamais tant d'idées noires et défaitistes que pendant ces longues heures volées à la nuit. D'autre part, la fatigue et la dépression sont bien sûr les résultats traditionnels de ce manque de sommeil chronique. **(DAVID E, 2010, p. 40)**

6.9 La sécheresse vaginale :

Le vagin est un organe particulièrement sensible aux estrogènes. C'est grâce à ces hormones qu'il reste souple, humide, « vivant ». La lubrification vaginale, contemporaine du rapport sexuel, est l'expression physique du désir sexuel ressenti par la femme.

Cette lubrification est assurée par le col de l'utérus et sa glaire cervicale, les parois vaginales elles-mêmes qui « transpirent » et, à un moindre degré, la lubrification assurée par les glandes lubrificatrices de Bartholin et de Skene.

Sans estrogènes, le col devient sec, les parois vaginales se révèlent incapables de former quelque lubrification que ce soit, la muqueuse vaginale elle-même devient fine, fragile, sèche. Quant à la vulve, au fil du temps, elle a souvent tendance, elle aussi, à s'atrophier. **(DAVID E, 2010, p. 40)**

6.10 Troubles urinaires :

La ménopause est essentiellement responsable d'infections urinaires favorisées par l'atrophie de la muqueuse et par les modifications de la flore vaginale.

La fréquence des infections croît avec l'âge des patientes, la pathologie génito-urinaire qui réunit l'association d'un prolapsus et de troubles urinaires et/ou de troubles sexuels est un problème particulièrement important dans cette période de la vie. Par sa fréquence élevée, elle doit être recherchée car elle est rarement un motif de consultation. **(BERDAH S, 2011, p. 14)**

6.11 Modification de la sexualité :

A l'installation de la ménopause et dans les années qui suivent, une majorité de femmes rapportent des modifications de la sexualité à savoir la diminution du désir, de la fréquence et de la qualité des rapports sexuels.

La qualité se traduit par la diminution des sécrétions vaginales, la diminution des orgasmes et l'augmentation des dyspareunies. **(BERDAH S, 2010, p. 13-14).**

6.12 Troubles de la peau et des phanères :

Le vieillissement de la peau débute vers 30 ans. La peau perd de son élasticité, s'amincit et des rides apparaissent. La carence hormonale de la ménopause accélère le processus du vieillissement cutané : la peau s'amincit, devient plus rugueuse et donne l'impression d'être sèche. En réalité la teneur en eau de la peau ne se modifie pas mais celle-ci s'appauvrit en fibres élastiques et en collagène, devient plus terne et se ride plus facilement. **(BERDAH S, 2010, p. 13-14).**

6.13 Modification du poids :

La prise de poids est souvent associée à la ménopause, et, de ce fait, particulièrement redoutée par les femmes en tant que manifestation du « vieillissement ». Une augmentation linéaire du poids avec les années, sans accentuation particulière à la cinquantaine. **(BERDAH S, 2010, p. 13-14)**

6.14 Les ballonnements

Le ventre a tendance à être gonflé et ballonné pour un rien. Ce phénomène est directement lié à la baisse des estrogènes dans le sang. **(DELAHAYE M, 1992, p. 116)**

6.15 Altération de la qualité de vie :

Par l'ensemble de ces symptômes, la qualité de vie des femmes ménopausées se détériore à long terme. C'est une notion relativement récente en médecine. L'Organisation Mondiale de la Santé l'a définie en 1993 : « C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe, par la

santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. (BERDAH S, 2010, p. 13-14).

7- Diagnostic différentiel :

A cette période, en pratique, deux problèmes peuvent se poser.

7.1 Diagnostic d'une grossesse tardive chez la femme en aménorrhée : il faut penser à la grossesse bien qu'elle soit rare à 50 ans (1/30 000 naissance). Il y a 80 % de fausses couches à cet âge mais un risque de more est élevé.

- **L'aménorrhée gravidique**
- **Dans l'aménorrhée ménopausique**
- **L'aménorrhée iatrogénique**
- **Devant les irrégularités menstruelles**

Le problème est de savoir s'il s'agit d'irrégularités simple ou de métrorragies pré voire post ménopausiques nécessitant un bilan.

Les femmes qui ont un saignement qui survient après un syndrome prémenstruel (seins tendus, prise de poids, douleurs pelviennes), ont un cycle irrégulier. Ne s'agit-il pas ici de métrorragies, mais de règles, et l'échographie permet parfois de montrer la maturation de quelques follicules.

Par contre, après la ménopause, toute métrorragie après une période d'aménorrhée de quelques mois, doit être explorée complètement surtout si les facteurs de risques sont réunis (obésité, diabète, hypertension, cancer familial l'endomètre).

7.3 Tumeurs ovariennes hormonaux sécrétant:

Tout signe d'hyper estrogène permanent doit faire rechercher tumeur ovarienne sécrétant ou une hyperplasie du stroma. (LOPES. & TRMOLLIÈRES F, 2004, p.34)

8- Risques reliés à la ménopause :

8.1 Ostéoporose post-ménopausique :

Elle se définit par un état du squelette caractérisé par une diminution de la solidité osseuse exposant la femme à un risque accru de fracture.

L'ostéoporose par déminéralisation osseuse est un phénomène physiologique lié au vieillissement mais dont le processus s'accélère à la ménopause. La perte osseuse est de 1 à 2 % par an à cette période contre 0,3% à 30 ans. Elle constitue un réel problème de santé publique. Elle atteint une femme sur quatre.

L'ostéoporose post-ménopausique constitue la complication la plus grave de la carence ostrogénique responsable d'une accélération brutale de la perte osseuse. Elle se manifeste 7 à 10 ans après l'arrêt des règles. Sur les 10 millions de femmes françaises ménopausées, 2,5 millions seront donc atteintes de cette maladie.

L'importance de l'ostéoporose dépend de deux éléments : la vitesse de résorption osseuse et la masse osseuse initiale atteinte à la puberté. Ces deux éléments sont dépendants de facteurs génétiques et de facteurs comportementaux.

D'autres facteurs aggravent l'ostéoporose : la malnutrition, le tabac et l'alcool.

L'ostéoporose favorise la survenue de fractures pour des traumatismes minimes. Les fractures sont la conséquence d'une diminution de la solidité osseuse. Cette solidité doit intégrer la masse osseuse et la qualité osseuse. Les fractures les plus fréquentes siègent au niveau des vertèbres et des poignets, alors que les fractures liées à l'âge sont celle des os longs. Par ordre de fréquence, ce sont les fractures du rachis puis de poignet et enfin du col fémoral. Ces fractures grèveront lourdement l'avenir des femmes concernées par ce problème avec 40% de complications et une mortalité de 25

Le nombre de fractures du col du fémur double tous les 5 ans après 60 ans chez la femme, contre tous les 7 ans chez l'homme. 40% des femmes âgées de 80 ans ou plus ont été victime d'une fracture uni ou bilatérale du col du fémur.

Le risque de fractures est apprécié par l'analyse :

- De l'âge, Des antécédents : fractures ostéoporotiques dans la famille, antécédents de fractures, Personnelle, Des risques de chute, Et par un examen : le densitomètre osseuse.

8.2 Athérosclérose coronarienne :

Avant la ménopause, les maladies coronariennes sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme que la femme, après la ménopause, progressivement la fréquence des coronaropathies féminines va rejoindre celles des hommes. Le rôle

respectif de l'âge et de la carence ostrogénique est controversé. Les autres facteurs sont :

- Les modifications du métabolisme lipidique.
- Les modifications de certains facteurs de coagulation ; la glycémie ne varie pas physiologiquement à cette période.

Il existe un doublement de la fréquence des accidents coronariens après la ménopause, actuellement les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez la femme en France. Un certain nombre d'études semble confirmer l'effet favorable des traitements ostrogéniques chez la femme ménopausée sur le risque cardiovasculaire si ce traitement est administré précocement en prévention de l'athérosclérose avec l'œstradiol par voie transdermique (patch) et des molécules progestatives non thrombopénies (progestérone orale micronisée). **(PHILIPP H. & al, 2010, p. 70- 71)**

8.3 Troubles cognitifs et qualité de vie :

La qualité de vie peut être appréciée par le bien-être physique, mental et social. Sous THS (traitement hormonal substantif), on observe une amélioration de tous les aspects de la qualité de vie.

L'impact favorable des œstrogènes sur la maladie d'Alzheimer ainsi que sur les fonctions cognitives des patientes âgées est actuellement controversé.

9- Le diagnostic et la prise en charge clinique :

9.1 Le diagnostic :

9.1.1 Interrogatoire :

- Age.
- Antécédents personnels médico-chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux et familiaux (âge de la ménopause de la mère).
- Date des dernières règles et existence de trouble de cycle ayant pu précéder l'aménorrhée (exemple : ménorragie).
- Existence d'un éventuel syndrome climatique dont on précise la sévérité et la tolérance.

9.1.2 Examen clinique :

Interrogatoire :

- Appréciation de l'importance des métrorragies et des facteurs le favorisant,
- Recherche la notion de THS (traitement hormonale substitutif)
- Recherche des antécédents ou des facteurs de risque.

Examen général :

Souvent pauvre, comporte l'examen des seins, la recherche d'une hépatomégalie, d'un ganglion de Troisier, de ganglions de l'aïne.

Examen gynécologique :

— Col le plus souvent normal (Réalisation d'un frottis systématique),
— Parfois, on réalisera dans le même temps une biopsie d'endomètre à l'aide d'une pipette de Cornier ou d'une canule de Novak. Cependant, le col est souvent sténose et il s'agit de prélèvements à l'aveugle. *Ils n'ont de valeur que s'ils sont positifs et une biopsie négative ne doit en aucune façon éliminer le diagnostic.*

— L'envahissement tumoral du col peut être visible s'il s'agit d'un cancer de l'endomètre stade II,

— On vérifiera l'aspect du vagin (recherche d'une métastase vaginale),

— On appréciera la topicité du vagin. Un vagin très trophique témoignant d'une hyper ostéogénie,

— En cas de polype au niveau de l'endocol, il faut savoir évoquer le polype sentinelle et se méfier d'une tumeur intra cavitaire. **(PIERRE M & MAEIE C, 2003, p.394)**

9.1.3 Examens complémentaires :

- La pratique d'un bilan par dosage
- Doute ou difficulté diagnostique (exemple : patiente ayant eu une hystérectomie, prise d'une contraception œstro-progestative).

- Suspicion d'insuffisance ovarienne précoce (âge < 40 ans). **(BLANDINE COURBIERE, 2014, p. 458)**

9.2 Le traitement :

9.2.1 Le traitement hormonal substitutif THS:

Le traitement hormonal est proposé aux femmes pour lesquelles pré ménopause ou ménopause provoquent une gêne importante, sous réserve de l'absence de contre-indications. Son rôle est d'apporter à l'organisme les hormones manquantes que ne sont plus produites par les ovaires. **(CHABY L, 2010, p. 72-73)**

Il s'agit d'un traitement substitutif. Cela suppose qu'on ne le commencera que lorsque les ovaires auront cessé définitivement de travailler, c'est-à-dire qu'ils ne produiront plus ni progestérone ni estrogènes. **(DAVID E, 2010, p. 52)**

De quelle façon que l'hormone est utilisée, comprimés, injections, gouttes ou crèmes, ces dernières à résorption rapide ou retardée, il faut respecter un principe c'est que le but du traitement est d'adoucir la transition, non pas de la retarder ou de la prolonger. **(PERKER M, 2008, p. 337)**

En effet, il existe deux principales cibles du traitement hormonal substitutif :

-Au court terme : le traitement hormonal substitutif diminue fortement ou fait disparaître les signes fonctionnels liés à l'hypo-estrogène et, dans une moindre mesure, les troubles psychologiques. Il améliore ainsi la qualité de vie.

-Au long terme : il a des effets positifs sur diverses pathologies tissulaires, avec une efficacité variable selon les cas.

Le cancer du côlon voit son incidence diminuer L'ostéoporose, même fractionnaire, est très souvent prévenue et ralentie les accidents cardiovasculaires ischémiques : l'efficacité du THS en prévention primaire est actuellement discutée.

La peau pourrait en tirer bénéfice (épaississement du derme) et les fonctions cognitives semblent améliorées (mémorisation plus facile)

Le risque vasculaire cérébral n'est pas modifié. **(GIRAND J, 1989, p. 263)**

Le choix de la durée du traitement optimale n'est pas clairement établi. Elle doit être ajustée aux objectifs du traitement. Il est cependant recommandé de le limiter à 5 ans et d'évaluer tous les ans la balance bénéfices / risques. La voie d'administration

doit privilégier les formes non orales pour diminuer les risques thrombotiques. **(PHILIPPE H.J, 2000 p. 72).**

9.2.2 Les conditions pour envisager un THS (traitement hormonal

Il doit être proposé à toutes les femmes après une information précise et adaptée sur les avantages, les inconvénients et les risques éventuels. On aura au préalable vérifié l'absence de contre-indications de ce type de traitement substitutif. Actuellement, moins de 25 % des femmes ménopausées sont traitées.

Toutefois, seront traitées en priorité les femmes ayant des troubles climatériques, un risque d'ostéoporose ou de maladies cardio-vasculaires et celles ayant une ménopause précoce. **(LIBIDO R, 2003, p. 281)**

9.2.3 Quelles sont les alternatives thérapeutiques

Elles sont actuellement envisagées en cas de contre-indications du THS ou lorsqu'il n'est pas souhaité par la femme.

Il s'agit de :

- œstrogènes à action locale pour traiter la sécheresse vaginale, « Trophigil », « Colpostrophine ».
- Sédatifs pour les bouffées de chaleur « Abufène », « Centralgol ».
- « Androgènes » : pour améliorer le bien-être et la libido.
- Biphosphonates « Didronel » et « Fosamax » actif sur la minéralisation au stade fracturaire.
- Parfois des lubrifiants vaginaux pour les rapports « Taido », « Replens », « Sensilube ».
- et de nouveaux produits :
 - « Livial » (tibolone) : actif sur l'ostéoporose, le vagin, les bouffées de chaleur et sans action sur les seins, l'endomètre. Dose : 2,5 mg/j,
 - « Evista » (raloxifène) : actif sur l'ostéoporose. **(GUEYDAN M, 2003, p. 222)**

10- Le vécu psychologique de la femme ménopause :

Le vécu de la ménopause varie selon les femmes et leur histoire personnelle, mais derrière la diversité des mécanismes psychiques mis en jeu, il existe un fond fantasmatique commun qui est d'origine culturelle.

Dans les sociétés traditionnelles, la ménopause permet aux femmes d'accéder à un statut nouveau, puisqu'elles ne représentent plus ni souillures ni fertilité, alors que dans les sociétés modernes, la prise en charge médicale, établit des cycles artificiels, comme les effets secondaires de la privation hormonale, dissimule la disparition de la féminité. Pour cela le regard négatif de la société envers la femme célibataire ni pas seulement d'être solitaire mais aussi une femme inféconde qui est ressentie comme une perte, une diminution, une dévalorisation « le corps stérile informe, par une sorte d'analogie inversée, que le corps fécond est survalorisé. La réalisation au corps gravide est honorée par son association à la divinité créatrice ». **(CHEBEL M, 1984, p. 22)**

La connaissance du fait qu'elle ne peut plus avoir d'enfants peut ouvrir pour les femmes célibataires la porte à des angoisses graves, en particulier toutes celles qui se rapportent aux fantasmes d'un corps détruit à l'intérieur et stérile. Pour **M. Klein** « Ne pas pouvoir créer un enfant vivant est senti comme le fait de contenir des corps morts. Ces sentiments éveillent la peur de la mort propre » **(DOUKI S. & AL, 2000, p.548)**

Plus encore, les hommes et les mères qui sont à la recherche d'une belle-fille, préfèrent aujourd'hui des jeunes filles moins de 30 ans qui peuvent être mères et être capables de fonder une famille. Alors que, les autres femmes qui ont dépassé l'âge idéal du mariage, elles ont terminé leurs existences en tant que créatrice d'une vie nouvelle, elles ont atteint leurs fins naturelles. C'est le début de la ménopause.

Avec la cessation de la reproduction, l'activité de tout l'appareil glandulaire est interrompue ou a diminué. Les organes génitaux s'atrophient et le reste du corps montre peu à peu les signes de vieillesse. **Deutsch H.** souligne : qu'avec la régression des processus génitaux, l'activité embellissant des sécrétions internes décline, et les caractères sexuels secondaires sont affectés par la disparition progressive de la féminité. Ce signal intérieur associé à la perception des premiers signes de vieillesse, renforce l'intérêt que la femme porte à son corps. Pour protéger la féminité maintenant en voie de disparition, une lutte s'installe. **Deutsch H.** rappelle, que « toutes les forces

du Moi sont mobilisées pour obtenir une meilleure adaptation à la réalité, les anciennes valeurs s'effondrent, et un désir de vivre quelque chose de nouveau, d'excitant, se fait sentir». (DEUTSCH H, 1987, p. 396)

11. Points essentiels

- La ménopause est une période physiologique de la vie des femmes.
- La prescription d'œstrogènes corrige les troubles climatériques.
- Les conséquences à long terme sont les coronaropathies et l'ostéoporose,
- Les effets bénéfiques sont supérieurs aux effets secondaires en termes de qualité de vie et de survie.
- Le principal problème du traitement préventif est la mauvaise observance,
- Les contre-indications absolues sont réduites (cancer du sein et maladies thromboemboliques).
- L'information est essentielle dans ce domaine où doivent se mettre en balan sous les avantages et les risques du THS (traitement hormone substitutif).

Conclusion

La ménopause est une étape très importante dans la vie d'une femme. Ce phénomène normal et inéluctable, passage obligatoire, est parfois mal vécu. Appréhendé comme un symbole de vieillissement, il s'accompagne souvent de désagréments et de bouleversements tant physiques que psychologiques. Cependant, la plupart des problèmes qui surviennent à cette période peuvent être soulagés, de sorte qu'on puisse préserver au mieux sa qualité de vie.

Ce chapitre permet de comprendre le rôle essentiel des hormones réglant la vie génital de la femme ainsi que les symptômes et le traitement de la ménopause.

Chapitre II

L'estime de soi

Préambule

L'estime de soi c'est une façon d'être et de penser ; de sentir et d'agir pour vous faire accepter et à faire confiance à vous-même, et l'une des vérités essentielles de l'estime de soi est qu'elle doit venir de l'intérieure.

Dans ce chapitre, on abordera l'estime de soi dans ses différentes conceptions chez les individus ainsi que les diverses approches théoriques qui abordent l'estime de soi.

1. Historique

C'est dans le langage courant, l'estime de soi est définie comme la valeur que nous nous accordons, les recherches en psychologie la font apparaître comme une notion beaucoup plus complexe.

W. James, dès 1890, s'intéressait à comparer l'intelligence de l'homme à celle de l'animal, il fut le premier à décrire l'estime de soi comme le rapport entre réussites, aspirations ainsi qu'entre les résultats et échecs, il l'appelait « *la conscience de la valeur du moi* ». Il s'agit donc pour lui d'un rapport entre les aspirations et les réussites effectives, l'écart entre l'objectif et le résultat donne le niveau d'estime de soi. Cette théorie sera reprise plus tard par de nombreux chercheurs. **(JAMES W, 1980, p. 30)**

W. James (1890) a été un des premiers auteurs à approfondir la notion de soi, contribuant largement à son gène et à son développement. Selon lui, l'évaluation qu'une personne fait d'elle-même est directement liée à ses aspirations. Un individu a une forte estime de soi lorsque ses réalisations correspondent à ses aspirations ; et réciproquement, une personne qui n'arrive pas à s'actualiser a une faible estime de soi. **(JAMES W, 1980, p. 30)**

Nous pouvant remarquer que James met essentiellement l'accent sur la dynamique interpersonnelle et intrapsychique pour définir l'estime de soi.

Cette vision sera contestée par **Cooley (1922)** qui mettra en évidence l'aspect social du soi selon cet auteur le sentiment de valeur de soi s'élabore à partir de l'idée qu'on se fait de la perception des autres à notre égard, du jugement que les autres portent sur nous. Le soi de **Cooley** est un « soi-miroir », une constriction sociale résultant de l'intériorisation par le sujet des attitudes des autres vis-à-vis de lui-même donc cet auteur est attaché à montrer à quel point les perceptions individuelles, personnelles sont influencées par autrui. **(COOLEY S, 1922, p.40).**

Aujourd'hui, la plus part des chercheurs s'accordent pour articuler ces deux visions théoriques. L'estime de soi présenterait ainsi deux facteurs : l'un se rapportant à la façon dont un individu se voit selon des critères internes et les autres qui font référence à la façon dont la personne se voit à travers la perception qu'elle a des autres à son égard. Ces contenus ne sont pas donnés à priori, mais s'élaborent avec les expériences vécues aux différents âges. Dans cette perspective, l'estime de soi serait un construit socio-psychologique pouvant être défini comme l'expression d'une approbation ou d'une désapprobation portée sur soi indiquant dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important.

L'estime de soi est connu pour être fortement et négativement corrélée à l'anxiété, à la dépression, à l'isolement et positivement et fortement corrélée au bien être objectif, c'est ainsi qu'elle est considérée comme une indication de la santé psychologique et de bien-être des individus dans les sociétés dites « individualisation ». **(MACIA E. & al, 2008, p. 191)**

I. Le concept de soi :

2. Définition du concept de soi :

Selon **COOTEY (1956)** professeur à l'université de Sherbrooke au département de psychologie, « le concept de soi d'une personne intègre est un ensemble complexe d'attitudes, de sentiments conscients inconscients, de perceptions de soi, de son corps, de ses rôles sociaux et de sa valeur personnelle, de son insertion social. Le concept de soi, c'est ce que l'on pense être aux yeux des autres ». **(COOLEY S, 1956, p. 9)**

René **l'ECUYER (1994)**, psychologue, fournit la première théorie expérimentale développementale basée sur les analyses des résultats. Tout au long de ses recherches, il a construit ce modèle dans une approche phénoménologique dans son livre « le développement de concept de soi, de l'enfance à la vieillesse » il a défini le concept de soi ainsi : « il se réfère à la façon dont la personne se perçoit, à un ensemble de caractéristiques , de rôle et de valeur que la personne s'attribue, évaluer parfois positivement ou négativement et reconnaît comme faisant partie d'elle-même, à l'expérience intime d'être et de se reconnaître en dépit des changements » **(ECUYER L, 1994, P. 10)**

Pour **W.JAMES (1890)** : le soi se décompose en soi objective et soi agent. Le soi en tant qu'objet réfère à la connaissance et à l'évaluation de nous-mêmes, analogue dans son principe à la connaissance que nous avons d'autrui. Le soi correspond à la fois aux différentes perceptions que divers individus ont d'une personne aux différentes perceptions que cette personne a de chacun de ces individus. (**JAMES W, 1890, p. 30**)

3. les différents concepts de soi :

- **le soi :**

Personne désignée en qualité de personne, réfléchi la troisième personne du signe, a pris une préposition et représente sa propre personne de façon indéterminé. La chose en elle-même ou une personne détermine en cas d'ambiguïté. (**La rousse 2008, p. 396**)

- **Le soi miroir :**

Selon **W.JAMES (1890)** : de la même façon que nous voyons notre visage, notre allure et nos vêtements dans la glace nous nous y intéressons puisqu'ils sont les nôtres et en somme ou non satisfait. (**JAMES W, 1890, p. 30**)

- **La connaissance de soi :**

La connaissance de soi est à la base de l'identité et de l'estime de soi. Dans cette quête d'identité, l'adolescent prend conscience qu'il possède aussi des habilités que d'autres adolescents partagent et qu'il a des réactions ou caractéristiques de caractère que ses camarades ont également. C'est cette perception équilibrée des différences et des ressemblances par rapport aux autres qui amènent le jeune adolescent à une bonne connaissance de soi. (**DUELEZ J & MOTTIAUX, 2008, p. 2**)

- **L'affirmation de soi :**

C'est la capacité à s'exprimer tout en respectant le point de vue de l'autre, c'est l'estime de soi en action. (**Ibid, 2008, p. 2**)

- **L'amour de soi :**

C'est l'élément le plus important. S'estimer implique de s'évaluer, mais s'aimer ne souffre d'aucune condition : on s'aime malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs, les rêves, simplement parce que une petite voix intérieure nous dit que l'on est

digne d'amour et de respect. Cet amour de soi (inconditionnel) ne dépend pas de nos performances. Il explique que nous puissions résister à la diversité et reconstruire après un échec. Il n'empêche ni la souffrance ni le doute en cas de difficulté, mais il protège du désespoir. **(MARTINOT D, 1995, p.17)**

- **Confiance en soi :**

C'est une composante de l'estime de soi avec laquelle, du reste, on la confond souvent, la confiance en soi s'applique surtout à nos actes. Etre confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes. La confiance en soi peut donc sembler moins fondamentale que l'amour de soi ou la vision de soi, dont elle serait une conséquence. C'est en partie vrai, mais son rôle nous semble primordial dans la mesure où l'estime de soi a besoin d'acte pour se maintenir ou se développer. **(CHRESTOPH A & LELORD F, 1999, p.14)**

- **La présentation de soi :**

Est une expression de la conscience de soi publique qui sera développée sous un angle psychosociale, on distingue deux types de présentation de soi : La présentation de soi authentique qui est une image de soi présentée aux autres, tel qu'on est ; la présentation de soi stratégique qui est une image de soi présentée aux autres de telle sorte qu'elle corresponde à leurs perceptions et à leurs attentes. **(Ibid , 1999 ,p.196)**

- **Etre sûr de soi :**

C'est prendre des décisions préservées dans ces choix, c'est de ne pas douter de ses compétences et de ses points forts, quel que soit le contexte. C'est rappeler qu'une bonne estime de soi est associée en général à une stabilité de décision ou une bonne estime de soi permet d'exprimer ce que l'on est en toutes circonstances. **(DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE, 2008, p. 40)**

- **Affirmation de soi :**

C'est défendre son point de vue et ses intérêts face aux autres. L'estime de soi nécessite parfois de défendre son territoire. **(DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE, 2008, p. 39)**

- **Acceptation de soi :**

C'est d'intégrer ses qualités et ses défauts pour arriver à une image globalement bonne ou acceptable de soi. Avoir des défauts n'empêche pas d'avoir une bonne estime de soi. **(DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE, 2008, p. 59)**

- **Croire en soi :**

C'est supporter les traversées du désert, sans succès ou renforcement pour nourrir l'estime de soi. Parfois l'estime de soi ne se nourrit pas de succès mais de conviction et d'une vision de soi. **(DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE, 2008, p. 43)**

- **Avoir une haute idée de soi :**

Etre convaincu de pouvoir accéder à des objectifs élevés. Ambition et estime de soi sont souvent étroitement corrélées. **(DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE, 2008, p. 62)**

- **Etre fier de soi :**

C'est augmenter son sentiment de valeur personnelle à la suite d'un succès. L'estime de soi a besoin d'être nourri par des réussites. **(CHRISTOPH A. & LEORD F, 1999, p. 196)**

4. Les démontions de soi

4.1 Le soi social :

Selon **Mead (1934-1963)**, le soi d'un individu se développe à partir du jugement qu'autrui émet sur lui à l'intérieur d'un contexte dans lequel cet individu et autrui intégrant. Le soi n'est pas présent au départ, à la naissance, mais se développe tout au long de l'activité et de l'expérience sociale. **MEAD** distingue deux aspects du soi « le Je et le Moi » comme élément constitutif de soi. Le « Je » représente l'aspect créateur du soi qui répond aux attitudes d'autrui qu'on intériorise, alors que le « Moi » est justement cet ensemble organisé des jugements d'autrui que le soi assume. **(MARTINO, 1995, p. 14)**

4.2 Le soi perspectif :

Les psychologues sociaux commencent leurs analyses en s'intéressant à l'individu et à la façon dont les processus psychologiques intra personnels affectent la nature et les actions du soi. **(Ibid. 1995, p. 17)**

3- L'image de soi :

L'image de soi est le produit de la façon dont nous croyons que les autres nous voient. Ce postulat est admis par la plupart des sociologues, psychiatres et psychologues.

A la naissance, nous n'avons aucun sens de nous-mêmes, de notre soi. En grandissant, nous essayons d'"être". Les gens qui nous entourent, nous plaisent ou nous fascinent. Nous les imitons et nous nous identifions à eux (l'enfant joue au papa, à la maman, au soldat, l'adolescent à Zidane, etc.) L'enfant peut ainsi tester les comportements et prévoir des réponses. Ces interactions le conduisent à avoir conscience du "Je". En retour il apprend ce qui est bien ou mal, ce qu'il peut faire ou ne doit pas faire. Avec l'âge, l'enfant n'a plus à jouer ces rôles extérieurement, il peut les imaginer. **BERLO** dit qu'il y a « prise de rôle symbolique ». **(CTERRIER, 2011, p.22)**.

La façon dont les gens parlent de nous durant ces périodes façonne notre perception de nous-mêmes. Une vision positive rend l'enfant positif et optimiste, une vision négative rend l'enfant négatif et pessimiste. Cela nous conduit fréquemment à agir en fonction de ce que nous pensons que les gens attendent de nous et pas en fonction de ce qu'ils attendent réellement de nous. **(CTERRIER, 2011, p.22)**.

On entre alors dans un processus infernal où la mauvaise perception de soi conduit à des comportements inadaptés qui renforcent la mauvaise image de soi. (Les réactions confirment ce que nous pensions initialement).

Inversement une bonne perception de soi entraîne un processus positif de valorisation personnelle. **(CTERRIER, 2011, p.22)**.

« L'Image *de soi* » se définit comme étant la représentation mentale de la désignation de l'individu dans son unicité. En d'autres termes, cette Image de soi peut être conçue comme « *la représentation mentale que chacun a de sa propre personnalité* ». Dans la même optique, « l'Image de soi », d'après S. Moscovici (1994) : « est l'ensemble des idées qu'un individu a sur lui-même, y compris sur son rôle (métier, classe sociale, etc.), ses traits de caractère et son corps ». **(KHILSTROM J F. & all. 1990, p. 58)**.

Le concept « d'Image *de soi* » est ainsi perçu comme une représentation cognitive et conative de la personne par l'individu lui-même et de ses relations avec les êtres et les choses qui l'entourent : son environnement au sens large. Cependant, l'introduction de ce nouveau concept ne simplifie pas réellement la définition de « l'Image *de soi* ».

L'Image de soi présentée comme constituant une sous-structure qui comporterait les descriptions des aspects de l'expérience (aspirations, sentiments et

émotions, goûts et intérêts, capacités et aptitudes, qualités et défauts et enfin l'énumération des activités). Ces différentes composantes de « l'Image de soi » sont dépendantes les unes des autres et aucune d'elles ne rend compte à elle seule de « l'Image de soi » : pluridimensionnelle. **(L'ECUYER R, 1978, p. 25).**

L'Image de soi peut renvoyer à l'identité sociale lorsqu'elle se réfère au soi déclaratif, réflexif, c'est-à-dire au discours du sujet sur lui-même. Dans ce cas, le soi déclaratif, réflexif renvoie aux attributs du « Soi » valables pour un ensemble de groupes sociaux et à l'Image de soi, lorsqu'elle permet de rendre compte de l'identité personnelle et sociale. Par conséquent, l'image que l'individu a de lui-même devrait être en concordance avec l'identité du groupe car, justement, chacun trouve auprès de lui les caractéristiques qui permettent de s'auto définir. **(ABANG S, 2010, p.598).**

L'image de soi est constituée des impressions qu'un sujet a envers ses propres caractéristiques. C'est comme un lexique interne de concepts relatifs aux caractéristiques de soi-même. Beaucoup de ces impressions sont immédiatement accessibles à la pensée consciente. En effet, celles qui sont indésirables ou conflictuelles sont réprimées, voire refoulées.

Bien que l'on puisse parfois résumer mentalement les impressions de soi en des termes généraux (je suis comme tout le monde, je ne suis pas quelqu'un de bien), les éléments de ce lexique d'impressions sont souvent conçus plus spécifiquement sur un continuum tel que brillant/terne, séduisant/laid, ouvert/timide, etc. Beaucoup d'impressions peuvent être formées sans point de référence comme par exemple : créatif, vulnérable, gentil, aimable, sensible, sincère, confiant etc., même quand il existe une possibilité de comparaison. **(JOHN E. & EXNER JR, 2003.p. 277).**

Ce lexique se construit au fil de l'expérience individuelle, et beaucoup des caractéristiques qu'une personne s'attribue à elle-même dérivent d'expérience réelle. Il se peut toutefois que certains termes du lexique se soient forgés à partir de malentendus, et certains sont totalement imaginaires. Le degré de congruence de l'image de soi avec la réalité entre dans le potentiel d'adaptation. **(JOHN E. & EXNER JR, 2003.p. 277).**

II. Le concept de l'estime de soi :

1. Définition de l'estime de soi :

L'estime de soi fait partie du concept de soi et se définit comme un jugement de valeur qu'un Individu a sur lui-même, une opinion stable de lui-même, une satisfaction ou insatisfaction personnelle.

Le terme « estimer », du latin « oestimare » signifie « déterminer une valeur » et « avoir une opinion favorable sur ». Alors que la notion du concept de soi implique un aspect descriptif de sa propre personne, sans connotation forcément évaluative, l'estime de soi implique un jugement de sa valeur personnelle **(DUCLS. & Ross, 2002, p. 15)**.

L'estime de soi est un des construits les plus étudiés en psychologie sociale **(BANAJI & al, 1979)**.

Des auteurs comme **COOPERSMITH (1967)**, **PIERS** et **HARRIS (1964)**, **ROSENBERG (1965, 1986)** et **HAETER (1982, 1988)** ont montré son importance comme construit psychologique, et, grâce au développement de mesures auto-rapportées, ils ont stimulé la recherche dans ce domaine **(LEAEY H. & TANGNEY T, 2003, p. 18)**.

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. Elle permet d'approcher le sentiment qu'il a de ses propre compétences et de ses qualités dans différent domines : l'école, famille et société. Elle désigne ce sentiment plus en moins favorable que chacun s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne. Le jugement porté sur soi est associé aux normes sociales de réussite et d'échec, de valeur et de non-valeur. **(COSLIN P, 2003, p.36)**

G.DUCLOS défini l'estime de soi comme étant la conscience de sa valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différents domaines. C'est un ensemble d'attitude et croyance qui nous permettent de faire face au monde. L'estime de soi suppose une conscience de ses forces, ses difficultés et de ses limites personnelle. Elle présente une valeur positive qu'on se reconnaît globalement en tant qu'individu et dans chacun des domaines importants de la vie .L'estime de soi set cyclique, parfois instable et toujours variable à l'image de la vie **(DUCLOS G, 2005, p.22)**

Selon la Conception de **COOPER SMITH**, l'estime de soi renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes, quelles 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 adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle). Ainsi, il distingue l'estime de soi globale (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. **(PADILLA A, 2009, p. 55)**

Pour **CHARLES COOLEY**, en **1902**, l'estime de soi se définit comme une construction sociale, elle serait façonnée par l'ensemble des interactions (le regard des autres) entre les individus : « *le miroir social* ». Cela signifierait que l'estime de soi d'un élève serait plus forte lorsque son environnement (sa famille, ses pairs, ses amis, ses professeurs) aurait une bonne opinion de lui. **(COOLEY C, 1902, p. 45)**

L'estime de soi est un concept largement étudié tant chez les psychologues que chez les professionnels de l'éducation, renforcé d'autant plus par l'essor, vers 1960, des théories cognitives qui consistent à montrer que la perception qu'ont les individus sur les événements constitue ce qui pèse le plus sur leur comportement. **(COOLEY C, 1902, p. 45)**

- **Les deux conceptions de base de l'estime de soi :**

Le premier dont le chef de file est **Virginia Satir**, qui insiste sur l'importance et la valeur intrinsèque de l'être humain, pour avoir de la valeur, il n'y a rien à faire, il suffit d'être. Sa démonstration est simple: un enfant nouveau-né as-t-il de la valeur ? Est-il important ? La plupart d'entre nous tomberont d'accord pour dire que c'est « évident », pour **Virginia S**, c'est de la prise de conscience profonde de cette valeur intrinsèque et inaliénable que vient l'estime de soi. Il est donc nécessaire de donner à l'enfant de l'amour inconditionnel et le sentiment de sa propre valeur, quoi qu'il fasse et quoi qu'il lui arrive. L'estime de soi à ce niveau est un « don ». Parce que nous sommes humains, nous avons de la valeur et nous sommes dignes d'être heureux. **(SATIN V, 1980, p. 81).**

Le deuxième courant met l'accent sur le fait que, pour avoir une bonne estime de soi, ils peuvent compter sur soi-même et en particulier sur sa capacité de penser clairement et d'agir en accord avec son propre jugement.

Pour **Nathaniel BRANDEN**, le sens de sa valeur personnelle qui est probablement dit-il : notre droit de naissance n'est que l'antichambre de l'estime de soi. Il ne s'agit pas

seulement de se sentir bien, il s'agit de vivre bien, et pour cela il faut s'en donner les moyens. En effet pour, le propre BRANDEN de l'homme est la conscience. Il en a besoin pour survivre : notre bien être dépend de notre capacité à maîtriser l'enivrement, c'est-à-dire de notre faculté de penser juste et claire. (BRANDEN N, 1991, p. 70)

L'estime de soi s'acquiert en les exerçant consciemment, l'avantage de ce point de vue est qu'il est pragmatique et réaliste, de plus, il met la lumière sur le fait qu'il est toujours possible d'augmenter notre estime de soi, quel que soit notre âge. (SANIT PAUL J, 1999, p. 11).

- **Les caractéristiques d'une personne qui s'estime :**

- Les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur et qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureuses.
- Elles se sentent « compétentes » et se donnent le droit à l'erreur et elles savent qu'elles peuvent apprendre.
- Elles pensent qu'elles sont responsables de ce qui leur arrive et, en particulier, de leur propre bonheur.
- Elles savent aussi ce qu'elles veulent enclines à agir pour l'obtenir.
- Elles ont tendance à se montrer raisonnablement confiantes, gaies, créative et pleines d'un sens de l'humour qui n'est pas à confondre avec l'ironie ou le sarcasme et que, d'une façon générale, elles ont des attentes positives à propos de ce que leur réserve la vie.

En ce qui concerne leur attitude par rapport aux autres, elles se sentent leurs égales : ni inférieures, ni supérieures et elles s'attendent à avoir avec eux des rapports agréables et constructifs. Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont, en général, calmes, coopératives, sociables et bienveillantes envers leurs semblables. En effet, n'ayant rien à prouver, ni à elles-mêmes ni aux autres, et ne craignant pas le jugement d'autrui, elles sont libres d'apprécier le moment sans préoccupations parasites. Elles savent aussi très bien écouter. En effet, elles ont la possibilité d'être totalement présentes dans un échange avec autrui car elles n'éprouvent pas le besoin de se centrer sur elles-mêmes ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. En revanche, elles se respectent et n'hésitent pas à s'affirmer leurs opinions si nécessaire. (SANIT P, 1999, p. 21).

- **Les caractéristiques du manque d'estime de soi :**

- Les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptation. Dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elles-mêmes, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlées. Une autre façon de se protéger du changement est de fuir ou d'en laisser la responsabilité aux autres. Ainsi ce sont eux qui seront à blâmer si les choses tournent mal.
- Ils ont la difficulté à admettre leurs erreurs.
- Il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de les reconnaître ou même de les voir : le déni peut être à usage externe, mais le sujet peut aussi ne pas remarquer consciemment qu'il a fait une erreur. Il en résulte une impossibilité à les corriger et, par conséquent à apprendre à faire autrement à l'avenir.
- Un sujet manque d'estime de soi se montre aisément défensif, même s'il n'a commis aucune erreur, même si ce qui lui a dit n'est en rien dévalorisant.
- Il a souvent tendance à interpréter les choses de telle façon qu'elles confirment le peu de bien qu'il pense de lui, c'est ce qu'on appelle une projection. **(SANIT P, 1999, p. 23- 25).**

2. Les Composantes de l'estime de soi :

a. Sentiment de sécurité :

Ce sentiment signifie comprendre les limites, connaître les attentes et le sentir confortable et en sécurité. C'est le premier pré requis une estime de soi positive, l'enfant doit avoir un sentiment de sécurité avant de pouvoir se percevoir de façon réaliste et prendre le risque d'échouer. **(FRANCOIS T, 2008, p. 57)**

b. Sentiment d'identité :

L'identité est à la base de l'estime de soi et de la motivation. Un fort sentiment d'identité demande une connaissance de ces forces et de son image sociale. Il implique aussi des sentiments positifs face à l'image de soi. Il est très important que l'enfant arrive à avoir une image réaliste de lui-même et le sentiment de sa valeur. Ce sentiment est la clé du comportement de l'enfant. **(FRANCOIS T, 2008, p. 80).**

c. Sentiment d'apparence :

Le besoin de faire partie d'un groupe augmente chez l'enfant au fur et à mesure qu'il approche de l'adolescence. L'acceptation des autres devient une préoccupation vitale chez la plus part. Cette préoccupation se reflète dans la manière dont il s'habille, les expressions qu'il utilise, les endroits qu'il fréquente et les gestes qu'il pose. **(FRANCOIS T, 2008, p. 81)**

d. Sentiment de détermination :

Certaines personnes ne semblent pas avoir de buts dans la vie, ni savoir comment y arriver. Certains auteurs ont démontré que les personnes qui se sentent bien dans leur peau sont celles qui ont appris à se fixer des buts réalistes. **(FRANCOIS T, 2008, p. 85)**

e. Sentiment de compétence :

Un sentiment de compétence personnelle peut être acquis seulement après plusieurs expériences de réussite. Ceci implique d'être capable de prendre les décisions appropriées en utilisation de façon efficace les ressources disponibles. **(LAUSANNE R, 2015, p. 54)**

3. Des différentes théories sur l'estime de soi :

L'ensemble des recherches scientifiques sur l'estime de soi consiste à étudier le sens que la personne donne à ses comportements en fonction des perceptions qu'elle a d'elle-même. Dans ces modèles, l'estime de soi est traitée comme une notion complexe où se mêlent des aspects affectifs, relationnels et cognitifs.

3.1 Pyramide des besoins de MASLOW (1943)

Il en ressort les questions suivantes : comment motiver l'élève pour les apprentissages s'il n'est pas satisfait des besoins inférieurs ? Peut-on impliquer un élève dans un projet personnel s'il n'a pas répondu au besoin d'estime de soi ? Faut-il hiérarchiser les compétences pour obtenir une disponibilité à rentrer dans les apprentissages ? **(MASLOW A, 1943, p. 50)**

3.2 Locus de contrôle de Julian B. ROTTER (1966)

Le locus de contrôle exprime la manière dont les personnes expliquent les événements qu'ils subissent.

Selon **ROTTER**, il y a des individus qui ne font aucun lien entre leur comportement et ce qui leur arrive et d'autres qui estiment avoir un contrôle personnel sur les événements.

Il apparaît donc important de donner aux élèves les moyens de contrôler les situations, de les aider à identifier les causes possibles d'échec ou de réussite. C'est un travail sur le statut de l'erreur et sur une approche métacognitive qui va permettre à l'élève de mieux se connaître, de réfléchir sur ses résultats et, c'est possible d'accroître l'impact de son action sur ses stratégies d'apprentissages. (**ROTTER B, 1966, p. 41**)

Ce constat rend évident qu'une des priorités est de faire en sorte que l'élève vive des expériences de réussite qui vont lui faire constater qu'il a les compétences pour atteindre des buts positifs. La difficulté est qu'une majorité de nos élèves ont un regard binaire sur leurs devoirs : « C'est juste ou c'est faux ! » Il est très difficile de revenir sur un travail réalisé et d'avoir une prise de conscience des erreurs, il y a comme une forme de déni face à l'échec, une façon de ne pas se rendre responsable et de se protéger. Un vrai travail de médiation est à mettre en place afin d'aider l'élève à comprendre ce qu'il fait et comment il le fait. (**ROTTER B, 1966, p. 41**)

3.3 Concept de soi de SHAVELSON (1976)

Ces chercheurs ont mesuré l'estime de soi chez des enfants. Leurs mesures sont basées sur des auto-évaluations partagés en concept de soi scolaire et non scolaire, ils ont donc mis en évidence différents domaines d'estime de soi : physique, social, scolaire englobant les émotions, les croyances, les valeurs et les intérêts. (**SHAVELSON, 1976, p. 101**)

L'élève aurait tendance à cloisonner et hiérarchiser les différents concepts de soi. Je me suis également intéressée aux différents domaines de l'estime de soi de mes élèves en les soumettant au questionnaire de l'Echelle Toulousaine de l'Estime de Soi (**OUBRAYRIE 1994**) qui se compose de 60 affirmations, réparties selon 4 domaines (le soi émotionnel, le soi social, le soi scolaire, le soi physique) qui permet d'obtenir un score d'estime de soi qui témoigne de la perception plus ou moins positive que l'élève a de lui-même. (**SHAVELSON, 1976, p. 101**)

3.4 Estime de soi de L'ECUYER (1978)

L'Ecuyer, dans ses travaux, s'est intéressé au développement de l'estime de soi de l'enfance à la vieillesse. Il nomme la période de l'adolescence « *la différenciation de soi* » qu'il définit comme une désorganisation. Les adolescents ne savent plus ce qui est important, ils sont vulnérables avec un attachement insécurisé. (ECUYER L, 1978, p. 86)

3.5 Autodétermination de DECI et RYAN (1985)

Ces psychologues américains ont fait apparaître à travers leurs travaux qu'un élève pour trouver la motivation, doit se sentir acteur, s'impliquer dans une tâche pour l'intérêt qu'elle présente en elle-même on parle alors de motivation intrinsèque ; et au contraire, toute forme de contrainte (sanction, jugement, évaluation...) diminue l'autodétermination. Concernant les élèves en grande difficulté, ils mettent également en évidence ce qu'ils nomment « *le découragement appris* » (2002) conduisant l'élève à percevoir l'échec comme inéluctable.

3.6 Estime personnelle de COOPER SMITH (1984)

L'estime de soi serait une variable importante dans la réussite scolaire et COOPER SMITH a élaboré un questionnaire souvent utilisé en orientation scolaire. Son intérêt est de donner une estime de soi globale associée à des sous-domaines : social, scolaire, familial et général. Son inventaire permet donc de repérer le ou les domaines où l'estime de soi est la plus faible. Les recherches en psychologie font apparaître toutefois les limites de ces outils d'auto-évaluation, l'élève pouvant masquer ce qu'il ressent vraiment pour répondre d'une façon qu'il imagine satisfaisante pour l'adulte. De plus, les formulations du ou des questionnaires n'ont pas forcément de sens dans le vécu de l'élève. COOPER SMITH, dans ses travaux, souligne que « *les attitudes, les postures, la voix, les actes sont des signes conscients ou inconscients étroitement liés aux processus cognitifs, affectifs ou motivationnels* ». Ces attitudes à l'égard de soi-même prédisposent l'élève à répondre favorablement ou défavorablement aux situations auxquelles il est soumis. BOIMARE dans « La peur d'apprendre », évoque les comportements excessifs comme des signes de désengagement face à l'angoisse mise en jeu dans l'apprentissage. (COOPER S, 1984, p. 57)

4. La différence entre la confiance en soi, l'estime de soi et l'amour de soi :

Bien que ces trois aspects de soi semblent difficiles à différencier, il y a tout de même des particularités différentes pour chacun.

4.1 La confiance en soi :

Est l'assurance, le courage qui vient de la conscience qu'on a de sa propre valeur. Je ne parle pas ici de l'assurance qui vient après avoir expérimenté quelque chose et l'avoir bien appris. La personne avec une vraie confiance en elle n'oublie pas sa valeur même lorsqu'elle tente une expérience pour la première fois. Elle est tellement en contact avec sa valeur intérieure que, même si elle rate son coup lors d'une première expérience, elle est capable d'être bien dans sa peau et d'accepter de n'avoir pas réussi. Elle ne s'en veut pas, elle sait que ça fait partie de l'apprentissage nécessaire pour apprendre quoi que ce soit. Tandis qu'une personne sans confiance en elle est ébranlée au moindre échec. Elle juge ce qu'elle est par ses résultats et non par sa valeur. Elle hésitera ou n'osera pas recommencer par peur d'un autre échec. On peut reconnaître une personne qui a vraiment confiance en elle par sa capacité de se confier, de parler ouvertement d'un échec, sans peur d'être critiquée ou d'être jugée. Plus une personne a peur de se faire juger et n'ose pas se révéler telle quelle est, moins elle a confiance en elle. **(LIONEL B, 2012, p. 55)**

4.2 L'estime de soi :

Est associée à l'image que l'on a de soi-même, contrairement à la confiance qui est plus en rapport avec la valeur de lettre. L'image de soi est basée sur ce que nous croyons de nous. On peut vérifier cette image en faisant une liste de toutes les qualités et les défauts que nous voyons en nous. Une personne avec une pauvre image d'elle-même est celle qui a de la difficulté à se trouver des qualités. Elle se déprécie facilement.

L'estime de soi se situe beaucoup plus au niveau du senti, on peut donc dire que la confiance en soi nous aide particulièrement à passer à l'action, à oser et à risquer. Elle se situe plus dans le faire. Tandis que l'estime de soi se situe davantage au niveau du senti, il est vrai qu'elle influence directement l'autre. Le fait d'améliorer notre image a pour effet d'améliorer notre estime et par conséquent, va aider à développer davantage de confiance en soi. **(GERMMAN G, 2004, p. 56)**

4.3 L'amour de soi :

C'est la capacité de se donner le droit, de s'accepter, dans tous nos états d'être, qu'ils soient positifs ou négatifs. C'est être capable de se regarder, s'observer dans ce que nous sommes à chaque instant, sans aucun jugement de bien ou de mal.

C'est le fait de s'accepter dans nos limites, nos peurs, nos faiblesses, nos croyances, notre différence, nos goûts, etc. C'est être capable de s'observer même si nous avons des comportements négatifs. La plupart des gens s'aiment quand ils agissent en fonction de ce qu'ils ont appris: être gentil sympathique, poli, aimable ce n'est pas de l'amour véritable. Ce genre d'amour est basé sur la peur de ne pas être aimé. L'amour véritable, inconditionnel, est celui qui ne juge pas. **(DIAN J, 2012, p. 6)**

C'est être capable d'admettre que nous sommes sur cette terre pour vivre des expériences et qu'il n'y a pas d'erreurs, seulement des expériences différentes pour devenir plus conscient, plus intelligent et nous aider à développer notre discernement pour arriver à écouter nos besoins. Nous voulons tous, au plus profond, vivre une vie harmonieuse dans tous les domaines. Afin d'y arriver, nous devons nous accepter dans ce que nous ne voulons pas être avant d'arriver à être ce que nous voulons être. Voilà l'amour de soi tant recherché. **(DIANE J, 2012, p. 1-2)**

6. L'estime de soi et l'adaptation à l'environnement

On a montré à plusieurs reprises l'existence d'une corrélation réciproque entre l'estime de soi d'un enfant et ses résultats scolaires. Plus finement, il semble qu'une bonne estime de soi permette à l'enfant confronté à des difficultés d'adopter des stratégies de résolution de problèmes adaptées ; recherche de soutien social (conseils et réconfort) auprès des proches, remise en question mesurée des comportements inadéquats, confrontation à la réalité. Tandis qu'une estime de soi déficiente est souvent associée à des stratégies inverses : repli sur soi ou réticence à parler de ses soucis, autocritique excessive ou déni des difficultés, évitement du problème...

Dans cette même optique, un lien étroit entre estime de soi et capacités d'autocontrôle a été souligné par plusieurs équipes : on définit l'autocontrôle par la capacité d'un sujet à s'engager dans des conduites (par exemple le travail scolaire) qui vont lui apporter des bénéfices à long terme (comme réussir des examens) malgré l'absence de bénéfices à court-terme, voir même des inconvénients immédiats (moins jouer ou moins sortir que ses camarades). Ces stratégies d'autocontrôle sont par

exemple celles qui font défaut aux personnes à basse estime de soi, ayant du mal à suivre des régimes alimentaires, observer des consignes d'hygiène de vie (ne plus fumer, faire du sport), etc. **(BOUVARD M, 1999, p. 27)**

Les différents travaux conduits sur ce que l'on nomme « optimisme adaptatif » soulignent également le lien de ce dernier avec le niveau d'estime de soi : les sujets optimistes sont capables, face à toute incertitude, d'imaginer qu'ils auront les ressources nécessaires pour faire face d'une façon comportemental ou émotionnel. On voit donc combien l'estime de soi va influencer les capacités adaptatives. Chez les chômeurs, par exemple, trois phases ont été décrites : dans les premiers mois, l'estime de soi est abaissée (choc de la perte d'emploi), puis elle remonte après 6 mois avant de commencer à décroître progressivement à partir d'une année. Les expériences de chômage répétées ont un effet délétère cumulatif sur l'estime de soi, en diminuant notamment le sentiment de contrôle du sujet sur son existence. **(BOUVARD M, 1999, p. 28)**

7. La construction de l'estime de soi

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

Bien entendu, le nouveau-né ne vient pas au monde avec un concept de soi. Il n'est même pas conscient d'être une entité distincte de l'environnement. C'est à petit que ce concept va se former, à partir de l'interaction avec la mère et les autres personnes qui entourent l'enfant et en prennent soin. Ces personnes constituent son cadre de référence. Cet apprentissage précoce est essentiel, mais il est capable de comprendre qu'un être humain apprend durant toute sa vie. Au fur et à mesure que l'individu rencontre des situations nouvelles et fait de nouvelles expériences, le concept de soi est susceptible d'évoluer. **(SAINT J, 1999, p. 23)**

4- Image du corps :

L'image du corps s'est ce que l'on voit, ce que l'on peut mesurer, photographier, dessiner de l'extérieur, comme dans le graphique de Leonardo de Vinci, une

représentation des proportions idéales de la forme humaine inspirée de l'architecte grec (**Vitruvius**). Cette image « extérieure » fait aussi appel à l'image du corps véhiculée par la culture, un « idéal » au sens d'une idée. Cet idéal c'est aussi un univers du possible biomécanique, et pour certains, surtout au plan social, un attracteur, une image à laquelle on veut se conformer. (**YUANJOLY A, 2006, p. 2**)

Mais l'image du corps, c'est aussi ce que l'on ressent de soi-même dans l'expérience intime du corps au plan sensori-moteur, kinesthésique et proprioceptif. En ce sens, la représentation de « L'acrobate » de Picasso est sans doute plus proche de la « réalité » du corps vécu que le graphique réaliste et géométrique de Leonardo. En fait, nous pouvons prétendre que très peu de gens ont une image du corps « conforme » à la réalité du corps physique. D'une certaine manière, le corps objet physique propose un idéal asymptotique... on y tend mais l'atteint-on jamais, En fait on peut penser qu'il y a là le projet d'une vie. (**YVAN JOLY M A, 2006, p. 1-2**).

L'image du corps ce n'est pas l'image que nous avons de notre propre corps, au repos ou en mouvement, à tout moment. Elle est construite à partir des sensations internes, des changements posturaux, des contacts avec des objets et des personnes, de nos fantaisies et expériences émotionnelles, et elle comprend les sentiments, attitudes et croyances à propos de notre corps. (**FREEDMAN & HUTCHISON, 1985, p. 125-487**).

L'image du corps, c'est la représentation que le sujet se fait de son corps, la façon dont il lui apparaît, plus ou moins consciemment, à travers un contexte social et culturel particularisé par son histoire personnelle. (**Le Breton, 2003, p. 25**).

Selon **Hilde Bruch** ; trouble de l'image corporelle comme un jeu central dans l'anorexie mentale qui est lié à des troubles perceptuels plus généraux des états internes et de la conscience de soi et le thème central: recherche de maîtrise de soi et d'autonomie. (**SYLVIANE P, 2005, p. 5- 7**).

SCHILDER, en 1935, parle en premier d'image du corps. Il en donne cette définition : « L'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes » Cependant, **SCHILDER (1968)** pense que l'image du corps et le schéma corporel sont la même chose. Cette confusion met à mal la spécificité de ces deux entités qui, bien qu'intimement liées, sont totalement différentes. (**SCHILDER S, 1968, p. 35**).

DOLTO en 1984 fait la distinction entre image du corps et schéma corporel. «Le schéma corporel réfère le corps actuel à l'expérience immédiate. Il peut être indépendant du langage entendu comme histoire relationnelle du sujet aux autres. Le schéma corporel est évolutif dans le temps et l'espace. L'image du corps réfère le sujet du désir à s'en jouir, médiatisé par le langage mémorisé de la communication entre sujets. ». « C'est grâce à notre image du corps portée par- et croisée à- notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui. » Le corps devient un lieu de langage archaïque, non-verbal, une forme dynamiquement structuré d'un « système de significations ». Le corps exprime la pensée et les émotions. C'est en quelque sorte le traducteur universel de la vie intérieure. **(DOLTO F, 1984, p.20)**

L'image du corps se construit avec le vécu et les expériences du sujet. Elle est donc en perpétuel remaniement et propre à chacun. **DOLTO** distingue trois composantes de l'image du corps : « image de base, image fonctionnelle et image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution. » Ces trois composantes sont à tout moment reliées entre elles par, ce que Dolto appelle « image (ou plutôt substrat) dynamique » qui désigne les pulsions de vie de l'individu. Ses pulsions de vie sont en permanence animées par le désir de communiquer avec un autre sujet. **(DOLTO F, 1984, p. 23).**

L'image du corps constitue une représentation mentale inconsciente de soi dans son contour, son épaisseur, sa solidité ou sa fragilité. Elle se dissocie du schéma corporel - donné de l'expérience motrice, étroitement lié au ressenti musculaire et cinesthésique - sur lequel elle s'appuie, et débouche sur la représentation de soi. **(SANGLADE S, 1983. p. 104-111).**

Elle inclut la notion de vécu émotionnel. Les premières émotions et les premiers affects de plaisir-déplaisir associés à la satisfaction ou non des besoins sont recueillis par cette image. Elle représente la « mémoire inconsciente du vécu relationnel ». **(LEDOUX L, 1995, p. 11).**

Elle est « ce dans quoi s'inscrivent les expériences relationnelles du besoin et du désir, valorisantes et/ou dévalorisantes, c'est-à-dire narcissisants et/ou dénarcissisants ». **(DOLTO F, 1984, p. 25).**

Et peut se comprendre sous ses aspects structuraux, génétiques et relationnels. Le corps y constitue un principe unificateur, fondant l'unité de soi en même temps

qu'instaurant la différence avec l'autre. L'enveloppe corporelle y joue un rôle de médiateur de la nature et de la qualité des échanges mère-enfant, en ce sens l'image du corps renvoie à la notion de Moi-peau. **(ANZIEU, 1985, p.259)**.

D'après Dolto, l'image du corps se présente d'un point de vue structural comme une articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image érogène

- L'image de base qui se développe dans les premières relations permet au sujet d'assurer la sécurité de son existence. Elle contribue à la construction du narcissisme fondamental et lie le sujet à la vie.
- L'image fonctionnelle concerne ensuite la représentation des accomplissements du corps. Elle permet d'enrichir les possibilités relationnelles. Elle est dynamique et active, peut être modifiée au fil des désirs et des relations.
- L'image érogène focalise les affects de plaisir et de déplaisir liés aux désirs et à leurs réalisations.

Ces trois images sont reliées par l'image dynamique correspondant à une continuité d'être et d'avenir. Celle-ci relie l'être au présent à son futur et prend en compte la dimension d'intentionnalité. **(DOLTO F, 1984, p. 58)**.

Conclusion

Enfin, l'estime de soi est l'outil de notre liberté et de notre autonomie psychologique, elle facilite la résilience face aux événements de la vie adverse, elle fonctionne comme une protection de type immunitaire, facilitant la cicatrisation rapide des blessures émotionnelle.

Alors l'estime de soi est une notion complexe qui influe énormément sur nos émotions, nos pensées et notre comportement, elle est facteur clé dans nombreux domaine de notre existence.

Chapitre III

Le cadre méthodologique

Préambule

Dans ce chapitre, on va présenter la méthode d'étude suivie des techniques d'investigations utilisées, ainsi que le déroulement de notre recherche sur le terrain.

1- La démarche de la recherche

1-1 la pré-enquête

La pré-enquête ou la pré-étude est une étape importante dans toutes recherches scientifiques, appelée aussi la phase exploratoire. Elle nous permet de cerner le thème de recherche, d'enrichir nos lecteurs, ainsi que le recueil et l'accumulation de connaissances auprès des personnes étudiées et du terrain d'étude.

Durant notre pré-enquête, il a fallu respecter certaines conditions qui sont : le respect dans le recueil des données, le respect de l'autre autant que source. Le processus de recueil des témoignages est une tâche importante, le respect et l'empathie, qui à nous guider tout au long de notre recherche, y compris pour la formulation des questions. **(MUCHIELLIER R, 1993, p.33)**

1-2 La méthode utilisée :

Dans notre recherche nous avons opté pour la méthode clinique qui semble être la plus appropriée aux objectifs de notre recherche, elle nous a permis d'étudier et d'analyser les sujets en tant que cas individuels.

La méthode clinique fait partie des méthodes d'approche descriptives et historiques, dont leur objectif selon **BEAUGRAND, (1988)** cité par **CHAHRAAUI** et **BENONY** « est d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes ». **(CHAHRAAUI K et BENONY H 2003, p. 125).**

1-3 Présentation de lieu de stage :

La polyclinique de SIDI-AICH située au centre-ville de la DAIRA de la localité, sur le versant nord de la rive de la SOUMMAM légèrement sur les hauteurs du quartier AZRI-NOUH occupant une place stratégique dans la région.

Appelé aussi par la population locale l'ancien hôpital (EX-HOPITAL), elle est une structure ancienne, construit à l'ère du colonialisme français dans les années

quarante, a cette «époque il était l'hôpital de la ville, il devient polyclinique en 1986 lorsque la localité à bénéficier d'un hôpital de 240 lits.

En 2008, lors du dernier découpage sanitaire et la naissance des établissements publique de sante de proximité, la polyclinique de SIDI-AICH à abriter le siège administrative de L'E P S P.

Les services qui sont disponibles à la population de la ville sont :

- Médecine générale
- Dentiste
- Laboratoire
- Service des vaccinations
- Service modalisme
- Orthophoniste
- Psychologue

1-5 La population de la recherche :

Notre étude s'est focalisée sur cinq (05) femmes, dont quatre(04) femmes sont mariée, et une (01) est célibataire. Durant notre recherche, nous avons fixé des critères de sélection concernant nos cas qui sont les suivants :

▪ **La sélection des cas de notre étude**

Elle dépend d'un certain nombre de critères, qui sont :

➤ **Condition physiques:**

Elles, sont des femmes qui n'ont pas eu de règle depuis plus de un (01) an, et elles sont en bonne santé physique et psychologique.

➤ **L'âge :**

Tous les cas sont des femmes qui ont au minimum 49 ans

Le tableau suivant récapitule les critères de sélection de la population d'étude :

	AGE	SITUATION FAMILIALE	NIVEAU D'ETUDE	Professions
NAIMA	50 ans	Célibataire	9 ^{ème} année fondamentale	Styliste
NAFISSA	65 ans	Veuve	Aucune instruction	Femme au foyer
DJOHRA	70 ans	Veuve	Aucune instruction	Femme au foyer
MALIKA	50 ans	Divorcée	1 ^{ère} Année Secondaire	Femme de ménage
TAOUS	49ans	Célibataire	3 ^{ème} Année Secondaire	Éducatrice

Tableau n°01 : La sélection de la population d'étude

2- Les outils d'investigations :

Durant notre recherche qui s'intitule : « L'estime de soi chez les femmes ménopausée ». Nous avons choisi les outils suivants : l'entretien clinique et l'échelle de l'estime de soi de **COOPER SMITH**, afin de cerner notre étude et pour avoir un contact direct avec notre population d'étude.

2-1 Entretien clinique :

« L'entretien de recherche est senti par la personne comme dans l'entretien thérapeutique, il pourra décoder en tenant compte du contenu manifeste et du contenu latent, car malgré que le sujet est guidé par la consigne mais reste toujours qu'il peut déborder sur des souvenirs d'enfances, des histoires personnelles ou familiales » (**CHILAND C, 1983, p. 119**)

Si l'entretien clinique se définit entre autre par l'attention maximale portée à une personne dans son intégralité et son unicité, alors c'est l'entretien de recherche semi directif qui est sûrement le plus clinique. En effet, la structuration de l'entretien est réduite au minimum : l'enquête s'efface pour être à l'écoute de l'autre. Toutefois, une

différence notable est à signaler entre cet entretien clinique de recherche et ceux à visée diagnostique et thérapeutique. **(CHILAND C, 1983, p. 122)**

Selon **BENONY.H** ce dernier est fréquemment employé comme production des données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjective : biographique, représentation, émotion, histoire personnel Etc.

2-1-1- Les caractéristiques de l'entretien semi directif :

Pour vérifier les hypothèses de notre recherche, l'entretien semi directif, semble le plus adéquat. Il se définit comme étant « la situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple ». **(CHILAND C, 1983, p. 11)**

« Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. L'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permettent au sujet de dérouler son récit. » **(CHAHRAOUI K. & BANONY H, 3002, p. 14)**

2-1-2 l'attitude de clinicien :

Il s'agit d'un entretien clinique produit à l'initiative du clinicien chercheur, car ici, le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui correspond à ses hypothèses et il intervient dans une institution au titre de recherche. La demande émane donc du chercheur et non pas du patient. **(CHAHRAOUI K. & BENONY H, 1999, p. 62)**

2-1-3 Guide d'entretien :

Le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance, dès fois celle-ci n'est pas posée d'une façon directe, il s'agit d'avantage de thème à aborder que le clinicien connaît très bien, ainsi que ses questions permettront de formuler des relances (la répétition, la déclaration, l'interrogation), ces derniers guident le discours du sujet

et permettent au clinicien d'exprimer ses hypothèses de travail. **(CHAHRAOUI K, 1999, p. 69)**

Nous avons formulé notre guide d'entretien vis-à-vis du but recherché qui est, le recueil d'un maximum d'information sur nos sujets. Ce guide contient trois (03) Axes, chaque axe contient une série de questions, qui doivent être posées d'une manière directive ou semi directives, qui dépendent aussi de la langue maternelle du sujet et son niveau d'instruction.

- **Axe n°1** : informations générales sur la femme en période de ménopause
- **Axe n°2** : information sur la période de la ménopause de la femme
- **Axe n°3** : l'estime de soi

2-2 l'échelle d'estime de soi de COOPER SMITH :

2 2-1 descriptions de l'échelle :

L'inventaire d'estime de soi est construit pour mesurer les attitudes évolutives envers soi-même dans les domaines sociaux, familiaux, personnels et professionnels, une échelle de mensonge a été ajoutée. Cette dernière contient deux formes : la forme adulte et la forme scolaire. Dans notre cadre de recherche, c'est la forme adulte qui nous convient et qui répond aux critères de notre population d'étude. **(COOPER S, 1984, p. 9)**

La forme adulte a été créée à partir de la forme scolaire, en l'adaptant au monde adulte. Certaines formulations ou situation ont été modifiées de façon à convenir aux personnes sincères dans leur vie professionnelle, sociale, et familiale qui est habituellement celle d'un adulte. L'inventaire d'estime de soi a été construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans les domaines sociales, familiales et, personnels tout en ajoutant l'échelle de mensonge décrite ci-avant. **(COOPER S, 1984, p. 15)**

La forme scolaire a été élaborée au cours d'une étude vaste sur les origines, les implications et les Co-relations de l'estime de soi. La plupart des 50 items mis au point sont issus, après aménagement, de l'échelle de **ROGERS** et **DYMOND 1954** : On leur a ajouté des items originaux. Tous les énoncés étaient formulés de façon à convenir à des enfants, à partir de l'âge de 10 ans. Cinq psychologues ont classé ces

items en deux groupes : ceux qui reflètent une estime de soi élevée et ceux qui reflètent un faible estime de soi. **(COOPER S, 1984, p. 9)**

L'échelle de mensonge comporte 8 items dont les contenus sont soit négatifs ou positifs, c'est-à-dire peu flatteur ou avantageux que l'honnêteté des réponses ne peut laisser de doute. La note doit être considérée comme l'indice d'attitude de réponse à l'égard du test, plutôt que comme un indice de mensonge. **(COOPER S, 1984, p.11)**

L'échelle de l'estime de soi comporte 58 items décrivant les sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuelle auxquelles le sujet doit répondre en cochant un cas : « Me ressemble » ou « Ne me ressemble pas ». Le test est construit de 58 items dont 24 positifs et 34 négatifs pour les deux formes (adulte, scolaire).

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

Tableau n°2 : Items négatifs et positifs (COOPRE SMITH, 1984, p.9)

Les items sont aussi répartis selon les composants théoriques de l'estime de soi et en plus une échelle de mensonge.

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

Tableau n°3 : les différentes échelles de l'estime de soi (COOPER S, 1984, p. 10)

2-2-3 Administration et correction :**Administration :**

L'administration de l'échelle de l'estime de soi peut être individuelle ou collective. La forme scolaire s'applique aux enfants et adolescents scolarisés, de 8 ans et plus, la forme adulte s'applique aux personnes ayant terminé leur scolarité. La passation dure environ 10 minutes.

Au cours de l'administration, il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explication .et l'emploi du terme « estime de soi » doit être évité.

a- Correction :

L'échelle de l'estime de soi se corrige rapidement à l'aide d'une grille de correction, en comptant 1 point par croix apparaissant à travers les repères.

Les 5 notes ainsi obtenues : générale, familiale, scolaire, sociale et mensonge, seront inscrites sur la feuille de réponse. La note totale de l'estime de soi s'obtient en sommant les notes des 4 échelles : générale, scolaire, familiale, sociale. La note à l'échelle de mensonge n'entre pas dans le total.

Composantes	Items		Réponses	Note
Estime de soi générale	positif	1-4-19-27-	Me rassemble	1
		38-39-43-47	Ne me rassemble pas	0
	Négatif	3-7-10-12-13- 15-18-24-25- 30-31-34-35- 48-51-55-56-57	Me rassemble	1
		Ne me rassemble pas	0	
Estime de soi sociale	positif	5-8-14-28	Me rassemble	1
			Ne me rassemble pas	0
	Négatif	21-40-49-52	Me rassemble	1
			Ne me rassemble pas	0
Estime de soi familiale	Positif	9-20-29	Me rassemble	1
			Ne me rassemble pas	0
	Négatif	6-11-16-22- 44	Me rassemble	1
			Ne me rassemble pas	0
Estime de soi scolaire	Positif	33-37-42	Me rassemble	1
			Ne me rassemble pas	0
	Négatif	2-17-23- 4654	Me rassemble	1
			Ne me rassemble pas	0
Echelle de mensonge	Positif	26-32-41-50- 53-58	Me rassemble	1
			Ne me rassemble pas	0
	Négatif	36-45	Me rassemble	1
			Ne me rassemble pas	0

Tableau n°4 : la grille de correction de l'échelle de l'estime de soi. (COOPER S, 1984, p. 2)

La note maximale est de 26 points pour l'échelle générale, de 8 points pour les autres échelles. Elle est de 50 points pour la note totale d'estime de soi. **(COOPER S, 1984, p. 12)**

b- Classement et interprétation :

Après l'étape de correction des réponses obtenues, on aura la note totale de l'estime de soi, ainsi que les notes de ses différentes composantes théoriques et aussi la note de l'échelle de mensonge. **(COOPER S, 1984, p. 17)**

L'interprétation des résultats obtenus dans la correction est basée sur deux tableaux, le premier tableau est celui du niveau total d'estime de soi classé par ordre de « 5 » classes et le deuxième concerne les valeurs caractéristiques des échelles : générale, sociale, familiale, scolaire, et mensonge. **(COOPER S, 1984, p.17)**

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

Tableau n°5 : le niveau d'estime (COOPER S, 1984, p.18)

Ce tableau indique qu'il y a une possibilité de classer les notes totales d'estime de soi en cinq (05) classes :

- La première classe (<18), c'est la note minimale qui indique un niveau d'estime de soi très bas.
- la seconde (19 à 30) indique un niveau d'estime de soi bas.
- La troisième classe (31 à 38) indique le niveau moyen d'estime de soi, c'est un indicateur d'une évaluation positive de soi.
- La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé.(39 à 45)
- La cinquième classes entre (46 à 50) englobent les sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considéré comme une maximale. **(COOPER S, 1984, p.18)**

Echelles	Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge
Moyenne	18,46	5,57	4,92	4,12	33,07	2,38

**Tableau n°6 : valeurs et caractéristiques de l'échelle
(COOPER S, 1984, p.17)**

L'analyse et l'interprétation des résultats doit se faire par une comparaison intra individuelle, en repérant les domaines où l'estime de soi est plus élevée.

Une note plus élevée à l'échelle de mensonge peut indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi, l'interprétation de note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon les résultats obtenus dans l'échelle de mensonge. **(COOPER S, 1984, p. 17)**

3-1 Les difficultés rencontrées :

Notre recherche s'est effectuée au niveau de la polyclinique, située au village de SIDI-AICH durant sa réalisation nous avons rencontré quelques difficultés, qui se résument aux points suivants :

- Manque de temps pour effectuer les entretiens et la passation de l'échelle, vu que les femmes sont venues pour d'autre consultation médicale.
- Manque de temps pour effectuer les entretiens et la passation de test, vu la durée limitée et courte de notre stage pratique.
- La non disponibilité d'un lieu permanent pour effectuer les divers tests.
- l'absence par fais les sujet de notre recherche

Conclusion

Ce chapitre méthodologique, est une étape importante dans notre pratique, il nous a permis d'avoir une meilleur organisation de notre travail de recherche, afin d'analyser le contenu de notre cas et d'applique quelques connaissances théoriques de la psychologie clinique. Aussi dans ce chapitre méthodologique on a pu explorer le terrain et ces difficultés.

Chapitre IV

Analyse des résultats

Préambule :

Dans cette partie on va aborder une présentation de notre population d'étude ainsi qu'une interprétation, et analyse des données et des résultats obtenus pendant notre pratique en vue de confirmer notre hypothèse qu'on a posé au début de notre recherche.

1-1-1- Présentation et analyse des données des échelles**1-1-1-Présentation de cas de NAIMA :**

Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, elle est célibataire issue d'une situation familiale moyenne, ces deux parents sont morts, elle vit dans la maison de ces parents avec ces trois frères mariés et leurs enfants. Elle se consacre à la broderie.

1-1-2- Analyse de l'entretien**1-1-2-1 Situation personnelle :**

Selon l'observation, on remarque une certaine timidité et le trac dans ces réponses, d'après l'entretien, une négligence est observée en ce qui concerne l'amour de soi et envers les autres « SALAGH MARAHADRAN FALI IKARHAYI ALHAL ». « *Je les entends quand ils parlent de moi, ça me fais très mal* ». Elle nous a déclaré, qu'elle a une enfance très dur et perdu, elle n'a pas pu entrer à l'école puis elle a été contrainte dès l'âge de 8 ans à aider ses parents dans les labours et dans d'autres tâches pénibles « ALLAH GHELAB ALAKHTAR AGHERIGHARA TARAYI TMARA AD3IWNAGHE IMAWLANIW ». « *Si plus fort que moi à l'époque je n'ai pas pu entrer à l'école, je suis obligé d'aider ma famille dès l'âge de 8 ans* » elle a poursuit ses paroles avec tristesses et une charge émotionnelle lorsqu' on a commencé à parler sur sa vie personnelle, elle a commencé à pleurer « ASMI EGAMOTH VAVA YAMA TAHLAK, ADHNAKI AKATFAN AKHAM IMI THAMOTH, HOSAGH ALWAHCHE ». « *Lorsque mon père est mort, ma mère est tombée malade puis elle est morte elle aussi, ce n'était pas facile pour moi, toutes les responsabilités sont tombées sur moi* ». NAIMA a présenté certaine symptôme de stresse quand elle a répondu à la question de mariage et a évoqué son âge « OUVGHIGH ARA ADAJAGHE AYATHMA WAHDHANSAN, THORA OFIGHADE IMANIW WAHDHI ». « *Au début, je ne voulais pas laisser mes frères seuls, mais actuellement, c'est moi qui se retrouve seule* ». « AZWAG DHA LMAKTOB ». « *Le mariage n'est qu'une destinée.* »

1-1-2-2 L'information sur la période de la ménopause :

A propos de la ménopause NAIMA nous a répondu qu'elle ne sait pas ce que veut dire la ménopause avant de lui expliquer ce mot en Kabyle.

« 03LEMAGH ARA FACHO IDHADRATHE.OSINAGHE ARA? ». « *Je ne sais pas sur quoi vous parliez, c'est quoi ?* » Après avoir expliqué, NAIMA nous a répondu avec une drôle sourire. « OOH, O3LIMAGH ARA YALA WANACHTHA, LAMA3NA GHORI ASOGAS OLACH, NWIGHAS TIKAL TAMANSITH HALKAGHE IMI KHADMA HAWLA GOKHAM ». « *Oh, je ne sais pas que tout ça existe, mais ça fait une année que je n'ai pas eu mes règles, j'ai cru que je suis malade parce-que je travaille beaucoup à la maison* ». Pour sa santé générale NAIMA nous a déclaré qu'elle prend un traitement de diabète, et qu'elle n'a jamais été opérée ou hospitalisée, juste quand elle a eu des ennuis de santé à cause d'augmentation du taux de sucre dans son sang, « HAMDOLLAH,OSGHI WALO HACHA ASCOR, LA3MAR ROHA ARATVIVE NAGH ARASVITAR , HACHA MA IHALKAYI ASCORE ». « *Dieu merci, je ne suis jamais malade, j'ai juste le diabète* » elle ajoute qu'après avoir la rupture des règles, elle a remarqué un changement beaucoup plus physique. « ASMI IROHAN HOSAGHE ARNIGHD GALMIZAN, IROUH OUCHAKOH, HAMOGHE MLIH ALMA IKARHIYI OKAROYIW, TOGHMASIWE KARHANTAYI ». « *J'ai pris du poids, et je ressens des bouffées de chaleur tout le temps et des maux de têtes insupportables et par fois même mes dents me font mal* »

1-1-2-3 L'information sur l'estime de soi

L'entretien et l'observation de NAIMA nous révèlent qu'elle est une femme perturbée envers son soi et son image corporelle, causée probablement par la rupture de communication avec les autres et les événements de choquants qui ont laissé NAIMA souffrir s'en élance. « GASMI ITAMOTH YAMA AJI IMANIW, ALHAMIW AYATMA, LA3MARTH GAHLAG, NAGH CHADHAGH DI THMAGHRA, TSATHIR AYITALIN YIR ATILI, OYARNO TOGADHAR AYATHMA ». « *Après la mort de ma mère, je n'ai jamais fait attention à moi-même je ne pense qu'à mes frères, même quand je pars à une fête, je ne me maquille jamais, j'ai peur que les autres m'aperçoivent d'une mauvaises façon ; et aussi j'ai peur de mes frères.* » et on a remarqué une blessure narcissique lorsque on a parlé sur la beauté et le mariage. « GLA3NAYAM, LOKAN CHAVHAGH ILAK ZAWJAGH, THORA THALWAKTHNKONT KOMTI ATCHAVHAMT ATZAWJAMT, HATHAR ATKHADMAD AMANAN ». « *S'il vous plaît, si je suis vraiment belle, j'aurai trouvé un mari, c'est ton tour maintenant, vous êtes encore jeune et belle tu peux te marier, ne commis pas la même bêtise que j'ai fait* ».

1-1-2 Analyse de l'échelle de l'estime de soi de COOPER SMITH

On constate que NAIMA a obtenu les résultats suivants :

Echelle	Echelle générale	Echelle Sociale	Echelle familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle mensonge
Résultat	$\frac{13}{26}$	$\frac{5}{8}$	$\frac{1}{8}$	$\frac{2}{8}$	$\frac{22}{50}$	$\frac{1}{8}$

Tableau N°7 : Résultat de l'échelle de l'estime de soi de NAIMA

Sur l'échelle générale :

D'après les résultats l'échelle générale, le sujet a eu une note de 13 sur 26 qui est la note maximale, considérée comme inférieure à la moyenne de 18,46%, ce qui signifie que la vie de sujet n'est pas stable à cause de sa relation avec les autres qui se déduit par ses réponses à l'entretien : « *je n'aime pas sortir, pour ne pas entendre les autres parler de moi* ». « *Je me sens seule, et ça me fait peur* ». « *J'aime la solitude, et rester à la maison* ». « *A la maison je suis souvent contrariée* », ce qui conduit à une absence de satisfaction de sa vie. On remarque aussi une certaine dévalorisation et un manque de confiance de soi d'après sa réponse à l'item : « *je ne suis pas belle* ». « *Si je peux revenir en arrière, je ne serai pas celle d'aujourd'hui* »

Sur l'échelle sociale

Le sujet a une note de 5 sur 8 qui est inférieure à la moyenne de 5,67 %, ce qui signifie que le sujet a des difficultés concernant ses relations avec les autres et son entourage, confirmé par ses réponses à l'entretien : « *je fais de la broderie, mais ce n'est pas pour tout le monde juste pour les personnes que m'ont rien fait* ». « *Je n'aime pas aller aux fêtes de village, il y a beaucoup de mondes* »

Sur l'échelle familiale :

Le sujet a eu une note de 1 sur 8, ce qui est considérée inférieure à la moyenne de 4,92 %, ce qui signifie que le sujet a de mauvaise relation avec les membres de sa famille. Tout ça confirme ce qu'elle a déclaré durant l'entretien et par ses réponses aux items par me ressemble : « *à la maison je suis facilement contrariée* ». Et sa réponse à l'entretien : « *à la maison, les enfants de mes frères m'appelant grande mère pour qu'ils me blessent* »

Sur l'échelle scolaire :

Le sujet a obtenu une note de 2 sur 8, ce qui est inférieure à la moyenne de 4,12 %, ce qui signifie que le sujet à une mauvaise capacité concernant sa scolarité. On remarque cela dans ses réponses à l'entretien : *« je ne suis jamais allée à l'école »*. *« Je ne sais pas sur quoi vous parlez, expliquez-moi »*

Sur l'échelle de mensonge :

Le sujet a obtenu une note de 1 sur 8, qui est inférieure à la moyenne de 2,38%, ce qui signifie la coopération du sujet avec le test et l'entretien, pour nous donner la voie juste de son image de soi.

D'après l'inventaire de **COOPER SMITH**, le sujet a eu une note de 22 points, ce qui signifie que le niveau de son estime de soi est bas.

1-1-3 Synthèse du cas de NAIMA :

D'après l'entretien clinique appliqué à notre cas, et selon les résultats de l'échelle d'estime de soi, on constate plusieurs points : le caractère défavorable de l'environnement familial, et social de notre sujet et un manque de confiance en soi, ainsi qu'un sentiment d'insécurité.

D'après tout ce qui est indiqué en haut, le sujet a eu une note de 22 sur 50 points, ce qui correspond à la classe de 19 à 30, ce qui explique que le sujet a une estime de soi bas.

1-2-Cas N° 2 :**1-2-1- Présentation de cas de NAFISSA :**

Elle s'agit d'une femme âgée de 65 ans, issue d'une famille de classe moyenne, veuve depuis 2 ans, sa mère décède juste après l'accouchement de NAFISSA, elle n'a pas connu sa mère. Elle perd son père après un arrêt cardiaque, elle se marie à l'âge de 12 ans. Mère de cinq garçons et trois filles, aujourd'hui toutes et tous mariés, elle devient veuve après avoir perdu son mari emporté par un cancer.

1-2-2- Analyse de l'entretien

1-2-2-1- Situation personnelle

Selon l'observation, on remarque une certaine timidité et tristesse dans sa voix, d'après l'entretien on constate une négligence vis-à-vis de l'amour de soi et envers les autres « OHAMLAGHE ARA ADHADRAGH FAL3AMRIM, ORAS3I DHACHO AMDINIGH ». « Je n'aime pas parler sur moi, et je ne pense pas que je peux être utile pour toi ». Aussi on remarque une certaine hésitation dans ses réponses, suivit de certaines mimiques « YALA IHAMLIYI WARGAZIW, TORA HAMLAGH IMANIW FALGALAS ». « Mon marie m'a aimée très fort, et ça me reconforte maintenant ». Elle préfère l'enfance à l'âge adulte, d'après ces déclarations, elle a une vie pleine d'amour et d'affection, elle a passé toute son enfance au côté de son marie. « 3ACHAGH TAMSIW YIDAS, OSANANI HLAWITH TORA GRIGHD WAHDI ». « J'ai vécu toutes mon enfance avec lui, je l'aime et j'aime ses souvenirs qui ne reviendront jamais, je voudrai retourner à mon enfance ». Elle a une bonne confiance en soi et d'affirmation de soi pour faire face aux difficultés et obstacles de la vie. « LAZA ADHAS3OGH ALCOURAG NAKI IKATFAN AKHAME, LAZAM FALI ADAJAGH SORA WARGAZIW BACH ADHIVAD WAHKAMIS ». « Je dois tenir pour garder ma maison et garder l'image de mon marie, c'est moi qui est responsable après lui ». Elle présente de la fierté de soi. « RAS YAMA TAMOTH TAJAYID VAVA DHARAN, NAMA3NA KHADMAGH AHKAM RABAD DARYA, HAMDOLAH RABI IFKAYID ARGAZ L3ALI ». « Malgré que jeune connais pas ma mère, mais j'ai pu me marier, faire grandir mes enfants, construire une maison, DIEU merci j'ai eu un bon marie ».

1-2-2-2 L'information sur la période de la ménopause

A propos de la ménopause NAFISSA nous a répondu qu'elle ne sait pas et qu'elle n'a jamais été à l'école, donc on se retrouve obligé de lui expliquer ce que veut dire la ménopause en Kabyle.

« 3ALMAGH YALA WANACHTHA SALAGH MARAHADRANT LKAVLATH GASVITAR MADARWAR ». « J'ai entendu parler de ça à l'hôpital par les sages-femmes ». Selon sa déclaration, elle n'a jamais été opérée et ça fait longtemps qu'elle n'a pas eu ses règles, elle a ajouté qu'à cause de la perte de ses règles qu'elle a le diabète qu'elle est sous traitement cardiologique. « GHORI ACHHAL GMI IROHAN, FLJALANSAN IHALKAGH ». « Ça fait longtemps que je n'ai pas eu mes règles, et ça m'a causé plusieurs maladies ». Elle nous a parlé aussi sur les différents symptômes psychique et physique dus à la ménopause. « IROHIYI OSAKODH

OCHAKOH, FAK3AGH, HAMOGH LAKRIH OKAROY ». «La chute de cheveux, la perte des dents, la perte de la vision, la chaleur, les maux de tête, la nervosité »

1-2-2-3 L'information sur l'estime de soi

Selon l'entretien et l'observation, NAFISSA est une femme qui a subi plusieurs traumatismes dans sa vie et qui souffre en silence, mais elle n'a pas perdu confiance en elle-même, « LAZAM ADHADRAGH IMANIW TAMATOTH ILIGH ». « Je dois faire attention à mon visage et à mon Corps., je suis une femme. ». On a remarqué que NAFISSA ne présente pas des signes de perturbation à propos de son image corporelle. « DASAH TOKTHA NAMA3AMA OYDA TAKANARA AL3AMRIW TVINAGHD MISIYAGH. ». « Oui je suis un peu grosse mais personne ne me donne mon vraie âge, j'ai l'air jeune ». D'après l'entretien, NAFISSA n'a pas trop de contact avec son entourage, et sa famille. « YIWAN OYDIFAHAM, NAMA3NA DALWAJWIV IKHADMAGHE ILAK ADA3RAHK ». « Personne ne me comprend, mais je dois être dure pour le bien de ma famille ». « OHAMLAGH ARA TIHAKAYIN NALKHALATH OM3INANTA ARA, HAMLAR ADHIKIR WAHDHI. ». « Je n'aime pas rester avec des femmes ou d'autres personnes, leur discussion ne m'intéresse pas, et ne m'apporte rien de bien ». Dans l'entretien clinique et l'observation NAFISSA a démontré une anxiété et une angoisse liées au nouveau traumatisme, qui est la ménopause.

1-2-3-Analyse de l'échelle de l'estime de soi de COOPER SMITH

D'après les résultats de l'échelle ainsi que de tableau ci-dessus NAFISSA a obtenu :

Echelle	Echelle générale	Echelle sociale	Echelle familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultat	<u>5</u> 26	<u>2</u> 8	<u>1</u> 8	<u>3</u> 8	<u>11</u> 50	<u>3</u> 8

Tableau N°8 : Résultat de l'échelle de l'estime de soi de NAFISSA

Sur l'échelle générale :

Une note de 5 points sur 26 points, qui est inférieure à la moyenne de 18,65%, ce qui explique que le sujet a une estime de soi générale basse, cela à cause de sa timidité et son manque d'expressions, le sujet s'exprime rarement durant notre entretien et le test.

Sur l'échelle sociale :

Une note obtenue de 2 points sur 8 points qui est inférieure à la moyenne de 5,65 %, cela confirme un problème relationnel que nous avons confirmé durant l'entretien « je n'aime pas parler avec les autres femmes, ces discussions ne m'intéresse pas ». Aussi elle nous a avoué qu'elle ne prend l'avis de personne dans ces décisions « C'est moi qui est responsable de ma famille, alors je dois être dure » ce qui indique un certain repli sur soi.

Sur l'échelle familiale :

Une note de 1 point sur 8 points qui est inférieure à la moyenne de 4.92%, ce qui indique que le sujet n'a pas des bonnes relations avec sa famille, et cela par ses déclarations durant l'entretien « mes enfants sont aujourd'hui mariés, et chacun un d'eux à ces propres problèmes loin de moi ».

Sur l'échelle scolaire :

Le sujet a eu une note de 3 points sur 8 points, avec une moyenne de 2,38%, ce qui explique une attitude défensive vis-à-vis de test dans le but de donner une bonne image de soi.

Alors d'après les résultats obtenus à partir de l'échelle d'estime de soi de **COOPER SMITH**, le sujet a eu une note de 11 points sur 50 points, ce qui signifie que le sujet a une estime de soi très basse.

1-2-4- Synthèse du cas NAFISSA :

Après l'entretien effectué avec NAFISSA et selon les résultats de l'échelle d'estime de soi **COOPER SMITH**, on constate que le sujet mène à une vie peut satisfaisante à cause de son manque de fréquentation et de communication qui la referme sur elle-même. On l'a constaté durant l'entretien, quand elle nous parle de sa famille et son passé, elle est toujours souriante.

D'après les déclarations du sujet durant l'entretien et les résultats de l'échelle de l'estime de soi de **COOPER SMITH**, le sujet à une très basse estime de soi.

1-3 Cas N°3 :**1-3-1- présentation du cas DJOHAR :**

Il s'agit d'une femme âgée de 70 ans, issue d'une famille qui a un niveau socio-économique moyen, un mari mort dans la guerre de libération algérienne, qui lui a laissé une fille. DJOHAR a beaucoup souffert toute sa vie, elle a été obligée de travailler chez les gens pour qu'elle puisse survivre elle et sa fille. Elle ne s'est jamais remariée, elle a toujours vécu avec sa fille, elle a plusieurs blessures qui ont engendré des souffrances physiques et psychiques subies par les colonisateurs français. Avec DJOHAR on n'a pas été obligé de tout traduire en Français car elle parle et elle comprend la langue française.

1 3-2 Analyse de l'entretien :**1-3-2-1 Situation personnelle :**

D'après nos observations, on remarque que le sujet est très à l'aise, elle nous parle sans timidité ni hésitation, avec un regard qui nous fixe tout le temps.

Selon l'observation, le sujet évite toute discussion qui touche à sa vie privée « MAKALAH ANAHDAR FYALI NAGH IWACHO O3AWDAGHRA ZWAJ ». « Je ne veux pas parler de ma fille ou pourquoi je me suis pas remariée ». Selon elle, elle a des mauvais souvenirs qui lui font peur jusqu'aujourd'hui « MAZAL CHFIGHE AMAK IRAGLAGH YALI GFOSIW, AMAK IYOFIGHE ARKAZIW DIMARSOLAN GAM3AGHTHID ». « Je me souviens toujours comment j'ai trouvé mon mari découpé et c'est moi qui l'a ramassé, ce qui reste de lui, puis comment je m'enfouie avec ma petite fille ». On constate que le sujet a une mauvaise vision sur soi « KHARHAGH IMANIW DWAYAN I3ADAN FALIN AKTHAR ». « Je me déteste, et je déteste mon passé plus »

1-3-2-2 Informations sur la ménopause :

D'après l'entretien et selon les déclarations du sujet, on déduit qu'il a une vie dure « OCHFIGH ARA NAMA3NA NWIGHAS DHLA3THAV ». « Je me souviens pas mais je crois que c'est à cause de la souffrance ». D'après elle, elle n'a jamais subi une intervention chirurgicale, ni une autre maladie chronique « OUZRIR ARA AMAK OHLIKAK ARA NAMA3NA HALKHAR AMANAN TAWLA AVAHRI ». « Non je ne suis jamais malade ou opérée, mais juste du rhume ou de la fièvre ». Notre sujet nous a déclaré que la ménopause n'est pas la fin de la féminité mais une autre étape que chaque femme doit la vivre « SI LA VIE ON LA ZAM ANAKVALE

MACHI TAGARA NAMA3NA TAM3ICHETH NADHEN ». « C'est la vie on doit la vivre et l'accepter, c'est une autre vie ». Pour elle, elle a beaucoup de symptômes avant de perdre ces règles et après « S3IGH HAWLA NLAHWAYAJ DOKHAT LAHMO, LAKRIH OKAROY, LAFKI3ATH, ORAGOUR ARA IDHAS, HAWLA LAHWAYAG ». « J'ai du mal à dormir, des douleurs au niveau d'estomac, la chaleur, les maux de tête »

1-3-2-3 Information sur l'estime de soi :

D'après l'entretien avec DJOHAR, on remarque un manque de relation avec l'entourage, que ce soit personnelle ou générale, d'après notre observation, on remarque que le sujet n'arrive pas à se mettre en groupe, et aussi, elle est tout le temps renfermée sur elle-même. « Tout le monde me pose des questions sur mon passé et ça ne me plaît pas ». « J'aime être seule et ne rien faire, ça me soulage ». D'après l'entretien le sujet n'aime pas se montrer ou se faire remarquer « C'est l'habitude qui me laisse toujours dans une position de fuite des autres »

1-3-3 Analyse du l'échelle de l'estime de soi de COOPER SMITH :

Selon le tableau ci-dessus et ses résultats DJOHAR a obtenu :

Echelle	Echelle générale	Echelle soc	Echelle familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	$\frac{9}{26}$	$\frac{2}{8}$	$\frac{3}{8}$	$\frac{4}{8}$	$\frac{19}{50}$	$\frac{1}{8}$

Tableau N° 9 : Résultats de l'échelle de l'estime de soi DJOHAR

Sur l'échelle générale :

Vu que le sujet a eu une note de 9 points sur 26 points qui est très inférieure à la moyenne de 18,46 %, ce qui signifie que sa vie est pleine de blocage et d'incapacité à cause de sa timidité qui est devenue comme un handicap pour le sujet. Ce qui amène le sujet à une vie assez compliquée et pleine d'obstacle comme suite à sa réponse durant l'entretien clinique « ça me fais peur d'être avec les autres »

Sur l'échelle sociale :

Le cas de DJOHAR a obtenu une note de 2 points sur 8 points qui est inférieure à la moyenne de 5,67 %, ce qui signifie que le sujet a des problèmes relationnels qu'on peut remarquer dans sa réponse à l'Item par « ne me rassemble pas » « j'ai généralement de l'influence sur les autres ».

Sur l'échelle familiale :

Le sujet a eu la note de 3 points sur 8 points, une note inférieure à la moyenne de 4,92 %, ce qui signifie que notre sujet a un environnement défavorable, et ça, on le remarque dans sa déclaration dans l'entretien : « Ma fille ne vient me voir que les jours des fêtes, je fais tout moi-même est si je suis malade je demande à une voisine de m'aider ».

Sur l'échelle scolaire :

Le sujet a obtenu la note de 4 points sur 8 points, qui représente la moyenne de 4,12 % ce qui signifie que le sujet a un bon niveau scolaire et ça on le remarque dans l'entretien, notre sujet peut s'exprimer et communiquer avec nous en français.

Sur l'échelle de mensonge :

Notre sujet a une note de 1 point sur 8 points, considérée comme inférieure à la moyenne de 2,38 %, ce qui signifie que le sujet n'a pas une attitude vis-à-vis du test et de l'entretien clinique.

D'après la note obtenue à partir des sous-échelles, citée en haut du tableau, on constate que le sujet a une note de 19 points sur 50 points, le sujet a une basse estime de soi.

1-4-4- Synthèse du cas de DJOHAR :

A partir de l'entretien clinique effectué avec le sujet, ainsi que les résultats de l'échelle d'estime de soi de **COOPER SMITH**, on constate que le sujet vit dans un environnement familial non confortable, on constate aussi que le sujet a des difficultés à accepter son passé et son soi, elle est difficile d'entreprendre une simple discussion avec les autres.

D'après le test, le sujet a une note de 19 points sur 50 points, qui correspond à la classe de 19 à 30 points, ce qui implique que le sujet a une basse estime de soi.

1-4 : Cas de MALIKA :**1-4-1- Présentation du cas de MALIKA**

Il s'agit d'une jeune femme divorcée depuis trois ans, âgée de 49 ans issus d'une famille très pauvre, elle à quatre enfants, elle travaille comme femme de ménage pour répondre aux besoins de ses enfants et de la maison. D'après l'entretien, on constate que le sujet est calme, rigide, dés fois inhibé.

1-4-2 Analyse de l'entretien clinique :**1-4-2-1- Situation personnelle :**

D'après l'observation, on a remarqué que le sujet n'est pas à l'aise, elle nous parle avec timidité, avec un regard qui ne nous fixe pas, et aussi MALIKA nous à pu parler en français sur quelle que question.

D'après l'entretien, on remarque que le sujet n'a pas vécu une vie heureuse depuis son mariage « NAKI ITAMAKRAN IMAWLANIW FKANIYI BLA MASAKSAN FALASS ZIGHA YAMHKAL ORA3LIMAGH ». « Je suis l'ainée, donc je dois me marier rapidement sans poser de question, sans que je sache que mon mari été un malade Mentale ». Ce qui a laissé une mauvaise vision de soi « WALAD IMANIW DOLACH IMI DWINA AYDISAHAN ». « Je suis la plus moche dans le monde, car c'est cet homme qui a demandé ma main. »

1-4-2-2 Information sur la période de la ménopause

Selon les déclarations du sujet, on déduit qu'elle a des connaissances sur la ménopause mais en arabe « SALAHK FALASS NAMA3NA STA3RAVTH.GHORI ASOGAS GMI IROHAN ». « Je la connais mais en arabe, oui ça fait une année que je n'ai pas mes règles », avec une voie triste et une lourde parole, MALIKA nous a déclaré « NWIGHAZ TIKAL TAMANZOTH L3IN DACHO IYOGHAN LAVOD ARGAZIY IKATHIY MICHKI IDAFGHAR GALKHODMA ». « La première fois, j'ai cru que c'est à cause de mon mari, car il me frappais à chaque fois qu'il me voit sortir de mon travail ».

D'après les déclarations de notre sujet, elle a subi beaucoup de souffrance physique, mais elle n'a jamais été opéré « HAWLA IS3ADAGH NAMA3NA HAMDOLAH OKHDIMAR

ARA LOPERATIO N ». « J'ai beaucoup souffert mais DIEU merci je ne suis jamais opérée ».

D'après l'entretien MALIKA a des symptômes qu'elle ne laisse pas faire son travail et ces devoirs envers ses enfants « LAHMO OYIJARA ADHKADMAGH LAKLAK LAFKI3ATH 3AYOGH OLA DHLAMFASALIW KARHANIYI ». « Ces bouffées de chaleur ne me laissent pas faire mon travail, aussi j'ai mal à la tête, la fatigue »

1-4-2-3 Information sur l'estime de soi :

Selon l'observation on a remarqué que MALIKA n'arrive pas à accepter son image de soi « GLA3NAYAM DACHO IYDIKRAN KOLACH DYI ITWAGH OLA TORMASIW ». « Elle me reste plus rien, tout mon Corps a des marques moches, même mes dents je les ai perdues ».

Aussi d'après les déclarations du sujet, MALIKA ne se voit pas comme une belle femme, ce qui nous confirme que notre sujet a perdu sa confiance en soi « ALA OHAMLAR ARA IMANIW NI ATHAZRAR IMANIW GLAMRI » « non je n'aime pas mon physique, ni me voir en miroir ». « ORASMIRAR ARA AD3ICHA3 AKAN IVRIR DAYAN TROUH ALVANA NTODHARTT ». « Je ne peux pas vivre mon âge car j'ai perdu le sens de vivre, et la beauté ne signifie plus rien »

1-4-2-3- Analyse de l'échelle de l'estime de soi de COOPER SMITH

Echelle	Echelle générale	Echelle sociale	Echelle familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	$\frac{16}{26}$	$\frac{5}{8}$	$\frac{2}{8}$	$\frac{5}{8}$	$\frac{28}{50}$	$\frac{6}{8}$

**Tableau N°10 : résultats de l'échelle d'estime de soi de MALIKA
Sur l'échelle générale :**

Vu que notre sujet a obtenu une note de 16 points sur 26 points, ce qui est inférieure à la moyenne de 18,46 %, ce qui signifie que sa vie est un peu compliquée et troublée à cause de son comportement timide et rigide envers les autres, c'est ce qu'on peut le remarquer durant l'entretien clinique avec le sujet « je n'aime pas m'arrêter et de parler avec les autres femmes, j'aime rentrer directement à ma maison »

Sur l'échelle sociale :

Le sujet a obtenu la note de 5 points sur 8 points, ce qui est à la moyenne de 5,65 %, ce qui signifie que sa vie sociale et ses relations sont dans la moyenne, cela est confirmé par sa déclaration « je n'ai pas des problèmes avec les autres, tout le monde me respecte », et sa réponse à l'item « je suis très apprécié par les personnes de mon âge »

Sur l'échelle familiale :

Le sujet a obtenu la note de 2 points sur 8 points, ce qui est inférieure à la moyenne de 4.92 %, ce qui signifie que notre sujet a des mauvaises relations avec sa famille, elle se sent détestée par ses enfants car ils sont séparés de leur père, et qu'elle n'arrive pas à contrôler ces deux garçons qui sont à l'âge d'adolescence « mes enfants me détestent à cause du divorce, et ils m'ont fait des problèmes pour se venger de moi ». On remarque aussi que notre sujet a le sentiment d'abondance et ca dans sa réponse « me ressemble »ou item « ma famille porte généralement attention à ce que je ressens »

Sur l'échelle scolaire :

Elle a obtenu une note de 5 points sur 8 points qui est inférieure à la moyenne de 5,67 %, ce qui signifie que notre sujet a un mauvais rendement scolaire qui est prouvé dans sa déclaration « je n'arrive pas à faire une simple conversation »

Sur l'échelle de mensonge :

Elle a obtenu la note de 6points sur 8points qui est supérieure à la moyenne de 2.38 %, ce qui signifié une attitude défensive en ce que concerne le test ainsi qu'un désir manifeste de refléter une bonne estime de soi. D'après les résultats obtenus à partir de l'échelle de l'estime de soi de **COOPER SMITH**, on constats que le sujet a une très basse estime de soi.

1-4-3- Synthèse de cas de MALIKA :

D'après l'entretien effectué avec MALIKA et selon les résultats de l'échelle d'estime de soi de **COOPER SMITH**, on constate que le sujet a une très basse estime de soi à cause de ses problèmes relationnelles avec sa famille, un manque de confiance en soi, un sentiment de dévalorisation qui se voit dans sa réponse au Item « me ressemble » « j'aimerais être plus jeune »

1-5 : CAS N°5**1-5-1- Présentation de cas TAOUS**

Il s'agit d'une belle femme âgée 49 ans, célibataire, issue d'une famille à revenu économique moyenne, son père est électricien et sa mère femme au foyer. Elle est la fille unique d'une famille de 5 garçons. Elle travaille comme éducatrice.

D'après l'observation, on remarque que le sujet est calme, s'oriente, de temps en temps, agitée vue sa façon de s'exprimer.

1-5-2- Analyse de l'entretien :**1-5-2-1- Situation personnelle :**

D'après l'entretien effectué avec TAOUS, on remarque une certaine timidité et hésitation dans ses réponses, et un manque d'amour de soi « je m'aime pas trop ». D'après elle, elle a passé une belle enfance mais d'un autre côté, elle est malheureuse de ne pas avoir eu de sœur « *je me sens seul, j'aurais aimé avoir une sœur qui me comprenne* » et un manque de confiance en soi et d'affirmation de soi aussi « *je ne défends pas mes intérêts, mes frères sont toujours là pour moi* »

1-5-2-2- Information sur la période de la ménopause

D'après les déclarations de notre sujet, la ménopause a été comme un choc qu'elle n'attendait pas « *je savais qu'un jour, je vais vivre cette période mais pas là, ça ma vraiment flippé* », elle nous déclare aussi qu'elle n'arrive pas à accepter ce changement car elle n'a pas réalisé son rêve qui est le mariage « *je veux pas arriver à la fin, j'ai beaucoup de rêves qui ne sont pas réalisés, qui va accepter une femme qui ne pourras jamais avoir des enfant* », on remarque aussi une grande tristesse dans son visage quand elle nous parlait sur les symptômes physiques de la ménopause « *c'est un grand changement, qui me fait mal, j'ai pris du poids, la chute de mes cheveux, la fatigue, mes dents* ».TAOUS n'a jamais été opérée elle aune bonne santé, qui pour elle, ne va pas changer sa vie, pour elle la féminité de la femme se trouve dans ces règles « *oui, bien sur la féminité se termine le jour où j'ai perdu mes règles* ». Aussi elle nous a déclaré que la société n'accepte pas une femme qui n'est pas mariée et qui n'arrive pas à donner des enfants « *Ce n'est pas facile de vivre avec notre société qui nous rejette, pour eux nous sommes des bonnes à rien* »

1-5-2-3- Information sur l'estime de soi

D'après l'entretien, notre sujet a une mauvaise vision sur soi « *oui, j'ai tout, mais pas le plus important, même que j'ai ce beaux visage* », aussi on remarque une instabilité sur sa vision corporelle « *je ne sais plus, est-ce que j'ai un beau Corps ou je dois faire des efforts pour le rendre beau* ». D'après ces déclaration notre sujet souffre d'un manque de confiance en soi, qui a laissé notre sujet s'éloigner des autres« *je ne veux pas entendre les autres parler de moi je préfère rester seule* »

1-5-3 Analyse de test d'estime de soi de COOPER SMITH :

D'après les résultats de l'échelle, ainsi que le tableau ci-dessus, TAOUS a obtenu les résultats suivants :

Echelle	Echelle générale	Echelle sociale	Echelle familiale	Echelle scolaire	Total	Echelle de mensonge
Résultats	$\frac{23}{26}$	$\frac{5}{8}$	$\frac{4}{8}$	$\frac{6}{8}$	$\frac{41}{50}$	$\frac{5}{8}$

Tableau N°11 : résultats de l'échelle de l'estime de soi de TAOUS**Sur l'échelle générale**

Une note de 23 points sur 26 points, qui est supérieure à la moyenne de 18,46 %, ce qui signifie que notre sujet a une vie calme et heureuse, ce qui est confirmé par sa réponse « ne me ressemble pas » à l'item « je ne suis jamais heureuse ». Et aussi, on le remarque dans l'entretien« HAMDOLLAH, j'ai tout ce que je voulais dans ma vie grâce à mes parents »

Sur l'échelle sociale

Notre sujet a obtenu la note de 5 points sur 8 points, ce qui est à la moyenne de 5,65 %, ce qui signifie que notre cas arrive à gérer sa vie sociale malgré quelques difficultés. On le remarque par sa réponse à l'item « me ressemble » « je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens » et dans l'entretien clinique par sa déclaration « *Ce n'est pas facile de vivre dans notre société, mais j'ai accepté les autres tels qu'ils sont* »

Sur l'échelle familiale

Le sujet a obtenu la note de 4points sur 8 points, ce qui est inférieure à la moyenne de 4,92 %, ce qui indique une relation perturbée avec sa famille, confirmé par sa réponse durant l'entretien « je passe des bons moments avec mes parent ». «Et sa réponse à l'item « me rassemble pas » « mes parents me comprennent »

Sur l'échelle scolaire :

Le sujet a une note de 6 points sur 8 points, qui est supérieure à la moyenne de 4,12 %, ce qui signifie un bon rendement scolaire dans laquelle nous répond par « me ressemble » à l'item « je suis fier de mon activité professionnelle ». « Je suis fier de mes résultats scolaires » et aussi dans l'entretien clinique « j'ai fait mes études d'éducatrice dans une école privée à Alger »

Sur l'échelle de mensonge :

Le sujet a eu la note de 5 points sur 8 points, qui est une note supérieure à la moyenne de 2,38 %, ce qui signifie son attitude défensive vis-à-vis du test dans le but de donner une bonne image de soi.

D'après le test de **COOPER SMITH**, le sujet a eu la note de 41 points sur 50 qui correspond à la 4^{ème} classe 39 à 45 points, ce qui explique que le sujet a une estime de soi élevé.

Synthèse du cas de TAOUS

D'après l'entretien clinique et l'analyse de l'échelle d'estime de soi de **COOPER SMITH**, on constate que notre sujet à une vie familiale perturbé ce qui influence sur sa vie personnelle « je ne peux pas tout dire à mes parents ».

A partir de l'application de l'échelle d'estime de soi, on a obtenu la note de 41 points sur 50 points, ce qui signifie que le sujet a une estime de soi élevé.

Récapitulation des résultats de tout les cas :

Cas	La note obtenue	Niveau d'estime de soi
NAIMA	22	Bas
NAFISSA	11	Très bas
DJOHAR	19	bas
MALIKA	28	bas
TAOUS	41	Elevé

Tableau N°12 : récapitulation des résultats obtenus de notre population d'étude

Après avoir présenté l'analyse des résultats obtenus dans l'entretien clinique et à travers le test de l'estime de soi de **COOPER SMITH**, on va passer à la discussion de nos hypothèses de recherche.

D'après les résultats des entretiens et de test d'estime de soi de **COOPER SMITH** et des cinq (05) cas, on est arrivé à dire que :

La première hypothèse :

« La ménopause nuit à la représentation de soi chez les femmes ».

Cela est exprimé dans le cas de Malika, d'après l'entretien, on a constaté que suite à la dépression qu'elle a subie, le sujet a une blessure émotionnelle, et une fragilité narcissique qui est renforcée par la projection de regard négatif de la société qui altère sa représentation de soi. La réponse de Malika sur les questions qui touchent le côté sociale renvoie à une dévalorisation de sa représentation de soi et une fragilité narcissique et un manque de confiance en soi, ce qui confirme une altération au niveau de la représentation de soi.

Dans le cas de Naima, l'entretien révèle un manque d'interaction au monde extérieur ce qui touche sa représentation de soi, et elle montre le désir de ne pas livrer ses affects à cause d'une société incompréhensive. L'analyse de test d'estime de soi dénote une représentation de soi altérée d'après sa réponse dans l'échelle sociale indique que Naima est capable de s'adapter et d'appréhender adéquatement au monde extérieur, mais aussi une fragilité au niveau des assises identitaires, qui veut dire que sa représentation de soi peut à un certain moment être mise à mal et dévaloriser entraînant une fragilité narcissique et des manifestations dépressives liés à la perte d'objet (les règles).

Le cas de Nafissa, on a remarqué qu'elle a subi la ménopause comme un événement traumatisant qui a provoqué l'angoisse, une perte de la liberté de penser, ce qui a altéré sa représentation de soi, manifestée par une souffrance psychique et physique, ce qui est exprimé dans l'entretien. Mais suite à sa réponse donnée dans l'entretien clinique, qui indique une mauvaise qualité formelle anatomique, ce qui présente une angoisse et une anxiété liées à une défaillance narcissique et un traumatisme d'un événement inattendu, ce qui a altéré sa représentation de soi.

L'entretien avec Djohar, démontre que notre cas présente sa souffrance en silence et une instabilité de sa représentation de soi par la perte des règles, ces paroles indiquent l'influence de sa famille sur sa personnalité, ce qui laisse ressentir l'abondance de la société en vers elle, mais tout ça ne s'éloigne pas de ses relations avec le monde extérieur. Djohar est capable de s'adapter et d'appréhender adéquatement au monde extérieur, et la capacité d'une représentation de soi intègre est légèrement présente, et elle évoque l'expression d'angoisse de culpabilité liée à l'agressivité.

En fin, l'entretien avec Taous, démontre que notre cas présente une instabilité de sa présentation de soi, et une dévalorisation a envié son image corporelle, à cause de l'événement traumatique qui est la ménopause, et qui souffre aussi de la perte de confiance et une dépression liée à la perte l'objet (la perte des règles).

Notre hypothèse est confirmée par les cinq cas (Malika, Naima, Nafissa, Djohar, Taous) que la ménopause nuit à la représentation de soi.

La deuxième hypothèse :

Notre hypothèse est intitulée « **les femmes ménopausée perçoivent la cessation de cycle menstruel comme une perte de l'identité féminine** » est confirmée dans notre population d'études.

Pour Malika, on a déduit que sa féminité est touchée par la cessation des menstruations. Elle a une image de corps de mauvaise qualité qui tourne autour d'un corps défaillant, ce qui dénote une difficulté de l'intégrité de corps, cela exprime ; « les règles c'est le symbole de la féminité et même avoir l'espoir de se marier et d'enfanter », « la ménopause est une dévalorisation de la féminité de la femme célibataire car elle ne peut pas se marier qu'avec un vieux, mais moi je vais rester comme ça, et attendre ma mort ».

Pour Naima, la ménopause est une altération de l'apparence et une atteinte de l'image de soi, et une perte de l'identité féminine, et on note que Naima a des difficultés dans l'intégration de son image de corps, selon ses dires « la ménopause est un évènement hautement symbolique qui touche la féminité... », « Je ne prends pas soin de moi, mais ce n'est pas l'apparence qui fait la beauté d'une femme ».

Nafissa perçoit la cessation de cycle menstruel comme une perte de la jeunesse de l'identité féminine, et il est avéré que l'arrivée de la période de la ménopause précoce provoque chez Nafissa une dégradation de son image du corps, selon ses propres paroles « je sais que beaucoup de choses en moi surtout dans mon corps sont changées, et je sais que je ne suis plus séduisante comme avant, mais je suis toujours naturelle, je me maquille pas, je suis simple».

Djohar, elle perçoit la cessation de cycle menstruel une altération dans l'identification féminine et une mauvaise image corporelle et l'émergence d'une faible confiance de soi à cause de son apparence physique qui rend compte à la fragilité de l'identité féminine, et cela exprimé, « Si j'ai pris soin de moi, j'aurai eu déjà un mari et même avoir des enfants, n'est-ce pas ? ».

Et pour Taous, elle perçoit la ménopause comme une étape qui est très sombre et noire qui efface l'identité féminine pour la femme, mais qui ne touche pas à la volonté de raviver le sentiment de la féminité, mais avec un autre physique qui est totalement fragile, mais pas encore détruit, et qui ne voit pas son corps de mauvaise qualité. C'est dire on était: « ça me fais très peur, je n'arrive pas à me comprendre, et même parfois de me voir dans un miroir, je suis toujours Taous mais pas Taous, je veux garder ma jeunesse et le l'image de Taous, mais ce n'est pas facile, ça me fatigue... »

Conclusion générale

Dans le cadre de cette recherche, nous avons essayé d'aborder la question de la ménopause et son effet sur la représentation de soi chez les femmes.

L'objectif principal de cette étude qui 'est intitulée « l'estime de soi chez les femmes ménopausées » est de déterminer comment se représentent les femmes ayant subi la ménopause ? leurs soi-même, et est-ce que ça peut altérer la représentation de soi ? comment les femmes perçoivent-elles la cessation de cycle menstruel ? Et pour la vérification de nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique où nous avons utilisé les outils suivants :

L'entretien clinique, le test de l'estime de soi de **COOPER SMITH** qui permet l'accès au fonctionnement psychique et l'estime de soi chez les femmes ménopausées.

Notre population de recherche est constituée de cinq femmes ayant subi la ménopause.

D'après l'analyse du contenu de l'entretien de la population de notre recherche, nous avons constaté que les femmes célibataires qui ont subi la ménopause sont traumatisées, altérées et détruites dans leur identité et leur représentation de soi, et une blessure au niveau des assises narcissiques

A partir des résultats obtenus de l'entretien et du test de l'estime de soi de **COOPER SMITH**, nous sommes arrivés à confirmer nos hypothèses de recherche ; la première, sollicite que cette ménopause nuit à l'estime de soi chez les femmes ménopausées, la deuxième hypothèse postule que les femmes perçoivent la cessation du cycle menstruel comme une perte de l'identité féminine, et une fragilité de l'image corporelle.

Durant la période de notre stage pratique, nous avons constaté que : cette tranche de femmes de la société refuse d'en parler, ces femmes subissent le martyre en silence. Elles font face seules aux préjugés ayant bouleversés leur vie en entier, ces femmes ont besoin d'une prise en charge psychologique.

- Amélioration de la qualité de l'accompagnement psychologique par la société et les psychologues
- Organisation des séances de thérapie de groupe pour contenir leurs états et alléger leurs souffrances.

- Restaurer la qualité de vie chez les femmes célibataires qui abordent la ménopause.

Pour terminer, nous devons signaler que ce modeste travail sur la ménopause chez les femmes, nous a fait voir combien il est difficile de mettre en pratique un raisonnement scientifique, indifférent à tout concept social, religieux ou moral.

La liste bibliographique

Ouvrages

1. Anzieu. D, (1985). Le Moi-Peau, Dunod, Paris.
2. Chahraoui. K et BENONY. H, (2003). Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique, éd Dunod, Paris
3. Chebel. Malek, (1984). « Le corps dans la tradition du Maghreb » Editions PUF, Paris.
4. Clara. P –LANGBOT. (2001). « guide pratique de la gynécologie », 2^{ème} éd, Masson, France.
5. Colette. Chiland, (1983). « L'entretien clinique », édition PUF, paris.
6. Courbier. B, CARCOPINO. X, (2014), « Gynécologie ostique ». Pris.
7. Denis. M, (1994), « Image et cognition », Presses Universitaires de France, Paris.
8. Deutsch. H, (1987). « La psychologie des femmes » Paris 1949. éd tome II.
9. Dolto. F, (1984). « L'image inconsciente du corps ». Seuil, Paris,
10. Doise. W, (1990). « Les représentations sociales, Traité de psychologie cognitive vol », Dunod, Paris.
11. Elia. D, (2010). « Je sais choisir mon traitement de ménopause », éd EDD. USE
12. Elia. D, (1985). « La ménopause oubliée » Edition HACHETTE, USE.
13. Eliaz. D. 1988, « La ménopause au quotidien » Quot. Du médecin.
14. Freud S. (1936). « Essais de psychanalyse », Payot. Paris.
15. Jean-Luc. B, (1998). « les méthodes d'évaluations de la personnalité », édition DUNOD, paris.
16. Josiane de Saint Paul, (1999). « L'estime de soi, confiance de soi », Inter Edition, paris.

17. GOLSE. B. (2008). « Le développement affectif et intellectuel de l'enfant ». Issy-les-Moulineaux, Masson, paris
18. Lansac. J. et al, (2012). « gynécologie pour le praticien », 8^e éd, ELSEVIER MASSON, paris.
19. Lansac. J, et al, (2012). « gynécologie pour le praticien », 6^e éd, ELSEVIER MASSON, paris.
20. Lopes. Patrice, TRMOLLIERES Florence, (2004). « Guide pratique de la ménopause », 2^e éd, Masson, paris.
21. Lucien. Chaby, (1998). « La ménopause », 2^{ème} éd. Flammarion.
22. L'ecuyer, R. (1978). « Le concept de soi ». Paris, PUF.
23. Olivier Douville et Benjamin Jacobi, (2009). « 10 entretiens en psychologie de l'adulte », édition DONOD, paris.
24. Parker Elizabeth. M. D. « Les sept âges de la femme », Edition marabout service.
25. Sanglade. A, (1983). « Image du corps et image de soi au Rorschach ». Psychologie française, Paris.
26. Sarah. Famery, (2003). « avoir confiance en soi », éd EYROLLES, paris.
27. Winnicott. D.W. (1971). « Jeu et réalité ». Paris, Gallimard.

Les articles :

28. Abric. J.C, D. Jodelet (1989), « L'étude expérimentale des représentations sociales, dans, Les représentations sociales », Paris, PUF
29. CHRISTIN-MAITRE. S, « Insuffisance Ovarienne Précoce ». Encyclopédie Orphanet. Paris.
30. Costalat-Founeau Anne-Marie. « Laboratoire de Psychologie Sociale ». Université Paul Valéry Montpellier Cédex France.

31. Delphine M, 1995, « LE SOI, les approches psychosociales ».
32. Douki S. Naff F. Bouzid R. Choubani Z. « Les conséquences psychosociales de la ménopause : réalités, symboles et mythes », Hôpital Razi Tunis Hôpital regional de Nabeul.
33. Flament et Rouquette, (2003). « Anatomie des idées ordinaires – Comment étudier les représentations sociales », Armand Colin, Paris.
34. Foughali. M.J, (1984), « L'image du père Algérois », Alger, éd office des publications universitaires.
35. Franck Wenger, (2008), « sortez de lot », éd : success publishing.
36. Georges. F, « le soi et identité numérique ». Une approche sémiotique et quantitative de l'emprise culturelle, Paris.
37. J. de saint Paul, 1999, « estime de soi, confiance en soi ».
38. KHILSTROM, J. F. & al. (1990). « Soi et identité : analyse notionnelle et examen des courants de recherches actuels ». In Psychologie française.
39. Kohut, (1991). Le soi. PUF, Paris.
40. Moscovici, S. (1976). « La psychanalyse, son image, son public ». Paris : Presses Universitaires de France.
41. Mounoud et Vinter (1985) université de Nantes. LABCD. France, paris.
42. Sanglade A. (1990). « La représentation de soi : un concept fécond pour la psychologie clinique et projective »..
43. Sanner M. (1999). « Modèles en conflit et stratégies cognitives », De Boeck Université, Paris.
44. Sigmund. Freud, “ « Le moi et le ça », 1923.
45. Rausch de Traubenber, (1990). « Elaboration de la grille de représentation de soi au Rorschach ».

46. Sylviane de plaen, (2005). « Regards sur le corps: les dimensions multiples de l'image corporelle », MD hôpital sainte- Justine Montréal Chicoutimi.
47. Yvan Joly M.A, 2006, « L'image du corps et la conscience de soi : de l'éducation somatique dans le champ psychologique ».
48. Zavalloni. M, Louis-guérin C, (1984). « Identité et conscience. Introduction à l'ego-Ecologie », Presse, Université de Montréal.

Dictionnaire :

49. Bloch. H et al. (2002). « Dictionnaire fondamental de la psychologie », éd Larousse, France.
50. Bloch. H, (1999), « Grand dictionnaire de la psychologie », éd Larousse-bordas.
51. Quevauvilliers. J, al (2007), « Dictionnaire Médicale », éd Elsevier Masson, pariss
52. Sillamy.N, (1999), « Dictionnaire de psychologie », éd Larousse bordas, paris.

Les thèses

1. Berdah. Séverine. (2010-2011). « Freins à l'arrêt du traitement hormonal de la ménopause chez les femmes l'utilisant au-delà de la durée préconisée ». Thèse doctorat d'état en médecine sous la direction de docteur Isabelle Aubin-Auger.

2. Carine, MATRENE (2013), « L'observance des traitements de la ménopause », thèse doctorat d'état en pharmacie sous la direction de M. Gérald CATAU, maitre de conférences.
3. Gallen, C. (2001), De la dissonance cognitive au besoin de réassurance appliqué à la consommation alimentaire : une approche par les représentations mentales, thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, I.A.E. de Nantes, Université de Nantes.
4. Gueydan M. Femme en ménopause Thèse 1991, universite Paul valéry, Montpellier III
5. Sellahi, Fatima Zohra (2007-2008). « Le vécu de la ménopause chez la femme Algérienne », thèse doctorat d'état en psychologie clinique sous la direction de professeur SELLAHI Ali.
6. Zahia Ouadah-Bedidi, avoir 30ans et encore célibataire, doctorante à l'institut national d'Etudes Démographique (INED), et exposée en 2002

Annexes

Annexes-A-

ANNEXE N° 1

LE GUIDE D'ENTRETIEN

- **Axe n°1 : informations générales sur la femme en période de ménopause**
 - 1) Quel âge avez-vous ?
 - 2) Quel est votre niveau d'instruction ?
 - 3) Avez-vous une activité professionnelle ? Si oui, laquelle ?

- **Axe n°2 : information sur la période de la ménopause de la femme**
 - 1) A quel âge avez-vous remarqué le début de la ménopause ?
 - 2) Que représentent pour vous les règles ?
 - 3) Que représente pour vous la ménopause ?
 - 4) Décrivez-nous les symptômes ressentis dans la période de la ménopause ?
 - 5) Avez-vous consulté un médecin ?
 - 6) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au niveau génital ?
 - 7) Est-ce que vous avez déjà entendu parler du traitement hormonal de la ménopause (THM) ?
 - 8) pensez vous que la ménopause est une source de problèmes physiques ?

- **Axe n°3 : l'estime de soi**
 - 1) Est ce que la ménopause pour vous est une perte de la féminité ?
 - 2) Que représente pour vous le mariage ?
 - 3) Qu'est-ce que vous en dite sur les relations hors de mariage dans les communautés occidentales.
 - 4) A la ménopause on ne peut pas avoir d'enfants, qu'en pensez-vous ?

- 5) Pour certaines femmes la ménopause allait avec la vieillesse, qu'est ce que vous en dites sur ces femmes ?
- 6) Parlez-vous de la ménopause avec d'autres personnes ?
- 7) Pensez-vous que la société pose un regard différent sur les femmes ménopauses ?
- 8) Est-ce que la ménopause chez la femme est un sujet de tabou ?
- 9) Est-ce que vous faites attention à votre apparence physique ?
- 10) Pensez-vous que votre ménopause est source de perturbations psychologiques ?
- 11) quel est le statut d'une femme ménopause dans la société Algérienne ?

Annexes-B-

INVENTAIRE DE COOPERSMITH

NOM:..... PRENOM:.....

AGE :.....SEXE:.....

NOM ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT :.....

.....

.....

DATE DE L'EXAMEN.....

CONSIGNES

LISER ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

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

Quand une phrase vous semblera exprime votre façon habituelle ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la premier colonne, intitulée « Me rassemble ».

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

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