



UNIVERSITE ABDERRAHMANE-MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME DE MASTER EN
PSYCHOLOGIE

Option : Psychologie Clinique

Thème

***L'estime de soi chez les personnes atteintes du
psoriasis***

***Etude de cinq (05) cas au niveau du cabinet médical
de dermatologie à Béjaïa***

Réalisé par :

M^{lle}: AFTIS Nadjat

M^{lle}: AISSAOUI Nabila

Encadré par :

M^{me}: MEHENNI Zahoua

Année universitaire

2017/2018

Remerciement

Nous tenons à remercier d'abord le Dieu le tout puissant qui nous a donné du courage et de la volanté pour réaliser ce modeste travail.

Nous tenons aussi à remercier notre promotrice, M^{me} Mehenni Zahoua, pour sa patience, ses remarques et ses conseils.

Quelle trouve ici le témoignage de notre profonde gratitude.

Nous voudrons également remercier les membres du jury pour avoir accepté, d'évaluer ce travail et pour toutes leurs remarques et critiques.

Nous remercions chaleureusement Dr Gadouche, dermatologue du cabinet médical à Béjaia, ainsi que tous les patients ayant accepté de participer à cette recherche.

Nous remercions aussi tous les enseignants du département science humaine et social qui nous ont initiés aux valeurs authentiques, en signe d'un profond respect.

. Nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de prés et de loin à la réalisation de ce travail.

Merci à vous tous.

Nadjat & Nabila

Dédicace

Je dédie Ce modeste travail:

A ma très chère mère: Hassina

Aucune dédicace ne pourrait être assez éloquente pour exprimer Ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, Durant mon enfance et même à l'âge adulte

A mon chère père: Nacer

Tu as été pour moi Durant toute ma vie le père exemplaire, l'ami et le conseiller

A mon très chère frère: Touhami

Merci infiniment pour ton soutien, ton aide et ta générosité qui ont été pour moi une source de courage et de confiance.

Ames très chères soeurs: Kahina, Sonia et Chahinaz

A ma grand-mère: Hadda "que dieu la protège"

A tous les membres de ma famille, à mes oncles et à mes tantes (surtout mon oncle Djamel et sa femme Salima)

Ames cousins et cousines

A mes meilleures copines: Nabila, Nozha, Hafida, Linda A, Linda B, Assia, Anissa Meriem, Mouna, Nessma, Fouzia, Rosa

A mon très chère ami: Walid

Ton aide m'a toujours été précieux, que ce travail soit un témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

Puisse ALLAH te procuret tout le Bonheur

et le succès que tu mérites.

Nadjet

Dédicace

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, c'est tous simplement que Je dédie ce modeste travail à :

Amon très chère père Hocine

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours pour vous.

A ma tendre Mère Dahbia

Tu représente pour moi la source de tendresse, tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Que ce travail est le fruit des sacrifices que vous avez consentis pour mon éducation et ma formation tout au long de ces années.

A la mémoire de mon grand père Said

Que Dieu ait son âme dans son vaste paradis.

A ma chère grand-mère Djamila

Que Dieu vous procure bonne santé et longue vie.

A mes chères sœurs : Assia, Katia, Yasmine et Hanane.

A mes chers frères: Boubker et Yacine.

A mes Oncles: Akli et Abdelghani

Amon cousin Nouredine et à sa femme Neila

A toutes mes chères amies : Nadjat, Ibtissem, Linda A, Linda B, Hafida et Assia.

Et je le dédie à toute personne qui a contribué à la réussite de ce travail

Nabila

Liste des abréviations

APLCP : Association Pour La lutte Contre le Psoriasis

ECF : Epiderme Growth Factor

I L : Interleukine

IMS : Indice de masse corporel

INF : Interféron

K : Kératine

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNL : Programmation Neurolinguistique

PNN : Polynucléaire neutrophile

PUVA : Psoralène photothérapie par UVA

T.C.C : Thérapie-Cognitive Comportementale

UV : Ultraviolet

Liste des tableaux

Numéro de tableau	Titre de tableau	Page
Tableau n°01	Les manifestations cliniques du psoriasis	50
Tableau n°02	Récapitulatif des caractéristiques de choix de population	70
Tableau n°03	La cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith	75
Tableau n°04	Les items positifs et négatifs de l'évaluation de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte	76
Tableau n°05	Les sous échelles de l'estime de soi	76
Tableau n°06	Tableau indiquant les niveaux de l'estime de soi	78
Tableau n°07	Valeurs caractéristique des échelles	79
Tableau n°08	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Manel »	88
Tableau n°09	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Salim »	93
Tableau n°10	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Sandra »	98
Tableau n°11	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Nabil »	102
Tableau n°12	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Sabah »	106
Tableau n°13	Résultat du test de S.E.I	108

Liste des figures

Numéro de figure	Titre de figure	Page
Figure n° 01	Histologie de la peau au niveau d'une lésion psoriasique	40
Figure n° 02	Psoriasis en plaque	41
Figure n° 03	Psoriasis en gouttes	42
Figure n° 04	Psoriasis pustuleux	43
Figure n° 05	Psoriasis érythrodermique	44
Figure n° 06	Psoriasis inversé	44

Liste des annexes

Annexes	Titres
Annexe N°01	Guide d'entretien
Annexe N°02	L'inventaire de l'estime de soi (S.E.I) de Cooper Smith
Annexe N°03	Les résultats de l'inventaire d'estime de soi des cas

SOMMAIRE

- Remerciement
- Dédicaces
- Liste des abréviations
- Liste des tableaux
- Liste des figures
- Liste des annexes

-Introduction

Cadre méthodologique de la recherche

1)-Problématique.....	06
2)-Hypothèses de recherche	10
3)-Définition et opérationnalisation des concepts clés	11
4)-Les raisons du choix de thème.....	13
5)-Les objectifs de la recherche	13
6)-Les difficultés rencontrées.....	13

Partie théorique

Chapitre I : l'estime de soi

Préambule :.....	19
------------------	----

1)- le Concept de soi

1-1) Définition du concept de soi	19
1-2) L'affirmation de soi	20
1-3) La connaissance de soi	20
1-4) L'amour de soi.....	21
1-5) Les composantes de soi	21

2)- L'estime de soi

2-1 Définition de l'estime de soi.....	23
2-2) Historique de l'estime de soi.....	24
2-3) Le développement de l'estime de soi	25
2-4) La relation entre l'estime de soi et la confiance en soi	26
2-5) Forte et faible estime de soi.....	26
2-6) Les causes d'une faible estime de soi.....	27
2-7) Les conséquences d'une mauvaise estime de soi	28
2-8) Les composantes de l'estime de soi	29
2-9) Les théories de l'estime de soi.....	30
2-10) La prise en charge de l'estime de soi	32
2-11) L'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis	33
Synthés	34

Chapitre II : Le psoriasis

Préambule.....	37
1) Aspect médical du psoriasis	
1-1) -Définition du psoriasis	37
1-2)-L'évolution du psoriasis.....	37
I- 3)-Les types du psoriasis	40
1-4) -Les principales causes du psoriasis.....	45
1-5)-Les symptômes du psoriasis.....	48
1-6) -Diagnostic du psoriasis	49
1-7) -Les traitements du psoriasis	52
2) Aspect psychologique du psoriasis	
2-1)- L'état psychologique des personnes atteintes du psoriasis.....	55
2-2)- L'image du corps chez les psoriasiques.....	56
2-3)- La qualité de vie chez les personnes atteintes du psoriasis.....	57
2-4)-L'influence psycho-social du psoriasis	57
2-5)-Les troubles psychologiques des personnes psoriasiques.....	58
2-6)-Le soutien psychologique.....	60
2-7)-Les thérapies psychologiques du psoriasis.....	61
Synthèse.....	62

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	66
1)-La pré-enquête	66
2)-La méthode de la recherche	67
3)- Les limites de la recherche	68
4)-La population d'étude.....	69
5)-Présentation de lieu de recherche	70
6)-Les techniques de la recherche	71
7)-Le déroulement de la pratique	79
Synthèse.....	80

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

Préambule.....	83
1)-Présentation et analyse des entretiens et les résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith (S.E.I).....	83
2)-Discussion des hypothèses	109
Synthèse.....	111

Conclusion

Liste bibliographique

Annexes

Introduction

Introduction :

La peau joue un rôle essentiel dans nos rapports avec l'extérieur particulièrement dans nos relations avec l'autre, dans la structuration de notre psychisme et dans la genèse des comportements psychopathologiques. Cette dernière est devenue fondamentale de nos jours dans une société où les critères de beauté, véhiculés par la mode et les médias, incluent, entre autre, une carnation parfaite. Elle influence considérablement la perception de notre image par les autres, notre communication sociale et notre vie quotidienne en général.

Au-delà de l'inconfort physique et de la gêne occasionnés par certaine dermatose tel que le psoriasis qui est une maladie chronique, dont les lésions sont affichantes, celle-ci entraîne une blessure narcissique plus ou moins profonde qui se caractérise par une altération de l'image de soi, une atteinte de l'estime de soi et une baisse de sentiment de sécurité interne. La souffrance ressentie par les malades n'est donc pas seulement physique, mais aussi psychique.

Le psoriasis induit des plaques inesthétiques sur des endroits visibles, comme le cuir chevelu, le visage ou les mains. Ce dernier peut donc vraiment influencer l'insertion et l'évolution professionnelle des personnes touchées, en particulier si les métiers visés sont en lien direct avec le public.

Les sujets souffrant de cette maladie ont tendance à vouloir la camoufler ou à défaut à limiter leur interaction sociale de peur de devoir faire face à des questions gênantes ou à des idées reçues, les patients ont donc tendance à s'isoler.

Devant une telle perplexité que laisse paraître ce sentiment d'estime de soi, nous avons voulu mieux comprendre ce trait de personnalité en sachant que les personnes psoriasiques présentent des difficultés à affronter la vie

Introduction

sociale par peur d'être humiliées, dévalorisées ou jugées négativement. Pour cela nous avons souhaité mesurer chez eux l'estime de soi.

Dans notre recherche nous sommes intéressées à l'étude de « l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis » et pour cela notre terrain d'étude est au cabinet médical de dermatologie, cité 5 juillet 48 logts, Béjaia, qui répond aux objectifs de notre recherche, et nous nous sommes servies de l'entretien semi-directif et de l'échelle de Cooper Smith forme adulte pour l'évaluation de l'estime de soi.

Ainsi, nous avons opté pour la théorie cognitive-comportementale qui propose des stratégies marquées par l'évitement qui visent à modifier la manière dont les patients se perçoivent, le fait qu'ils soient différents et leur interprétation des comportements des autres, pour aboutir à une acceptation de soi.

Afin de réaliser cet objectif, nous avons réparti notre travail en deux parties : partie théorique et partie pratique.

Avant de présenter ces deux parties nous avons d'abord commencé par le cadre méthodologique qui comprend : l'introduction, problématique, les hypothèses de notre recherche, les définitions et opérationnalisations des concepts clés, les raisons et les objectifs de recherche ainsi que les difficultés que nous avons rencontrées.

En suite nous avons présenté la partie théorique de notre recherche qui comprend deux chapitres dont le premier s'intitule : le soi et l'estime de soi dans lequel nous avons présentées les définitions du concept de soi, l'affirmation de soi, la connaissance de soi, ainsi que l'amour de soi et ses composantes. Tandis que dans l'estime de soi nous avons abordé la définition de l'estime de soi, son historique, son développement, la relation entre l'estime de soi et la confiance en soi, forte et faible estime de soi, les causes et

Introduction

les conséquences d'une faible estime de soi ainsi que ses composantes, les théories de l'estime de soi, sa prise en charge. Nous concluons ce chapitre par l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis.

Le deuxième chapitre intitulé le psoriasis qui comprend deux aspects : l'aspect médical et l'aspect psychologique du psoriasis.

L'aspect médical contient : définition du psoriasis, ses types, son évolution, ses principales causes et ses symptômes, le diagnostic du psoriasis ainsi que les traitements.

L'aspect psychologique comprend : l'état psychologique des personnes atteintes du psoriasis, l'image du corps chez les psoriasiques, leur qualité de vie, l'influence psycho-sociale du psoriasis, les troubles psychologiques des personnes psoriasiques et enfin les thérapies psychologiques du psoriasis.

La partie pratique de notre recherche englobe deux chapitres : le premier constitue la méthodologie de la recherche dans laquelle nous avons présenté notre pré-enquête, la méthode ainsi que les limites de la recherche. Nous avons aussi décrit notre population d'étude, lieu de recherche où nous avons effectué notre stage pratique et nous avons cité les techniques utilisées et enfin la présentation de l'échelle de Cooper Smith forme adulte.

Le second chapitre parle de la présentation, de l'analyse des résultats et de la discussion des hypothèses.

Enfin, nous sommes arrivées à terminer notre travail de recherche par une conclusion, suivie de la liste bibliographique et les annexes.

Problématique et hypotheses

1-Problématique :

L'apparence est la première chose que l'on voit sur une personne que l'on ne connaît pas, ainsi la peau en tant qu'organe visible participe dans l'image que le sujet a de lui-même et de celle qu'il désire montrer aux autres, parce que celle-ci noue des liens étroits avec la tendresse, la sensualité, le plaisir et la sexualité. Son rôle dans la constitution du narcissisme de l'individu est important. Un amour de soi de bonne qualité associe une bonne image de soi à un solide sentiment d'estime de soi et de sécurité interne.

Dans certains cas la peau est soumise à des facteurs psychologiques et physiologiques qui peuvent engendrer l'apparition et l'évolution de diverses maladies telles que le psoriasis.

Cependant, le psoriasis était pendant longtemps confondu avec la lèpre. Ce n'est qu'à partir du XIX^e siècle que « Galien » utilise le terme du psoriasis. Par la suite « Hippocrate » a classé le psoriasis dans les éruptions squameuses, mais il fallait attendre « William » en 1805 et « Hebra » en 1841 pour une description exacte de la maladie. (Bessis. D, 2009, P. 92.2).

Par son caractère affichant, le psoriasis affecte profondément l'image de soi. Le malade peut changer le regard qu'il a de lui-même, car il est pénible et qu'il ne dépend pas de sa propre volonté, mais aussi parce qu'il est apparent et qu'il redoute le regard des autres. Les personnes atteintes ont souvent honte de ce que les autres vont penser en voyant les plaques du psoriasis sur leur peau, ou refusent de participer à certaines activités, comme aller au sport ou se montrer à la piscine... (<http://www.pierre-fabre-dermatologie.ch> 2011).

Ainsi, le psoriasis entraîne souvent une fragilité psychologique importante, les sujets ressentent une profonde altération de leur image de soi, du stress et de la solitude, la douleur, l'inconfort, l'incapacité physique et la

Le cadre général de la problématique

détresse psychologique, sentiment d'infériorité, de discrimination, honte et la perte de confiance en soi ce qui peut influencer sur leur estime de soi.

Néanmoins, les plaques de psoriasis touchent souvent des zones du corps découvertes et exposées au regard des autres, ce qui gêne les patients et les empêche de sortir. Cet isolement est causé par de terribles préjugés, puisque le commun des mortels pense, à tort, que la maladie est contagieuse ou résulte de mauvaise hygiène. (Dupont. P, 2018, P. 49).

De nombreuses études ont démontré que la souffrance psychologique des patients atteints de psoriasis est importante et elle ne dépend pas toujours de l'importance des poussés ou de la sévérité de psoriasis. En effet, on peut comprendre que lorsque l'on présente des plaques sur les parties découvertes du corps, le regard des autres est souvent pénible, sans compter les questions récurrentes tel que (est- ce que contagieux ?) Cela peut mener certain à ne plus pratiqué certaines activités. (Pomarede. N, 2006, P. 19).

Pourtant, le psoriasis engendre des complications dans les relations sociales et intimes, perte de chances dans la vie professionnelle et peut même influencer sur le choix vestimentaire, certains utilisent des cosmétiques couvrant pour masquer les lésions, une sensation d'être « regardé » est noté par les patients qui se sentent moins à l'aise quand ils rencontrent des inconnus. (Kluger. N, 2008, P. 106).

Or que, l'estime de soi ne peut donc se concevoir en dehors de la référence au regard d'un groupe social. De nombreux chercheurs considèrent qu'elle est avant tout le reflet du sentiment de popularité et d'approbation par autrui, et comparent l'estime de soi à un « socio-mètre » : le niveau d'estime de soi est très étroitement corrélé aux expériences subjectives d'approbation ou de rejet par autrui. Plus le sujet pense qu'il est l'objet d'une évaluation

favorable par les autres, plus cela améliore son estime de soi. (Bouvard. M et Coll., 1999, PP.165-172).

En outre, la réaction des autres face aux inflammations peu esthétiques entretient fortement le stress qui est à l'origine du déclenchement et de l'évolution du psoriasis est très important. De plus lorsque chez un sujet, la dimension émotionnelle d'un événement vécu est impossible à s'inscrire dans un ensemble symbolique, il devient alors plus susceptible que d'autres à tomber malade physiquement. (Choussy. G, 2016, P. 297).

Les différentes études retrouvent dans 70% des cas de psoriasis un événement traumatisant (séparation, décès d'un proche...) dans les deux qui ont précédé la survenue d'une première poussée, cela ne signifie pas pour autant que le psoriasis est une maladie psychosomatique, ni que les patients qui développent un psoriasis ont une personnalité particulière, mais il faut savoir que le psoriasis est une maladie qui traduit un désordre du système immunitaire. (Pomarede. N, 2006, P. 12-13).

Les chercheurs ont démontrés que le psoriasis n'est pas une maladie contagieuse, mais une affection de longue durée qui n'a pas de traitement curatif, mais seulement des traitements locaux qui permettent de guérir le symptôme. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a récemment reconnu le psoriasis comme une maladie non transmissible grave qui nécessite une meilleure sensibilisation et un renforcement des soins au niveau mondial. Pour les 125 millions de personnes souffrant de psoriasis dans le monde dont 1,5 million en France, cette reconnaissance permet d'espérer que les gouvernements amélioreront l'éducation concernant cette maladie ainsi que l'accès à des traitements efficaces. (Www. Celgene. Fr / psoriasis- maladie – reconnu- OMS).

Le cadre général de la problématique

On estime que dans le monde environ 2% de la population qui est atteintes par cette maladie, sachant que le psoriasis touche d'avantage les blancs que d'autres populations comme les noires ou les Asiatique. Relevons qu'environ 5 à 20% des personnes atteintes de psoriasis souffrent également d'arthrite (rhumatisme psoriasique). (Grob. J-J, 2004, P.94).

En Algérie, le psoriasis est une maladie vraiment méconnue du grand public et mal prise en charge. C'est ce qu'a affirmé le professeur Ammar Koudja du CHU Mustapha Bacha, membre du réseau international du psoriasis. Il a fait savoir que la première et la seule étude pour établir un profil épidémiologique et chimique des patients atteints par cette maladie ne date que de 2012. Cette étude a montré que la prévalence du psoriasis en Algérie est estimée entre 10 et 26 /1000, soit 2 à 3% de la population Algérienne de deux sexes, 3% des cas sont des enfants.

Au total 7% des cas sont grave soit 35,000, c'est donc près d'un million d'algériens qui sont touché par cette maladie et plus 125 millions dans le monde. (Adouane. W, 2012, P. 01).

Le meilleur exemple nous vient du colloque organisé par l'APLCP. Près de 20% des personnes interrogées pensent que le psoriasis est contagieux. (<http://www.ons.dz/>).

L'estime de soi, c'est avoir assez bonne connaissance de soi pour oser faire et dire des choses, ce n'est pas avoir peur des critiques, du regard et l'opinion des autres.

L'estime de soi est évaluation positive de soi même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable entant qu'être humain. Une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimer et d'être heureuse. (Paul. J-S, 1999, P. 20).

Le cadre général de la problématique

Le psoriasis est donc ; une maladie inflammatoire systémique dont l'atteinte cutanée est la composante la plus visible. Le traitement de la peau et du retentissement psychologique est l'objectif principal des traitements actuels. Cependant la découverte de la comorbidité et de leurs retentissements vasculaires cardiaques et cérébraux et du syndrome métabolique fréquemment associé, va conduire à une modification profonde de la prise en charge des patients et à de nouvelles stratégies thérapeutiques.

A travers notre recherche, nous allons donc essayé de décrire la nature de l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis et l'influence du regard de l'autre sur leur estime de soi. Et cela nous mène à poser les questions suivantes :

- Quelle est la nature de l'estime de soi des personnes atteintes du psoriasis ?
- Est -il vrai que le regard d'autrui pousse les personnes atteintes du psoriasis à se sous-estimer ?

2-Les hypothèses de la recherche :

- La nature de l'estime de soi des personnes atteintes du psoriasis est basse
- Le regard d'autrui influence sur l'estime de soi des personnes psoriasiques.

3- Définition et opérationnalisation des concepts clés :

Nous allons commencer notre travail de recherche par la définition des concepts clés, qui vont nous conduire dans notre démarche théorique et pratique, puis nous allons essayer de les rendre plus opérationnels.

1-L'estime de soi

L'estime de soi est l'évaluation que l'individu fait et qu'il entretient habituellement : elle exprime une attitude d'approbation ou de désapprobation, et indique le degré selon lequel il se croit lui-même capable, important en pleine réussite et digne. En bref, l'estime de soi est un jugement personnel de mérite qui s'exprime dans les attitudes que l'individu véhicule vers les autres par des communications verbales et par d'autres comportements expressifs. (Cooper. S, 1967, P. 4).

Selon Johnson ; l'estime de soi correspond au degré de valeur, de mérite, mais également de respect et d'amour que la personne peut adopter vis-à-vis d'elle-même (Johnson. M, 1997, P.07).

-Définition opérationnelle:

L'estime de soi consiste en la relation que nous avons nous-même. Plus cette dernière sera saine, plus nous vivons heureux et plus nous nous aimons, plus nous serons lucide et bienveillants envers nous-mêmes. L'estime de soi possède les caractéristiques suivantes et varie selon la façon dont nous nous traitons nous-mêmes :

- La possibilité et l'envie de se créer un cercle d'amis et un champ relationnel riche
- L'envie de se respecter et être bienveillant envers soi-même
- La volonté de s'accorder de l'attention et du temps à soi

- L'envie de prendre soin de soi autant que nous prenons soins de ceux qu'on aime.
- L'indulgence que nous accordons à soi-même face aux défis et à l'adversité.
- L'amour que nous octroyons à soi-même.
- Le sentiment de fierté que nous avons de nous-mêmes.
- La confiance que nous attribuons à soi-même afin d'atteindre nos objectifs.

2- Le psoriasis :

Le psoriasis est une maladie chronique qui consiste en l'apparition d'une sorte de desquamation de la peau sous forme de plaques pouvant entraîner des douleurs, des inflammations, des gonflements et des colorations. Cette affection apparaît généralement au niveau des bras, des jambes (particulièrement les genoux et les coudes) et sur le cuir chevelu. (Hervé. M, 2012, P.106)

Le psoriasis est une affection inflammatoire chronique aux origines multifactorielles (hérédité, environnement...) caractérisée par un renouvellement anormal de l'épiderme formant des plaques rouges et squameuses situées dans diverses parties du corps. Il existe des formes légères limitées à quelques plaques, d'autres plus sévères nettement plus invalidantes. (Marie Pierre. H-S et Ottavy. F, 2013, P. 201).

-Définition opérationnelle :

- Le psoriasis est une dermatose fréquente, chronique, évoluant par poussées, dont la cause est mal connue mais avec une composante génétique pour certaines formes. La lésion de base est une plaque rouge et squameuse, de taille variable, bien limitée, de forme arrondie ou ovale recouverte de nombreuses squames blanches, sous laquelle apparaît une mince pellicule

détachable qui laisse place lorsqu'on l'enlève à un suintement (signe de la rosée sanglante). Un prurit peut accompagner les poussées.

4-Les raisons du choix du thème :

- Vue que dans notre vie quotidienne, beaucoup de personnes sont atteintes par des dermatoses, ce qui a créé en nous une curiosité pour décrire l'impacte du psoriasis sur l'estime de soi des personnes atteintes du psoriasis.
- Nous avons aussi choisi le psoriasis comme thème de notre recherche dans la mesure où ; dans notre université il n'y'avait pas d'études faites sur ce sujet.

5-Les objectifs de la recherche :

Comme tout travail de recherche ou étude scientifique qui vise un but bien déterminé, les objectifs envisagés dans notre étude sont les suivants :

- Le but principal de cette recherche est de décrire la nature de l'estime de soi des personnes atteintes du psoriasis ainsi que l'influence du regard de l'autre sur l'estime de soi.
- Comprendre le psoriasis afin d'aider les personnes qui sont atteintes à mieux s'y adapter et améliorer leur estime de soi.

6-Les difficultés rencontrées :

Dans l'élaboration de notre recherche sur l'estime de soi chez les personnes atteintes par le psoriasis, on a été confronté à plusieurs difficultés qui sont les suivantes :

- Sur le plan théorique : l'absence d'études sur les personnes atteintes du psoriasis en général et sur l'estime de soi chez cette catégorie de personnes en particulier.

Le cadre général de la problématique

-Le manque de documentation sur le psoriasis au niveau de notre bibliothèque.

-Nous avons rencontré plusieurs difficultés au niveau de la pratique, concernant l'échantillon d'étude et l'explication de notre thème de recherche, l'entretien, ainsi l'échelle qu'on a utilisée pour notre population d'étude.

Partie théorique

Chapitre I

Estime de soi

Partie théorique

CHAPITRE I : l'estime de soi

Préambule :..... 19

1- le Concept de soi

1-1) Définition du concept de soi 19

1-2) L'affirmation de soi 20

1-3) La connaissance de soi 20

1-4) L'amour de soi..... 21

1-5) Les composantes de soi 21

2- L'estime de soi

2-1) Définition de l'estime de soi..... 23

2-2) Historique de l'estime de soi 24

2-3) Le développement de l'estime de soi 25

2-4) La relation entre l'estime de soi et la confiance en soi 26

2-5) Forte et faible estime de soi..... 26

2-6) Les causes d'une faible estime de soi..... 27

2-7) Les conséquences d'une mauvaise estime de soi 28

2-8) Les composantes de l'estime de soi 29

2-9) Les théories de l'estime de soi.....	30
2-10) La prise en charge de l'estime de soi	32
2-11) L'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis	33
Synthèse.....	34

Préambule:

L'équilibre de la personne humaine étant lié à la conscience de Soi au regard d'autrui, au contexte affectif relationnel et à la perception que la personne a de son inscription dans son environnement.

Les expériences vécues par un individu durant sa vie développent l'estime de soi, des expériences positives peuvent favoriser le regard porté sur soi même. Contrairement aux expériences négatives qui le défavorise.

Dans ce chapitre nous allons commencer par les définitions les plus pertinentes de soi et de l'estime de soi, ensuite on va aborder leurs différentes composantes, puis les théories et les types de l'estime de soi, enfin on donnera quelques conseils et thérapies de ce dernier, et on le conclue par une synthèse de ce chapitre.

1) Le Soi :

La notion de soi occupe une place importante en psychologie sociale et en psychologie de la personnalité. Le concept de soi est un des concepts les plus étudiés aujourd'hui. On le définit comme la collection des représentations que l'individu a de lui-même.

1-1) Définition du concept de soi :

Selon le petit Larousse de psychologie: devenir soi même implique une conscience éveillée ne se limitant pas au moi. Au sens large: le soi est le lieu où le sujet se reconnaît comme réellement existant. (Le petit Larousse de la psychologie, 2005, P.894).

De sa part, L'Ecuyer (1978) définit le concept de soi comme étant : « la façon dont la personne se perçoit, autrement dit se sont les attitudes, sentiments et évaluations que l'individu éprouve à son égard ». (Ramu. C, 2004, P.20).

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

Suite à ces différentes définitions du concept de soi, on peut dire que le soi rassemble la totalité des pensées et des sentiments et des croyances qu'un individu a de lui-même.

1-2) L'affirmation de soi :

L'affirmation de soi découle du respect d'autrui et de la croyance en son propre potentiel. C'est-à-dire la capacité à s'exprimer tout en respectant le point de vue de l'autre, c'est de soi en action (Prod'Homme. G, 2003, P. 35).

1-3) La connaissance de soi :

La connaissance de soi est le savoir qu'une personne acquêt sur elle-même, en terme psychologique ou spirituel au cours de sa vie à l'occasion de ses expériences.

Entre 3 et 6 ans, les enfants réalisent de multiples activités corporelles, sociales et intellectuelles au cours desquelles ils développent des habilités et des qualités personnelles. C'est en découvrant les différences avec les autres qu'il peut se percevoir comme unique, il prend également conscience qu'il possède aussi des habilités que d'autres enfants partagent et qu'il a des réactions ou certains traits de caractère que ses camarades ont également. (Couzon. E, 2012, P. 65).

1-4) L'amour de soi :

L'amour de soi relève d'une décision et d'un choix que l'on peut prendre à chaque instant et pour la suite de sa vie. C'est un sentiment que l'on se porte à soi même, c'est l'une des clés de l'estime de soi. On peut situer l'amour de soi à trois niveaux :

- Niveau physique :

C'est aimer son corps, aimer sa personne, respecter son rythme, satisfaire ses besoins profonds, prendre soin de sa santé et de soi.

-Niveau psychologique :

C'est reconnaître ses qualités, c'est aimer aussi ses défauts et ses imperfections et les regarder avec bienveillance, c'est donc l'acceptation de soi.

-Niveau existentiel :

C'est donner un sens à sa vie et s'autoriser à se réaliser, à s'accomplir à travers elles, c'est donc s'accepter comme quelqu'un d'unique. (Couzon. E, 2012, P. 66).

1-5)-Les composantes de soi :

Le concept de soi est composé de trois dimensions différentes, ces composantes mènent l'individu à se comprendre lui-même et à développer son soi et maintenir un sentiment d'identité stable.

-La dimension cognitive :

C'est la capacité à capter un stimulus pertinent pour soi au sein d'un environnement complexe. Pour les psychologues cognitivistes, ce phénomène indique que les individus sont sélectifs dans leurs perceptions des stimuli, elle mène vers la prise de conscience de nos atouts et de nos faiblesses.

Cette dimension est porteuse des croyances envers qui peuvent être méritantes ou épanouissante. (Martinot. D, 1995, PP.24-34).

-La dimension affective :

L'estime de soi dépend de l'humeur de base qu'elle influence fortement en retour, les individus montrent généralement un biais d'auto-complaisance dans leurs évaluations et préfère se comparer à autrui sur des dimensions où ils sont tout particulièrement doués (Martinot. D, 1995, P. 73).

Les autres nous voient d'une manière plus globale que nous le faisons devant le miroir ou face à la difficulté, c'est pour autant comme cela que naissent les complexes sur le plan physique ou intellectuel (Couzon. E, 2012, P. 23).

-La dimension comportementale :

C'est la présentation de soi, se sont les efforts que nous faisons pour contrôler l'impression que nous allons donner. Tout individu s'évalue en permanence et enregistre au long de vie un certain nombre de représentation, de conception le plus souvent inconsciente et qui, pourtant, influencent ses comportements ainsi que les réactions des autres. Ces conceptions réapparaissent avec les pensées automatiques les émotions et tout les discours intérieur et influence l'autoévaluation. (Couzon. E, 2012, P. 21).

Suite à ces différentes ; composante, on peut dire que le soi est un ensemble d'information sur un individu auquel cet individu peut avoir accès ; ainsi que les mécanismes intra personnels et inter personnels qui gèrent cette information d'un point de vue cognitif, émotionnel et comportemental.

2) L'estime de soi :

L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, il participe à l'équilibre psychique, en ce qui suit on propose certain définitions à ce concept.

2 -1) Définition du l'estime de soi :

L'estime de soi est en psychologie un terme désignant le jugement ou l'évaluation faite d'un individu en rapport à sa propre valeur ; c'est la relation que nous entretenons avec nous même, et elle n'est jamais établie définitivement elle se développe avec les expériences que nous vivons et la maturité que nous gagnons. (Couzon. E, 2012, P. 15).

Abraham Maslow définissait l'estime de soi comme « un besoin vital de priorité intermédiaire qui ne le cède en importance qu'aux besoins fondamentaux de la sécurité et des liens affectifs et qui a lui-même préséance sur l'accomplissement de soi ». (Dolan. S-L et Arsenault. A, 2009, p. 80).

Selon G. Doclos ; l'estime de soi est la conscience de la valeur personnelles. C'est un ensemble d'attitude et de croyances qui nous permettent de faire face au monde. L'estime de soi suppose une conscience de ces forces, ses difficultés et de ses limites personnelles. (Doclos. G, 2005, P. 22).

De son côté Harter (1998), définit l'estime de soi comme étant l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, il s'agit de l'évaluation qu'un individu fait de sa propre valeur ; de son degré de satisfaction de lui-même. (Ramu. C, 2004, P. 27).

Suite à ces différentes définitions, on peut déduire que l'estime de soi concerne la valeur qu'un individu donne à sa propre personne.

2-2) Historique de l'estime de soi :

L'estime de soi est définie dans le langage courant comme la valeur que nous accordons, les recherches en psychologie la font apparaître comme une notion beaucoup plus complexe. L'intérêt des scientifiques pour ce concept de l'estime de soi ne date pas d'aujourd'hui. Un des premiers auteurs à avoir influencé les travaux dans ce domaine était William James (1892). Considérant l'estime de soi comme conscience de la valeur du moi. Cet auteur met l'accent sur la dynamique intra personnelle et intra psychique. Dans cette optique, l'articulation entre le moi actuel et les aspirations d'un sujet jouerait un rôle primordial.

En 1902, Charles H. Cooley apporte une nouvelle perspective en avançant l'hypothèse que le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée par les interactions avec l'entourage, et cela dès l'enfance. Cooley parle alors de l'effet de miroir social. Les deux approches théoriques mettent l'accent sur deux aspects importants qui interviennent dans le développement de l'estime de soi tout en valeur attribuant un statut différent.

C'est ainsi qu'on s'accorde aujourd'hui pour dire que l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale. Cela signifie que l'estime de soi se construit progressivement (on ne naît pas) et que son développement est un processus dynamique et continu. (André. C et Lelord. F, 1999, P. 34)

En fin, si l'estime de soi semble être socialement déterminée, au niveau psychologique elle s'opère à travers les processus d'identification, d'intériorisation et d'appropriation.

2-3) Développement de l'estime de soi de l'enfance à l'âge adulte.

L'estime de soi se construit sur deux grands besoins : le sentiment d'être aimé et celui d'être compétent. A la lumière de nombreuses études en psychologie développemental. Il est possible d'affirmer qu'un enfant de parents disponible aimants et qui encouragent ses efforts de maîtrises, va construire un bon modèle interne de soi, c'est-à-dire une bonne estime de soi. Un lien fort a été démontré entre le soutien parental tel qu'il est perçu par les parents est significativement associé à la faible estime de soi de l'enfant. Les études montrent également qu'un soutien parental inconditionnel permet une estime de soi solide ne pousse pas l'enfant à savoir susciter l'amour des autres. Alors, l'éducation le prépare à la vie en société par qu'il se sente à l'aise dans les groupes. Il existe cinq domaines pour la construction de l'estime de soi de l'enfant et des adolescents ; l'aspect physique, la popularité auprès des pairs, les compétences sportives, la réussite scolaire.

En outre, l'importance que l'enfant accorde à la réussite dans tel ou tel domaine aurait une influence sur sa propre estime. Tout comme jugement des personnes importantes à ses yeux, ses parents, ses enseignants, ses pairs et ses amis proches. Chez les très jeunes enfants, le jugement des parents est celui qui exerce le plus d'influence mais à partir de l'âge de 3 ans il en perd au profit du jugement des pairs. Par ailleurs, les bases de l'estime de soi sont construites pendant l'enfance mais l'évolution se poursuit pendant l'adolescence et l'âge adulte. Ainsi, la vie sentimentale est ponctuée de réussite et d'échecs est directement liée à l'estime de soi. S. Freud disait : « *Dans la vie amoureuse ; ne pas être aimé rabaisse le sentiment d'estime de soi, être aimé l'élève* ». (Petit Larousse de la psychologie, 2005, P. 299)

A l'âge adulte l'image que nous avons de nous même est composée de multiples pièces qui viennent s'impliquer les une dans les autres.

2-4) La relation entre l'estime de soi et la confiance en soi :

C'est de l'estime de soi que découle la confiance en soi et la fierté personnelle, c'est de l'estime de soi que naissent le bonheur, l'épanouissement et l'efficacité. Pour s'accepter, il est utile d'éviter la comparaison à un modèle existant ou imaginaire. La confiance en soi s'établit lorsque la personne efface ses peurs, s'accepte comme il est. L'estime de soi et la confiance qui en découle arrivent lorsque l'écart entre la personne que l'on rêve d'être et celle qu'on est actuellement se réduit, il y a souffrance quand, il y a décalage entre ce que l'on vise et ce qu'on veut, il y a alors, dépréciation de soi-même car non-acceptation de soi. (Agnès Nicoulaud. M et Couzon. E, 2012, P. 51).

2-5) Forte et faible estime de soi :

Campbell (1990) a mené une série d'expériences illustrant un certain nombre de différences entre les individus à forte et à faible estime de soi à l'aide de l'échelle de Rosenberg.

Le domaine de l'estime de soi paraît exercer des effets particulièrement puissants concernant les réactions des individus aux renforcements, ou aux informations pertinentes pour le soi, par exemple ; il a été montré que les sujets à faible estime de soi acceptent relativement plus facilement un renforcement négatif et moins facilement un renforcement positif que les sujets à forte estime de soi. Il a même été démontré (e, g. Campbell 1990) que les individus à forte estime de soi acceptent seulement l'information positive, alors que les sujets à faible estime de soi sont affectés par l'ensemble des types d'information. Un résultat des plus significatifs montre que les individus à faible estime de soi sont plus aptes à expliquer des événements négatifs en utilisant des causes internes, s'estimant ainsi responsables de leurs échecs.

Selon «Joseph» et ses collaborateurs (1992), les individus à forte estime de soi possèdent de nombreuses manifestations pour maintenir leur estime de soi.

D'autre recherche (e. g. Baumeister et al 1989) montrent que les individus à estime de soi élevée ont tendance à se présenter d'une façon valorisante, se caractérisent par une inclination à accepter les risques, s'accorder beaucoup d'attention, et à se centrer sur la mise en évidence de leurs qualités. En revanche les individus à faible estime de soi ont tendance à se présenter d'une façon auto-protectrice, se caractérisent par une inclination à éviter les risques. (Faradj. CH, 1998, P. 15).

On peut dire que plus l'estime de soi est forte plus est stable et insensible aux variables situationnelles moins cette estime de soi est faible plus elle est instable donc sensible aux caractéristique situationnelle.

2-6) Les causes d'une faible estime de soi :

- Le fait que les société se laissent tromper ou se focalisent délibérément sur l'apparence plutôt que sur le fond.
- Les pressions sociales qui nous demandent de corresponde à un modèle quelconque (poids, taille, niveau intellectuel,...).
- Les critiques qui ne sont souvent pas constructives, et nous servent seulement à baisser notre estime de soi en nous-mêmes.
- Le pessimisme récurrent qui a été cultivé par des facteurs sociaux multiples chez la plupart des gens.
- Une éducation laissée au hasard tant du côté des autorités publiques et du côté personnel des parents. (Www. Vie-explosive. Fr).

2-7) Les conséquences d'une mauvaise estime de soi :

Les problèmes d'estime de soi sont impliqués dans de nombreuses difficultés psychologiques comme :

L'anxiété:

C'est un état émotionnel qui possède une qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, parfois exagérée par rapport à la menace et inclut des symptômes corporels subjectif et manifeste. (Graziani. P, 2003, P.12).

La dépression:

C'est un état de vide, de désintérêt pour la vie, de repli sur soi parfois accompagnée de trouble de sommeil et de l'appétit et dans le pire des cas, d'idées noires de plus en plus envahissantes qui poussent certains jusqu'au suicide. (François. D.J, 2004, P. 139).

Le stress :

Lorsque un individu est soumis à une agression ou une menace quelque soit, il y répond immédiatement par une réaction que l'on nomme « stress ». Ce dernier focalise l'attention sur la situation problématique (vigilance) c'est-à-dire il mobilise l'énergie nécessaire à l'évaluation de la situation et la prise de décision et il prépare à l'action adaptée à la situation. (Josse. E, 2007, P. 03).

2-8) Les composantes de l'estime de soi :

Pour s'estimer, il est important de s'apprécier, de s'accorder de l'attention, de l'écoute et de la bienveillance.

-Sentiment de sécurité :

Ce sentiment signifie comprendre les limites, les attentes et se sentir confortable et en sécurité. C'est le premier pré requis pour une estime de soi positive. L'enfant doit avoir un sentiment de sécurité avant de pouvoir se percevoir de façon réaliste et prendre le risque d'échouer.

-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 ses forces et de son image sociale. Il est très important que l'enfant arrive à avoir une image réaliste de lui-même et le sentiment de sa valeur. L'identité prend racine dans la culture et dans la famille et elle se construit à partir d'expérience de vie. (Couzon. E, 2012, P. 44).

-Sentiment d'appartenance :

Ce sentiment renvoie à la pyramide de Maslow, ce besoin n'est pas forcément un élément de motivation fort mais s'il ya un manque, il peut y'avoir une souffrance. L'homme est un être social, son besoin d'appartenance est indispensable à son équilibre. (Couzon. E, 2012, P. 155)

-Sentiment de détermination :

L'estime de soi est un processus que l'on peut renforcer à tout âge et à tout moment de la vie, mais certain personnes ne semblent pas avoir de buts dans la vie, ni savoir comment y'arriver.

-Sentiment de compétence :

Un sentiment de compétence personnelle peut être acquis seulement après plusieurs expériences de réussite. Ceci implique d'être capable de prendre les décisions appropriées en utilisant de façon efficace les ressources disponibles. (Couzon. E, 2012, P. 177).

Donc, on peut déduire que, le concept de l'estime de soi est relativement difficile à cerner et que plusieurs auteurs estiment que ces cinq sentiments sont à la base de la construction de l'estime de soi.

2-9) Les théories de l'estime de soi :**2-9-1) La théorie de Carl Rogers :**

Rogers donne une grande importance à la notion de soi, celui-ci détermine comment les expériences sont vécues et comment le monde est appréhendé. Ceci conduit à nos propres conceptions du monde, ce concept est mouvant dans la mesure où il ya un soi actuel et un soi idéal auquel le sujet aspire. Rogers a développé un test simple qu'il appelle le Q- sort pour appréhender le soi. (Michel. H, 2003, P. 356).

2-9-2) La théorie de Charles Cooley :

Cooley a considéré le soi comme étant une construction sociale, mené à travers des échanges linguistiques avec les autres. C'est dans ce processus que le soi est profondément structuré. Pour lui, les autres significatifs constituent un miroir social que les individus regardent et dans lequel ils détectent leurs opinions sur eux même. Cette idée de soi a trois composantes :

-Nous décrivons ce que nous imaginons que l'autre pense de nous

-Nous imaginons le jugement que porte l'autre à notre égard après nous avoir observés.

-Nous tirons les conséquences du jugement que nous avons prêté à l'autre. (Famose J-P, 2002, P. 18).

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

Mead accord une importance au processus social qui façonne chaque « soi ». En d'autre terme le soi d'un individu est constitué d'un « je » et d'un « moi », le « je » représente la réaction de l'individu aux attitudes des autres, et le « moi » qui est les attitudes des autres auquel l'individu réagit en tant que « je ».

Tout comme la conscience, le « soi » d'un individu ne précède pas le groupe social, ni la communauté, ou la société dont il fait partie. (Famose. J-P, 2002, P.19)

2-9-4) La théorie cognitivo-comportementale :

Dans cette perspective cognitive, les théoriciens de soi et de l'identité paraissent s'accorder sur le fait que le soi contiendrait une variété de représentation. Les présentations de soi seraient cognitive et/ou affective, ces dernières correspondent aux auto-évaluations positives et négatives de formes verbales, neuronales ou sensori-motrice, ou se forme d'images. Elles représenteraient le soi dans le passé et le future aussi bien que dans l'ici et le maintenant; elles seraient ainsi des représentations du soi actuel et du soi possible. (Martinot. D, 1995, P .20).

On a choisi la théorie cognitive-comportementale parce qu'elle convient parfaitement à notre travail de recherche qui est : « l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis ».

2-10) Les thérapies de l'estime de soi :

Une faible estime de soi a été associée à des troubles telles que la dépression, l'anxiété... Différents formes de psychothérapies peuvent aider une personne à atteindre une estime de soi positive.

-La thérapie cognitive –comportementale :

C'est une des méthodes les plus efficaces pour aider une personne à être bien avec elle-même. Les thérapeutes aident les patients anxieux et déprimés en identifiant les idées fausses qui les rendent insatisfaites d'elle-même. La thérapie cognitive désigne ces idées fausses par « pensées déformées ». Cette dernière aide progressivement à dépasser les symptômes invalidants, tels que ; les rites et vérifications, le stress, les évitements et les inhibitions, les réactions agressives, ou la détresse à l'origine de souffrance psychique. Cette thérapie est indiquée pour toute personne en souffrance, enfant, adolescent, adulte et personne âgée dans l'objectif de les aider à trouver ou retrouver leur autonomie et des relations interpersonnelles plus faciles. (Www. Psycom.Org- contact @.Psycom-org).

-La programmation neurolinguistique : (PNL)

La programmation neurolinguistique est une discipline qui vise à reprogrammer la manière dont notre cerveau fonctionne. La PNL va décoder le fonctionnement de votre cerveau et modifier le processus pour que vous vous estimiez à nouveau. Elle semble obtenir de bons résultats dans le contrôle des émotions (colère, agressivité, peur, manque de confiance en soi...) qui en trouve la communication avec les autres. Elle porte aussi des techniques pour repérer l'état d'esprit de l'interlocuteur. (Www. Symbiofi.Com /fr / formation / affirmation de soi).

-La bio énergie :

Elle fait appel au Corps autant qu'à la verbalisation s'applique aux symptômes psychiques (stress, dépression, peur...) Comme aux problèmes psychosomatiques (douleurs, divers maladies de la peau, ulcères...). Selon cette technique, nos difficultés proviennent d'une circulation énergétique bloqué à cause des conflits infantiles non-résolus. (Www. Bioénergie- eft-Charente. Com).

-Les techniques psychocorporelles :

Permettent à la personne de se libérer de ses tensions physiques et psychiques et de ses angoisses par un travail sur le corp. La relaxation, la méthode de Vittoz et de Silva, notamment apprennent à ressentir son corp autrement et apportent une nouvelle conscience de soi. Ces psychothérapies, sont un travail de plusieurs séances et qui doit s'étaler dans le temps. Mais c'est un travail merveilleux de se retrouver et de réobtenir cette confiance en soi. (Www .psychologie. com).

2-11) L'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis :

Le psoriasis n'est pas une maladie facile à vivre, il ya des périodes plus difficile que d'autre, notamment au cour des crises. Reprendre confiance en soi apparait donc essentiel pour se sentir bien dans sa peau. Cette maladie change le regard que la personne a sur lui-même déjà, car il est pénible et qu'il ne dépend pas de sa volanté, le psoriasis change et influence la manière dont la personne interagit avec l'autre, il peut lui rendre la vie impossible parce qu'il est apparent et rend la personne redoutant de regard des autres. L'une des pires solutions est « le repli sur soi » qui en plus d'augmenter le stress (facteur déclencheur et aggravant).

Il est donc primordial de ne pas se laisser abattre, de ne pas se laisser gagner par la maladie et cela commence par reprendre confiance en soi. ([Http: // psoriasis. Solution. Fr](http://psoriasis.Solution.Fr)).

Synthèse :

L'estime de soi représente l'une des facettes du concept de soi. L'estime de soi est aujourd'hui devenue une aspiration légitime aux yeux de tout ; considérée comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus complétive. La question sur l'estime de soi joue un rôle central dans les difficultés individuelles et sociales qui affectent notre état tout ce qui compose notre existence sont déterminés par l'estime de soi que nous avons de nous-mêmes. Donc l'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité et une des clés indispensables de la réussite.

On a terminée ce chapitre pour passer au deuxième chapitre qui comprend le psoriasis.

Chapitre II

Le psoriasis

CHAPITRE II : Le psoriasis

Préambule	37
1) Aspect médical du psoriasis	
1-1) Définition du psoriasis.....	37
1-2) L'évolution du psoriasis	37
1-3) Les types du psoriasis	40
1-4) Les principales causes du psoriasis	45
1-5) Les symptômes du psoriasis	48
1-6) Diagnostic du psoriasis.....	49
1-7) Les traitements du psoriasis.....	52
2) Aspect psychologique du psoriasis	
2-1) L'état psychologique des personnes atteintes du psoriasis	55
2-2) L'image du corps chez les psoriasiques	56
2-3) La qualité de vie chez les personnes atteintes du psoriasis.....	57
2-4) L'influence psycho-social du psoriasis	57
2-5) Les troubles psychologiques des personnes psoriasiques	58
2-6) Le soutien psychologique	60
2-7) Les thérapies psychologiques du psoriasis	61
Synthèse.....	62

Préambule :

Le psoriasis est une maladie chronique de la peau. Il se manifeste par l'apparition d'épaisses plaques de peau rouges et sèches à différents endroits du corps. Il survient chez des personnes génétiquement prédisposées, en général à la faveur d'un facteur physique ou psychologique favorisant.

Dans ce chapitre, nous aborderons les deux aspects de psoriasis : l'aspect médical, et l'aspect psychologique.

1-1) Définition du psoriasis :

Le psoriasis a été décrit en 1805, par Robert willan, fondateur de la dermatologie moderne. Auparavant, toutes les maladies de peau étaient regroupées sous le terme « lepra vulgaris » désignant les impuretés au sens large. Cette pathologie est définie par un épaissement épidermique excessif associé à une prolifération et une différenciation terminale incomplète des kératinocytes et à une réaction inflammatoire locale responsable de la chronicité des lésions. (Thivolet. J, 2009, P.20).

Le psoriasis est une dermatose particulièrement chronique, caractérisée par des lésions cutanées typiques (anomalie de la kératinisation, inflammatoire). (Somogyi. A. Saint léger. E, 2006, P.47).

L'OMS définit le psoriasis comme étant : « une maladie chronique, non contagieuse, douloureuse et invalidante, pour laquelle il n'existe aucun traitement de guérison ».

1-2) L'évolution du psoriasis :

Le psoriasis peut se déclarer à tout âge. Il débute dès l'enfance et a même été observé à la naissance, mais apparait en général à la puberté et au début de l'âge adulte. Les premiers symptômes peuvent toute fois se

manifester aussi beaucoup plus tard, l'est –à-dire après 45ans, l'évolution de la maladie diffère beaucoup d'un patient à l'autre. Le psoriasis se manifeste d'ordinaire par poussées de durée variable, entre coupées de périodes au cours des quelles la maladie n'est guère perceptible, les patients peuvent rester asymptomatiques pendant des semaines ou des mois, voire des années. Le psoriasis augmente la probabilité de développer une autre maladie sérieuse, comme une maladie de crohn, un diabète, une hypertension, une dépression ou une maladie cardiaque. (Jean. F. Nicolas. J, 1997, P. 38).

On ne peut pas observer et comprendre les anomalies d'une peau psoriasique, sans avoir recours à l'anatomie d'une peau saine.

-La peau saine :

La peau est un organe constitué de trois couches : L'épiderme (tissu le plus superficiel), le derme (tissu conjonctif vascularisé nourricier) et l'hypoderme (tissu de soutien adipocytaire).

1-L'épiderme : est un épithélium pavimenteux stratifié kératinisé, avasculaire, qui ne présente pas non plus de vaisseaux lymphatique et qui se renouvelle continuellement. Son rôle est de produire une couche cornée semi perméable. (Hewit. J, 1976, P. 9).

2-Le derme : plus épais que l'épiderme (de 1 à 4 mm) mais moins dense, est un tissu conjonctif riche en vaisseau sanguins et lymphatiques, assurant la nutrition des deux tissus (derme et épiderme).

Ce derme repose sur l'**hypoderme**, un tissu conjonctif lâche vascularisé, riche en lobules adipeux, assurant le soutien de la peau et les réserves énergétiques pour l'organisme. (Dubois. J, 2007, P. 208)

-La peau psoriasique :

Une peau psoriasique présente au niveau, des lésions les caractéristiques suivantes :

-Acanthose : Elle est définie par une augmentation de l'épaisseur de la couche épineuse. Ce mot vient du grec « athantha » signifiant « épine » et du suffixe « ose » désignant les maladies non inflammatoires (Delamare. G, 2008, P. 1048).

-Agranulose : elle correspondant à la disparition de la couche granuleuse.

-Hyperkératose parakératosique : Ce terme désigne un épaississement excessif de la couche cornée, associée à une persistance anormale des noyaux détachés et sont responsables de l'aspect squameux de la peau psoriasique.

-Hyper-vascularisation du derme : Avant chaque crise psoriasique, les boules capillaires dermiques présentent des micro-vaisseaux supplémentaires augmentant le flux sanguin. Ce phénomène est responsable de la chaleur et de la rougeur de la plaque. (Braverman. I, 2002, P. 3)

-Papillomatose : Ce terme définit l'allongement des papilles dermiques dans l'épiderme, en lien avec l'épaississement de l'épiderme.

-Micro-abcès de Munro-Sabouraud : Un amas de polynucléaires neutrophiles (PNN), normalement absent dans la peau saine est retrouvé dans la couche cornée d'un épiderme psoriasique.

Turnover cellulaire :

La peau d'un malade atteint de psoriasis a un turnover cellulaire accéléré. La vitesse de migration des kératinocytes dans les différentes couches, de l'épiderme est augmentée. Les 21 jours normalement nécessaires à leurs différenciations au cours de leur déplacement vers les couches supérieures sont réduits à 3 jours). (Marie-Pierre. H-S et Ottavy. F, 2013, P. 138)

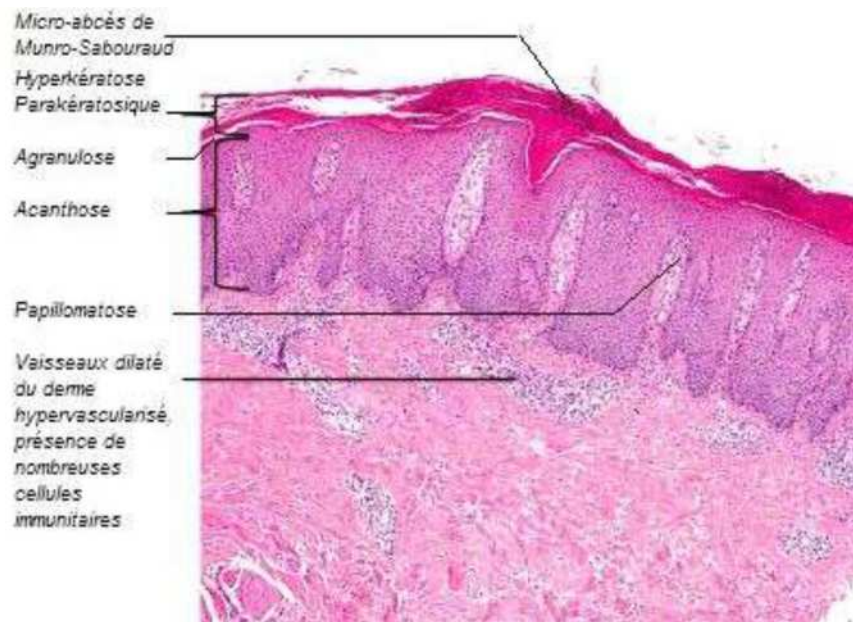


Figure n°1 : Histologie de la peau au niveau d'une lésion psoriasique

(Parsy. A, 2015, P.21)

1-3) Les types du psoriasis :

Le psoriasis se présente différemment d'un patient à l'autre et peut prendre de multiples formes cliniques.

1-3-1) Psoriasis en plaques (psoriasis vulgaire) :

C'est le type de psoriasis le plus fréquent (en viron 80%) la lésion typique est une plaque érythémato-squameuse, c'est-à-dire une plaque rouge, bien limitée, arrondie ou ovale, recouverte de morceaux de peau blanchâtre qui se détachent. La partie de peau (squame) peut être très épaisse.

Ses caractéristiques :

-Induration-épaississement de la peau par endroits, présentant une nette démarcation avec la peau avoisinante.

-Erythème-rougeur de la zone atteinte, la douleur étant parfois décrite comme « rose saumon »

-Hyperkératose- formation de squames argentées dû a l'hyper prolifération des cellules cutanées.

Zones couramment atteintes :

- Cuir chevelu, naissance des cheveux, nuque (rarement le visage) : Est l'une des régions les plus fréquemment touchées par le psoriasis vulgaire.

- Coudes et genoux, paumes des mains, plantes des pieds, Ongles (psoriasis des ongles, psoriasis unguéal entraine des modifications des ongles, des doigts, des orteils...), organes génitaux. (Ezzedine. K, 2013, P. 30)



Figure n°2 : psoriasis en plaque.

Source: <https://www.slideshare.net/drshahidulislam/psoriasis-best-f>

1-3-2) Psoriasis en gouttes :

Le psoriasis en gouttes prend la forme de petites plaques de moins d'un centimètre de diamètre. Cette affection peut faire suite à une infection par streptocoques. Dans le cas du psoriasis en goutte, celui-ci ne se présente pas par plaque, mais par petites gouttelettes disséminées sur tout le corps

notamment sur les zones de frottement avec les vêtements (ceinture de pantalon)

- Commence souvent à l'enfance ou au début de l'âge adulte.
- Apparition rapide souvent à la suite d'infections des voies respiratoires supérieures, d'angines à streptocoques de stress, de lésion cutanée et de prise de certains médicaments. (Hervé. M, 2012, P. 107)

Dans ce type de psoriasis l'implication du streptocoque a justifié des tentatives de traitement par des antibiotiques antistreptococcique durant plusieurs semaines.



Figure n°3: Psoriasis en gouttes

Source: <https://www.slidshare.net/drshahidulislam/psoriasis-best-f>

1-3-3) Psoriasis pustuleux

Il s'agit d'une forme rare de psoriasis (environ de 3% de cas).

- Souvent observé à l'âge adulte
- Se caractérise par des pustules jaunâtres localisées au niveau de la paume des mains ou de la plante des pieds ou généralisées à l'ensemble du corps. Pour ce type de psoriasis on préconise le traitement suivant : Des traitements locaux (dermocorticoïdes), la photothérapie (elle augmente le taux de blanchiment des lésions). (Bessis. D, 2009, P. 2-8)



Figure n°4: Psoriasis pustuleux

Source: <https://www.slideshare.net/drshahidulislam/psoriasis-best-f>

1-3-4) Psoriasis érythrodermique

Forme de psoriasis particulièrement inflammatoire qui touche presque toute la surface du corps, caractérisé par une rougeur de la peau, intense et une desquamation en feuilles plutôt qu'en squames de petites tailles. Il peut entraîner une perte de liquide ou de protéine, un risque accru d'infection et d'insuffisance cardiaque congestive. (Hervé. M, 2012, P. 207)

Le traitement de ce type de psoriasis est un traitement local, avec des bains antiseptiques une hospitalisation, permettant une surveillance dermatologique et un suivi de l'état général du patient.



Figure n°5: psoriasis érythrodermique

Source: <https://www.slideshare.net/drshahidulislam/psoriasis-best-f>

1-3-5) Psoriasis inversé (plis de la peau uniquement)

Dans cette forme de psoriasis, la localisation des lésions est inversée : Ce ne sont pas les zones de frottement qui sont atteintes, mais les plis comme le pli inter fessier, les plis inguinaux, les creux axillaires (sous les bras) les plis sous-mammaires (sous le sein).

- Les lésions sont ici plus inflammatoires que squameuses.

-Par fois plus grave chez les sujets en sur poids. (Jean-F, Nicolas-J, 1997, PP. 50-53).



Figure n°6: Psoriasis inversé

Source: <https://www.slideshare.net/drshahidulislam/psoriasis-best-f>

On peut dire que, ces différents types de psoriasis présentent une pathologie semblable, avec un épaissement de l'épiderme.

1-4) Les principales causes de psoriasis :

La cause du psoriasis est pour l'instant inconnue et les facteurs impliqués sont multiples :

1-4-1) Traumatisme cutané : phénomène de Koebner :

Heinrich Koebner observa en 1872 sur un homme souffrant de psoriasis, qu'après un traumatisme mécanique en peau saine (tatouage, morsure, brûlure, photo toxicité, abrasion, frottement, contusion, pression, incision, chirurgie, vaccination piqûre, acupuncture...) Il y avait apparition d'une nouvelle lésion avec une étroite superposition topographique (appelée réponse iso morphique). Il n'y aurait pas de zone corporelle prédisposée. Ce phénomène serait plus élevé au cours des poussées de la maladie ou chez un malade ayant reçu de nombreux traitements. (Nicolas. JF et al, 1997, P. 239)

1-4-2) Anomalies des kératinocytes :

A) Anomalies de l'expression des signes du kératinocyte :

On observe une sur expression des gènes codant pour la production de cytokines (majoritairement IL-1, IL-6 et IL-8, intervenant dans les phénomènes d'inflammation et d'hyper prolifération épidermique). Et pour des facteurs de croissance comme EGF (Epidermal GRowth factor).

B) Modifications cytoplasmiques du kératinocyte :

En microscopie électronique on observe différents changements de la cellule épidermique.

- Augmentation de l'activité métabolique : Il ya présence d'un réticulum endoplasmique et d'un appareil de golgi hyper-développés.

- Anomalie de kératinisation : Il ya augmentation de l'expression des kératines basales (K5 etK14), diminution des kératines de maturation (K1 et K10) et apparition de plusieurs kératines de prolifération (K6, K16 et K17)
- Anomalie de synthèse de l'enveloppe cornée : Le principal précurseur est une protéine appelée involucrine, qui sera déposée sur la surface interne de la membrane plasmique de chaque cellule.

1-4-3) Facteurs génétiques :

La prédisposition génétique au psoriasis est bien reconnue, des études ont démontré qu'une augmentation de la fréquence d'apparition du psoriasis a été remarquée chez les enfants dont un ou les deux parents sont atteints ainsi, si un parent est atteint de la maladie, l'enfant à de 10% à 25% des chances de la développer. Dans le cas où les deux parents sont atteints, l'enfant a 50% des chances de faire à son tour du psoriasis (Somogyi. A et Saint-léger. E, 2006, P.62)

1-4-4) Facteurs déclenchant et / aggravants :

A) Infectieux :

Les psoriasis aigue en gouttes de l'enfant est la conséquence d'une infection récente à streptocoque (le plus souvent une angine) mais cette cause bactérienne n'est pas valable pour un psoriasis chronique.

B) Médicamenteux :

Certains médicaments peuvent révéler ou aggraver un psoriasis, il est donc important d'en limiter la prise.

-Traitements inducteurs de psoriasis :

Les anti- TNFa (particulièrement adalimumad) ils sont surtout révélateurs donc inducteurs de la maladie.

Les interférons : INFα et INFβ peuvent être responsables d'induction ou d'aggravation de la maladie.

- Le timolol en collyre (B- bloquant) : Serait réellement impliqué dans l'aggravation d'un psoriasis et cela après une crise de plus de 20 mois.
- Le lithium.
- Les antipaludéens de synthèse (majoritairement la chloroquine)
- Les corticoïdes.
- Les ant inflammatoires non stéroïdiens
- La tétracycline
- D'autres antihypertenseurs sont suspectés comme : Les sartans, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion. (Dubertret. L, 2009, P159-162)

C) Obésité :

Il existe une corrélation positive entre l'indice de points corporel (IMC) et gravité de la maladie selon la zone touchée. En effet, le tissu adipeux des patients obèses (IMC supérieur à 30) est responsable d'un état pro-inflammatoire chronique.

D) Environnementaux :

Les facteurs environnementaux peuvent être à l'origine d'une crise psoriasique :

- Le soleil : bien que les bains de soleil soient recommandés pour l'effet bénéfique des UV, et la production de vitamine D par la peau.
- Les bains mer : Il recommandé pour l'effet bénéfique des oligo-éléments sur les squames.
- Les allergènes : Poils de chat, pollen, acariens...
- Alcoolique et tabagique : On remarque que la consommation d'alcool ou de tabac multiplie par deux le risque de développer un psoriasis

E) Endocriniens :

Les changements hormonaux au cours de la vie d'une femme peuvent faire fluctuer la sévérité de la maladie voire la déclencher.

- **Puberté :** pendant la puberté, le taux élevé d'œstrogènes protège de la survenue d'un psoriasis.
- **Cycle menstruel :** avant les menstruations, les taux d'œstrogènes et de progestérones chutent d'où l'aggravation des symptômes psoriasiques.
- **Grossesse :** Les taux d'œstrogènes et progestérones augmentent tout au long de la grossesse et on note une amélioration générale du psoriasis
- **Ménopause :** l'apparition tardive (55-60 ans) est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et 48% des femmes déjà touchées voient leur psoriasis exacerbé avec l'arrivée de la ménopause. (Parsy. A, 2015, P. 16)

1-4-5) Les facteurs psychologiques :

Plusieurs auteurs reconnaissent le psoriasis comme étant une dermatose à caractère psychosomatique, ce qui signifie que ses symptômes physiques peuvent avoir des racines psychologiques.

Un des facteurs psychologiques reconnu dans la majorité des écrits est le stress. Différents auteurs estiment qu'un stress émotionnel tel qu'une séparation, la maladie d'un proche, un échec, une mésentente familiale, ou encore un deuil peut affecter l'émergence et le développement du psoriasis dans 40% à 80% des cas. (Nathalie. T, 1999, P. 11-12).

1- 5) Les Symptômes du psoriasis :

- Chez les personnes saines, la peau se régénère en l'espace de 26 à 27 jours, en cas de psoriasis, cette durée est réduite à 6-7 jours suite à l'intervention du système immunitaire.

- Les lésions sont des plaques, qui démangent, recouvertes de lambeaux de peau qui se détache (squames). Pratiquement toute la surface du corps peut être atteinte de psoriasis, mais également les articulations et les ongles.
- Les plaques peuvent être très localisées avec des squames bien délimitées mais également confluer et recouvrir tout le corps. Les zones qui ont déjà été atteintes de psoriasis ne sont pas à l'abri et risquent d'être à nouveau touchées. Mais de nouvelles plaques peuvent aussi se former et d'anciennes disparaître. (Sibylie. A, 2015, P. 08)

1-6) Diagnostic du psoriasis :

Dans la grande majorité des cas, le psoriasis est diagnostiqué sur le simple aspect des lésions par un médecin expérimenté. La bio prise cutanée peut être utile dans les cas difficiles.

- Diagnostic clinique :

Le diagnostic de psoriasis est avant tout clinique, c'est -a- dire qu'il repose sur l'expérience du médecin qui examine les lésions :

- Lésions érythémato-squameuses, bien limitées, ovalaires ou polycycliques.
- Souvent multiples et symétriques, parfois diffuses.
- Erythème souvent occulté par les squames.
- Taille : De quelques mm (dit en gouttes) à plusieurs cm.
- Localisation caractéristiques : Coudes et genoux (faces d'extensions), région lombosacrée, cuir chevelu (sans alopecie), ongles (en dés à coudre), prurit non typique mais fréquent (30%).
- Biopsie :
- Rarement utile.

- Hyperkératose, para kératose, Acanthose, micro-abcès à PNN, épidermiques aseptiques.

- Formes topographiques :

Inversé : Localisé aux grands plis (intertrigos) non ou peu squameux.

Palmoplantaire : Hyperkératosique et fissuraire, parfois pustuleux.

Des muqueuses : Rare (gland, langue d'aspect géographique).

Généralisé: érythrodermie. (Somogyi. A et Saint-léger. E, 2006, P58)

Tableau n°1 : Présente les manifestations cliniques du psoriasis, le diagnostic est principalement d'ordre clinique, il existe différents types cliniques du psoriasis (tableau 1)

Manifestation clinique	Constataction cliniques
Psoriasis en plaques	<ul style="list-style-type: none"> - Plaque bien circonscrites, érythémateuses et squameuses d'un diamètre de 0,5 cm comme lésion seule ou maladie généralisé. - Classé en sous-groupes selon le site anatomique.
Plis cutanés	<ul style="list-style-type: none"> -Aussi appelé psoriasis intertrigineux ou inversé - Plaques bien circonscrites, peau squameuses et minces, situées dans les plis cutanés (sous le sein, aine, parties génitales, sillon interfessier.
Ongles	<ul style="list-style-type: none"> - Peut se présenter sans plaques concomitantes sur la peau. - Ongle de la couturière, onycholyse distale, hyperkératose sous-unguéale signe de la tache d'huile, hémorragies en éclats, leuconychie, effritement, lunule rouge

Manifestation clinique	Constataion clinique
	-L'atteinte unguéale est un prédicteur d'arthrite psoriasique.
Cuir chevelu	-L'un des sites les plus courants du psoriasis - Souvent difficile à traiter.
Palmoplantaire	- Situé sur la paume de la main ou la plante du pied. - Rougeur et squames confluentes dont la manifestation varie d'une absence de plaques évidentes, à de larges plaques couvrant la paume ou la plante, en passant par des régions squameuses ou fissurées mal définies.
Autres variantes En goutte	-Eruption aigue de petites papules en forme de « gouttes de rosée » d'un rose saumon avec de fines squames sur le tronc ou les membres. - Peut apparaitre à la suite d'une pharyngite streptocoques du groupe A ou d'une dermatite périanale à streptocoques du groupe A.
Pustuleux	- Grappes de pustules monomorphes sur une peau douloureuse avec inflammation - Le plus souvent situé sur la paume de la main ou la plante du pied.
Erythrodermique	- Apparition aigue ou sous- aigue d'un érythème généralisé couvrant plus de 90% du corps du patient avec peu de squames - Pourrait être associé à l'hypothermie, à

Manifestation clinique	Constatacion clinique
	<ul style="list-style-type: none"> - l'hypo albuminémie, à un déséquilibre des électrolytes et à une insuffisance cardiaque à débit élevé. - Urgence potentiellement mortelle
Annulaire	<ul style="list-style-type: none"> - Plaques squameuses bien démarquées et érythémateuses avec peau intense au centre.

(Hewitt. J, 1976, P. 14)

-Diagnostic différentiel :

- Pityriasis rosé de Gibert : taches rosées finement squameuses à centre plus claire en voire de guérison, prédominant au troc et à la racine des membres, guérison spontanée en quelques semaines.
- Dermite séborrhéique : localisée au visage, au cuir chevelu et à la région médio thoracique.
- Dermatite atopique : terrain atopique, lésion du visage et des plis.
- Intertrigo mycotique si psoriasis inversé.
- Autres érythrodermies.
- Syphilis secondaire : si psoriasis en gouttes. (Somogyi. A. et Saint-léger. E, 2006, P. 58- 61).

1- 7)-Le traitement du psoriasis :

Il n'existe pas encore de traitement curatif qui pourrait guérir définitivement la maladie, mais certains médicaments peuvent soulager l'intensité des éruptions cutanées durant les épisodes de psoriasis.

1-Traitements locaux : On commence tout d'abord par traiter la dermatose par voie local, à l'aide des topiques comme l'utilisation de :

- **Emollients :** ils ont pour but d'hydrater la peau, empêchant ainsi un prurit donc un phénomène de Koebner. De plus, ils ramollissent les squames.
- **Kératolytiques :** Ils ont pour but de diminuer la cohésion intercellulaire des cornéocytes pour augmenter la desquamation. (Acide salicylique, Urée).
- **Réducteurs :** les goudrons ont une action antiproliférative, antiprurigineuse et anti-inflammatoire comme : « huile de cade » il s'utilise en versant dans un bain tiède, deux à quatre cuillères à soupe.
- **Dermocorticoïdes :** Ils sont utilisés en traitement de courte durée et pour des petites surfaces corporelles, le traitement ne sera jamais brutalement interrompu car il existe un risque « effet rebond » mais la dose sera progressivement diminuée après disparation des lésions.
- **Vitamine D3 :** possède les mêmes activités anti- inflammatoires et antiprolifératives. (Hervé. M, 2012, PP. 110-111).

2-Photothérapies: utilise la lumière artificielle de lampes
-Photothérapie par UVA :

Cette thérapeutique est appelée PUVA thérapie une forme de traitement qui associe la **photothérapie UVA** à l'utilisation d'une substance appelée **psoralène**, elle est indiquée chez les patients ayant une peau foncée pour traiter des psoriasis étendus (50% de la surface corporelle touchée).

-Photothérapie par UVB :

Elle convient aux enfants de plus de 8 ans, à la femme enceinte et aux peaux claires.

Thérapies naturelles :

Comme la phytothérapie privilégie l'extrait d'écorce de Mahonia, le poivre de Cayenne (piments et chili) et les goudrons végétaux ; la racine de salsepareille serait également efficace dans le psoriasis.

Phytothérapie : (L'utilisation des plantes), dans le cas d'un psoriasis, plusieurs catégories de plantes peuvent être envisagées : les plantes anti-inflammatoires comme : Le basilic dont on récolte l'huile, la courge (Cucurbita pepo), les extraits des feuilles d'Acanthus mollis...

Les plantes hydratantes : (l'huile végétale d'olive est riche en acides gras insaturés...). (Gernot. R, 2006, P. 2-10).

Il est important avant administration médicamenteuse, de donner au patient des conseils simples mais efficaces : le port de vêtements amples pour éviter les frottements l'utilisation d'un savon doux pour éviter l'irritation...

On peut dire que la diversité des formes clinique du psoriasis, ainsi que la complexité de sa physiopathologie qui implique plusieurs mécanismes (inflammation, auto-immunité...) et ses nombreuses molécules associées, rendent cette maladie compliquée à diagnostiquer et à prendre en charge.

2) Aspect psychologique du psoriasis :

2-1) L'état psychologique des personnes atteintes du psoriasis :

La souffrance psychologique des patients atteints de psoriasis est importante et elle ne dépend pas toujours de l'importance des poussées ou de la sévérité du psoriasis.

-Le stress :

Le stress est un mécanisme de défense face à un agresseur, mais qui peut influencer de façon négative sur les poussées du psoriasis. Il désigne la réponse de l'organisme aux différentes agressions physiologiques ou psychologiques. Selon une étude portant sur 5600 patients atteints de psoriasis, plus de 30% ont déclaré qu'ils croyaient que le stress provoquait leurs éruptions de psoriasis. Selon une autre étude portant sur 2144 patients ayant du psoriasis, 40% d'entre eux associaient l'apparition de plaques de psoriasis avec les évènements de la vie courante. (Pomarède. N, 2006, P. 21)

-Les traits de la personnalité :

Plusieurs études ont permis d'identifier un profil psychologique commun aux patients atteints de maladies auto-immunes : soumission, évitement des conflits tendance au perfectionnisme, altruisme, effacement des besoins personnels, inhibitions émotionnelle avec difficultés à identifier et placer des mots sur ses émotions, vulnérabilités à la dépression .On place donc des espoirs d'amélioration thérapeutique dans les traitements par psychothérapie(amélioration à exprimer ses émotions, identifier ses facteurs de stress...). (Parsy. A, 2015, P. 17).

-Le moi –peau

Pour Didier Anzieu, psychologue stagiaire dans un service de dermatologie, la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique mais possède également une fonction psychologique. Déjà visible par ses propriétés sensorielles d'où les expressions « à fleur de peau » ou encore « avoir quelqu'un dans la peau ». C'est ce qu'il appelle « le parchemin originaire », lieu d'inscription et de trace des choses et mots du passé. Pour lui « c'est la spécificité des expériences corporelles qui va se traduire par la spécificité des processus de pensée et donc par les angoisses et les inhibitions correspondantes ». (Anzieu. D, 1987, P.17).

-Peau et stigmatisation :

Les conduites spécifiques décrites par Goffman chez les stigmatisés ; s'appliquent bien entendu aux personnes atteintes de dermatose. La maladie de peau, visible, inscrite à la surface du corps, plus ou moins dissimulable, génère inévitablement cet effet de stigmatisation. Avec la création d'unités socio esthétiques qui proposent à des patients un maquillage correcteur médical à fin de diminuer les lésions affichantes. (Bruchon. S, 1999, P.35).

2-2) L'image du corps chez les psoriasiques.

Il s'agit de l'image que nous renvoie notre corps, c'est le seul élément concret, visible dont nous disposons pour nous juger. L'image corporelle est définie par « Bob Price » directeur de l'enseignement par correspondance au Royal Collège à Londres.

Le psoriasis renvoie à la perte de la beauté, à la laideur physique ainsi que morale. En effet par son caractère affichant qui consiste en l'apparition d'une sorte de desquamation de la peau sous forme de plaques sèches, celles-

ci peuvent provoquées de l'insécurité, le dégoût et de la honte envers leur propre corps. (Www. Chups. Jussien. Fr).

2-3) La qualité de vie chez les personnes atteintes du psoriasis :

Selon une enquête réalisée en 2002 par Europso (fédération Européenne des associations de patient atteintes du psoriasis). Ils ont remarqués que les patients déclarent que le psoriasis représente un trouble très important dans leur vie : Des troubles de sommeil qui sont lié au psoriasis et aussi, des difficultés au niveau de leur vie sexuelle ,c'est impossible d'être coquette et de séduire avec cette maladie, certains évoquent des rapports douloureux, du fait d'une atteinte des parties génitales. Ces malades trouvent des difficultés dans le choix de leurs vêtements qui cacheront les zones affectées s'accompagne souvent de changement de comportements, servant là aussi à camoufler les stigmates : mettre les mains dans les poches ou se cacher le visage. On constate que beaucoup de personnes souffrant de psoriasis évitent certaines activités, essentiellement sociales, telles que soirées où elles risquent de rencontrer de nouvelles personnes. Elles n'aiment pas qu'on les prenne en photo, pour ne pas voir une image qui leur déplaît. Ces personnes évitent les situations où l'attention se porte sur elles, comme la prise de parole en public, ou la pratique d'un sport qui peut dévoiler leurs lésions, comme le tennis ou la natation. (Grob. J-J, 2004, PP. 93-96)

Donc le psoriasis a une influence très forte sur la vie quotidienne que se soit au niveau professionnel, scolaire ou au niveau des loisirs et activités sportives.

2-4) L'influence psycho- social du psoriasis :

Le niveau de handicap ressentir par les personnes souffrant de psoriasis peut être équivalent à celui de maladies telles que l'asthme, l'arthrite, le mal de dos, la bronchite chronique, le psoriasis est considéré comme une maladie

bénigne. Les conséquences psychologiques d'un psoriasis sont variables, elles sont indépendantes de la sévérité globale du psoriasis, qui peut s'aggraver à cause des troubles émotionnels qui l'accompagnent. Ces effets secondaires psychologiques et comportementaux ne semblent pas être liés à la sévérité clinique de la maladie, la localisation du psoriasis en particulier sur les mains ou le visage, peut avoir un impact psychologique plus important. La perte de l'estime de soi peut conduire à une dépression, le problème c'est que l'on peut mettre dans la tête de l'autre ses propres sentiments, comme le dégoût ou le rejet. Les conséquences de cet état, égales dans les deux sexes, peuvent se traduire par un retrait social (notamment parfois par le refus du mariage, et dans certains cas, un désir de mort). Le psoriasis peut également avoir un influence sur la carrière du patient, que ce soit au niveau du choix (difficile d'être boulanger ou esthéticienne), ou au niveau des promotions, surtout si le métier comporte des contacts avec le grand public, et peut nécessiter des congés ou arrêts de travail. (Grob. J-J, 2004, P. 96 -98).

On peut dire que toute affection somatique peut réaliser chez le sujet malade une blessure narcissique plus ou moins profonde, c'est-à-dire une atteinte de l'image de soi, accompagnée d'une perte de l'estime de soi.

2-5) Les troubles psychologiques des personnes psoriasiques :

Le psoriasis entraîne souvent des conséquences psychologiques chez les personnes qui en sont atteintes, car la peau est l'objet de toutes les attentions.

-Le psoriasis engendre un sentiment d'isolement :

Cette pathologie provoque souvent un sentiment d'isolement qui empêche de vivre normalement. En effet, les plaques du psoriasis sont situées la plupart du temps sur des zones découvertes, visibles de tous, comme le visage, les mains et les bras. Lorsque les plaques atteignent le visage, le

psoriasis est très mal vécu par les malades qui le vivent comme une atteinte à leur image et une diminution de leur potentiel de séduction. Lors de poussées de psoriasis, les personnes qui en sont atteintes n'osent pas sortir, aller à la piscine ... et vivent repliées sur elles mêmes. (Didier. B, 2007, P. 60).

-Stress et psoriasis : un cercle vicieux

Un choc psychologique, une grande angoisse, le passage d'un examen ou un conflit représentent des facteurs déclenchant d'une poussée de psoriasis. D'autre part, le psoriasis, maladie très souvent mal vécue, provoque un stress important, en effet, le regard des autres, la peur de voir réapparaître ou s'aggraver le psoriasis, la sensation d'être différent et peu séduisant entretient le stress provoqué par la maladie (Pomarède. N, 2006, P. 21).

-La dépression :

Les difficultés psychologiques rencontrées au cours de la vie quotidienne d'une personne atteinte d'un psoriasis, peuvent conduire au fil des mois ou des années à une dépression dont la plupart des souffrants ont une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont la diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort ou de suicide, des troubles de sommeil. (Www. Psycom. Org-contact@. Com)

-Troubles sexuels :

Le retentissement sur la vie sexuelle des patients doit être évalué puisqu'il est Présent chez 25 à 70 % des malades. Les troubles sexuels peuvent s'expliquer par deux mécanismes principaux :

- La diminution de l'estime de soi provoquant un comportement d'évitement,
- Les troubles de la fonction érectile peuvent s'expliquer par les troubles Psychologiques et le lien entre le psoriasis, les maladies cardiovasculaires et

l'athérosclérose. Le dysfonctionnement érectile est retrouvé chez 50% des malades. (Didier. B. 2007, P. 61)

On peut dire donc que, les troubles psychiques peuvent en effet influencer les maladies dermatologiques mais ils peuvent également être une conséquence de ces maladies en raison de l'altération de la qualité de vie de ces patients.

2-6) Le soutien psychologique

Le soutien psychologique, passant essentiellement par une écoute attentive et un dialogue, pour les personnes atteintes de psoriasis et leur famille, en vue de dédramatiser la maladie et de surmonter l'état dépressif qu'entraîne très fréquemment une poussée de psoriasis ou l'échec d'un traitement, alors le patient a besoin de comprendre les raisons de cet échec. Ce soutien psychologique peut aussi prendre la forme de groupes de parole, animés par un psychologue, psychiatre ou psychanalyste, qui permettent souvent de remotiver le patient pour une nouvelle approche thérapeutique, renouant alors le dialogue avec son dermatologue. L'éducation des patients, dans la mesure où un traitement bien compris sera mieux observé, et par voie de conséquence plus efficace. Cet aspect didactique passe par la réalisation de films, tels que la planète psoriasis, primé aux entretiens de Bichat en 1998 d'affiches pour sensibiliser le grand public à la non-contagiosité de la dermatose. Ou pour inciter le patient à demander conseil à son médecin dermatologue et arriver ainsi à contrôler son psoriasis. (Grob. J-J, 2004, P.99).

Donc on peut dire que ; l'état psychique et celui de la peau sont étroitement liés. Eviter le stress autant que possible ou, si le stress quotidien prend trop d'ampleur, essayez une technique de relaxation ciblée (relaxation

musculaire selon Jakobson, training autogène). Prenez soin de votre psychisme.

2-7) Les thérapies psychologiques de psoriasis :

Le but de ces thérapies est de montrer aux patients que ce qu'ils ressentent jusqu'à présent comme une souffrance et une difficulté dans la vie quotidienne puisse devenir une force.

-Thérapies cognitive-comportementale :

Elles permettent d'accéder à l'image et l'estime de soi, le patient développera la capacité de mieux comprendre l'origine de sa maladie pour pouvoir s'accepter autant qu'il est et s'adapter avec sa nouvelle peau. Ces thérapies permettent entre autre à mieux gérer le stress et de modifier certaines addictions comme le tabac et l'alcool. (Pomarède. N, 2006, P. 21).

-La relaxation et gestion de stress :

Elle est reconnue scientifiquement comme une technique efficace pour de nombreux problèmes physique et psychologique, mais aussi un moyen d'explorer nos émotions négative et d'agir sur elles. Cette technique permet de cultiver la sensation de bien-être de confiance et d'estime de soi nécessaire à notre épanouissement personnel. Par la relaxation nous pouvons dominer beaucoup d'émotions qui paraissent inaccessible au raisonnement et au bon sens. Se relaxer, c'est faire tomber les tensions inutiles pour se concentrer uniquement sur celle nécessaire. Cette thérapie peut servir dans la diminution de l'intensité des poussées, en menant les personnes psoriasiques à se sentir mieux dans leurs peaux. Les experts recommandent diverses techniques de relaxation pour réduire le considérable effort que résultent le psoriasis et son traitement de pleine conscience, la respiration profonde, le yoga. (Jérôme. P, 2010, P. 37).

Ces thérapies sont généralement bénéfiques pour les patients atteintes de maladies dermatologique puisqu'ils vont percevaient leur maladies de façon différente et des sciences vont leurs permettre d'analyser les divers symptômes et ce qui représente pour eux : honte anxiété, stress, douleur et gêne.

Synthèse :

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse multifactorielle, d'origine inconnue. Il peut avoir des effets dramatiques sur l'apparence physique des patients, ces derniers peuvent être soumis à un sentiment de honte, une mauvaise estime de soi et un isolement social. Bien que cette maladie ne mette pas en jeu la vie des patients, sa répercussion sur la qualité de vie peut parfois être comparée aux effets du cancer ou des maladies cardiovasculaires.

Partie pratique

Chapitre III

La méthodologie de la recherche

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

CHAPITRE III : La méthodologie de la recherche

Préambule	66
1)-La pré-enquête	66
2)-La méthode de la recherche	67
3)- Les limites de la recherche	68
4)-La population d'étude	69
5)-Présentation de lieu de recherche	70
6)-Les techniques de la recherche	71
7)-Le déroulement de la pratique	79
Synthèse.....	80

Préambule :

Après la présentation de la première partie qui constitue le côté théorique de notre recherche, la deuxième partie pratique vient compléter notre étude dans le but de vérifier nos hypothèses émises au départ.

Cette partie pratique comprend les éléments suivants : la présentation de la pré-enquête, la méthode de la recherche utiliser, le lieu où on a effectué la recherche, ainsi que les outils d'investigations utilisés et enfin, la présentation et l'analyse des résultats obtenus et la vérification des hypothèses.

1)La pré-enquête :

La pré-enquête représente une étape très importante dans notre projet de recherche. Elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de recueillir le maximum d'informations qui permettent le déroulement de l'enquête.

La pré-enquête nous permet la découverte de notre terrain d'études et d'enrichir par des références bibliographiques et de pouvoir limiter et cerner notre thème de recherche, en améliorant nos connaissances sur le sujet d'étude et aboutir à un maximum d'informations. Comme elle nous permet de vérifier la disponibilité des cas et la fiabilité de notre guide d'entretien et notre échelle. Son importance apparait dans la définition suivante : « la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ces hypothèses. (Aktouf. O, 1987, P. 102).

Notre pré-enquête s'est déroulée au sein du cabinet médical de dermatologie, à cité du 5 juillet Bt 1 Dawajil à Bejaia. Notre première visite s'est effectuée le 10 /12/ 2017, on a eu une discussion avec la réceptionniste sur la possibilité d'en parler avec le dermatologue pour avoir accès à son cabinet afin d'effectuer notre stage pratique en vue de réaliser notre recherche.

Le docteur nous a permis d'assister à toutes les consultations dermatologiques ce qui nous a servi dans la construction de notre population d'étude. Après avoir le consentement des personnes atteintes du psoriasis, on les informe sur les techniques de la recherche tout en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin de s'informer sur leurs états psychologiques. Puis appliquer le test d'estime de soi de Cooper Smith pour évaluer leur degré d'estime de soi. Au départ on a remarqué une sorte de timidité chez certains patients, ce qui a évoqué en nous une curiosité afin de connaître l'influence de cette maladie sur l'estime de soi.

Cette pré-enquête nous a permis de construire le guide d'entretien, par conséquent nous étions dans l'obligation d'assister au moins trois fois par semaine, vu que les personnes atteintes de psoriasis ne prennent pas de rendez-vous.

2) Méthode de la recherche :

Un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la méthode de travail, le chercheur doit donc s'assurer de la faisabilité de son thème, en reconnaissant les points d'appuis et les obstacles de terrain choisis. Alors, cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et enregistrées, donc une bonne organisation lui est nécessaire au bon déroulement du travail.

Dans le but de la réalisation de notre étude nous avons optées pour la méthode descriptive, qui est la méthode la plus convenable pour la description du concept de l'estime de soi, mais aussi l'image du corps de ces personnes.

Nous avons choisis d'utiliser l'étude de cas qui est une méthode descriptive, qui consiste en une observation approfondie d'un cas, elle nous permet de regrouper un grand nombre de donnée, ainsi que des méthodes différentes (entretien, échelles clinique) afin de comprendre aux mieux le sujet de manière globale. (Chahraoui. K et Benny. H, 2003, P.125).

De plus, les études de cas s'avèrent fort utiles lorsque des considérations d'ordre pratique ou éthique ne permettent pas de faire appel à d'autres moyens pour recueillir des informations, ou lorsque des circonstances exceptionnelles rendent impossible l'étude de certaines questions d'ordre générale. (Tarvis. C et al, 1999, P. 39).

Grâce à cette méthode, on va essayer de décrire l'ensemble des sujets atteints de psoriasis et tenter de vérifier les hypothèses émises au départ à partir des résultats obtenus de l'échelle de l'estime de soi de chaque cas.

3)-Les limites de la recherche :

-Notre recherche s'est déroulée au sein d'un cabinet médical de dermatologie qui se trouve à –DAWAJI -Bejaia. Du 10/ 12/2017 au 29 /04/2018.

-Notre groupe de recherche est composé de 05cas qui présentent le psoriasis.

-On a utilisé comme outils l'entretien clinique semi-directif et l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith (forme adulte), et on a adopté la théorie cognitivo- comportementale.

4)-Notre population d'étude :

Comme le thème de la recherche l'indique, notre travail se portera sur l'étude « des personnes atteintes du psoriasis », a été choisi selon quelque critères que nous allons citer ci- dessous :

Notre population d'étude est composée de trois (03) femmes et de deux (02) hommes, âgée de 25 à 40 ans.

-Critères d'homogénéité :

- Tout les cas de notre étude sont des personnes atteints par le psoriasis.
- Tout les sujets sont des personnes adultes.

-Critères d'hétérogénéités :

- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération, car cette pathologie peut toucher toute les classes sociales.
- Notre population d'étude présente différente types du psoriasis
- L'âge d'apparition de psoriasis de nos cas est différent.
- La souffrance vécue par chaque cas est différente, car cela dépend de la gravité de psoriasis.

Tableau n°02 : récapitulatif des caractéristiques de choix de population :

Cas	Age	Niveau	Situation	Début de la maladie
1 ^{er}	25 ans	Universitaire	Etudiante	Depuis l'adolescence
2 ^{èm}	27 ans	Lycien	Serveur	A l'âge de 15 ans
3 ^{èm}	40 ans	Universitaire	Enseignante	A l'âge de 16 ans
4 ^{èm}	30ans	Terminal	Agent de sécurité	Depuis l'enfance
5 ^{èm}	34ans	Secondaire	Coiffeuse	Après l'accouchement

Le tableau ci- dessus récapitule les cas étudié, englobant l'âge, le niveau d'étude, situation professionnelle et le début de la maladie.

Concernant les noms des patients, nous avons tenu à les changer pour garder l'anonymat complet.

2) Présentation de lieu de recherche :

L'approche de terrain est très importante pour réaliser une étude ou une recherche scientifique puisque elle constitue une base de données et d'information sur le sujet étudié, afin de réaliser cette étude et être en contact avec les personnes atteintes par le psoriasis, nous avons effectué notre stage pratique et notre étude au sein de cabinet médical de dermatologie, cité 5juillet 48logts- Bejaia qui comprend:

- Un bureau d'accueil où se trouve une secrétaire qui s'occupe des rendez-vous pour les malades.
- Une salle spéciale pour les consultations.
- Deux salles d'attente (une pour femmes et l'autre pour hommes).
- Deux salles : une pour « les soins de peau » et l'autre pour le « laser » bien équipé avec un matériel moderne.
- Une autre salle pour « le peeling ».

6)-Les techniques de la recherche :

Dans le cadre d'une recherche scientifique, notamment en science humaines et sociales, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et valider notre étude. Sachant que notre travail de recherche porte sur l'estime de soi chez les personnes atteintes de psoriasis, nous avons optées pour la combinaison de deux sortes d'outils ; l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith, dans le but de mesurer le niveau de l'estime de soi chez ces personnes, ainsi que l'entretien semi-directif car il permet de guider la personne interrogée tout en la laissant s'exprimer librement et de collecter des données concernant notre thème de recherche.

6-1)-L'entretien clinique :

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines : c'est notamment le cas de la psychologie clinique. Compte tenu des spécificités de cette discipline, la recherche dans ce domaine a pour objectif de créer des connaissances nouvelles et de permettre des généralisations. (Chahraoui. k et Benony. H, 2013, P. 61).

Sachant que l'entretien clinique comprend trois(03) types ; l'entretien clinique directif, semi -directif et non- directif, et dans notre travail de recherche, on a optée pour l'entretien clinique semi- directif.

6-2)-L'entretien clinique semi-directif :

Ce type d'entretien semi-directif se définit comme : « une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individus pris isolément, mais aussi dans certain cas, auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations ». (Angers. M, 1997, P .144).

L'entretien semi-directif, ou semi-dirigé, est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. (Quivy. –R, 1995, P.195).

Les entretiens semi-directifs sont menés sur la base d'un guide d'entretien constitué de différents « Thème-question » préalablement établie en fonction des hypothèses. (Alberello .L, 2003, P.69).

L'entretien semi-directif nous a servi comme support dans notre investigation scientifique, il a permis à nos sujets de s'exprimer librement après avoir posé les questions qui nous permettent de comprendre l'influence du psoriasis sur l'estime de soi de ces personnes.

6-3)-Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est souvent associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. A. Blanchet (1985) distingue deux types de consignes :

- Celles qui induisent un discours d'opinion : « j'aimerais que vous me parliez de ... », « ce que cela représente pour vous » ;
- Et celles qui induisent un discours de narration : « j'aimerais que vous me parliez de ... », « comment ça s'est passé ? »

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directives ; il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui. K et Benony. H, 2013, P. 69).

Nous avons effectué les entretiens en suivant un guide formulé à l'avance qui contient quatre (4) axes, dont chaque un contient un ensemble de questions qui visent à recueillir des informations concernant nos hypothèses et de compléter l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte.

Axe 1 : Les informations général sur le cas.

Axe 2 : Informations sur la maladie du psoriasis.

Axe 3 : Informations sur l'estime de soi.

Axe 4 : Informations sur le regard de l'autre.

6-4) L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

Pour mesurer le niveau d'estime de soi de notre population d'étude, on a privilégié un instrument anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le

Centre de Psychologie Appliquée (CPA). Il s'agit de l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith (SEI). L'inventaire a donc été pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi. (Cooper. S, 1984, P. 10)

-Construction de l'inventaire :

L'inventaire de l'estime de soi a été construit pour mesurer les attitudes évaluative envers soi-même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel. Une échelle de mensonge a été ajoutée, le SEI (Self Estime Identité) comporte 58items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant case « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ».

Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte) :

La forme scolaire : elle été élaborée au cours d'une vaste étude sur les origines, les implications et les Co-relations de l'estime de soi. Tout les items et les énoncé étaient formulés de façon a convenir a des enfants a partir de 10 ans. Ces items ont été classés en deux groupes : ceux qui reflètent une estime de soi élevé et ceux qui reflètent une estime de soi faible.

La forme adulte : elle a été créée à partir de la forme scolaire, en l'adaptation au monde adulte. Certaines formulations ou situation ont été modifiées de façon à convenir aux personnes insérées dans la vie professionnelle, sociale et familiale qui est habituellement celle d'un adulte.

-Cotation :

La cotation de test S.E.I se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith.

Tableau n°03 : Présente la cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

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

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau n°04 : Présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

Items positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items 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

Source: inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

Les items sont aussi repartis selon les composantes théoriques de l'estime de soi en plus une échelle de mensonge.

Tableau n°05 : Présente les sous échelles de l'estime de soi.

Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57
Echelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52
Echelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44
Echelle professionnelle	2-17-23-33-37-42-46-54
Echelle de mensonge	26-32-63-41-45-50-53-58

Source : Inventaire de Cooper Smith

L'administration :

L'administration de l'inventaire de l'estime de soi peut être individuelle ou collective, la forme scolaire s'applique aux enfants et aux adolescents scolarisés, et la forme adulte aux personnes ayant terminé leur scolarité.

Au cours de l'administration il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explication, et aussi l'emploi du terme « estime de soi » doit être évité. (Cooper Smith, 1984, P. 10).

-La consigne d'administrations et le temps de passation :

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

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

Quand une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de colonne intitulée « me ressemble ».

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

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

Le temps de passation dure environ dix minutes.

-Les étapes d'analyse des résultats de test d'estime de soi :

L'analyse des résultats de test d'estime de soi celui de Cooper Smith se fait en deux étapes qui sont les suivantes :

-Classement et interprétation :

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

Nos données se présentent sous forme de fréquences et constituent donc des données qualitatives.

Afin de pouvoir interpréter ces données on s'est appuyé sur deux tableaux ; le premier tableau décrit le niveau total de l'estime de soi en cinq classes, le deuxième comprend les valeurs caractéristiques des échelles, que ce soit ; général, social, familial ou professionnel, le total et mensonges.

Tableau n°06 : Indiquant les niveaux de l'estime de soi :

Classes	Limites des classes	Niveau d'estime de soi
1	<33	Très bas
2	33 à 40	Bas
3	41 à 45	Moyen
4	46 à 49	Elevé
5	50	Très élevé

Source : Inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

A partir de ce tableau, on aura la possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon cinq classes. La première (<33) qui est la note minimale indiquant un niveau d'estime de soi très bas, la seconde (34 à 40) indique un niveau d'estime de soi bas. Ces deux classes englobent les sujets caractérisés par une évolution négative d'eux même. Ensuite la troisième classe (41 à 45) considérée comme le niveau moyen d'estime de soi, indicateur d'une évaluation positive de soi. La quatrième indique un niveau d'estime de soi élevé (46 à 49) considérée comme une bonne estime de soi.

Enfin, la cinquième et la dernière classe (50) englobant les sujets ayant un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale. (Cooper Smith, 1984, P.13)

Tableau n°07 : Valeurs caractéristiques des échelles :

	Général	Social	Familiale	Professionnelle	Totale	Mensonge
Moyennes	22.16	6.70	6.88	6.72	42.46	3,22

Source : Inventaire d'estime de soi Cooper Smith

Ce tableau précédant va nous aider à repérer par une comparaison intra individuelle, le domaine où l'estime de soi est basse ou la plus élevée. Il est utilisé aussi dans l'interprétation de la note d'échelle de mensonge. Une note élevée à cette échelle peut simplement indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi. L'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu à cette échelle, notons que la note maximum est 26 pour l'échelle générale, de 8 pour les autres échelles. Elle est (50) pour la note totale d'estime de soi.

7)-Le déroulement de la pratique :

Après avoir choisi le lieu de recherche (cabinet médicale de dermatologie, cité de 5 juillet BT 1 à Dawajil Bejaia), on a effectuée des entretiens préliminaires ceux-ci nous ont permis de préciser et de sélectionner notre population d'étude qui répond aux exigences du thème de la recherche qui est « l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis ». Des entretiens cliniques ont été réalisés avec des patients atteints de cette maladie, qui ont donné leur consentement pour la participation à cette recherche.

Dans notre population d'étude, il y'avait des personnes qui ne comprenaient pas la langue française donc, nous étions dans l'obligation de traduire en arabe ou en kabyle les questions pour arriver à acquérir des réponses. On note aussi qu'on a pris du temps pour faire passer l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte, afin d'avoir les bonnes

informations sur ces personnes pour pouvoir vérifier les hypothèses de notre thème de recherche.

Synthèse :

Pour conclure, on peut dire que ce chapitre méthodologique nous a permis d'ordonner et de bien organiser notre démarche descriptive, et d'obtenir des résultats scientifique.

Chapitre IV
Présentation, analyse
des résultats et
discussion des
hypothèses

CHAPITRE IV : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule	83
1-Présentation et analyse des entretiens et les résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith (S. E. I).....	83
2-Discussion des hypothèses.....	109
Synthèse.....	111

Préambule :

Dans ce chapitre, nous allons procéder à la présentation des cas, puis on va analyser les résultats du guide d'entretien clinique semi-directif, ensuite on passe à la présentation des scores de l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith.

Cette analyse nous permettra de déduire des synthèses de chaque cas qui va nous aider à confirmer ou infirmer nos hypothèses émises au départ.

1) Présentation et analyse des entretiens et les résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith (S.E.I).

-Présentation et analyse des résultats:

Le premier cas « Manel »

L'entretien avec Manel s'est fait d'une manière très facile et spontanée, le discours avec elle était riche. Elle était contente d'avoir parlé avec nous parce qu'elle avait besoin de quelqu'un à son écoute.

Axe n°01 : Informations générales sur le cas

Manel de sidi Ahmed, jeune fille âgée de 25ans, étudiante en Master II commerce internationale à l'université d'Alger, elle est la fille unique d'une fratrie de deux garçons, issue d'une famille, avec un niveau socio-économique moyen, orpheline de père depuis 10 ans.

Axe n°02 : Informations sur le psoriasis

Lorsque on a interrogées Manel sur le début d'apparition du psoriasis, elle nous a informées que sa souffrance remonte à l'adolescence « *ivdayed am takomt j'ai tout essayée, les shampoings, anti pelliculaire...mais ça n'a rien donné* » (cela à débiter par des pellicules et j'ai tout essayé, les shampoings

anti pelliculaire de toutes sortes, mais cela ne marchait pas parce que je ne savais pas qu'il s'agissait du psoriasis).

Quand on l'a questionné sur le type du psoriasis qu'elle présente, *Manel répond* : « *j'ai un psoriasis en plaque g qeroyiw, g fassniw...c'est des plaques rouges ça démange* » (j'ai un psoriasis en plaque, je me gratte toujours la tête et puis ça a commencé sur mes coudes, j'avais des espèces de plaques rouges et de la peau morte dessus, des plaques blanches).

Et concernant les raisons qui ont été à l'origine de sa maladie, *Manel affirme* : « *assemi s3igh 14ans j'ai perdue mon père, je n'ai pas pu supportée pasque ligh très attaché ghoress* » (cela a commencé à la mort de mon père lorsque j'avais 14 ans, c'est venu d'un coup). Cela signifie que l'apparition du psoriasis est due à sa séparation avec son père.

Manel avoue qu'elle était déçu après avoir su qu'elle est atteinte du psoriasis qui est chronique et elle ajoute que personne de sa famille n'est atteint de cette maladie : « *c'était terrible pour moi, surtout quand le dermatologue ma informée que c'est une maladie qui va m'accompagné durant toute ma vie, en plus je suis la seule dans ma famille qui est présenté s cette maladie* ». Cela indique que, le psoriasis que présente Manel n'est pas dû à une prédisposition héréditaire, mais à un choc émotionnel suite à la perte de son père.

En ce qui concerne le traitement Manel avance : « *j'ai consultée bezafn les dermatologues, chacun me prescrit des traitements à suivre mais au final ça n'a rien donné et le malheur c'est que g chetwa c'est encore pire !!!* » (J'ai vue plusieurs dermatologues, j'ai pris mes traitements correctement, mais ça ne marchait pas surtout pendant l'hiver, où j'ai fini par en avoir aussi sur le visage, autour des oreilles, sur les sourcilles).

Elle atteste : *«j'évite au maximum les repas froid, le sel, les épisses, le Picon... sans oublier que je trouve des difficultés à prendre mon bain »*. Cela veut- dire que le psoriasis a conditionné la vie de Manel, ça a devenu comme un handicap dans la mesure où elle s'est privée de ses plats préférés mais aussi dans l'accomplissement de ses tâches quotidienne.

Axe n°03 : Informations sur l'estime de soi

En interrogeant Manel sur ce que représente le psoriasis pour elle, cette dernière avoue: *«3ofegh imaniw mazaregh ces plaques sur mon corps, bghigh adess3ogh une peau belle am tin n teqchichin ikel »* (je déteste mon corps surtout quand je vois ces plaques, je veux avoir une jolie peau comme les autres filles) c'est-à-dire elle considère le psoriasis comme une maladie sale ce qui a développé chez elle une basse estime de soi vis-à-vis de son image du corps cela signifie qu'elle a honte de sa peau qui est déformé par le psoriasis, ainsi que l'illustre le passage suivant : *« Nous sommes souvent portés à nous comparer aux autres lorsque nous nous évaluons et ce à plusieurs niveaux (apparence), de telles comparaisons influencent négativement notre estime de soi »*. (Service de psychologie local, 2004, P.11).

Elle ajoute aussi : *«tenahchamegh grave shossayegh twadérangigh par cette peau »*. (J'ai vraiment honte, je me sens dérangée par cette peau). Donc cela a provoqué chez elle un sentiment d'insécurité, peur de son entourage due à ces séquelles physiques. Elle cherchait toujours à cacher ses lésions de ses proches et ses amies. Elle assure que sa maladie représente un obstacle dans ses activités quotidienne, dans cette optique, elle avance : *« je ne suis pas à l'aise, je ne peux pas étudier tranquillement 3ela khatar le psoriasis me vient souvent à l'esprit »*. Dans ce sens, une enquête réalisée en 2002 par « Europso » déclare que beaucoup des personnes souffrant de psoriasis évitent certaines activités, essentiellement sociale, telles que les soirées où

elles risquent de rencontrer de nouvelles personnes. Elles n'aiment pas qu'on les prenne en photo, pour ne pas voir une image qui leur déplaît. Ces personnes évitent les situations où l'attention se porte sur elles, comme la prise de parole en public, ou la pratique d'un sport qui peut dévoiler leurs lésions, comme le tennis ou la natation. (Grob. J-J, 2004, PP. 93-96)

Manel, nous a dit : « *je vis avec le psoriasis mais, ça ma pourri la vie, je me suis repliée sur moi, surtout à un âge où j'avais des copines et des copains cela a certainement modifié mon caractère, j'ai pas confiance en moi* ». donc on constate que notre cas ne peut pas faire face à ses soucis. Dans cette optique on définit la confiance en soi comme suit : « *La confiance en soi c'est ; agir de manière adéquate dans les situations importantes. Ce concept est facilement identifiable, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu, donc la confiance en soi est la conséquence de l'amour de soi et la vision de soi* ». (André. C & Lelord. F 1999, p. 16).

Elle ajoute: qu'elle ne se sente pas à l'aise quand elle a les sourcils qui pèlent tout le temps et des plaques sur les bras et qu'elle a traversé des périodes de grande déprime.

Manel s'inquiète souvent sur sa maladie et c'est pour ça elle a vue plusieurs dermatologues en vue de soulagé ses souffrances physiques et pour réduire ces plaques de psoriasis qui persiste sur son corp et là elle a rencontré ce dermatologue qui lui a proposé un traitement de fond et il lui a expliqué qu'elle peut guérir du psoriasis si elle contrôle sa maladie.

Axe n°04 : Informations sur le regard de l'autre

Après avoir interrogé Manel sur le regard de l'autre par rapport à sa pathologie, elle dit que : « *l3ivad ikel nwanas la maladiyno delhaja*

ider3en »(touts les personnes pensaient que mon psoriasis est contagieuse ce qui les poussent à se détourner de moi), « *C'était très démoralisant, j'avais l'impression que je ne m'en sortirais pas* », elle avait ces plaques sur les coudes, les pommes des mains donc les gens qu'elle connaît évitent de lui toucher la main «*tellement nwanas mon psoriasis est contagieux otsselinnara feli* » (Les gens croient que mon psoriasis est contagieux, c'est pour cela ils évitent de me saluer). Donc elle évite les situations où d'autres personnes peuvent faire des commentaires désagréables sur son psoriasis. Par conséquence de sa visibilité, « *je ne pouvais pas porter des robes, des jupes, donc j'étais obliger adhlssagh des habilles avec manches wadhilin lent pour cacher mes plaques* ». Ça veut dire qu'elle n'osée pas mettre des manches courte en cours de sport, des sorties, des fêtes. Elle additionne : « *malgré que durant l'été mon psoriasis diminue un peu mais c'est vraiment terrible, moche* ». Cela signifie que pendant la saison d'été, Manel se prive d'y aller à la plage du fait qu'elle ne pouvait pas dévoiler son corps devant les gens

Manel, nous rajoute aussi : « *les gens me disent c'est quoi ces plaques, tu t'es brulée ou quoi ???* » et «*ces paroles me blesse me touche vraiment au point que à chaque fois que je les entends je pleure et je me culpabilise* »

Elle avoue : « *les jeunes osne3jivghara,... pasque s3igh une peau techmeth* » (je ne plais pas les hommes,... car j'ai une peau laide) cela signifie qu'elle est rejeté par les hommes qui ne veulent pas avoir des relations amoureuses avec elle (refus de mariage) parce qu'elle n'a pas de peau attirante, ce qui a provoqué chez elle un sentiment d'anxiété.

A cet égard : « *Les conséquences de cet état, égales dans les deux sexes, peuvent se traduire par un retrait social, notamment parfois par le refus du mariage, et dans certains cas, un désir de mort* ». (Crob, J-J 2004.PP.96-98).

Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Manel ».

Les résultats obtenus de l'inventaire le tableau de Cooper Smith pour le cas de Manel seront présentés dans le tableau comme suit :

Tableau n°08 : Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Manel ».

Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau
11	03	04	06	25	03	Très-bas

Analyse de l'inventaire de l'estime de soi pour le cas de Manel:

D'après les résultats obtenus de l'inventaire de Cooper Smith, présenté dans le tableau en haut, Manel développe un niveau d'estime de soi très-bas.

Ses résultats sur l'estime de soi général sont inférieurs à la moyenne : (11 < 22,16) ce qui est apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. Exemple : L'item n°18 : « *je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens* ». Sa réponse était : (*me ressemble*), ce qui explique qu'elle présente une mauvaise image du corps.

Concernant ses résultats sur l'échelle d'estime de soi social, Manel présente un niveau inférieur de la moyenne (03 < 6,70), cela signifie que notre cas se sous-estime et elle n'aime pas s'intégrer dans la société, exemple item n°49 : « *je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres* » sa réponse était : (*me ressemble*).

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, elle présente un score de (04 < 6,88) qui est inférieur de la moyenne, cela indique qu'elle n'a pas eu un bon soutien de la part de sa famille, ce qui est confirmé dans l'item n°09 : « *Ma*

famille prête généralement attention à ce que je ressens », sa réponse était : *(ne me ressemble pas)*.

Les résultats sur l'échelle professionnel indique que notre cas ne trouve pas vraiment des difficultés sur ce plan, vu le score obtenu qui est proche de la moyenne estimé présenté par de bonne attachement professionnel ce qui est indiqué dans l'item n°37 : « *je fais toujours mon travail de mieux que je peux* », sa réponse était : *(me ressemble)* et aussi dans l'item n°17 : « *je me sens souvent mal aise dans mon travail* », sa réponse était : *(ne me ressemble pas)*.

Dans l'échelle des mensonges, Manel présente un niveau proche de la moyenne (3 < 3,22) cela signifie qu'elle a une mauvaise image de soi.

Synthèse :

On constate d'après cette analyse que Manel a un niveau d'estime de soi très- bas « 25 » en référence aux classes mentionnées dans l'inventaire de Cooper Smith.

Manel présente une basse estime de soi général qui influence sur son estime de soi de son état général.

Pendant l'entretien avec Manel, on a démontré qu'elle a un niveau d'estime de soi très bas et cela est dû à ses mauvaises relations sociales et familiales obtenues par les résultats de l'inventaire, ce qui explique que le psoriasis influence négativement sur l'estime de soi de notre cas.

Le deuxième cas : « Salim »

Notre sujet était très timide, au début il n'a pas accepté de parler de sa maladie qui était sévère et surtout car le psoriasis à toucher sa partie intime. Il

était marqué par une froideur et de la distance de sa part. Mais au fur et à mesure de l'entretien notre sujet commence à s'exprimer librement.

Axe n°01 : informations générales sur le cas :

Salim de Constantine, âgé de 30 ans, nouveau marié, possédant un niveau d'étude terminal, agent de sécurité dans une entreprise privée.

Axe n°02 : informations sur le psoriasis :

Lorsque on a interrogé Salim sur le début de sa maladie, il nous répond : « *mon psoriasis bedali ki kont sghir, besah ma kanch grave, kan en goutte berk, mes parents daweni letbib ketbeli dwa, kan ykhrej li fechta bessah m 3a dwa kan iroh* » (j'ai eu le psoriasis dès mon enfance, mais ça n'a pas prit vraiment une forme grave ; c'était de psoriasis en goutte, mes parents m'ont amené chez un dermatologue qui ma prescrit des médicament, au début ma maladie apparaisse pendant l'hiver mais après peu de temps en prenant son traitement ça disparaisse).

En questionnant notre cas sur les raisons qui ont provoqués chez lui cette maladie, il répond : « *kont bezaf mqelaq ki kont nwejed lel3arss dyali had chi lizad felmardh ta3i, khrejeli partout même...* » (Lorsque je me préparé pour le mariage j'ai subi des périodes de stress, chose qui a provoqué les poussé de psoriasis sur tout mon corps même sur ma partie intime), ceci influe énormément sur la vie en couple. En effet, « *Les troubles sexuels peuvent s'expliquer par deux mécanismes principaux ; la diminution de l'estime de soi, provoquant un sentiment d'évitement ou par des troubles psychologiques* ». (Didier B. 2007, P.61).

Salim avoue : « *had lmardh qeleqni bezaf, kerrahli hyati* » (cette maladie me stress trop, elle ma gâchée la vie) donc ce qui la inquiété vraiment, il

ajoute : « *heta dwa manfe3ni* » (les traitements que je prends ne sont pas efficace). Donc il s'est adressé vers un autre dermatologue pour se traiter.

Axe n°03 : informations sur l'estime de soi

Salim développe une basse estime de soi, il dit : « *manich nhess rohi à l'aise, heta wahed ma3labalo biya* » (je me sens pas à l'aise, personne ne s'intéresse à moi) c'est-à-dire, que le psoriasis a influencé sur son image du corps il se sent rejeté par les gens. L'image du corps se définit comme : « *l'image que nous renvoie notre corps, c'est le seul élément concret, visible dont nous disposons pour nous juger* ». (Beyeler. *S et autres*, 2006, PP.5-6).

Il ajoute: « *j'évite maximum neq3ed m3a nass, nheb n isolé neq3ed wehdi, wila q3edt m3ahom lazem 3liya nelbess hwayej likheboli les plaques* » (je porte toujours des habilles qui couvrent les plaques qui persisté sur son corps, je n'ai pas l'envie de sortir ni de passer du temps avec les gens de mon entourage), Salim dit: « *yediya nkhebihom toujours feljib* » (je met souvent mes mains dans la poche). Cela montre que ; par le fait de sa timidité il ne peut pas montrer ses mains donc il les met souvent dans sa poche. Salim dit: « *3endi l psoriasis fl le corps nta3i kamel, kol sbah ki nodh nchof leqchor ta3 la peau dyali foq srir* » (J'ai le psoriasis sur tout mon corps, au point que tout les matins quand je me lève je trouve des croûtes répendu sur mon lit).

Salim, déclare qu'il a peur d'affronter la vie « *je suis toujours dans ma carapace, manakdarch nkamel hyati comme ça, rani mdégouté...* » (Je ne peux pas continuer à vivre comme ça, je me suis déprimé...). Il ajoute encor que c'est grâce à sa femme qu'il a pu surmonter un peu sa maladie, parce qu'elle l'encouragé tout le temps.

Axe n°04 : informations sur le regard de l'autre :

Le regard d'autrui influence sur la personnalité de Salim, même avant qu'il soit malade, il dit que « *nass qui yechofo fia nqol beli rahom yehedro 3lia* » (Les personnes quand on me regarde je dis directement qui sont entraîne de parler de moi). C'est-à-dire que Salim accorde une importance exagérer au regard et aux jugements des autres, et cela c'est aggravé surtout lorsqu'il est atteint par le psoriasis, il déclare qu'il évite au maximum d'être vu par les gens « *manhebch kissekssiwni 3la la maladie ta3i surtout nass line3refhom* » (Je n'aime pas quand les personnes que je connais me font des remarques ou me questionnent sur ma maladie). Donc il évite les situations où d'autres personnes peuvent lui faire des commentaires désagréables sur son psoriasis.

Concernant la vie conjugale, Salim trouve des difficultés, se montrer à l'autre devient d'avantage compliqué et se déshabiller relève de l'épreuve de force.

Un psoriasis génital engendre des démangeaisons et peut constituer une véritable gêne lors des rapports sexuels, il dit : « *nelka des difficultés m3a merrti* ». (Je trouve des difficultés avec ma femme).

La pudeur qu'engendre cette maladie à cet endroit précis impact directement et de façon négative la vie sexuel, le plus souvent par une baisse de la libido.

Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de : « Salim ».

Les résultats obtenus de l'inventaire de Cooper Smith pour le cas de « Salim » seront présentés dans le tableau ci- dessous :

Tableau n°9 : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Salim ».

Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau
04	01	04	03	12	01	Très-bas

Analyse de l'inventaire de l'estime de soi pour le cas de Salim :

D'après les résultats obtenus de l'inventaire de Cooper Smith présentés dans le tableau en haut, on constate que Salim développe un niveau d'estime de soi très-bas.

Sur l'échelle d'estime de soi générale, Salim présente un score inférieur par rapport à la moyenne ($4 < 22,16$) ce qui est apparu dans ses réponses négatives dominante sur cette échelle, on cite l'exemple de l'item n°19 : « *Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis* ». Sa réponse était : *(ne me ressemble pas)* et aussi l'item n°13 : « *Tout est confus et embrouiller dans ma vie* ». Sa réponse était : *(me ressemble)*, c'est-à-dire que notre cas n'a pas assez de confiance en et il présente une mauvaise opinion de soi-même.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi social étaient aussi inférieur, Salim présente un score de ($1 < 6,70$) cela démontre que notre cas n'a pas de bonnes relations social et n'intègre pas dans son entourage, il trouve des difficultés pour s'adapter avec son entourage et cela est démontré dans sa repense négative sur l'item n°5 : « *on s'amuse bien en compagnie* ». Sa

réponse était : *(ne me ressemble pas)* et aussi dans l'item n°49 : « *je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes* ». Sa réponse était : *(ne me ressemble pas)*. Et sur l'item n°6 : « *je suis souvent contrarié par ma famille* », ce qui indique que Salim n'est pas à l'aise au sein de sa famille.

Sur l'échelle d'estime de soi familial, notre sujet présente un score de (4 < 6,88) qui est inférieur par rapport à la moyenne. Exemple de l'item n°20 : « *ma famille me comprend bien* ». Sa réponse était: *(ne me ressemble pas)* et sur l'item n°6 : « *je suis souvent contrarié par ma famille* », ce qui indique que Salim n'est pas à l'aise au sein de sa famille.

Le score de l'échelle professionnel est aussi inférieur par rapport à la moyenne (3 < 6,72) sa réponse était négative sur l'item N°37: « *je fais toujours mon travail du mieux que je peux* » et sur l'item N°42 : « *au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demande quelque chose* » sa réponse était: *(ne me ressemble pas)*. Ce qui confirme que notre sujet trouve du mal à s'adapter avec son milieu professionnel.

Dans l'échelle de mensonge, Salim présente un niveau inférieur de la moyenne (1 < 3,22) Ce qui signifie qu'il n'a pas une attitude défensive vis-à-vis du test et il a un désir de donner une mauvaise image de soi.

Synthèse :

D'après les résultats obtenus de l'inventaire de Cooper Smith présenté dans le tableau en haut, notre sujet à un niveau d'estime de soi très-bas (12) en référence aux classes mentionnés dans l'inventaire.

Salim présente une basse estime de soi générale qui influencé sur son estime de soi générale provoqué par le psoriasis.

Pendant l'entretien avec Salim, on a confirmées qu'il développe une très basse estime de soi et cela est dû aux mauvaises relations familiales, sociales et professionnelles obtenu par l'inventaire.

Le troisième cas : « Sandra »

Au cours de l'entretien, Sandra s'est montrée calme, elle a acceptée facilement de nous parler de sa maladie, sans aucun soucis elle était détendue, elle était coopérative.

Axe n°01 : informations générale sur le cas :

Sandra, de Bejaia, femme âgée de 40 ans, enseignante de langue française au lycée, marié avec trois (03) enfants, avec un niveau socio-économique élevé.

Axe n°02 : informations sur le psoriasis :

Lorsque on a interrogée Sandra sur le début de sa maladie elle nous répond: *« j'avais cette maladie à l'âge de 16 ans, il avait eu des périodes où il a complètement disparu »* à travers ses réponses on a constaté qu'elle était ravie, mais pas pour toujours car les poussés de squames réapparaissent.

Après quand on l'a demandée le type de psoriasis qu'elle présente, Sandra nous informe: *« j'ai un psoriasis au niveau du cuire chevelu, à l'intérieur de l'oreille, au fil du temps j'ai remarquée que ces plaques ne sont pas partie, d'années en année d'autre réapparues sur le ventre mais aussi sur les cuisse, les chevilles, les aisselles, les faisses, le front, les avant bras »*, Cela signifie que notre sujet développe un psoriasis général et sévères.

Puis on l'a questionnée sur les raisons d'apparition de cette maladie, elle répond: *« je ne sais pas, peut être c'est dû au stress !!?? »*, Sandra annonce: *« j'ai souffert, ce qui ma gênais ce n'était pas seulement le fait que*

ça se voit, mais aussi les démangeaisons, les saignements, les écorchures ». Cela signifie que l'apparence physique n'était pas le seul souci, mais les douleurs permanentes pendant ces poussées avaient aussi affecté son mode de vie, elle ajoute: *« j'étais dans l'obligation d'appliquer les pommades, comme c'est gras, c'était très désagréable car on me met partout sur mes vêtements, dans les draps »* cela veut dire qu'elle a passé de terrible moment durant la période de traitement. En outre, s'enduire de crèmes ça prend du temps (15 à 20 minutes) tous les soirs.

Axe n° 03: Informations sur l'estime de soi

Sandra était une femme courageuse, qui a une forte volenté, elle dit : *« il faut d'abord s'accepter pour pouvoir convaincre les autres »* et elle ajoute: *« c'est dure de vivre avec le psoriasis si l'on n'a pas un fort caractère et une forte personnalité et surtout si on n'est pas renforcé par nos proches »*, elle annonce : *« Je me suis marié après avoir des plaques de psoriasis sur presque tout mon corps et mon conjoint ne me fait pas de remarque, au contraire il me remonte toujours le moral »*. Donc, on peut dire que cela a aidé Sandra pour mener une vie sociale et amoureuse normale. Elle avoue : *« au début j'avais honte de montrer mes parties intimes à mon mari parce qu'elle était recouverte par le psoriasis mais, hamdolah mon cher époux ne me fait pas de remarques »*. Donc Sandra n'a jamais cessé d'expliquer aux gens que le psoriasis est une maladie non contagieuse et que les personnes atteintes peuvent vivre leur vie intime et sociale si bien sûr s'ils cherchent à soulager leur souffrance et non pas à craindre d'être sous-estimés par les autres.

Axe n°04 : Informations sur le regard de l'autre

En interrogeant Sandra de sa réaction envers le regard des autres, elle nous déclare : *« quand j'étais élève, ligh tenahchamagh surtout quand mes*

camarades de classe me disent : c'est quoi ces plaques là !!?? » Sandra ajoute : *« une fois j'étais assise dans la salle d'attente de médecin généraliste, et lorsque je me suis levée, une dame remarqué mes plaques et elle n'a pas daigné de s'asseoir dans le fauteuil que je quittais »* cela signifie que la femme a cru que le psoriasis est contagieux, elle dit j'ai préféré de garder le silence.

Mais le grand soutien était celui de son meilleur amie qui est devenu après son mariage, Elle dit : *« l'amour que Mohamed m'éprouve à inverser mes sentiments de timidité, de culpabilité, que j'ai vécu suite à cette maladie »*. Donc il a accepté de l'épouser malgré sa maladie et cela était le point de départ d'une nouvelle vie pour Sandra.

Elle déclare : *« lorsque je me suis mariée, ma belle mère n'était pas d'accord car elle croyait que ma maladie est contagieuse, et qu'elle ne peut pas me présenter à sa famille et à ses voisins »* et elle rajoute : *« à chaque fois qu'il y est une fête je ne pars pas juste pour que ma belle mère soit à l'aise »* Sandra a accepté sa maladie, elle vit avec son psoriasis avec fierté et à chaque fois elle essaye d'expliquer sa maladie pour les proches et même pour les personnes de son milieu de travail ; et surtout à ses élèves elle dit : *« à chaque fois je leur dit ; il ne faut jamais mépriser les gens ni dire qu'ils sont sales mais plutôt il faut les aider à surmonter leur complexe »*.

Alors, Sandra a réussi grâce à son métier noble qui est l'enseignement, à changer certaines idées reçues sur le psoriasis, elle dit que : *« les remarques ne sont pas toutes désobligeantes, mais parfois, montrent l'ignorance des gens »*.

Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas : « Sandra ».

Les résultats obtenus de l'inventaire de Cooper Smith pour le cas de Sandra seront présentés dans le tableau comme suit.

Tableau n° 10: Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de : « Sandra ».

Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau
23	07	07	07	44	06	Moyenne

Analyse de l'inventaire de l'estime de soi du cas de Sandra:

D'après ce tableau, Sandra a un niveau d'estime de soi moyen avec un total de (44), cela démontre qu'elle a une bonne évaluation de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi général sont supérieurs à la moyenne ($23 > 22,16$) ce qui est apparu dans ses réponses positives dominantes sur cette échelle. Exemple : item n°27 où elle confirme qu'elle a confiance en elle-même : « *je suis assez sûre de moi* », sa réponse était : « *me ressemble* ».

Sur l'échelle d'estime de soi social, le score est aussi supérieur par rapport à la moyenne, dont elle présente ($7 > 6,70$). Exemple : l'item n°49 : « *je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes* ». Sa réponse était : (*ne me ressemble pas*), cela veut dire qu'elle s'intègre facilement avec les autres, et elle ne trouve pas de difficulté.

Les résultats sur l'échelle d'estime de soi familiale, marquent aussi un niveau haut par rapport à la moyenne ($7 > 6,88$) ce qui démontre que notre sujet est bien soutenu par sa famille, ce qui est prouvé dans l'item n°9 : « *ma*

famille prête généralement attention à ce que je ressens ». Sa réponse était : *(me ressemble)*.

Le score de l'échelle professionnel est supérieur par rapport à la moyenne ($7 > 6,72$) ce qui signifie que Sandra ne trouve pas de soucis pour s'adapter avec le milieu professionnel. On peut donner l'exemple de l'item n° 42: « *au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose* ». Sa réponse positive le confirme.

Et en ce qui concerne l'échelle de mensonge, elle affiche un score de ($6 > 3,22$) qui est supérieur par rapport à la moyenne et cela s'explique par son attitude défensive vis-à-vis du test, ou bien un désir de donner une bonne présentation de soi.

Synthèse :

On déduit à travers les résultats de l'inventaire de Cooper Smith, que notre cas a un niveau d'estime de soi moyen « 44 » en référence aux classes mentionnés dans l'inventaire.

Alors, on constate que le psoriasis, n'a pas une grande influence sur l'estime de soi de Sandra et même sur ses relations en générale.

Le quatrième cas : « Nabil »

Au début de contact, Nabil était timide, stressé et quand on lui a expliquée l'objectif de notre entretien, il a commencé à parler de la souffrance qu'il vit à cause de sa maladie.

Axe n°1 : Informations générales sur le cas

Mr Nabil de tala hamza, âgé de 27ans, célibataire, possédant un niveau d'instruction de 2em AS, il est troisième d'une fratrie de quatre, issue d'une famille avec un niveau socioéconomique moyen, il travail depuis 3ans dans une pizzeria.

Axe n°2 : Informations sur le psoriasis

Quand on a interrogées notre cas sur sa maladie, il nous répond : « *ivdhayid asmi s3igh 15 an, kerhaneyi ifasniw en dirai rghan, klan rouge* » (les premières poussés du psoriasis sont débutaient à l'âge de 15ans, c'était très difficile pour moi de supporter les inflammations qui persister au niveau de mes mains, j'ai une peau rouge. Il déclare: « *swigh les corticoïdes, des homéopathies, Daivonex mais ojighara* ».

Nabil annonce : « *khel3agh midina tviv que lehlakiw chronique* » (j'avais peur quand le dermatologue ma informé que c'est une maladie chronique), il a tout essayé il déclare : « j'ai pris de «Homéopathie» des «Corticoïdes» «Daivonex» mais cela ne lui a pas apporté un résultat.

Axe n°03 : Informations sur l'estime de soi

Nabil était stressé, inquiet de son cas, il dit : « *tsoufrigh, dlehlak iyekelken mlih* » (je souffre, c'est une maladie qui m'inquiète vraiment). On comprend qu'il n'accepte pas de vivre avec cette maladie, un haut sentiment de honte accompagné d'anxiété caractérise la vie de Nabil il rajoute : « *othibighara ikel adhiligh gar meddan pasque tenahchamegh adssofghagh ifasniw garassen t évitigh maximum lghachi* » (je cache mes mains parce que je n'aime pas être la cible de regard des gens). En effet avoir un psoriasis sur les mains cela à crée chez lui un sentiment de mal à l'aise et un sentiment d'évitement. Le sentiment d'évitement se définit comme : «*une procédure*

dans laquelle le sujet peut se soustraire anticipativement à une stimulation aversive en fournissant une réponse définie, dite réponse d'évitement ». (Doron. R & Parot. F, 2013, PP. 281-282).

Axe n°04 : Informations sur le regard de l'autre

Nabil travail dans une pizzeria, c'est un endroit qui exige le contact avec les clients et qui peut nécessiter des congés ou arrêt de travail nécessaire pour se soigner. Il déclare : « *mon chef itagadh asrohen les clients mazaren les plaque ni ilan g fassniw, donc itarayi i la vaisselle* » (mon chef me recommande toujours de faire la vaisselle et de ne jamais préparer ni servir des plats, craignant de perdre ses clients). Nabil trouve des difficultés au sein de son milieu de travail, parce que son chef voit que sa maladie est sale. Lorsque Nabil travaillé comme serveur, certains clients lui fait des remarques, il dit : « *qarniyid les clients; dacho dwayi g fassnik terghit nagh thalkat ???!* » (Les clients me disent ; qu'est que tu a sur tes mains, tu t'es brulé ou tu es malade ???!). Il rajoute : « *qarghassen machi dlehlak itentaten ni delhaja i3afnen, anechta itqaliqayi grave i c'est pour ça j'ai décidé de mettre des gants* » (je leur réponds qu'il ne s'agit pas d'une maladie contagieuse ni sale, cela me stress beaucoup, et c'est pour cela j'ai décidé de mettre des gants). Notre sujet ressenti le malaise dans son travail et même avec ses amis.

Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi de cas « Nabil ».

Les notes obtenues dans l'inventaire de Cooper Smith, pour le cas de Nabil seront présente dans ce tableau comme suit :

Tableau n°11 : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de Nabil.

Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau
17	03	05	06	31	04	Très-bas

Analyse de l'inventaire de l'estime de soi pour le cas de Nabil :

Selon les résultats de l'inventaire de Cooper Smith, présenté dans le tableau haut, Nabil présente un niveau d'estime de soi très bas d'un total de (31).

Par apport aux sous-échelles on remarque qu'il a obtenu des scores inférieur à la moyenne dans toutes les échelles ; l'échelle générale d'une note de (17) qui est largement loin de la moyenne, ce qui est confirmé dans l'item n° 12 : « *c'est très dure d'être moi-même* », sa réponse était : (*me ressemble*).

Sur l'échelle social, le score est inférieur à la moyenne (3 < 6,70) qui démontre que Nabil à une mauvaise estime de soi au niveau social, cela est prouvé par ses réponses aux items de cette échelle, l'exemple de l'item n°14 : « *j'ai généralement de l'influence sur les autres* » sa réponse était : (*ne me ressemble pas*).

Les résultats sur l'échelle d'estime de soi familial marquent aussi un niveau bas par rapport à la moyenne (5 < 6,88) ce qui démontre que notre sujet est mal soutenu par sa famille ce qui est démontré dans l'item n°6 : « *je suis souvent contrarié par ma famille* » sa réponse était : (*me ressemble*).

Le score de l'échelle professionnel est proche par rapport à la moyenne (6 < 6,72) ce qui indique que Nabil ne trouve pas du mal à s'intégrer dans le

milieu professionnel. On peut donner l'exemple de l'item n°33 : « *je suis fier de mon activité professionnel* ». La confirmation de la réponse le prouve.

En ce qui concerne l'échelle de mensonge, elle affiche un score supérieur par rapport à la moyenne (4 > 3,22) ce qui indique que notre sujet à une grande attitude défensive vis-à-vis du test et un désir de donner une mauvaise image de soi.

Synthèse

D'après l'entretien, on remarque que Nabil souffre de problème d'ordre relationnel. Il présente une mauvaise estime de soi concernant ses liens sociaux et familiaux.

On déduit que le psoriasis a influencé négativement sur ses relations générale et surtout sociales.

Le cinquième cas : « Sabah »

Au cours de l'entretien, Sabah s'est m'entrée coopérative dès l'appel à l'entretien, car elle n'accepte pas sa maladie, elle avait besoin d'en parler et de bien comprendre le psoriasis.

Axe n°01 : Informations générale sur le cas :

Sabah de Jijel, âgée de 34 ans marie, avec un enfant, travail dans un salon de coiffure, elle a un niveau scolaire de quatrième année moyenne, elle est d'une situation socio-économique moyenne.

Axe n°02 : Informations sur le psoriasis :

Quand on a interrogées notre sujet sur sa maladie elle répond : « *bdali après cinq mois de mon accouchement, mon corps m3emar okel b les plaques !!, yediya, dhahri, mor wedhni, ...* ». (Je souffre de psoriasis sévère

pendant cinq mois après mon accouchement, mon corps était recouvert de plaques disgracieuse, les genoux, les cuisses, les sens, les fesses, le bas du dos, cuir chevelu, derrière des oreilles, le ventre, les coudes). Elle déclare: « *kont hospitalisé pasque kan 3endi un diabète gestationnel, d'un seul coup jani khebar beli papa w khoya daro accident w matou* ». (Ma maladie a commencée lorsque j'étais hospitalisée suite au diabète gestationnel, pendant cette durée, j'ai reçu avec un choc la mort de mon père et mon frère). En espace de deux semaines son corps presque au complet s'est recouvert de plaques. Elle annonce : « *bekit bezaf, teqelaqt, kheft mlih 3el bébé dyali* » (J'ai beaucoup pleuré et je m'inquiété plus sur mon bébé) elle ajoute: « *chett déjà yema mridha haka mais jamais n Witt un jour même ana tessrali kifha* » (j'ai déjà vue ma mère souffrir de cette maladie de peau, mais je ne pensais pas en être un jour affectée moi-même). Cela indique que Sabah, avait peur de cette maladie et surtout lorsqu'elle a confirmé que c'est une maladie génétique.

Sabah déclare qu'elle a suivi plusieurs traitements, elle dit : « *suivit l traitement li3tani tbib besah juste des calment berk, nhebess dwa y3awed iweli* » (j'ai pris des traitements mais ça n'a rien donné).

Axe n°03 : Informations sur l'estime de soi :

Cette maladie de peau, à altérer considérablement l'apparence physique de Sabah, elle dit : « *kont nhab nbqa wahdi, manhebch nqabel enas* » (J'aime toujours, s'isolé et resté seule) elle restait ancrée dans un sentiment d'injustice, elle avait tendance à se replier sur soi-même, à éviter les gens et les situations, cet isolement est le premier pas vers une dépression. elle ajoute : « *avant manemradh bel psoriasis kont nelbass des jupes mini des manches courts ndir à chaque fois des coupes courtes bssah doka welit ndir khimar* » (Avant que je soit atteinte du psoriasis, je portais des jupes mini,

des manches courtes, je fais des coup courte mais maintenant je porte le hijab) Cela indique qu'elle essaye souvent de camoufler les plaies qui persistaient sur son corps en vue d'éviter le regard des autres . C'est dans ce sens que Kluger affirme que «*le psoriasis influence sur le choix vestimentaire, certains utilisent des cosmétiques couvrant pour masquer les lésions, une sensation d'être regardé ...* » (Kluger. N, 2008, P.106).

Axe n°04 : Informations sur le regard de l'autre :

Sabah a du mal à supporter sa maladie elle dit: « *hyati kamel tbedlet menhar li hekmt had lmardh* » (Ma vie a vraiment changé, du jour où j'ai développer cette maladie) elle déclare : « *c'est difficile, 3ela khatar welit à chaque foi nfaham l ennas wachno howa mardhi* » (c'est dure pour moi car il est devenu nécessaire d'expliquer constamment de quoi je souffrais aux personnes qui me regardaient) et « *wellit à chaque fois nehcham nbayen rohi kedam enas et c'est pour ça nkhebi rohi au maximum bah manbanch* » (et j'évite souvent de s'exposer aux autre) donc elle a fini par s'isoler volontairement pour ne plus avoir à entendre les commentaire ou supporter les regards souvent écœurés, elle avoue : « *j'aime pas qui wahed yssakssini 3la lmardh nta3i* » (je n'aime pas lorsque quelqu'un me questionne sur ma maladie).Sabah s'est ancrée dans un comportement d'évitement social , ce qui a provoqué chez elle un sentiment d'isolement .

Sa vie de couple a dû aussi subir les conséquences du psoriasis, elle avoue qu'elle a eu du mal à être bien avec son conjoint, « *le psoriasis hellakni ,mermadni, wellit n3ef rohi même mon marie wela yejbad roho 3liya*» (*cette maladie ma pourrit la vie, j'ai de la honte envers moi-même, et le pire c'est que mon marie se retire de moi*) et ajoute : « *des fois, nerqed wahdi pasque ça me gratte weli ndérangih weyroh 3lih n 3ass* » (à certains moments je devais dormir seule parce que je me grattais tellement la nuit que cela

empêchait mon conjoint de dormir « *des fois yenodh felil weybadel plaça 3la khatar ndérangih qui negraté* »(la nuit il se lève et change de place pasque je le dérange en grattant) de plus les plaies saignaient tellement qu'elle devait à chaque matin décoller les draps de sa peau « *c'est une misère noire, nedhod sbah wenlka mon drap lasqa fok ma peau chehal yewja3 !!!* » et pour calmer les démangeaisons sur son cuir chevelu, elle appliquait de l'huile sur sa tête et dormait avec un bonnet ce qui rend impossible une vie intime satisfaisante.

Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Sabah ».

Les résultats obtenus de l'inventaire de Cooper Smith pour le cas de « Sabah » seront présentés dans le tableau comme suit :

Tableau N°12 : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Sabah ».

Général	Sociale	Familiale	Professional	Total	Mensonge	Niveau
06	02	01	04	13	03	Très-bas

Analyse de l'inventaire de l'estime de soi pour le cas de Sabah:

La lecture des résultats obtenus à travers l'analyse de cet inventaire de l'estime de soi, montre que « Sabah » a un niveau d'estime de soi très-bas, avec un score de (13).

Les résultats sont tous inférieurs par rapport à la moyenne dans toutes les échelles.

Sur l'échelle générale le score est inférieur à la moyenne ($06 < 22,16$) Ce qui était remarqué dans les différentes réponses obtenus sur cette échelle,

par exemple : dans l'item N°05 « *j'ai une mauvaise opinion de moi-même* ». Sa réponse était : (*me ressemble*).

Les résultats sur l'échelle sociale affiche un score de (02 < 6,70) qui est inférieur par rapport à la moyenne. Ce qui signifie que « Sabah » a une mauvaise estime de soi social, cela est prouvé par ses réponses aux items de cette échelle, l'exemple de l'item N°49 : « *je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes* » sa réponse était (me ressemble).

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi familiale, marquent aussi un niveau très-bas, le score est de (01 < 6,88) ce qui démontre que notre cas mène une vie familiale, marqué par une instabilité, elle se sert pas apprécier et aimer par son entourage familial, exemple dans l'item N°06 : « *je suis souvent contrariée par ma famille* ».

Le score de l'échelle professionnel est aussi bas par rapport à la moyenne (04 < 6,72). Ce qui indique que Sabah trouve du mal à s'adapter dans le milieu professionnel. On peut donner l'exemple de l'item N°33 : « *je suis fière de mon activité professionnelle* » la confirmation de la réponse le prouve.

Revenant à l'échelle de mensonge, elle affiche un score proche de la moyenne : (03 < 3,22) ce qui indique qu'elle a une mauvaise image de soi.

Synthèse :

D'après l'entretien, on constate que Sabah souffre de problème d'ordre relationnel. Elle présente une mauvaise estime de soi concernant ses relations sociales et familiales.

On déduit que le psoriasis a une influence négative sur ses relations générales et socio-familiales.

L'analyse des résultats de l'échelle :

Présentation et analyse des résultats du test (S.E.I).

Tableau n° 13: Résultats du test S.E.I

Résultats du test Les cas	Général	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Manel	11	03	04	06	25	03	Très-bas
Salim	04	01	04	03	12	01	Très-bas
Sandra	23	07	07	07	44	06	Moyen
Nabil	17	03	05	06	31	04	Très-bas
Sabah	06	02	01	04	13	03	Très-bas
Moyenne	12,5	3,2	4,2	5,2	25	3,4	Très-bas

-Interprétation du tableau

Ce tableau représente des résultats de l'inventaire de l'estime de soi obtenu de nos cinq(05) cas.

On constate que le niveau d'estime de soi est très-bas dans la plupart des cas ce qui signifie que le psoriasis influe négativement sur l'estime de soi des personnes atteintes de cette maladie, contrairement au cas de Sandra qui a obtenu des notes moyennes ce qui signifie qu'elle a un niveau d'estime de soi moyen par rapport aux autres cas.

2-Discussion des hypothèses :

Lors de l'élaboration de notre travail de recherche, nous avons mis au point de différentes hypothèses découlantes des concepts théoriques développés en première partie, afin de répondre à la problématique de notre recherche. La vérification de nos hypothèses se fera grâce aux résultats obtenus de notre entretien qui est destiné aux personnes atteintes du psoriasis, et dans la passation de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith.

A travers toutes les données et les résultats obtenus, on a disputé nos hypothèses émises au départ comme suit:

Notre première hypothèse suppose que la nature d'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis est basse.

Selon l'analyse et l'interprétation des résultats obtenus dans l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith des cas étudiés, on a constaté que les personnes atteintes du psoriasis présentent une très basse estime de soi _cela était confirmé par les cas (1), (2), (4) et(5) ce qui indique (4 cas sur 5 cas), ceci signifie que le fait qu'ils sont psoriatiques influe négativement sur leur image de soi et leurs valeurs personnelles. Alors que notre hypothèse est infirmée pour le cas (3) qui révèle une estime de soi moyenne.

En se basant sur les données recueillies, de notre entretien et des résultats obtenus sur l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, on constate que le cas (1) a obtenu un score de (25),ainsi le cas (2) montre un score de (12),or que le cas (4) a un score de (31), tant que le cas (5) a obtenu un score de (13).

Selon les classes présentés dans l'inventaire de Cooper Smith on remarque que les scores obtenus sont inférieure par rapport à la moyenne (<33) ce qui prouve que ces personnes ont un niveau d'estime de soi très bas

caractériser par un manque de confiance en soi, un sentiment de honte et de replie sur soi. Ce qui engendre chez eux une détresse psychologique. Les symptômes révéler par ces patients sont compatible avec ce que a démontré Chamoun. L : « La perturbation de l'image corporelle entraine des troubles émotionnels avec limitation de la sphère affective prédominante de l'anxiété, de la honte et de l'évitement ». (Madjlani. C, 2017, P. 09)

Cela veut dire que, notre première hypothèse émise au départ est confirmée pour quatre(04) cas et infirmé pour un seul (01) cas.

La deuxième hypothèse postule que le regard d'autrui exerce une influence sur l'estime de soi des personnes atteintes du psoriasis.

Nous constatons à travers l'échelle sociales et familiales de (S.E.I) de Cooper Smith que le regard social et familial influence sur la majorité de nos cas, ce qui a été démontré par les cas (1), (2), (4) et (5) qui sont confrontés à de mauvais regard par leur milieu familial , on cite l'exemple de cas « Sabah » qui se sente mal vue par son mari, elle trouve des difficultés dans l'accomplissement de son rôle autant que femme mariée, mais aussi sur le plan social, on note le cas de « Salim », « Sabah », « Manel » et « Nabil » qui trouvent certaine difficultés à maintenir de bonne relations avec leur entourage, chose qui les conduit à un comportement d'évitement à l'égard de leurs proches ,de leurs familles et leurs partenaires à cause de leurs psoriasis. Ce que confirme « P. Dupont » : *les plaques du psoriasis touchant souvent des zones du corps découvertes et exposées au regard des autres, ce qui gêne les patients et les empêche de sortir, cette isolement est causé par de terribles préjugés* ». (Dupont. P, 2018, P. 49)

Contrairement au cas (3) qui ne porte pas un intérêt au regard et à l'opinion d'autrui ce qui lui a permet de s'intégrer facilement avec son environnement socio- familial malgré son atteinte du psoriasis.

En outre cette hypothèse semble être confirmée pour les cas (Manel, Salim, Nabil et Sabah) qui développent une peur des critiques, du regard et de l'opinion des autres et infirmée pour le cas de (Sandra).

Synthèse générale:

A partir de tout ce qui a été révélé tout au long de notre recherche, on constate que l'estime de soi de notre échantillon est très basse, les résultats obtenus ont pu mettre en évidence l'influence du psoriasis qui altère l'image de soi, en effet cette mésestime de soi couplée à un rejet d'autrui.

Conclusion

Conclusion

A la lumière de notre étude menée sur l'estime de soi des personnes atteintes du psoriasis et à travers les résultats obtenus nous pouvons retenir que, le psoriasis est en effet une maladie chronique et visible qui altère l'image de soi, réalisant une blessure narcissique plus ou moins profonde accompagnée d'une perte de l'estime de soi.

En effet, cette pathologie est susceptible d'entraîner un handicap physique mais aussi psychique avec pour conséquence un impact important sur les relations sociales et professionnelles et sur les activités de la vie quotidienne en général.

Les inconvénients esthétiques du psoriasis entraînent un rejet de la part d'une grande partie de la population, provoquant à son tour une baisse estime de soi, un sentiment de dégoût et d'anxiété ce qui peut enfermer certaines personnes dans une dépression plus ou moins sévère.

En conséquence, nous avons déduit que cette maladie est chronique mais pas contagieuse qui nécessite à la fois un traitement médical soigneux et un soutien psychologique étant donné que, le psoriasis détériore la qualité de vie de ces personnes. En effet, au-delà de leurs aspects inesthétiques, les démangeaisons et autres symptômes ont une influence négative importante au niveau physique, fonctionnel, psychologique et social.

L'objectif de notre recherche était de décrire la nature de l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis. Pour la réalisation de ce travail nous avons choisi un échantillon de cinq (5) cas et nous avons opté pour la méthode clinique à base d'étude de cas, des entretiens cliniques semi-directifs et l'inventaire de Cooper Smith de l'estime de soi.

Conclusion

Au cours de notre recherche nous avons déduit que cette pathologie influe énormément sur l'estime de soi, de sorte que ; ces personnes peuvent ressentir des sentiments de dégoût et de honte envers leur propre corps.

Le regard des autres qui se demandent souvent si ces plaques sont contagieuses entraîne également un rejet de la part d'une grande partie de la population, provoquant à son tour une baisse de l'estime de soi.

Enfin nos hypothèses sur les personnes atteintes du psoriasis restent relatives, non statiques et non absolues. Cela est dû à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère.

Nous espérons à travers ce modeste travail, avoir contribué à faire sortir la personne affectée du psoriasis de son silence, comprendre ses souffrances, et lui accorder une écoute tout en expliquant aux gens que cette maladie n'est ni contagieuse ni sale.

Notre expérience, nous a offert l'opportunité de découvrir les souffrances psychiques et physiques que vivent les personnes psoriasiques. Ce qui nous a incitées à proposer des perspectives dans l'espoir d'être étudiées ultérieurement. On s'est demandées :

- Est-ce que l'apparence physique détermine la personnalité de l'individu ?
- Quelle est l'image du corps des personnes atteintes de dermatoses ?
- Quelle est l'importance du soutien psychologique dans l'acceptation de soi chez les psoriasiques ?

Bibliographie

Liste bibliographique

Ouvrages:

- 1- ALAIN. L-J et FAMOSE.P, (2002), « **La connaissance de soi en psychologie de l'éducation physique et du sport** ». Paris, Edition Armand colin.
- 2- ANDRE. C et LELORD. F, (2007), « **L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres** ». Paris, Edition Odile Jacob.
- 3- ANDRE. C et LELORD. F, (1999), « **L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres** ». Paris, 2^{èm} édition Ellipses.
- 4- ANGERS. M, (1997), « **Introduction, pratique à la méthodologie des sciences humaines et sociales** ». Algérie, Edition, Kasbah.
- 5- ANZIEU. D, (1995), « **Le moi- peau** ». Paris, Dunod
- 6- BESSIS. D, (2007), « **Manifestations dermatologiques des connectivités, vasculites et affections systémiques apparentées** ». Paris, France, Edition, Springer-verlag
- 7- BEYELER. S et autres, (2006), « **L'image corporelle, un concept de soin** ». Edition, Hôpital universitaire de Genève.
- 8- BRUCHON. S, (1999), « **Le corps et la beauté** ». Paris, Puf.
- 9- CHAHRAOUI. K et Benney H. A, (2003), « **L'entretien clinique** ». Paris, Dunod.
- 10- COOPER. S, (1984), « **L'inventaire d'estime de soi** ». Paris, Centre de Psychologie Appliqué édition (CPA).
- 11- COUZON. E, (2012), « **S'estimer pour réussir sa vie** ». Paris, Virgine Homelin.
- 12- DUBERT. L, (2009), « **Psoriasis de la clinique au traitement** ». Paris, 2em édition.
- 13- DUBERTRET. I, (2009), « **Le psoriasis : de la clinique au traitement** ». Paris, 2em édition.

- 14- DUBOIS. J, (2007), « **La peau de la santé à la beauté** ». France, 1^{er} édition, Toulouse.
- 15- DUCLOS. G, (2002), « **L'estime de soi : un passeport pour la vie** ». Montréal, Edition de l'Hôpital Sainte-Justine.
- 16- DUPONT. P, (2018), « **Se libérer du psoriasis** ». Paris, Edition, grands-Augustin.
- 17- FAMOSE. J-P et GUIRIN. F, (2002), « **La connaissance de soi** ». Paris, Armand colin.
- 18- FARADJ. T-C, (1998), « **Les études sur la psychologie d'enfant et d'adolescent** ». Algérie, Edition Bibliothèque Zohra, Caire.
- 19- GERNOT. R, (2006), « **Dermatologie : Manuel et Atlas** ». Paris , 7^{em} édition, Allemande.
- 20- GRAZIANI. P, (2003), « **Anxiété et trouble anxieux** », France, Edition Nathan.
- 21- HANSENNE. M, (2003), « **Psychologie de la personnalité** ». Bruxelles, 1^{er} édition De Boeck.
- 22- HERVE. M, (2011), « **Dermatologie** ». Paris, 2^{em} édition, Ellipses, Markeling S.A.
- 23- HEWIT. J, (1976), « **La peau : ces fonctions, ces lésions, ses relations pathologique** ». Paris, Edition Glaxo Tome I.
- 24- JEROME. P, (2010), « **La gestion de stress et de l'aquo-phobie par les TCC** ». France, Amazon.
- 25- JOSIANE. S-P, (1999), « **Estime de soi, confiance en soi** ». Paris, Inter édition.
- 26- L'ECUYER. R, (1978), « **Le concept de soi** ». Paris, Puf
- 27- Le maitre. M. (2005). « **Le psoriasis en médecine générale** ». 1^{er} édition, Rueil-Malmaison, Armetted.
- 28- LUC. A, (2003), « **Apprendre à chercher : acteur social et les recherches scientifiques** » Bruxelles, de Boeck.

- 29- MAJDALANI. C, (2017), « **Traiter la dysmorpho-phobie ; obsession de l'apparence** ». Paul Bert Malakof, Dunod.
- 30- MARIE-PIERRE. H-S & OTTAVY. F, (2013), « **La peau, la dermatologie au service de la beauté** ». Paris, 2^{ème} édition Ellipses.
- 31- MARTINOT. D, (1995), « **Le soi : les approches psycho-sociales** ». Presse universitaire de Grenoble.
- 32- MEAD. G-H, (2006), « **l'esprit, le soi et la société** ». Paris, Puf.
- 33- NICOLAS. J-F et al, (1997), « **Psoriasis : de la clinique à la thérapeutique** », 1^{er} édition, John libbey eurotext.
- 34- NICOULAUD-MICHAUX. A et COUZON. E, (2012), « **S'estimer pour réussir sa vie** ». Paris, esf.
- 35- PATRICE. M, (2001), « **La dermatologie du généraliste** ». Paris, Pringer-verloge.
- 37- POMAREDE. N, (2006), « **Psoriasis et eczéma, les solutions : tout savoir sur ces maladies, les nouvelles thérapies** ». France, Edition Alpen, Amazon.
- 38- Prod'Homme. G, (2003), « **S'affirmer sans s'imposer** ». Paris, Dunod.
- 39- QUIVY. R, (1995), « **Manuel de recherche en science sociales** ». Paris, 2^{ème} édition, Dunod.
- 40- SOMOGY. I et SAINT-IEGER. E, (2006), « **Dermatologie** ». France, Edition Elsevier Masson, SAS.
- 41- Touré. M, (2007), « **Introduction à la méthodologie de la recherche : guide pratique pour les étudiants et professionnel des S. Sanitaire et sociaux** ». Paris, France.

Thèses :

- 42- PRSY. A, (2015), « **Le psoriasis : les nouveautés physiopathologiques et les différentes stratégies thérapeutiques** ». Thèse de doctorat d'état en pharmacologie, Université de Lorraine.

Dictionnaires :

43- DORAN. R. PAROT. F, (1991), « **Dictionnaire de la psychologie** ». Paris, Presse universitaire de France.

44- Petit Larousse de la psychologie, (2005), France, Larousse.

45- DELAMARE. G, (2008), « **Dictionnaire illustré des termes de médecine** ». Paris, Edition Maloine.

46- FRANCOIS. D.J, (2004), « **Dictionnaire de sciences humaines et sociales** ». France, Edition Sciences Humaines.

Articles :

47- EZZEDINE. K, (2013), « **Article : psoriasis, les traitements du psoriasis du cuir chevelu** ». A l'hôpital, Saint André de boredean.

48- BOUVARD. M et Col, (1999), « étude psychométrique d'estime de soi sociale » Revu européenne de psychologie appliquée N°49.

49- PIERRE. F, (2011), « **Le psoriasis : un guide utile pour la vie quotidienne à l'usage des personnes concernées** ». Suisse.

50- ADOUANE. W, (2012), « **Journal de l'expression** ». Alger

Sites internet

51-<https://www.slideshare.net/drshahidulislam/psoriasis-best-f>. Consulté le 15/05/ 2018 à 17:32h.

52-[Http:// psoriasis. Solution. Fr](http://psoriasis.Solution.Fr). Consulté le 12/03/2018 à 12:45 h.

53- [Www. Bioénergie- eft- Charente. Com](http://Www.Bioenergie-eft-Charente.Com). Consulté le 08/02/2018 à 21:45 h.

54-[Www. Celgene. Fr](http://Www.Celgene.Fr) / psoriasis- maladie – reconnu- OMS. Consulté le / 14/ 03 / 2018 à 15 :37h.

55- [Www. Vie-explosive. Fr](http://Www.Vie-explosive.Fr). consulté le/13/05/2018 à15 :45 h.

56-[http://www.pierre fabre-dermatologie.ch](http://www.pierre-fabre-dermatologie.ch) 2011) Consulté le 14/01/2018 à 13 :02 h.

57-Www. Chups. Jussien. Fr. Consulté le 16/05/2018 à 19:04 h.

58-Www. Symbiofi. Com /fr / formation / affirmation de soi. Consulté le 16/05/2018 à 21 :34h.

Annexes

Annexe N°1 : Guide d'entretien

Axe I : Informations sur la vie personnelle :

1. Quel est votre nom ?
2. Quel est votre âge ?
3. Quel est votre niveau d'étude ?
4. Quel est votre profession ?
5. Quelle est votre situation socio-économique ?

Axe II : Informations sur la maladie du psoriasis :

1. Depuis quand vous êtes atteint du psoriasis ?
2. Quel est le type de psoriasis présentez-vous ?
3. Quels sont les symptômes qui se sont manifestés au début ?
4. Quelles sont pour vous les raisons qui ont provoquées votre état actuel ?
5. Quelle est votre réaction quand vous avez su que vous êtes atteint du psoriasis ?
6. Avez-vous dans votre famille quelqu'un qui souffre de cette maladie ?
7. Est-ce que les traitements que vous suivez vous soulagent ?
8. Est-ce que votre maladie conditionne votre mode de vie quotidienne ?
Expliquez.

Axe III : Informations sur l'estime de soi :

1. Que représente le psoriasis pour vous ?
2. Quel est l'opinion que vous avez de vous-même ?
3. Sentez-vous de l'anxiété et de la culpabilité quand vous pensez à votre entourage ?
4. Est-ce que vous êtes gêné par votre maladie ?

5. Votre problème de peau est-il compatible avec une activité sportive ou loisir ?
6. Est-ce que votre maladie est un handicap dans le travail ou les études ?

Axe IV : Informations sur le regard de l'autre :

1. Comment trouvez-vous le regard de l'autre ?
2. Est-ce que votre maladie détermine le choix de vos vêtements ?
3. Votre problème de peau perturbe-t-il vos relations avec les autres ?
4. Vous sentez-vous soutenu et entouré par vos proches ?
5. Comment réagissez-vous aux commentaires faits par les autres à propos de votre maladie?

**Annexe (2) : INVENTAIRE D'ESTIME DE SOI DE COOPERSMITH
(Forme adulte)**

S.E.I

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

AGE.....

SEXE.....

NIVEAUD'ETUDE.....

PROFESSION.....

CONSIGNES

**LISER ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE
REPENDRE**

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 exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « ne me ressemble ».

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

Efforcerez-vous de répondre a tout les phrases, même si certain choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981 by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California
Copyright de l'éducation française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué, 25, rue de la plaine -75980 paris cedex20.tout droits réservés.

Achévé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépôt légal 1^{er} Trim.1984-Edit528050

	Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En général je ne me fait pas de souci.		
2	Je trouve très pénible d'avoir la parole dans un groupe.		
3	Il ya, en moi ; des tas de choses que je changerais, si je pouvais.		
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.		
5	On s'amuse bien en ma compagnie.		
6	Je suis souvent contrariée (e) par ma famille.		
7	Je me longtemps a m'habituer a quelque chose de nouveau.		
8	Je suis très apprécie(e) par les personne de mon âge.		
9	Ma famille prête attention a ce que je fais.		
10	Je cède très facilement aux autres.		
11	Ma famille attend trop de moi.		
12	C'est très dur d'être moi.		
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		
14	Jai généralement de l'influence sur les autre.		
15	Jai une mauvaise opinion de moi- même.		

16	J'ai souvent envie de changé de vie.		
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.		
19	Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.		
20	Ma famille me comprend bien.		
21	La plupart des gens sont mieux aimée que moi.		
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille.		
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose.		
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		
26	Je ne suis jamais inquiet (e).		
27	Je suis assez sur de moi.		
28	Je plais facilement.		
29	Je passe souvent de bons moments en famille.		
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		
31	J'aimerais être plus jeune.		
32	Je fais toujours ce que qu'il faut faire.		
33	Je suis fière (e) de mon activité professionnelle.		
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.		
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		
36	Je ne suis jamais heureux (eusse).		
37	Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.		
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.		
39	Je suis content (e) de ma vie.		

40	Je préféré avoir des amis plus jeune que moi.		
41	Jaime tout les gens que je connais		
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose.		
43	Je me comprends bien moi-même.		
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi.		
45	On ne me fait jamais de reproche.		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		
48	Cela ne me plais pas vraiment pas d'être un homme (une femme).		
49	Je suis mal à laisse dans mes relations avec les autres personnes		
50	Je ne suis jamais intimidé(e)		
51	J'ai souvent honte de moi.		
52	Les autres me cherchent souvent querelle.		
53	Je dis toujours la vérité.		
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver.		
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie		
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.		
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.		

G

SO

F

P

T

M

--	--	--	--	--	--

Annexe N°3 : Résultats de l'inventaire d'estime de soi des cas.

A : Résultat de l'inventaire d'estime de soi de cas de « Manel »

	Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En général je ne me fait pas de souci.		x
2	Je trouve très pénible d'avoir la parole dans un groupe.	x	
3	Il ya, en moi ; des tas de choses que je changerais, si je pouvais.	x	
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.	x	
5	On s'amuse bien en ma compagnie.	x	
6	Je suis souvent contrariée (e) par ma famille.		x
7	Je me longtemps a m'habituer a quelque chose de nouveau.	x	
8	Je suis très appréciée(e) par les personne de mon âge.		x
9	Ma famille prête attention a ce que je fais.		x
10	Je cède très facilement aux autres.		x
11	Ma famille attend trop de moi.	x	
12	C'est très dur d'être moi.	x	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.	x	
14	Jai généralement de l'influence sur les autre.		x
15	Jai une mauvaise opinion de moi- même.	x	
16	Jai souvent envie de changé de vie.	x	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		x
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.	x	
19	Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.		x

20	Ma famille me comprend bien.	x	
21	La plupart des gens sont mieux aimée que moi.	x	
22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille.		x
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose.	x	
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.	x	
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		x
26	Je ne suis jamais inquiet (e).		x
27	Je suis assez sûr de moi.		x
28	Je plais facilement.		x
29	Je passe souvent de bons moments en famille.	x	
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.	x	
31	J'aimerais être plus jeune.		x
32	Je fais toujours ce que qu'il faut faire.		x
33	Je suis fier (e) de mon activité professionnelle.	x	
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.		
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		x
36	Ne suis jamais heureux (euse).		x
37	Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.	x	
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.	x	
39	Je suis content (e) de ma vie.		x
40	Je préférerais avoir des amis plus jeune que moi.		x
41	J'aime tous les gens que je connais		x
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose.	x	
43	Je me comprends bien moi-même.	x	

44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi.	x	
45	On ne me fait jamais de reproche.		x
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		x
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.	x	
48	Cela ne me plaît pas vraiment pas d'être un homme (une femme).	x	
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes	x	
50	Je ne suis jamais intimidé(e)		x
51	J'ai souvent honte de moi.	x	
52	Les autres me cherchent souvent querelle.		x
53	Je dis toujours la vérité.		x
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		x
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver.	x	
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie	x	
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.	x	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.	x	

G SO F P T M

11	03	04	06	25	03
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

B : Résultats de l'inventaire d'estime de soi de cas de : « Salim ».

	Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En général je ne me fait pas de souci.		x
2	Je trouve très pénible d'avoir la parole dans un groupe.	x	
3	Il ya, en moi ; des tas de choses que je changerais, si je pouvais.	x	
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.		x
5	On s'amuse bien en ma compagnie.		x
6	Je suis souvent contrariée (e) par ma famille.	x	
7	Je me longtemps a m'habituer a quelque chose de nouveau.	x	
8	Je suis très appréciée(e) par les personne de mon âge.		x
9	Ma famille prête attention a ce que je fais.	x	
10	Je cède très facilement aux autres.		x
11	Ma famille attend trop de moi.		x
12	C'est très dur d'être moi.	x	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.	x	
14	J'ai généralement de l'influence sur les autre.		x
15	J'ai une mauvaise opinion de moi- même.	x	
16	J'ai souvent envie de changé de vie.	x	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		x
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.	x	
19	Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.		x
20	Ma famille me comprend bien.		x
21	La plupart des gens sont mieux aimée que moi.	x	

22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille.		x
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose.	x	
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.	x	
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		x
26	Je ne suis jamais inquiet (e).		x
27	Je suis assez sûr de moi.		x
28	Je plais facilement.		x
29	Je passe souvent de bons moments en famille.	x	
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.	x	
31	J'aimerais être plus jeune.		x
32	Je fais toujours ce que qu'il faut faire.		x
33	Je suis fière (e) de mon activité professionnelle.	x	
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.	x	
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.	x	
36	Je ne suis jamais heureux (e).	x	
37	Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.		x
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.		x
39	Je suis content (e) de ma vie.		x
40	Je préférerais avoir des amis plus jeunes que moi.		x
41	J'aime tous les gens que je connais		x
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose.		x
43	Je me comprends bien moi-même.		x
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi.	x	
45	On ne me fait jamais de reproche.		x

46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		x
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		x
48	Cela ne me plaît pas vraiment pas d'être un homme (une femme).	x	
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes	x	
50	Je ne suis jamais intimidé(e)		x
51	J'ai souvent honte de moi.	x	
52	Les autres me cherchent souvent querelle.	x	
53	Je dis toujours la vérité.		x
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.	x	
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver.	x	
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie	x	
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.	x	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.		x

G SO F P T M

04	01	04	03	12	01
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

C : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi de cas de : « Sandra ».

	Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En général je ne me fait pas de souci.	x	
2	Je trouve très pénible d'avoir la parole dans un groupe.	x	
3	Il ya, en moi ; des tas de choses que je changerais, si je pouvais.		x
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.	x	
5	On s'amuse bien en ma compagnie.	x	
6	Je suis souvent contrariée (e) par ma famille.		x
7	Je me longtemps a m'habituer a quelque chose de nouveau.		x
8	Je suis très appréciée(e) par les personne de mon âge.		x
9	Ma famille prête attention a ce que je fais.	x	
10	Je cède très facilement aux autres.	x	
11	Ma famille attend trop de moi.	x	
12	C'est très dur d'être moi.		x
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		x
14	J'ai généralement de l'influence sur les autre.	x	
15	J'ai une mauvaise opinion de moi- même.		x
16	J'ai souvent envie de changé de vie.		x
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.		x
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.		x
19	Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.	x	
20	Ma famille me comprend bien.	x	
21	La plupart des gens sont mieux aimée que moi.		x

22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille.		X
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose.		X
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		X
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		X
26	Je ne suis jamais inquiet (e).	X	
27	Je suis assez sûr de moi.	X	
28	Je plais facilement.	X	
29	Je passe souvent de bons moments en famille.	X	
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.	X	
31	J'aimerais être plus jeune.		X
32	Je fais toujours ce que qu'il faut faire.	X	
33	Je suis fière (e) de mon activité professionnelle.	X	
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.		X
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		X
36	Je ne suis jamais heureux (e).		X
37	Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.	X	
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.	X	
39	Je suis content (e) de ma vie.	X	
40	Je préférerais avoir des amis plus jeunes que moi.		X
41	J'aime tous les gens que je connais		X
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose.	X	
43	Je me comprends bien moi-même.	X	
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi.		X

45	On ne me fait jamais de reproche.	x	
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		x
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.	x	
48	Cela ne me plaît pas vraiment pas d'être un homme (une femme).		x
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes		x
50	Je ne suis jamais intimidé(e)	x	
51	J'ai souvent honte de moi.		x
52	Les autres me cherchent souvent querelle.		x
53	Je dis toujours la vérité.		x
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		x
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver.	x	
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie		x
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.		x
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.	x	

G SO F P T M

23	07	07	07	44	06
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

D : Résultats ce l'inventaire d'estime de soi de cas de : « Nabil ».

	Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En général je ne me fait pas de souci.		x
2	Je trouve très pénible d'avoir la parole dans un groupe.		x
3	Il ya, en moi ; des tas de choses que je changerais, si je pouvais.	x	
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.	x	
5	On s'amuse bien en ma compagnie.	x	
6	Je suis souvent contrariée (e) par ma famille.	x	
7	Je me longtemps a m'habituer a quelque chose de nouveau.	x	
8	Je suis très appréciée(e) par les personne de mon âge.		x
9	Ma famille prête attention a ce que je fais.	x	
10	Je cède très facilement aux autres.	x	
11	Ma famille attend trop de moi.		x
12	C'est très dur d'être moi.	x	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.		x
14	J'ai généralement de l'influence sur les autre.		x
15	J'ai une mauvaise opinion de moi- même.		x
16	J'ai souvent envie de changé de vie.	x	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.	x	
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.	x	
19	Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.	x	
20	Ma famille me comprend bien.		x
21	La plupart des gens sont mieux aimée que moi.		x

22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille.		X
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose.		X
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.	X	
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.	X	
26	Je ne suis jamais inquiet (e).	X	
27	Je suis assez sûr de moi.	X	
28	Je plais facilement.		X
29	Je passe souvent de bons moments en famille.	X	
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		X
31	J'aimerais être plus jeune.		X
32	Je fais toujours ce que qu'il faut faire.	X	
33	Je suis fière (e) de mon activité professionnelle.	X	
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.	X	
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		X
36	Je ne suis jamais heureux (e).	X	
37	Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.	X	
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.	X	
39	Je suis content (e) de ma vie.	X	
40	Je préférerais avoir des amis plus jeunes que moi.	X	
41	J'aime tous les gens que je connais		X
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose.	X	
43	Je me comprends bien moi-même.	X	
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi.		X
45	On ne me fait jamais de reproche.		X

46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.	x	
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.	x	
48	Cela ne me plaît pas vraiment pas d'être un homme (une femme).		x
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes		x
50	Je ne suis jamais intimidé(e)	x	
51	J'ai souvent honte de moi.		x
52	Les autres me cherchent souvent querelle.	x	
53	Je dis toujours la vérité.	x	
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		x
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver.		x
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie		x
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.	x	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.	x	

G SO F P T M

17	03	05	06	31	04
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

E : Résultats de l'inventaire d'estime de soi de cas de : « Sabah ».

	Items	Me ressemble	Ne me ressemble pas
1	En général je ne me fait pas de souci.		x
2	Je trouve très pénible d'avoir la parole dans un groupe.		x
3	Il ya, en moi ; des tas de choses que je changerais, si je pouvais.	x	
4	J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté.		x
5	On s'amuse bien en ma compagnie.		x
6	Je suis souvent contrariée (e) par ma famille.	x	
7	Je me longtemps a m'habituer a quelque chose de nouveau.	x	
8	Je suis très appréciée(e) par les personne de mon âge.		x
9	Ma famille prête attention a ce que je fais.		x
10	Je cède très facilement aux autres.		x
11	Ma famille attend trop de moi.	x	
12	C'est très dur d'être moi.	x	
13	Tout est confus et embrouillé dans ma vie.	x	
14	J'ai généralement de l'influence sur les autre.		x
15	J'ai une mauvaise opinion de moi- même.	x	
16	J'ai souvent envie de changé de vie.	x	
17	Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail.	x	
18	Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens.	x	
19	Quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.	x	
20	Ma famille me comprend bien.		x
21	La plupart des gens sont mieux aimée que moi.		x

22	J'ai généralement l'impression d'être harcelé par ma famille.	x	
23	Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose.	x	
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.	x	
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.	x	
26	Je ne suis jamais inquiet (e).		x
27	Je suis assez sûr de moi.		x
28	Je plais facilement.		x
29	Je passe souvent de bons moments en famille.		x
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.	x	
31	J'aimerais être plus jeune.	x	
32	Je fais toujours ce que qu'il faut faire.		x
33	Je suis fière (e) de mon activité professionnelle.		x
34	J'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.	x	
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.	x	
36	Je ne suis jamais heureux (e).	x	
37	Je fais toujours mon travail de mieux que je peux.	x	
38	En général, je suis capable de me débrouiller tout seul.		x
39	Je suis content (e) de ma vie.		x
40	Je préférerais avoir des amis plus jeunes que moi.		x
41	J'aime tous les gens que je connais	x	
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose.	x	
43	Je me comprends bien moi-même.	x	
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi.	x	
45	On ne me fait jamais de reproche.		x

46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.	x	
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		x
48	Cela ne me plaît pas vraiment pas d'être un homme (une femme).	x	
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes	x	
50	Je ne suis jamais intimidé(e)		x
51	J'ai souvent honte de moi.	x	
52	Les autres me cherchent souvent querelle.	x	
53	Je dis toujours la vérité.	x	
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		x
55	Je me moque de ce qui peut m'arriver.		x
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie		x
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.	x	
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.		x

G SO F P T M

06	02	01	04	13	03
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------