

Université Abderrahmane MIRA de Bejaïa
Faculté des sciences humaines et sociales
Département des sciences sociales

En vue de l'obtention du diplôme master en psychologie
Option : psychologie clinique

Thème :

**L'estime de soi chez les personnes
atteintes de trouble obsessionnel-
compulsif (TOC)**
**Étude de 6 cas à l'établissement de psychiatrie
d'OUED AISSI**

Réalisé par :

-Mr SI TAIEB Karim

Encadré par :

-M^{me} DJEDID Ratiba

Année universitaire

2013/2014

Remerciements

Avant tout, je remercie le bon dieu, de m'avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce modeste travail.

Je tiens à présenter mes remerciements et reconnaissances pour ceux qui ont contribué dans la réalisation de ce travail ;

Pour mes profondes gratitudee à mon encadreur M^{me} DJEDID Ratiba, pour la confiance qu'elle m'a accordée tout au long de la recherche et la réalisation de ce travail, et pour ses conseils et sa disponibilité et la patience dont elle a fait preuve, et qui m'a été d'un apport précieux pour l'accomplissement de ce mémoire.

Je tiens à remercier également les membres du jury qui nous feront l'honneur de juger ce modeste travail, ainsi les enseignants du département des sciences sociales pour leurs rôles important dans ma formation.

Aux personnels de l'Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie FARNANE Hanafi) d'Oued Aissi de la wilaya de Tizi-Ouzou, en particulier le directeur qui m'a autorisé d'effectuer un stage dans l'établissement, ainsi que le Pr BOUZIDI et Dr ADANE Hamid qui ma beaucoup aidé durant la période du stage.

A l'association des psychologues de Tizi-Ouzou à leurs têtes Mr LASSFER, Mr DJILALI, Dr BEKOU et les autres.

Aux personnes malades qui m'ont accordés leurs consentements à ma recherche.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

À la mémoire de ma très chère Mère qu'est la source spirituel de mon éducation et tous ce que j'ai appris de cette vie, grâce à ses efforts et ses sacrifices pour réussir durant ma vie, et qui m'ont aidé avec l'aide de dieu à construire ma personnalité, et qui été présente durant mon cursus universitaire.

Tu resteras toujours gravé dans mon cœur et mes souvenirs et à l'intérieur de ma famille, que dieu t'accueille dans son vaste paradis.

A mon père que dieu le protège, à qui revient la grâce aussi, dés ma naissance jusqu'à maintenant.

A mes frères et sœurs : Lounes, Idir sa femme Nacira et leurs fils Samy, Jugurtha et Mohamed (intelligent et mignon), Chabha et son marie Saad et leurs petit nounou (Junes), Fatiha, Ouiza et la benjamine de la famille qui est Souhila, ainsi à ma grande famille, surtout mon grand père que dieu le protège, ainsi ma grande mère, mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines et tous qui mes proches.

Surtout Lounes qu'à dépensés pour moi sans compter. En reconnaissances de tous les sacrifices consentis par tous et chacun pour me permettre d'avancer

A tous(es) mes amis(es) : le premier est mon copain de chambre de la résidence AMROUNE Amar, mon cousin Hamza et l'équipe d'Hydraulique ; Rahim, Ghilas et les autres, Rayen archéologue, Z. Ahmed, R. Djamel et bien sure Zahia de Cevital et tous ceux que je connais et ils me connaissent.

S. KARIM

SOMMAIRE :

Introduction

1. Problématique et hypothèses.....3
2. Définitions et opérationnalisations des concepts.....10

Partie Théorique

Chapitre 1 : Trouble Obsessionnel-Compulsif

- Préambule.....23
1. La définition de DSM-IV et de la CIM10.....23
 - 1.1. Critères diagnostique du TOC selon le DSMIV.....23
 - 1.2. La CIM10.....25
2. L’historique des TOC.....12
3. Concepts clés.....15
4. La sémiologie clique.....18
 - 4.1. Les formes cliniques.....19
 - 4.1.1. Les obsessions.....19
 - 4.1.1.1. Les obsessions idéatives.....19
 - 4.1.1.2. Images obsédante.....19
 - 4.1.1.3. Les obsessions phobiques.....20
 - 4.1.1.4. Les obsessions agressives.....20
 - 4.1.1.5. Les obsessions de malheur et de superstition.....20
 - 4.1.2. Les compulsions et les rituels.....21
 - 4.1.2.1. Les compulsions.....21
 - 4.1.2.2. Les rituels.....21
 - 4.1.2.1.1. Les rituels de lavage.....22
 - 4.1.2.2. Les rituels de vérification.....22
 - 4.1.2.3. Les conjurations.....22
 4. Les signes de reconnaissances de TOC.....23

6. La description clinique du TOC.....	25
7. Les Schémas de danger.....	27
8. La persistance.....	27
9. Les modèles théoriques des TOC.....	27
<i>Synthèse.....</i>	<i>33</i>

Chapitre 2 : L'estime de soi

• <i>Le soi</i>	
Préambule.....	34
1. Définitions.....	34
2. Les schémas de soi.....	35
3. L'affirmation de soi.....	35
4. Les approches abordant le concept de soi.....	35
5. Concept de soi versus estime de soi.....	37
• <i>Estime de soi</i>	
1. Définition.....	37
2. La genèse de l'estime de soi.....	38
3. Les piliers de l'estime de soi.....	39
4. Haute et basse estime de soi.....	40
5. Importance de l'estime de soi.....	41
Synthèse.....	41

Partie pratique

Chapitre 3 : Méthodologie de recherche

Préambule.....	42
1. La méthode d'étude.....	42

1.1. La méthode clinique.....	42
2. Les outils de recherche.....	42
2.1. L'entretien clinique de recherche.....	42
2.2. L'entretien clinique semi-directif.....	44
2.3. Guide d'entretien.....	44
3. Présentation du test.....	45
3.1. Définition.....	45
3.2. Passation et correction de test.....	47
3.3. Passation de test.....	47
3.3.2. Correction de test.....	47
3.3.3. Valeurs caractéristiques des échelles.....	48
3.3.4. Analyse factorielle.....	48
3.3.5. Étalonnages et interprétations.....	48
3.3.6. Notes factorielles.....	49
4. Lieu et le temps de recherche.....	49
5. Le choix de la population.....	50
5.1. Critères d'exclusions.....	50
5.2. Critères d'inclusions.....	51
6. Le déroulement de l'enquête.....	52
6.1. La prise de contact.....	52
6.2. Passation de test d'estime de soi S. Coopersmith.....	52
6.3. Les obstacles rencontrés durant la recherche.....	53
Synthèse.....	53

Chapitre 4 : Présentations et analyses des résultats et discussions des hypothèses

1. présentations et analyses des résultats.....	54
2. discussion des hypothèses.....	75
Conclusion	77
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

Très longtemps méconnu, le Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC) est particulièrement ces dernières années devenu quelque chose de familier du grand public.

Alors que le trouble obsessionnel compulsif (TOC) était considéré autrefois comme relativement rare dans la population générale, les données épidémiologiques américaines et anglaises montrent que le TOC toucherait environ 2 % de la population adulte. Le TOC serait ainsi la 4^{ème} pathologie psychiatrique la plus fréquente après les troubles phobiques, les troubles liés aux toxiques (alcool et drogue) et les troubles dépressifs.

Le début de la maladie est précoce, son évolution est chronique dans la plupart des cas et cette dernière a un impact sur le soi des personnes présentant ce trouble, et souvent d'une manière néfaste.

Notre estime de soi se modifie au cours du temps, selon la situation de chaque personne. L'être humain a besoin de se sentir apprécié, valorisé et compétent. C'est un sentiment vital qui lui procure le sentiment de sécurité nécessaire pour pouvoir aborder les difficultés de la vie avec une certaine confiance. Sachant que l'estime de soi c'est « l'une des dimensions les plus fondamentales de notre personnalité, est un phénomène discret, impalpable, complexe, dont nous n'avons pas toujours conscience ». (C. Andre, F. le Lord, 1999, P11).

Ces troubles obsessionnels compulsifs, sont un véritable problème de santé publique de par la gravité de la pathologie et ses conséquences sur la qualité de vie des patients.

De notre part, nous envisageons d'investir ce domaine avec la présente recherche qui s'intitule : l'estime de soi chez les personnes atteintes de trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Pour répondre aux objectifs de notre recherche, nous avons choisi l'EHS (Établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie) d'Oued Aissi dans la wilaya de

Tizi-Ouzou, ainsi que le cabinet de consultation psychologique privé de la même wilaya.

Pour élaborer cette recherche nous avons tracé un plan de travail, on a divisé le plan en deux parties (théorique et pratique). D'abord, on commence par l'introduction générale suivit de la problématique, les hypothèses de la recherche, ainsi que les définitions et l'opérationnalisation des concepts.

La partie théorique est divisée en deux chapitres, le premier est consacré à la définition et la description clinique des TOC selon le DSM-IV, CIM10 et les différentes théories qui ont abordé ce dernier.

Le deuxième chapitre de cette partie est consacré à la relation entre l'estime et le soi, ainsi qu'à l'importance et la construction de cette dimension et les théories qui ont étudié ces concepts.

Le troisième chapitre qui est inclus dans la partie pratique, est réservé au cadre méthodologique, à travers lequel nous avons suivi une méthodologie bien déterminée : la méthode de recherche et ses outils d'investigation, présentation de lieu de stage et les échantillons de recherche, ainsi que le déroulement de l'enquête.

Enfin, le quatrième chapitre est consacré à la partie pratique qui est divisée aussi en deux parties :

- La première est destinée à la présentation et l'analyse des informations recueillies concernant nos cas,
- la deuxième partie est consacrée à la discussion des hypothèses proposées au début de la recherche.

Enfin, nous terminons par une conclusion générale.

La problématique

Dès le début du XX^e siècle, le terme de personnalité prend le dessus sur celui de caractère et de tempérament ou de constitution qu'il dépasse en les intégrant.

La personnalité correspond à la permanence d'un certain nombre de conduites et elle représente leur stabilité dans le temps et à travers des situations diverses. Elle peut être faite de l'union de comportement et de système de croyances contradictoires. **(Cottraux J, 2006, P8).**

La personnalité se définit comme un ensemble stable de comportements, d'émotions et de pensées qui caractérisent chaque individu en réaction à l'environnement. Elle s'organise à la fin de l'adolescence et garde une certaine constance au cours de la vie. Elle se forme à partir du tempérament, qui est le résultat de l'hérédité, et sous l'influence de l'environnement et de l'éducation qui vont modeler et réguler les comportements innés.

On peut donc décrire des types de personnalité qui sont faits d'un style particulier de pensées de comportements répétitifs et de relations avec les autres ayant toujours la même tonalité. **(Cottraux J, 1998, P72).**

Les traits représentent des systèmes ou dispositions chez des personnes qui les amènent à percevoir des situations de manière particulière et à réagir de manière constante dans ces situations.

Plus récemment, *zucherman (1991)* a proposé de situer le trait par rapport à l'habitude. Un trait représente la synthèse de la fréquence et de l'intensité des habitudes de réactions, face à des situations : se laver les mains est une habitude, la propreté est un trait. **. (COTTRAUX J, 2006, P10-11).**

Pour Winnicott (1963), le caractère est une distorsion de la structure du Moi, l'intégration étant sauvegardée. Il ya dans une personnalité intacte une maladie cachée qui met d'une certaine manière l'environnement en cause. **(Tawil S et J. Kalmanovitch et All, 1981, P98).**

Si les obsessions et les compulsions se greffent souvent, ce n'est pas toujours le cas. Parfois, les troubles débutent habituellement, chez quelqu'un dont la personnalité ne pouvait en aucun cas le laisser prévoir. Les spécialistes de la question ne sont pas tous d'accord sur la fréquence de l'existence d'une personnalité pré morbide compulsive. **(Dr Lamagnève F, 2003, P20).**

Pour les auteurs du *DSM (Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux)*, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) se résument au pôle négatif des affects, à savoir l'anxiété, la détresse et le déplaisir conscient lié aux perturbations occasionnées par les symptômes. Toute idée de plaisir est évacuée, y compris celle liée aux bénéfices secondaires de la maladie. **(De Lara A et All, 2000, P12).**

Le terme « TOC » est adopté dans la classification américaine des troubles mentaux en 1980. Depuis lors, cette dénomination est restée identique dans la classification américaine des troubles mentaux, ainsi que dans la classification de l'organisation mondiale de la santé. **(Dr Sauteraud A, 2005, P14).**

Le trouble obsessionnel était considéré autrefois comme relativement rare dans la population générale, les données épidémiologiques montreraient que la prévalence du TOC, une vie entière se situe entre 1,9 % et 3,2 % dans la population générale. La prévalence situe le TOC au quatrième rang de fréquence parmi les troubles psychiatriques, après les phobies, la dépendance à l'alcool et aux drogues, et les troubles dépressifs.

Des enquêtes réalisées parmi des nouveaux patients consultant en psychiatrie mettent en évidence une prévalence du TOC (selon les critères diagnostiques du TOC) de 9,2 %. Il y a globalement autant d'hommes que de femmes qui souffrent du TOC. C'est une maladie du sujet jeune puisque 65 % des patients adultes décrivent un début avant l'âge de 25 ans et environ 1/3 dès l'enfance. L'âge de début est typiquement entre 8 et 18 ans, en moyenne à l'âge de 12 ans. La maladie débute après 35 ans chez seulement 15 % des patients. Une étude récente a observé l'apparition du TOC dans une population de 10 438 enfants âgés de 5 à 15 ans : la prévalence augmente régulièrement avec l'âge des

enfants pour se rapprocher progressivement des chiffres observés chez l'adulte. **(Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle. HAS / service évaluation des actes professionnels / mai 2005)**

Si l'on examine plus précisément la population touchée par le TOC, on constate qu'il y a autant de femmes que d'hommes souffrant de ce trouble (*Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988*). Toutefois, des différences existent en fonction de la symptomatologie.

Ainsi, *Lensi et al. (1996)* montrent que les femmes rapportent davantage d'obsessions agressives (26.2% vs 15.3%) et de rituels de lavage (59.6% vs 43.7%) que les hommes, alors que ces derniers rapportent davantage d'obsessions sexuelles (27% vs 12.7%) et d'obsessions concernant la symétrie et l'exactitude (28.6% vs 8%). Si le pourcentage d'hommes et de femmes est le même à l'âge adulte, il semble toutefois que ce ne soit pas le cas pendant l'enfance. Des données suggèrent en effet une prédominance masculine, lorsque l'apparition du trouble est précoce (*Swedo & Rapoport, 1989*). Or, il faut souligner que l'apparition précoce de ce trouble est fréquente. En effet, des travaux montrent que chez 80% des patients TOC adultes les symptômes apparaissent avant l'âge de 18 ans (*Pauls, Alsobrook, Goodman, Rasmussen, & Leckman, 1995*). Une étude plus récente montre toutefois que l'âge d'apparition moyen se situerait entre 21,9 et 35,5 ans (*Horvath & Weissman, 2000*). Enfin, les études portant sur le TOC chez les enfants ont montré que l'âge d'apparition était en moyenne de 10.3 ans (*Shafran, 2001*). **(Thèse présentée à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie, par Ariane Zermatten, Février, 2007.)**

Jusqu'à tout récemment, l'attention de la psychologie a porté presque totalement sur la pathologie du fonctionnement humain. Les théoriciens et chercheurs se sont beaucoup intéressés à plusieurs problèmes liés à la condition humaine tels que la dépression, la solitude, le manque d'estime de soi, les

problèmes amoureux, les conflits interpersonnels, intergroupes. A cet effet, *Myers (2000)* rapporte qu'une recherche informatique dans les « psychological Abstracts » depuis 1887 relève 57800 articles sur l'anxiété et 70856 sur la dépression tandis que seulement 851 parlent de la joie, 2958 du bonheur et 5701 de la satisfaction de vie. **(Bonardi C et All, 2002, P185)**

Un certain nombre de théories considèrent que les individus possèdent un système destiné à maintenir un niveau d'estime de soi globale suffisamment élevé pour les rendre capables de fonctionner efficacement dans leurs environnements.

Le domaine où l'estime de soi paraît exercer des effets particulièrement puissants concerne les réactions des individus aux renforcements, ou aux informations pertinentes pour leur soi. Comme l'a démontré *Campbell en 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'informations.

Notre recherche d'informations est motivée par le désir de maintenir une évaluation de soi positive et quand notre estime de soi est menacée, nous nous empressons de trouver quelqu'un de plus mauvais pour nous comparer à lui (*GIB bous et Mc coy, 1991*). Il existe d'ailleurs de multiples données montrant que la plupart des individus essaient de maintenir une bonne image d'eux-mêmes. **(Maritinot D, 1995, P36, 37,39)**

Dans la littérature psychologique, le concept d'estime de soi regroupe ou est synonyme de plusieurs concepts : auto-évaluation, valeur de soi, etc. Mais c'est le terme d'estime de soi qui est le plus couramment employé. Parmi les chercheurs s'intéressant à l'estime de soi, ils conçoivent tous l'estime de soi comme une composante centrale du soi.

Pour le petit Larousse, l'estime est « l'appréciation favorable que l'on peut avoir d'une chose ou d'une personne ». En effet, que le « soi » renvoie à l'essence ou à la personnalité du sujet ne nous permet pas de comprendre pleinement ce qu'est « l'estime de soi » **(De Saint Paul J, 1999, P1)**

L'estime de soi occupe une position centrale dans l'explication du comportement humain. Il s'agit de la façon dont l'individu s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne (*Harter, 1998*). Ce sentiment de sa valeur personnelle est lié à l'image que les autres lui renvoient de lui. D'abord considérée de façon unidimensionnelle (*Coopersmith, 1967*), l'estime de soi est aujourd'hui conçue comme multidimensionnelle (<http://www.cairn.info/revue-saps-2001-3-page-33.htm>)

Dans l'expérience intérieure, de même que dans le comportement humain, nous trouvons maints éléments, attitudes ou données qui nous conduisent, directement ou indirectement, au soi : l'expérience de la décision libre ; le dialogue de chacun avec sa conscience ; la lutte de la volonté raisonnable contre la fatigue ou la douleur ; le sentiment de culpabilité ; l'effort pour être soi-même ou pour être différent des autres ; l'orgueil, l'humilité ; l'expérience cartésienne du doute méthodique ; le délire mégalomane ; les sentiments de dépersonnalisation ; l'embellissement de sa propre apparence ; l'affirmation égoïste de soi, le suicide, etc. (**Coslin P, 2002, P1126**)

Pour Rogers chez l'individu névrosé, l'image de soi s'organise d'une manière qui ne cadre pas avec l'expérience, l'individu inadapté sur le plan psychologique doit interdire à certaines expériences sensorielles et affectives significatives d'accéder à la conscience.

Les troubles psychologiques proviennent donc d'une perturbation de la relation entre l'image de soi et l'expérience concrète. La plupart des études entreprises dans ce domaine ont pourtant porté sur les rapports entre le soi et le soi idéal. Dans ces recherches, l'écart entre l'évaluation du soi et l'évaluation du soi idéal sert souvent à mesurer l'adaptation, plus cet écart est faible, meilleure est l'adaptation. De nombreuses études ont démontré que l'équilibre et l'estime de soi sont associés à la relation entre le soi et le soi idéal. (**Pervin L et O. John, 2005, P138**)

Les cliniciens ont observé que les personnes qui doutent de leur valeur ne peuvent accéder à une vie affective harmonieuse par crainte de dévoiler leurs

insuffisances et donc d'être rejetées. Elles évitent toute relation affective trop implicite et finissent par se sentir isolées.

Des études plus cliniques ont mis en évidence qu'une des causes principales de l'anxiété est probablement ce sentiment d'échec ou d'indiquassions par rapport à ses aspirations. L'anxiété et l'estime de soi sont étroitement liées ; si en effet, c'est une menace qui déclenche l'anxiété, c'est cependant l'estime de soi qui est menacée. **(Coopersmith S, 1984, P8)**

Les facteurs de vulnérabilité comprennent notamment l'influencabilité, la pauvreté des relations affectives, la peur d'être rejeté et l'anxiété.

Certains de ces facteurs semblent bien connus. Ainsi, l'estime de soi, définie brièvement comme l'attitude plus ou moins favorable que chaque personne a envers elle-même, la considération et le respect qu'elle se porte, le sentiment qu'elle a de sa propre valeur (Rosenberg, 1979), est au cœur de nombreux programmes de prévention dans différents pays, dont le Canada ou la France. De même pour l'anxiété, sentiment d'insécurité déclenché par différentes situations futures ou imaginaires, dont on distingue deux formes (Spielberger, 1983) :

- l'état, ressenti uniquement dans une situation donnée (sentiment d'appréhension, tension liée à l'évènement) ;
- le trait, tempérament anxieux habituel de la personne, sans rapport avec une situation donnée.

De fait, plusieurs travaux soulignent un lien entre une estime de soi basse et/ou une anxiété-trait élevées et la consommation de produits, notamment (Gossop, 1976 ; Newcomb et Harlow, 1986 ; Taylor et Del Pilar, 1992 ; Madianos, 1995 ; Wasson et Anderson, 1995 ; Kawabata, 1999). **(<http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2005-1-page-73.htm>)**

Notre travail avait pour objectif principal de mieux comprendre les difficultés et la qualité de l'estime de soi présentées par les personnes présentant des symptômes obsessionnels compulsifs (TOC), et ce dernier fait parti des

troubles anxieux selon la classification américain des troubles mentaux (DSM). Ainsi, nous en venons à la formulation de la problématique de notre étude qui est la suivante :

- **Qu'elle est l'état et le niveau d'estime de soi des personnes qui présentent des TOC ?**

Les hypothèses

Après notre pré-enquête qu'on a faite sur le terrain, on est arrivé à poser les hypothèses suivantes pour répondre à notre question de recherche. Celles qui nous amènent et facilitent le chemin de l'enquête et la recherche :

L'hypothèse générale

- ❖ La présence de trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez une personne, affecte considérablement son estime de soi

Les hypothèses opérationnelles

- Les personnes qui présentent un TOC ont une faible estime de soi.
- Les personnes atteintes de TOC présenteront une faible estime de soi dans le cas où il y'aurait un autre trouble associé à ce dernier.

▪ L'objectif de notre recherche

Il s'agit pour nous de faire une étude sur l'effet du trouble obsessionnel-compulsif sur l'estime de soi des personnes souffrantes de ce trouble, aussi de savoir si une estime de soi qui est affectée par ce trouble peut provoquer d'autres troubles associés.

Définitions et opérationnalisations des concepts

Estime de soi

Valeur personnelle, Compétence, qu'un individu associe à son image de soi.

L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi découler de la comparaison entre plusieurs images de soi coexistant chez le même sujet, le moi idéal, Le moi qui- devrait-être l'image de lui que le sujet suppose chez certaines des personnes qui le connaissent. **(H.Bloch, R.Chemana et all, 1999, P346)**

Estime de soi

Est l'ensemble de valeur, de jugement d'évaluation subjective et des normes qu'un individu attribue consciemment ou non à sa propre personne, ces derniers peuvent être relativement positifs, pouvant-être la source du développement personnel, ou négatifs, ce qui peut dans certains cas provoquer certain trouble telle que la dépression.

Obsession

L'obsession se définit comme une idée ou un groupe d'idées qui s'imposent à l'esprit d'une manière lancinante et que le sujet ne peut chasser bien qu'il les tienne pour absurdes. Il s'agit d'une intrusion, dans la pensée consciente, d'une idée, d'un sentiment, d'une image, d'un comportement parasite qui s'impose d'une façon tenace. Le sujet lutte contre cette intrusion pour atténuer l'anxiété qu'elle suscite et peut s'adonner à des rituels conjuratoires, gestes ou formules auxquels il attribue un pouvoir magique pour neutraliser et faire cesser l'obsession. Les contraintes, la lutte anxieuse, le doute, la conscience de caractère morbide du trouble permettent de distinguer l'idée obsédante de l'idée délirante. **(R.Doron, F.Parot, 1991, P499, 500)**

Compulsion

Tendance intérieure impérative poussant un sujet à accomplir une certaine action ou à penser à une certaine idée alors qu'il la réproouve et se l'interdit sur un plan conscient.

Malgré son caractère irrésistible, le sujet peut lutter contre cette tendance, dont la non-exécution est pour lui génératrice d'angoisse. Il arrive parfois à ne pas passer à l'acte, ou à le transformer en des rituels répétitifs inoffensifs. Ce qui n'est pas le cas de l'impulsion, où l'agir l'emporte presque immédiatement sur cette lutte anxieuse. (**H.Bloch, R.Chemana et all, 1999, P156**).

Trouble Obsessionnel-compulsif

C'est une maladie mentale, où le fonctionnement normal de la conscience d'un individu se trouve altéré par des idées parasites, permanentes et obsédantes, aussi parfois des forces inconscientes qui pousse l'individu à accomplir des actes malgré lui, mais cette dernière demeure consciente de son état morbide.

Préambule

Aujourd'hui, on estime que le trouble obsessionnel-compulsif, plus connu sous le nom de TOC, atteint plus de deux pour cent de la population générale. Le fait que le TOC apparaisse comme problème important de santé publique et représente une part de marché respectable pour l'industrie pharmaceutique explique le renouveau des travaux de recherche et le développement des modèles biologiques, comportementaux et cognitifs qui proposent des conceptions et des thérapies nouvelles.

1. La définition de TOC selon le DSM-IV et la CIM-10 :**1.1. Critères diagnostiques du trouble obsessionnel-compulsif selon le DSM-IV**

A- Soit obsessions soit compulsions (300.3). Les obsessions sont définies par 1, 2, 3, 4

1) Pensées, impulsions ou images répétitives et persistantes qui sont ressenties, à un certain moment, comme intrusives et inappropriées, et qui causent une anxiété ou une détresse marquée.

2) Les pensées, les impulsions ou les images ne sont pas simplement des soucis excessifs à propos de problèmes de la vie réelle.

3) La personne tente d'ignorer ou de refouler de telles pensées ou impulsions, ou bien de les neutraliser avec une autre pensée ou une autre action.

4) La personne reconnaît que les pensées obsédantes, les impulsions ou les images sont le produit de son propre esprit (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans la pensée « forcée ») Les compulsions sont définies par 1 et 2

1) Des comportements répétitifs (lavages de main, mise en ordre, vérification) ou des actes mentaux que la personne se sent obligée d'accomplir en réponse à une obsession, ou selon des règles qui doivent être appliquées rigideusement.

2) Le comportement ou l'acte mental vise à prévenir ou réduire la détresse, ou à prévenir un évènement ou une situation redoutée. Cependant, ces comportements ou ces actes mentaux ne sont pas reliés d'une façon réaliste avec ce qu'ils ont pour dessein de neutraliser ou d'empêcher, ou bien sont clairement excessifs.

B- À certains points de l'évolution de la maladie, le patient reconnaît que les obsessions ou les compulsions sont excessives ou déraisonnables.

Note : ceci ne s'applique pas aux enfants.

C- Les obsessions ou les compulsions causent une détresse marquée, sont dévoreuses de temps (plus de 1 heure par jour), ou interfèrent de façon importante avec la vie de tous les jours, le travail, les activités sociales habituelles ou les relations avec les autres.

D- Si un autre trouble d'axe I est présent, le contenu des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à celui-ci. Par exemple : préoccupation avec la nourriture en présence d'un trouble des conduites alimentaires, préoccupation de s'arracher les cheveux si la trichotillomanie est présente, préoccupation avec l'apparence en présence d'un trouble dysmorphophobique, préoccupation avec la drogue en présence d'un abus de substance, préoccupation d'avoir une maladie sérieuse en présence d'hypochondrie ou ruminant de culpabilité en présence de (dépression majeure).

E- N'est pas dû à un abus de substance ou à un trouble anxieux secondaire.

Spécifier :

- « Type avec mauvais insight » si, la plupart du temps durant l'épisode actuel, la personne ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou déraisonnables. (www.elsevier.com/locate/emcp. **trouble obsessionnel compulsif, 2003 Elsevier SAS**)

1.2. La CIM-10

La classification internationale des maladies 10^e édition (CIM-10) est issue du travail de l'organisation mondiale de la santé et énonce des critères diagnostiques pour le trouble obsessionnel-compulsif, qui a le code f42. Les experts étant fréquemment communs avec l'American psychiatric association, on ne retrouve que peu de différences : la CIM-10 établit une durée minimale de deux semaines de symptômes et ne retient pas la notion de mauvais insight. **(Dr Sauteraud A, 2005, P27)**

2. Historique des TOC

Les obsessions compulsions ont été décrites avant le développement de la psychiatrie par les exorcistes et les confesseurs « le raisonnement subtil pour vous tourmenter vous-même est pour vous le fruit défendu. Le scrupule ferme à dieu la porte de votre cœur ». *Felson*, confesseur à la cour, précepteur *Évêque (1651-1715)*. Signalons en particulier le traité des scrupules « Traité des scrupules. De leurs causes de leurs espèces, de leurs suites dangereuses, de leurs remèdes généraux et particuliers. *Etienne. Paris 1717* » par le révérent *Père J-J Duguet* qui à partir de l'expérience de la confession dresse un tableau saisissant de ce que nous appelons les obsessions et des compulsions et propose des méthodes d'ordre α pour apaiser les âmes tourmentés.

En 1838, Esquirol dans son traité des maladies mentales classe ce que nous appelons les obsessions dans le cadre des monomanies effectives ou raisonnantes c.-à-d. la considérait comme un délire partiel on parlait de folie du doute de folie du toucher et Pinel parlait de folie raisonnée c a d que d'emblée elle avait été mise au rang des maladies mentales. La première bonne description est due à *Morel (1866)* il parlait encore de délire émotif ainsi *Westphal en 1878* décrit les obsessions comme des idées parasites apparaissent dans un esprit intact et faisant intrusion dans les processus normal de la pensée contre la volonté du sujet. Il propose d'appeler ce phénomène névroses de contraintes, « *Zwangneurose* » en allemand. Mais avec *Luys (1883)* que l'on voit apparaître le mot obsession à partir d'un article intitulé des obsessions pathologiques ».

Les conceptions de Freud concernant la névrose obsessionnelle, se sont complétées et parfois contredites au cours de l'évolution générale de sa pensée plusieurs temps successifs peuvent être dégagés :

Un premier groupe de travaux entre 1894 et 1896 lui permet d'opposer névrose obsessionnelle et hystérie toutes les deux groupées dans le cadre des psychonévroses de défense : « il m'a fallu commencer mon travail par une innovation nosographique. A côté de l'hystérie, j'ai trouvé raison de placer la névrose des obsessions (*Zwangneurose*) comme affection autonome et indépendante, bien que la plupart des auteurs rangent les obsessions parmi les syndromes constituant la dégénérescence mentale on les confonde avec la neurasthénie.

A partir de 1897, S. Freud renonce à la théorie de la séduction, distingue les « les fantasmes des analyses concernant leurs années d'enfance, de souvenirs réels » et privilégie ce qui concerne la névrose obsessionnelle le rôle des fantasmes sodiques du stade anal.

En 1907, Freud regroupe dans une unité clinique particulière, une affection qu'il est d'usage d'appeler « névrose obsessionnelle » les gens s'adonnent à des actions compulsives ou à un cérémonial, ceux qui souffrent de pensées obsessionnelles, de représentations obsessionnelles, d'impulsions compulsives, etc. » et à d'autres phénomènes psychiques morbides qui peuvent également revendiquer ce qu'on appelle le « caractère obsessionnel ».

C'est un an plus tard où le premier congrès de *Salzbourg* que *Freud* présente ses premières élaborations théorico-cliniques sur la névrose obsessionnelle de « l'homme aux rats ». Ce cas publié en 1909 dans les cinq psychanalyses, est le seul pour lequel nous disposons également des originales prises par *Freud* en 1907 et 1908 pendant les premiers mois de la cure (l'homme aux rats).

Pierre Janet (1859-1947) dans le premier volume de son livre « obsession et psychasthénie » avait étudié le contenu intellectuel des obsessions, puis il avait construit sur le modèle de l'hystérie et de l'épilepsie, une grande psycho-nevrose,

“la psychasthénie” celle-ci contrefait les obsessions, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les angoisses...etc. Qu’il considérait comme des manifestations différentes en degré, mais analogues en nature, d’un même état pathologique, l’affaiblissement psychique.

Le second volume de son livre « obsessions et psychasthénie » (1903) écrit en collaboration avec *Fulgence Raymond (1844-1910)* est constitué par la présentation détaillée de cas pathologiques illustrant la partie théorique présente dans le premier volume publié récemment chez (l’Harmattan) sous la forme de deux tomes séparés. Raymond successeur de Charcot à la chair de clinique des maladies du système nerveux de la Salpêtrière, permet à Janet de poursuivre ses travaux dans le laboratoire de α expérimentale. S’il signe avec lui le second volume de névrose et idées fixes (1898) et de l’obsessions et psychasthénie (1903).

A partir de la fin des années 1980, on commence à utiliser le terme de trouble obsessionnel compulsif, en abrégé T.O.C (en anglais obsessive compulsive disorder [*OCD*]). Le sigle TOC devient très populaire dans les médias et auprès des patients, trois faits sont à l’origine de ces changements.

- Apparition des thérapies comportementales : les travaux effectués par un premier des thérapies comportementales, Meyer montre l’efficacité d’une thérapie qui consistait à dissuader 24 heures les patients de ritualiser pour modifier leurs attentes anxieuses.
- Mise en évidence de l’activité de certains antidépresseurs dans les troubles obsessionnels compulsifs, l’efficacité des antidépresseurs à action sérotoninergiques a été mise en évidence par *Lopez Ibor Allino* qui fut le premier à publier des résultats avec *l’Anafranil®* dans la névrose obsessionnelle.
- Développement des classifications et des études épidémiologiques : l’entrée des obsessions compulsions dans la classification internationale des troubles mentaux *DSM et CIM 10* s’effectue au début des années 1980. **(Cottraux J, 1998, PP 17- 32)**

3. Concepts clés

3.1. *Trouble obsessionnel-compulsif*

Le DSM-IV (APA, 1994) définit le TOC par la présence chez le soit d'obsessions soit de compulsions. Il y a une relation étroite et consécutive entre les obsessions et les actes compulsifs, les premiers produisant les derniers. Les obsessions et les compulsions sont étroitement liées. Le trouble débute d'habitude à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Dans la plupart des cas il émerge avant l'âge de 30 ans. Dans beaucoup de cas, un délai important s'écoule avant que le sujet consulte, mais ce délai se réduit peu à peu grâce aux actions d'information publique. (Graziani P, 2003, P.55, 56).

3.2. *Obsession*

Les obsessions sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante. La qualité intrusive et inappropriée des obsessions a été souvent qualifiée « d'egodystonique ». Cela fait référence au sentiment du sujet concernant le contenu des obsessions, leur caractère étranger, hors de son propre contrôle et ne correspondant pas au type de pensées qu'il ou elle s'attendrait à avoir. Cependant, le sujet est capable de reconnaître que les obsessions sont le produit de son esprit et ne sont pas imposées de l'extérieur.

Le sujet ayant des obsessions tente habituellement d'ignorer ou de supprimer de telles pensées ou impulsions, ou de les neutraliser avec autre pensée ou action (compulsion).

3.3. *Compulsion*

Les compulsions sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance et non de procurer plaisir ou satisfaction. Dans la plupart des cas, le sujet se sent poussé à accomplir une compulsion pour réduire la souffrance qui accompagne telle obsession ou pour prévenir un événement ou une situation redoutée. Dans certains cas, les sujets accomplissent des actes de façon rigide ou stéréotypée

selon des règles élaborées de manière idiosyncrasique sans être capables d'indiquer pourquoi ils accomplissent.

Les compulsions les plus habituelles comprennent le lavage et le nettoyage, le fait de compter, de vérifier, d'exiger ou de demander des réassurances, de répéter des actions et de ranger selon un certain ordre. **(DSM-IV-TR, 2003, P526)**

3.4. *Névrose Obsessionnelle*

La névrose obsessionnelle est la forme la plus grave des névroses. Elle se définit comme un trouble compulsif des sentiments, des pensées. Le sujet est envahit par des idées ou des images répétées qui s'imposent le parasitent et l'angoissent.

Freud définit dès ses premiers écrits sur les névroses. C'est ainsi que l'analyse veut nous introduisons en Français le terme *ZWAGSNEUROSE*, suivant d'ailleurs l'expression de névrose des obsessions employée par Freud lui-même dans un texte écrit en français « l'hérédité de l'étiologie des névroses » (1896). Le terme allemand *ZWANG* désigne avant tout la contrainte. On peut comprendre cette position dans la mesure où la contrainte intérieure est la caractéristique même de cette organisation, contrainte à penser : ce sont précisément les obsessions, contrainte à agir : ce sont les compulsions. **(Brusset B et C. Couvreur, 1993, P19)**

3.5. *Le doute et l'obsession*

Le doute caractérise en effet la pensée obsessionnelle. L'idée obsédante se présente souvent elle-même sous forme d'un doute, en particulier à propos de l'accomplissement de tâches pratiques, d'où les vérifications multiples, il peut s'agir aussi de doutes empreintes de culpabilité, liés à la peur de m'avoir pas accompli devoir moral ; ceci correspond bien au caractère scrupuleux de l'obsessionnel. L'obsédé habité par le doute oscille entre une pensée logique adulte où les domaines de l'idée et de l'action sont bien séparés, et une pensée archaïque magique où les idées ont pouvoir sur le monde extérieur.

3.6. *La répétition et l'obsession*

La répétition fait partie de l'essence même de la pensée obsessionnelle. Caractérisée par la répétition de la lutte contre l'idée fixe. L'efficacité des rites conjuratoires n'a qu'un temps puisque l'idée obsédante, infiltrée par le doute, reparait dans le rituel qui se complique et se prolonge sans devenir plus efficace.

3.7. *L'angoisse*

Ainsi déplacée sur la pensée, explose quand les rites ne peuvent être accomplis. Les idées, les images ou les mots obsédants assiègent véritablement le champ de la conscience.

Cette intrusion est à l'origine d'un état de souffrance et d'anxiété chez un sujet qui reste conscient de l'origine interne, personnelle de cette pensée compulsive, ce qui fait la différence avec le délire. **(Pewzner E, 2000, P134)**

3.8. *L'anxiété obsessionnelle-compulsive*

Elle est centrée sur la peur d'engager sa propre responsabilité dans des actions moralement condamnables et dangereuses pour soi et les autres. Le patient obsessionnel s'enferme dans la prison du rituel, qui dévore petit à petit tout son temps et peut le confiner chez lui.

Ces formes d'anxiété chronique peuvent conduire à l'échec personnel ou professionnel, et cet échec, longtemps médité, va à son tour entraîner les pensées vers un passé idéalisé ou tout allait bien. **(Cottraux J, 2004, P52).**

3.9. *Schémas Cognitifs et Personnalité Pathologique*

Les théories cognitives de la personnalité reposent sur la notion de schéma cognitif les schémas des structures cognitives stables, stockées dans la mémoire à long terme, et fonctionnent automatiquement. Acquis au cours d'expérience précoces par interaction entre les structures neuronales et l'expérience. Ils peuvent être activés par des émotions qui sont analogues à celles du moment où

ils ont été imprimés. Ils peuvent être à l'origine de scénarios de vie, du fait de leur action sur les comportements.

Selon *Neisser* les schémas peuvent être définis comme des représentations non spécifiques mais organisées de l'expérience préalable facilitent le rappel mnésique. Ce sont des structures abstraites, fonctionnelles et relativement stables qui gèrent toutes les étapes du traitement de l'information. (**Graziani P, 2003, P23**)

3.10. *La pensée intrusive*

Selon *SALKOVSKIS 1985* dans l'analyse fonctionnelle, la pensée intrusive est une pensée obsédante étrangère au sujet et répugnante. Il n'y a pas de différence de contenu entre les obsessions de sujets normaux et celles de sujets obsessionnels. Plus de 80% des sujets normaux présentent de celles qui diffèrent simplement de celles des sujets pathologiques par leur fréquence, leur durée, le fait qu'elles peuvent être rejetées sans difficultés, et qu'elles entraînent assez rapidement une réponse d'habituation. L'obsession anormale différerait de l'obsession normale par des mécanismes perturbés d'habituation. (**Cottraux J, 2001, P139**)

4. **La sémiologie clinique**

Les troubles obsessionnels compulsifs apparaissent au cours de l'adolescence 40% avant l'âge de 20 ans, souvent après des facteurs déclenchant qui perturbent l'univers méthodiquement organisé de ces patients (conflits familial ou scolaire, séparation, déménagement, changement imposé, etc.) l'affection va se caractériser par le développement d'obsessions et/ou de compulsions persistantes devenant souvent invalidantes.

4.1. *Les formes cliniques*

4.1.1. *Les obsessions*

Les obsessions sont caractérisées par « l'irruption dans la pensée, d'un sentiment, d'une idée, d'une tendance apparaissant au sujet comme un

phénomène morbide en désaccord avec son moi conscient, qui émane pourtant de sa propre activité psychique et qui persiste malgré tous ses efforts pour débarrasser » (*Pichot*). (**Deniker P et T. Lempérière, Guyotat J, 1990, P45**).

L'obsession pathologique est à distinguer de la pensée ou de l'image obsédante qui peut être itérative, involontaire et gênante, mais elle est toujours conforme au contenu de la pensée. Par exemple, dans la dépression l'idée obsédante s'installe et monopolise le champ de la conscience, mais n'en est pas le centre et surtout ne modifie pas le cours de la pensée ; les obsessions prennent différentes formes :

4.1.1.1. Obsessions idéatives

Correspondent à ce que l'on appelait autrefois la « folie de doute » elle consiste en ruminations obsédantes, scrupules morbides, entraînant des débats de conscience interminables, elles sont les plus fréquentes et se caractérisent par un phénomène purement cognitif c'est l'intrusion obsédante d'un mot, d'une idée dont la signification et souvent monstrueuse, inacceptable se rapportent soit à :

- *Un réel concret* : personne, objet, action passée ou à venir, qui réveille doutes et scrupules ;
- *Un concret symbolique* : chiffres, mots, dessins, etc., qui frappe par son caractère stérile et absurde ;
- *Un concept abstrait* : problèmes métaphysiques, philosophiques (les origines, Dieu, enfer, etc.), interminable débat de conscience ;

4.1.1.2. Images obsédantes

Souvent horribles et terrifiantes : cadavre, mutilation, images religieuses mêlées à des représentations obscènes. (**Kacha F, 2002, P43, 44**)

4.1.1.3. Obsessions phobiques

Consistent en une évocation forcée de certains objets ou de certaines situations, dont la seule pensée engendre l'angoisse. C'est leur caractère anxiogène qui les rapproche des phobies, elles se distinguent car on ne retrouve

pas de situation objective extérieure que le patient peut éviter par la fuite. Il s'agit de craintes obsédantes concernant une maladie précise (le cancer, sida) ou a contamination en général : les microbes, la souillure, les produits toxiques. La crainte angoissante existe même en dehors de l'objet ou de la situation redoutés (ce qui n'est pas le cas dans les phobies proprement dites), comme le remarque Marks ce qui différencie aussi les craintes obsessionnelles des craintes phobiques, c'est qu'elles sont plus diffuses et plus orientées vers le futur. Les cognitions associées aux conduites d'évitement sont beaucoup plus élaborées chez l'obsédé que chez le phobique. Mais toutes les phobies peuvent devenir obsédantes lorsque les défenses (évitement et réassurance) s'avèrent insuffisantes. (Pewzner F, 2000, P135)

4.1.1.4. Obsessions agressives

Elles ont souvent été appelées « phobie d'impulsion ». Elles consistent en des craintes d'agresser, de tuer ou de violer des êtres souvent chers. Dans le TOC, le sujet craint de passer à l'acte et qu'on ne puisse l'en empêcher. Les obsessions agressives sont parfois seulement la crainte d'être scandaleux. Les obsessions sexuelles font partie des obsessions agressives par leurs caractéristiques violentes ou scandaleuses, mais la spécificité de ce thème en fait une catégorie particulière.

4.1.1.5. Obsessions de malheur et de superstition

Elles consistent globalement en la crainte de porter malheur à soi-même ou à autrui, le plus souvent à des êtres chers. Il s'agit d'un thème très vaste dans lequel on retrouve les obsessions de superstitions liées aux chiffres, aux formes et aux couleurs. Parfois l'obsession de malheur est floue, et consiste seulement en la perception d'un malaise.

Dans les obsessions religieuses, le patient craint de provoquer le sort ou le courroux de dieu. Ce thème est parfois associé à des obsessions agressives et sensuelles. La honte et la culpabilité que procurent ces thèmes conduisent souvent le patient à expliquer ses obsessions avec difficultés, sous-entendus et

dissimulation : cette réticence peut parfois donner au thérapeute l'impression que le patient souffre de troubles du cours de la pensée. . **(Dr Sauteraud A, 2005, P17, 18).**

4.1.2. Les compulsions et les rituels

4.1.2.1. Les compulsions

La compulsion correspond à l'idée d'un acte à accomplir : l'acte est habituellement absurde, ridicule ou gênant, l'idée s'impose au sujet d'une manière incoercible. Ici il ne peut s'empêcher d'accomplir l'acte auquel il se sent contraint, ce qui différencie la compulsion de l'obsession impulsive, qui correspond, nous l'avons vu, à la peur du passage à l'acte quelquefois la compulsion est élémentaire, représentant au niveau idéique : besoin de toucher compulsivement un objet, de ranger certaines choses dans un ordre précis, de compter les carreaux de la pièce l'on entre. Le plus souvent les compulsions sont directement liées aux obsessions qu'elles visent à endiguer les gestes et les formules ayant valeur réparatrice ou conjuratoire : faire un tel geste sinon il arrivera malheur (à moi ou un de mes proches) réciter telle formule pour annuler tel souhait agressif. Parfois les compulsions, très complexes s'organisent en un véritable rituel.

4.1.2.2. Les rituels

Pour conjurer l'univers hostile, l'obsessionnel va avoir recours à des rites mystérieuses, dérisoires. Impérieux devenant à leur tour incoercibles. Ces rituels peuvent se muer en un véritable cérémonial fait l'obligation l'interdiction plus au moins élaborés dont le déroulement et la répétition sont minutieusement codifiés. Toute mauvaise pensée ou distraction au cours du rituel l'oblige tout reprendre depuis le début.

Ces rituels automatiques, rigoureux. Rigides, itératifs arrivent, en général, à calmer l'anxiété, mais peuvent l'aggraver et devenir à leur tour l'objet d'une lutte obsédante de plus en plus invalidantes. **(Deniker P et T. Lempérière, Guyota J, 1990, P46).**

Comme pour les obsessions, il existe une variété importante de rituels, mais leur nombre est toutefois beaucoup plus limité que pour les obsessions. Les compulsions se résument en effet à 3 grands thèmes :

4.1.2.1.1. Le lavage

Le plus souvent, il s'agit du lavage des mains, du corps, des objets rentrant dans la maison et de la maison elle-même.

4.1.2.1.2. La vérification

Le plus souvent, il s'agit de la vérification des portes, des fenêtres, du gaz, de l'électricité, du matériel électroménager et des comptes du ménage. Sont regroupés avec ces rituels de vérification, les rituels d'ordre, de symétrie et de rangement, le perfectionnisme et la lenteur.

4.1.2.1.3. Les conjurations

Elles sont aussi appelées des rituels magiques. Elles consistent en :

- Des rituels internes mentaux comme le fait de se dire des petites phrases, de faire des prières ou de compter mentalement (arithmomanie). L'ensemble de ces rituels est qualifié de ruminations.
- Des rituels externes : les compulsions de répétition de gestes, comme se lever et s'asseoir de façon répétitive, toucher plusieurs fois un interrupteur ou une table avec les doigts, ou le sol avec le pied. **(Dr Sauteraud A, 2005, P19, 20).**

4.1.2.1.4. Les rites entourant : toilette, coucher, défécation peuvent prendre des heures (DSM IV)

5. Les signes de reconnaissance des TOC

C'est souvent l'entourage qui va se poser des questions et pousser le patient ayant un TOC à consulter. L'apparition récente de troubles du comportement, observés de l'extérieur par la famille, peut faire suspecter des rituels secrets.

La répétition est également un bon indice. Il peut s'agir de comportements répétitifs inhabituels ; de tics moteurs du visage, des mains, de la voix, de questions répétées sur des sujets parfaitement connus ou clairs ; d'un besoin fréquent d'être rassuré pour des problèmes triviaux, alors même que les propos rassurants de l'entourage ou des médecins ne servent à rien et que les mêmes questions reviennent encore et encore.

La lenteur est un autre signal : des tâches simples prennent plus de temps que nécessaire ; la personne est perpétuellement en retard ou perd son temps à se préoccuper de points de détail.

Certains comportements sont très illustratifs d'un début de TOC- en particulier, se coucher tard pour terminer des activités ou se lever tôt pour commencer une journée surchargée, et se plaindre de ce que la vie quotidienne devient une lutte épuisante sans raison objective ; ou encore modifier ses habitudes alimentaires et entreprendre des régimes bizarres, sans cause particulière, qui sont en fait destinés à prévenir des contaminations imaginaires.

Enfin, l'évitement de certaines situations est tout à fait caractéristique, comme de refuser de prendre le bus ou de marcher dans les rues de peur d'être contaminé. **(Cottraux J, 1998, P66, 67)**

6. La description clinique du TOC

1. L'obsession : l'obsession est une pensée consciente pénible, qui s'impose à l'esprit automatiquement, de façon répétitive, contre la volonté. Cette pensée concerne toujours un événement dangereux, plus ou moins grave, que le sujet pourrait provoquer s'il n'y prend pas garde et dont il faudrait se protéger. L'obsession est source d'angoisse ou d'anxiété. Quatre thèmes principaux sont constamment retrouvés : la souillure, l'erreur, le malheur et l'agressivité. La majorité des patients a plusieurs thèmes.

Caractéristiques :

- La pensée obsédante a un thème qui lui donne un sens.
- Les thèmes restent les mêmes pendant des mois ou des années.

2. L'anxiété : c'est une émotion pénible pouvant aller jusqu'à l'angoisse.

Caractéristiques :

- C'est une anxiété « de fond » chronique et lancinante.
- Elle est liée au thème de l'obsession qui la provoque.
- Elle entraîne des chutes de moral et des instants de désespoir, elle est dysphorique.
- Cette anxiété est plutôt calmée par le rituel.
- Elle est très augmentée si le patient s'empêche de faire le rituel.

3. La compulsion ou le rituel : c'est un acte que le sujet se sent obligé d'accomplir dans certaines situations bien précises, de façon stéréotypée et répétitive. Trois thèmes principaux sont constamment retrouvés : le lavage, la vérification et les rituels mentaux. La majorité des patients a plusieurs thèmes.

Caractéristiques

- Elle est liée à une obsession particulière avec ou sans logique.
- Elle est apaisée momentanément.
- Le sujet se rend compte de la démesure de cet acte.

3. L'évitement : il consiste à ne pas affronter ou à une situation, un lieu ou une action connus pour déclencher des obsessions et des rituels.

Caractéristiques

- Il peut consister parfois à utiliser une autre personne pour faire les actes à la place du sujet.
- Il est assez efficace à court terme pour lutter contre les obsessions ou les rituels.
- Il perturbe considérablement la vie du sujet. **(Dr Sauteraud A, 2005, p56).**

7. **Schémas de danger**

Les postulats sont organisés en schémas de dangers qui se présentent sous une forme impérative. Par exemple l'on doit toujours être vigilant par rapport aux dangers que l'on peut soi-même provoquer, sinon, l'on est responsable. Cette responsabilisation excessive pourrait représenter l'intériorisation d'injections

parentales qui imposent un code social rigide visant le contrôle des actes et de leurs conséquences.

8. La persistance

Elle caractérise le comportement obsessionnel compulsif parce qu'il réduit l'anxiété, la mise en place d'actes compulsifs sert à produire un soulagement de l'anxiété et de la tension. Dans un certain nombre de conditions expérimentales, quand les patient souffre du TOC se confrontent aux situations anxiogènes (ex, toucher la saleté) ils rapportent une augmentation de l'anxiété accompagnée d'un besoin d'exécuter l'activité compulsives pertinente (ex, nettoyer) SI l'acte compulsif est exécuté l'anxiété baisse rapidement Si c'est patients n'exécutent pas leur activités compulsives, le niveau d'anxiété à tendance à rester stable pour quelque temps, puis il déclinent graduellement.

Dans une autre étude *RACHMAN et HODYSON (1980)* observent pendant trois heures l'évolution spontanée des niveaux d'anxiété après qu'elle a été provoquée chez des patients souffrant du TOC. Dans la plupart des cas l'anxiété et le besoin compulsif déclinent de façon significative à la fin de la première heure de la période d'observation. Au bout des trois heures. Ils ont pratiquent disparu. (**Graziani P, 2003, P58**)

9. Les modèles théoriques des TOC

Toute étude d'une maladie part de présupposés culturels ou scientifiques qui sont ses modèles théoriques. Les maladies psychiatriques ont ceci de particulier qu'elles concernent la pensée et les actes de l'homme, conférant à leur approche une gravité spéciale.

9.1. La théorie psychanalytique

Les obsessions ont été l'objet de longs développements de l'école psychanalytique. La théorie psychanalytique postule que les obsessions-compulsions se développent à partir de fixations prégénitales et de régressions au stade anal du développement psychologique de l'enfant. Les symptômes

obsessionnels et les rituels seraient des défenses psychiques contre l'expression d'une agressivité. L'absence de critère scientifique validant les hypothèses empêche l'enrichissement du modèle, qui s'est alourdi faute d'observation méthodique.

La question de l'étiologie du trouble est au centre de cette théorie psychologique. Des angoisses archaïques ou œdipiennes seraient à l'origine du TOC.

Selon Freud, l'étude des rêves est la voie royale d'accès à l'inconscient où se trouvent les nœuds de fixation du développement psychique. Les thèmes obsessionnels et compulsifs étaient présents à la fois dans les rêves des sujets normaux et des malades, en proportions égales : sur une période de sept jours consécutifs de recueils, un tiers des patients et des contrôles présentaient des rêves contenant des thèmes d'obsessions et/ou de compulsions, l'activité des rêves obsessionnels et/ou compulsifs occupant environ 10% de l'activité onirique totale.

Il est en revanche possible que des caractéristiques non spécifiques des psychothérapies psychanalytiques, comme l'empathie, l'impression d'être écouté et aidé, améliorent certains patients, sans que les symptômes obsessionnels-compulsifs soient directement modifiés.

De plus, cette théorie est fondée sur la présence de défenses psychologiques qu'il convient de dépasser. En conséquence, la chronicité du mal-être justifie la poursuite de la technique indéfiniment si bien que la durée de vie d'une psychanalyse chez un TOC est parfois la durée de vie du psychanalyste ou de son analysant.

9.2. Les modèles biologiques du TOC

9.2.1. Le TOC semble universel et toucherait d'autres espèces

Dans tous les pays on retrouve le TOC. Il n'y a pas de pays où il n'existe pas de sujets souffrant de TOC. A contrario, des maladies semblent inexistantes dans certains pays, comme certains troubles des conduites alimentaires dans les pays

en voie de développement. Dans le TOC, en revanche, culture et développement semblent peu influencer le trouble : la fréquence ou proportion de sujets souffrant de TOC est très comparable dans tous les pays, avec cependant des chiffres moindres en Inde et à Taiwan.

Par ailleurs, le TOC semble toucher certaines espèces animales. La dermatite de léchage du chien est très proche du trouble obsessionnel-compulsif et sert de modèle animal au TOC.

9.2.2. *Les arguments génétiques au TOC*

Les études des « vrais » jumeaux donnent les principaux arguments à une participation génétique du trouble. Des études ont recensé les sujets souffrant de TOC et ayant un « vrai » jumeau, homozygote. Dans ces études, 60% des jumeaux vrais de sujets souffrant de TOC présentaient eux aussi le trouble (à comparer aux 2% de risque dans la population générale).

Le trouble se déclenche donc :

- Par hasard, sans antécédent familial ;
- Plus fréquemment si un parent du premier degré en souffre ;
- Beaucoup plus fréquemment s'il s'agit d'un vrai jumeau.

Le TOC est donc partiellement héritable génétiquement.

9.2.3. *Les arguments neuroanatomiques au TOC*

9.2.3.1. *Une zone particulière du cerveau*

Une zone particulière du cerveau est concernée dans le TOC : le cortex orbito-frontal, le cortex cingulaire et les ganglions de la base, en particulier les noyaux coudés. Les ganglions de la base constituent, avec le thalamus, les noyaux gris centraux. Les ganglions de la base du cerveau sont constitués de différentes structures :

- Le striatum qui comprend le noyau caudé en forme de fer à cheval et le noyau lenticulaire formé du putamen et du globus pallidus ;
- Le noyau accumbens ;

- Le claustrum ;
- Le noyau sous-thalamique ;
- La substance noire.

La capsule interne est un ensemble de fibres reliant le striatum au thalamus. La traversée du noyau caudé, du putamen et du globus pallidus par les fibres de la capsule interne confère à ces trois structures un aspect strié qui leur a donné le terme de « corps striés ». Il est communément admis que ces structures font partie d'un ensemble d'interconnexions entre :

1. les lobes frontaux ;
2. les ganglions de la base ;
3. les structures limbiques et paralimbiques.

Cependant, d'autres lésions de circuits ont aussi montré des résultats positifs : la cingulotomie, la tractotomie sous-caudée ainsi que des lésions plus larges ajoutant à la tractotomie sous-caudée de multiples lésions dans le cingulum.

9.2.3.2. *La zone fonctionnelle du TOC en imagerie cérébrale*

L'imagerie fonctionnelle cérébrale bénéficie actuellement de deux techniques particulières qui, toutes deux, mesurent la consommation locale en oxygène :

1. la tomographie par caméra par émission de positon (PET) qui implique l'injection d'une substance radioactive.
2. L'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle qui ne nécessite pas d'injection de substances radioactives.

C'est dans cette zone que l'on observe le plus de neurones sérotoninergiques. Une étude récente a comparé des patients souffrant de TOC ou de dépression en étudiant les zones concernées en caméra à émission de positon, avant et après traitement. La particularité de cette étude était que tous les patients étaient soignés par le même IRSS, la proxétine. Les résultats ont montré que les zones neuroanatomiques modifiées par l'action des médicaments sont

différentes selon que le patient souffre de TOC ou de dépression majeure, avec, cependant, des zones communes. De plus, la sérotonine est impliquée dans le TOC, mais seulement dans une certaine zone anatomique alors qu'elle est impliquée ailleurs dans la dépression.

9.2.4. *Les arguments immunologiques au TOC*

La découverte récente d'une forme précoce de TOC de l'enfant à début brutal suivant une infection à streptocoque a hémolytique soulève l'hypothèse immunologique du trouble obsessionnel-compulsif. Le système immunitaire concernerait aussi les tics et entrainerait avec des altérations structurelles des ganglions de la base. L'irruption de symptômes obsessionnels-compulsifs et de chorée de Sydenham au cours d'une fièvre rhumatismale chez l'enfant accrédite cette thèse. **(Dr Sauteraud A, 2005, PP 78-88)**

9.3. Le modèle cognitivo-comportemental

L'approche cognitivo-comportementale a été largement abordée à propos du traitement des TOC puisqu'elle est à l'origine de techniques thérapeutiques dont l'efficacité n'est plus à démontrer. Dans l'exposé suivant, sera privilégié l'aspect théorique du modèle comportemental puis du modèle cognitif qui en constitue un élargissement.

9.3.1. *Le modèle comportemental*

L'application aux TOC des théories de l'apprentissage a conduit *Mowrer* à avancer une explication des rituels obsessionnels. Leur installation serait, selon lui, secondaire à l'association de deux types de conditionnement classique de type pavlovien, le patient associerait un élément de son environnement à l'angoisse. Pour *Mowrer*, un obsessionnel, qui par exemple développerait des rituels de lavage, aurait commencé par apprendre la peur de la souillure, de la poussière, de la contamination.

Dans un second temps, le rituel dont la genèse serait consécutive à un tel apprentissage, se maintiendrait selon *Mowrer* par conditionnement opérant. Ce conditionnement repose sur le fait scientifiquement établi qu'un comportement suivi d'une conséquence favorable pour l'individu a une grande probabilité de se reproduire. Ici le rituel, qui entraîne un agréable soulagement en dissipant

transitoirement le mal-être émotionnel, aurait donc tendance à se reproduire de plus en plus fréquemment, ce que d'ailleurs aucun obsessionnel ne contredit.

D'autres auteurs ont élaboré une théorie basée sur l'idée d'une activation anormalement élevée entraînant anxiété et troubles de l'humeur. Lorsque cette activation atteindrait un seuil critique, le sujet produirait obsessions et rituels. Les justifications qu'il en donnerait seraient une tentative d'expliquer secondairement des phénomènes irrationnels. Mais cette activation plus élevée chez les obsessionnels n'a pu être démontrée.

L'approche comportementale des TOC repose sur une théorie de l'habituation élaborée davantage à partir d'une approche empirique et thérapeutique que de travaux de laboratoire. Elle se fonde sur l'observation de la réduction de la réponse émotionnelle physiologique, après un certain temps d'exposition à la situation génératrice d'obsessions et de rituels, lorsqu'une telle situation existe. Cette exposition, qui a pour but l'habituation des réponses physiologiques, peut aussi être réalisée en imagination.

9.3.2. *Le modèle cognitif*

Le modèle cognitif repose sur l'idée qu'il existe chez toute personne un système de traitement de l'information spécifique et en perpétuel remaniement. Des études ont montré que plus des trois quarts des sujets normaux ont des pensées intrusives spontanées plus ou moins bizarres, plus ou moins acceptables, dont le contenu ne diffère pas de celui des obsessions. Ce qui les différencie de celles-ci c'est leur fréquence, leur durée et surtout la manière dont elles sont traitées par l'organisation cognitive du sujet.

Rachman voit dans les pensées de type obsessionnel un stimulus intérieur qui entraîne ou non une habituation. L'obsessionnel construirait des schémas cognitifs fondés sur des règles intangibles, des postulats plus ou moins conscients régissant le traitement de l'information. Ces schémas interagiraient avec la pensée intrusive pour l'interpréter de manière arbitraire par des mécanismes inférentiels pathologiques, encore appelés processus cognitifs, et engendrer des pensées automatiques négatives parfois difficiles à identifier, mais qui témoignent de la perturbation cognitive. Salkovskis, un des spécialistes de la

thérapie cognitive des TOC, insiste sur l'importance des pensées automatiques négatives, chargées d'un contenu de culpabilité et qui résultent de l'activation des schémas cognitifs obsessionnels de danger mais surtout de responsabilité sans nuance. Cette organisation cognitive serait le résultat de l'apprentissage fortement intégré d'injonctions qui imposent un code moral rigide comprenant un grand nombre d'interdits. **(Dr Lamagnère F, 2003, PP108-112).**

Synthèse

Les sujets qui vivent dans les obsessions mettent souvent en place des comptes proches de la fuite et de l'évitement, on retrouve les formes zonales d'évitement, mais aussi celles moins évidentes de neutralisations mentales (annuler la pensée) et la recherche de la réassurance. IL a été démontré qu'après avoir expérimenté des évènements stressants, les individus ont tendance à vivre des pensées intrusives et répétitives. Il y a des raisons de croire qu'il existe des connexions importantes entre les pensées intrusives et repoussantes de la vie quotidienne et certains aspects des obsessions cliniques. Les observations sans la forme de pensées image ou impulsions, sont une expérience commune à la plupart des individus.

Préambule

Le concept de soi est l'un des aspects les plus importants dans la personnalité. Il se constitue de la conscience et l'observation, ainsi de la connaissance de l'individu sur soi-même. Et l'estime de soi c'est l'une des dimensions fondamentales du concept de soi, son rôle est très importants dans les recherches psychologiques sur les comportements du l'individu.

- **Le soi**

1. Définition de soi :

Le concept de soi est obscurci par les différents emplois de ce mot, que entre dans la composition de nombreuses expressions telles que "réalisation de soi" ou "quant-à soi" en psychologie "soi" est souvent synonyme de "conscience" ou de "personne". Ainsi *Charles lenouvier (1903)* oppose le soi et le non-soi pour définir la personnalité comme rapport au mode et synthèse, et pour *W.james (1842-1940)* le soi englobe tout ce qui est « moi » et « mien » ; c'est donc un moi élargi à tout ce qui mérite la qualification de « personnel ». A ce titre, le soi englobe le corps. **(Sillamy N, 1980.P1125-1126).**

En psychologie cognitive, le soi peut être envisagé comme un ensemble d'élément qui permettre à quelqu'un de se définir. Il est ainsi composé des attitudes, des croyances des sentiments que les individus ont d'eux-mêmes

Des lois, des croyances sur soi reposent sur la perception qu'un individu a de ses ressources personnelles (habilité, aptitudes, compétence...). Pour *Gecas (1982)*, le concept de soi est « les présentations d'un individu de ses connaissances de soi ». **(Famose Jet F. Guerin, 2002, P 15)**

Le concept structural clé de la théorie argovienne de la personnalité est le soi selon Rogers, l'individu perçoit des objets extérieurs à lui, en fait l'expérience et leur attache des valeurs. Les parties du champ phénoménal considérées par l'individu comme le « soi » le « moi » ou le « je » constituant le soi. Le concept de soi représente la configuration organisé et cohérente des perceptions. **(Pervin A et O. John, 2005, P 144).**

Selon J.Cottraux le concept de soi correspond à l'image que nous avons de nous-mêmes et également à la manière dont nous interprétons cette image. Le concept de soi est donc l'ensemble des images qui permettent à un individu de se percevoir globalement comme une personne unique. Il constitue le point d'arrivée du développement de la personnalité, mais, surtout, il représente la perception subjective et l'image qu'un sujet a de lui-même ». **(Cottraux J, 2004, P53).**

2. Les schémas de soi :

Les schémas de soi sont des généralisations de connaissances sur soi issues de l'expérience passée, qui organisent et guident le traitement de l'information relative à soi qu'apportent les expériences sociales.

Ce sont des croyances sur soi-même qui fournissent les catégories par lesquelles l'expérience est rendue significative.

« Les schémas de soi sont des théories sur soi développées à partir de la catégorisation et de l'évaluation de nos comportements, réalisées par soi et par autrui. Ils sont donc des structures de représentation cognitives et affectives qui concernent nos caractéristiques physiques, nos attitudes, préférences et régularités comportementales ».

Les schémas de soi sont formés autour des aspects du soi qui sont considérés comme importants et dirigent l'attention vers le comportement qui est informatif de ces aspects. La recherche a démontré que les schémas de soi affectent le traitement de l'information sur le soi et les autres. (Markus et Smith, 1981, P113).

3. L'affirmation de soi :

Une grande partie des relations humaines se joue dans des rapports de domination et de soumission, phénomène qui intéresse tout autant le psychologue que le sociologue. La notion d'affirmation de soi est née de ces constatations dans les années 1970 et s'ancre dans une conception démocratique des relations humaines. (Coopersmith S, 1984, P5)

4. Les approches abordant le concept de soi

4.1. *La théorie de W. James : quatre notions structurent ce modèle :*

-la dichotomie entre le « soi-je » et le « soi-moi » ; le soi est une entité à l'intérieur de laquelle il existe une dichotomie ; le « je » et le « moi ». Selon W. James, le « moi » est un agrégat empirique d'états à connaître objectivement. Le « je » qui les connaît ne saurait, lui, être un agrégat « c'est à la métaphysique qu'il appartiendra de nous dire enfin quel est ce connaisseur que l'expérience exige comme explication dernière des faits de connaissance ». Le « je » serait le soi en tant qu'agent actif, le sujet de la connaissance. Il est considéré comme le soi subjectif. Le « moi » serait le soi en tant qu'objet de la connaissance, la composante passive, le contenu étudié de l'expérience.

-l'hypothèse d'un concept de soi multidimensionnel et hiérarchique ;

-l'existence d'un social ;

-la définition de l'estime/ concept de soi en tant que rapport des réalisations sur les aspirations et qui est fonction de l'importance subjective d'une activité donnée.

Pour James, l'évaluation de soi reflète des différents « moi » pondérés en fonction de leur importance subjective. L'individu, dans l'impossibilité de se présenter à tout moment dans totalité, sélectionne ce qu'il pense ou ressent être son soi le plus fort, le plus vrai, et le plus profond sur lequel il misera pour son salut, cette multiplicité peut être harmonieuse ou discordante.

4.2. C.H.Cooley et la théorie du « soi-miroir »

Toute la théorie du soi-miroir (looking-glass self) de Cooley tient dans ce distique désormais célèbre chez les chercheurs Anglo-Saxons : « chacun pour chacun un miroir/ permet à l'autre de se voir ».

Pour lui, les autrui significatifs constituent un miroir social que l'individu regarde et dans lequel il détecte leurs opinions sur lui-même. L'individu finit par intégrer et s'approprier ces jugements. Cette idée de soi à trois composantes :

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

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

-nous tirons les conséquences du jugement que nous avons prêté à l'autre et nous éprouvons en conséquence un sentiment de soi comme la fierté ou la honte.

« Ce qui naît la honte ou la fierté chez nous, n'est pas tant le simple reflet mécanique de nous-mêmes que le sentiment imputés l'effet imaginé de ce reflet sur l'esprit de quelqu'un d'autre » (Cooley, 1902). Ainsi, comme le rapporte S.Harter en citant Cooley, un individu possédant : « un respect de soi équilibré aura une façon stable de penser à son image de soi, et ne risquera pas d'être déstabilisé par des phases d'approbations ou de critiques ».

4.3. G.H.Mead et l'utilisation du langage

Mead (1934), quant à lui, met l'accent avec plus d'insistance sur l'interaction sociale et se focalise tout particulièrement sur l'utilisation du langage. Tandis qu'une expression faciale peut-être observée seulement par l'autre, le comportement vocal peut être entendu à la fois par celui qui parle et par l'auditeur. Selon S.Harter (1998) c'est à travers l'utilisation du langage que l'individu développe l'habilité à prendre le rôle de l'autre non seulement d'une personne spécifique mais des groupes auquel il appartient : « nous apparaissent

comme nous-mêmes dans notre conduite dans la mesure où nous adoptons l'attitude que les autres ont envers nous. Nous prônons le rôle de l'autre généralisé ». Ce chercheur a travaillé sur l'enfance et a reconnu deux stades dans la construction du soi : le rôle (imitation des adultes) et le jeu (intégration des règles sociales). (Famose J et F.Guerin, 2002, PP 16-19).

5. concept de soi versus estime de soi

Pour certains chercheurs, d'un point de vue conceptuel, les deux termes représentent des aspects différents du système de soi. Tandis que le concept de soi paraît être un modèle relativement large comprenant des aspects cognitifs, affectifs, et comportementaux, l'estime de soi est supposée être un composant évaluatif, et donc affectif, plus limité à l'intérieur du concept de soi. Pour Hattie (1992) et d'autres chercheurs, l'élément clé permettant de faire la distinction entre le concept de soi et l'estime de soi est le degré d'importance d'un domaine aux yeux du sujet. Selon Hattie l'estime de soi est étroitement liée au sentiment de valeur de soi.

Selon lui, « si le corps (la beauté) est de la plus haute importance pour certains, le désir d'être scolairement capables, d'avoir une vie de famille heureuse, de gagner le respect des autres, ou d'avoir une personnalité enviable peut être plus important pour d'autres » Harter, de son côté, a affirmé que tous les modèles du concept de soi devraient incorporer la notion d'importance, ainsi que la valeur et la force des domaines vis-à-vis desquels on demande à l'individu d'émettre un jugement sur soi. Malgré ces déclarations conceptuelles qui renforcent le caractère distinct des concepts de soi et estime de soi, la recherche empirique n'a pas été à ce jour en mesure de démontrer une claire séparation entre ces deux notions. (Famose J et F. Guerin, Ibid., P105)

• L'estime de soi

1. Définition

L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour de plusieurs composantes essentiellement de soi, notamment cognitive (regardé sur soi et réponse à la question « qui suis-j ? ») et effective (évaluation de soi et la réponse sur la question « quelle est ma valeur ») ce qui synthétisent ainsi adolescent interrogé à ce propose « l'estime de soi ? Comment on ce voit, et si ce qu'on voit, on l'aime ou pas... » (Dortier J, 2004, P206).

Et Bloch définit l'estime de soi « valeur personnelle, compétence qu'un individu associe à son image de soi l'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de norme extérieures dont il constate qu'il est ou non capable de les atteindre. Elle peut aussi déclencher de la comparaison son être entre plusieurs

images, de soi coexistant chez le même sujet le moi actuel d'une part, le moi idéal, le moi qui devrait-être, l'image de lui que le sujet suppose chez certaines personnes qui connaissent » (**Bloch H, 2000, P 117**).

Selon Coslin : « l'estime de soi correspond à la démontions évaluative de concept de soi c'est-à-dire à l'ensemble des représentations dont l'individu dispose à proposé de lui-même et à la probation ou désapprobation qu'un sujet port sur lui-même. Elle permet d'approché le sentiment qu'il a de ses propres compétences et ses qualités dans différent domaines l'école, la famille, et la société. Elle désigne ce sentiment plus en moi favorable que chacun s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne. Le jugement porté sur soi est associe aux normes sociales et réussites, et d'échec, de valeur, et de non valeur » (**Coslin P, 2002, P36**).

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

2. La genèse de l'estime de soi

Pour comprendre comment ce forme l'estime de soi, qui est le produit de la comparaison entre l'un et l'autre, il faut donc comprendre comment se construit le concept de soi, on la conception que nous avons de nous-mêmes, ainsi que notre idéal du moi. L'enfant naît dans un environnement particulier, au début il ne fait pas grand choses, pour s'adapté dans le meilleur des cas, c'est l'entourage qui s'adapte a lui, très vite, les choses changent et l'enfant doit mettre en place des comportements adéquate pour que ses besoins soient satisfaits (**DE Saint Paul J, 1999, P 23**)

Le sentiment de valeur de soi se construit dès l'enfance sur les qualités de la relation affective avec les parents et sur les propres réalisation du sujet, l'amour et le soutien des confèrent à l'enfant cette (sécurité de bas) qui lui permettent d'aborder le monde avec la confiance, ses réalisations, ses conquêtes lui permettent d'accomplir ses désires maitrisé son environnement et d'obtenir l'approbation des autres, les modalités relationnelles changent à l'adolescence, mais les parent n'en conservent pas mois une place primordiale parmi les sources de valorisation ou de dévalorisation de jeune au coté de nouvelles personnes significatives, adultes ou pairs (**Coslin P, 2002, P 121**).

Bien que les bases d'estime de soi soient construites pendant l'enfance, l'évolution se poursuit pendant l'adolescence et à l'âge adulte. Ainsi, la vie sentimentale, ponctuée de réussites 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 ». (Dr Angel S, 2005, P 300)

3. Les piliers de l'estime de soi

L'estime de soi repose sur trois ingrédients : l'amour de soi, la vision de soi, la confiance en soi

3.1. L'amour de soi

C'est l'élément le plus important, s'estimer implique de s'évaluer, mais s'aimer ne souffre aucune condition : on s'aime malgré les défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers, simplement parce que une petite voix intérieur nous dit que l'on est digne d'amour et de respect, cet amour de soi « inconditionnel » ne dépend pas de nos performances. Il n'empêche ni la souffrance ni dont en cas de difficultés, mais il protège de désespoir les carences d'estime de soi qui prennent leur sources à ce niveau sont sens dont les plus difficiles à rattraper ou les retrouvés dans ce que les psychiatre appellent « les troubles de la personnalité », c'est-à-dire chez les sujets dont le manier d'être avec les autres les pousse régulièrement au conflits ou l'échec, s'aimer soi-même est bien le socle de l'estime de soi, son constituant le plus profond et le plus intime.

3.2. La vision de soi

Le regard que l'on porte sur soi, cette évaluation fondée ou non, que l'on fait de ses qualités et de ses défauts, c'est le deuxième pilier de l'estime de soi. il ne s'agit pas seulement de connaissance de soi ; l'important n'est pas la réalité des choses, mais la conviction que l'on a d'être porteur des qualités ou de défauts, de potentialités, ou de limitation positive.

La vision de soi est une force intérieure qui nous permet d'attendre notre heure malgré l'adversité.

Ce regard que nous portons sur nous-mêmes, nous le devons à notre environnement familial et en particulier aux projets que nos parents formait pour nous, dans certains l'enfant change inconsciemment par ses parant d'accomplir ce qu'ils n'ont pas pu ou pas su réaliser dans leur vie, c'est ce qu'on appelé « l'enfant chargé de mission »

3.3. La confiance en soi :

Troisième composante de l'estime de soi avec laquelle, du reste, ou la confond souvent la confiance en soi s'applique surtout à nos actes. Etre confiant c'est pensé que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans des situation

importantes, contrairement à l'amour de soi, et surtout à la vision de soi, la confiance en soi n'est pas difficile à identifier ; il suffit pour cela de fréquenter régulièrement la personne, d'observer comment elle se comporte dans des situations nouvelles, ou l'imprévues, lorsqu'il y a un enjeu, ou si elle est soumise à des difficultés dans la réalisation de ce qu'elle a entrepris. La confiance en soi peut donc sembler moins fondamentale que l'amour de soi ou la vision de soi, dont elle serait une conséquence, c'est en partie vrai, mais son rôle nous semble primordial dans la mesure où l'estime de soi a besoin d'actes pour se maintenir ou se développer : des petites succès ou quotidiens sont nécessaires à notre équilibre psychologique, tout comme la nourriture et l'oxygène le sont à notre équilibre corporel (DE SAINT PAUL J, 1999, PP 14-18)

4. Haute et basse estime de soi

4.1. Haute estime de soi

Il existe aussi des pathologies liées à une trop haute estime de soi. Il s'agit des états dits « maniaques » et des personnalités narcissiques. Les états maniaques sont rencontrés dans les dépressions dites bipolaires, où les personnes souffrant de ce trouble passent d'un pôle à l'autre, d'un état dépressif de tristesse, de basse estime de soi et de fatigue à un état maniaque caractérisé par une très haute estime de soi, voire par des idées de grandeur accompagnées d'une grande énergie et d'une hyperactivité ayant souvent des conséquences dommageables (achats inconsidérés, aventures sexuelles inconséquentes, etc.). De leur côté, des personnes narcissiques ont souvent un sens grandiose de leur propre importance : elles surestiment leurs réalisations et leurs capacités, ont des fantasmes de pouvoir et de splendeur ainsi que des comportements arrogants et hautains.

4.2. Basse estime de soi

La basse estime de soi est à la fois un facteur de risque de dépression et, pour un déprimé, un critère de gravité et de mauvais pronostic. Plus l'estime de soi est basse, plus les dangers de développer une dépression existent. Parallèlement, des personnes ayant une basse estime de soi après un premier épisode dépressif auront une plus grande tendance à rechuter. Par ailleurs, plusieurs études montrent un lien entre l'alcoolisme et une basse estime de soi qui en est souvent la conséquence. Cette maladie est vécue dans la honte. Et c'est en buvant que le malade va tenter d'y échapper, se trouvant alors dans un cercle vicieux.

Enfin, les personnes souffrant de timidité excessive ou de phobie sociale, celles qui présentent des conduites de boulimie ou ont une personnalité très fragile ressentent une basse estime de soi. Ces dernières sont hypersensibles à

toute critique ou désapprobation, vécue à chaque fois comme un rejet, et se précipitent alors dans des comportements impulsifs souvent dirigés contre elles-mêmes. (Dr Angel S, 2005, P301, 304, 305)

5. Importance de l'estime de soi

De nombreuses recherches menées en laboratoire ou sur le terrain, tendent à renforcer l'opinion des cliniciens sur l'importance de l'estime de soi dans la vie personnelle et dans les rapports sociaux. Des études sur la motivation suggèrent que la volonté d'accéder à un statut social élevé ou d'obtenir une forte reconnaissance sociale provient, pour une large part, du désir de conserver une image positive de soi-même. Des travaux expérimentaux indiquent qu'une personne qui a peu d'estime d'elle-même est moins capable de résister à la pression de l'opinion des autres et qu'elle est moins apte à recevoir les tentatives d'influence ou d'intimidation. Au contraire, les personnes qui ont une haute estime d'elles-mêmes se font une idée très affirmée de leurs capacités et leur individualité.

Plus importantes encore par leurs conséquences sont les recherches montrant indirectement que les attitudes de domination, de rejet, de punitions sévères à l'égard des enfants, sont la cause de la perte de leur propre estime. Par de telles méthodes éducatives qui les privent de la compréhension affectueuse et de l'encouragement dont ils besoin, les enfants tendent à devenir soumis et indifférents, ou plus rarement, à se montrer agressifs et dominateurs. Les enfants élevés dans ces conditions paralysantes ont plus de chances de se conduire de façon peu réaliste et efficace et de manifester des comportements déviants. (Coopersmith S, 1984, P8, 9).

Synthèse

A partir des informations qu'on a constituées dans ce chapitre, on peut dire que le soi est un aspect central spécifique dans la vie de l'individu. Ainsi, que l'estime qui se constitue de leur soi à une grande importance sur sa personnalité.

Préambule

Dans ce chapitre, on va se pencher sur les aspects méthodologiques de notre recherche, Où nous appuyons sur la méthode clinique qui convient pour notre travail, ses étapes, ses outils de la recherche, parmi ces outils ; **l'inventaire de l'Estime de soi de Coopersmith S.**

La méthodologie elle se diffère selon la nature de la recherche, et ses objectifs visés. Pour qu'on puisse arriver à notre objectif de l'étude, nous sommes tenus maintenant de pencher au coté méthodologique et pratique de ce travail, qui va nous mener tout droit aux résultats attendu.

1. La méthode d'étude

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches en sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des idées et des informations vis-à-vis du thème de la recherche, mais aussi avoir des renseignements sur le terrain concernant la population visée, ainsi de vérifier la faisabilité de notre thème de recherche.

1.1. La méthode clinique

Afin de vérifier les hypothèses de notre recherche, on s'est basé sur la méthode clinique qu'est définie par (Lagache, 1949) « la méthode clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prise avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». **(Chahraoui K et H. Bénony, 2003, P11)**

Et dans notre recherche on s'est opté pour l'approche cognitivo-comportementale, car cette dernière et la plus adapté pour ce genre de la recherche et surtout dans les établissements psychiatriques et bien évidemment c'est l'approche qui va nous conduire vers des résultats plus clair et plus précise à travers d'utilisation de ses outils et techniques de recherche.

2. Les outils d'études

2.1. L'entretien clinique de recherche

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de discipline des sciences humaines : c'est notamment le cas de notre étude clinique. La recherche dans ce domaine a pour objectif de créer des connaissances nouvelles et de permettre des généralisations.

On peut schématiser la recherche en psychologie clinique comme suivant :

- On s'appuyant sur des situations cliniques particulières, situation souvent provoquées par le clinicien chercheur ;
- Celui-ci pose une question, censée être pertinente, et essaie d'y répondre en mettant en place une procédure pour justifier ses affirmations.

Le choix de la procédure de recherche est déterminée par l'objectif de la recherche et par les hypothèses de travail : il peut s'agir de recherche sur des cas singuliers, d'observations systématiques de plusieurs individus, de comparaison de groupes, ou bien d'études longitudinales ;

- L'entretien clinique s'inscrit à ce moment, c'est-à-dire qu'il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir les données au cours de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé ou bien associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelles cliniques ou à l'observation directe avec les méthodes vidéo ;

- Après le recueil des données, qui donne lieu à la constitution de documents de travail (entretien intégralement retranscrit), le clinicien chercheur rentre dans la phase de l'analyse en donnant une série de signification au corpus ainsi obtenu et en le resituant par rapport au sujet et à sa problématique.

(Bénony H et K. Chahraoui, 1999. p 62)

L'objectif de l'entretien est d'appréhender et de comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet, en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. Il consiste l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives. **(Chiland C, 1983, P 141).**

Dans notre présent recherche, nous avons opté de faire appel à l'entretien clinique semi-directif, tout en s'appuyant sur un guide d'entretien préétabli et ce dans le but d'orienter et de préciser le déroulement de notre entretien afin d'avoir un matériel en plus de l'utilisation d'un test qui va nous permettre de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

2.2. L'entretien clinique semi-directif

L'entretien clinique semi-directif, semble le plus adéquat. Qui se définit « la situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple ». (Chiland C. 1983, P11)

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un «ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (A. Blanchet, 1992).

2.3. Guide de l'entretien

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.

Ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit.

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 directive ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien.

La préparation de ces questions permet de formuler les relances pertinentes au moment venu. (Bénony H et K. Chahraoui, 1999, P65, 68,69).

Notre guide d'entretien comporte six axes et qui se présentent comme suite :

➤ **Axe I : renseignements générale**

Dont l'objectif est d'identifier les sujets.

➤ **Axe II : santé psychique et physique avant ce trouble**

Dont l'objectif est de chercher des antécédents antérieur au trouble obsessionnel-compulsif.

➤ **Axe III : le vécu psychique et comportemental avant ce trouble :**

L'objectif de cet axe est de cerner le vécu du patient au moment ou le trouble a émergé sur le plan psychique et sur le plan comportemental.

➤ **Axe IV : monologue intérieur concernant le soi et son devenir**

Cet axe a pour but de situer l'impact du trouble sur l'estime de soi

➤ **Axe V : Obsession et compulsion :**

Cet axe a pour but est d'identifier des éléments relevant du trouble obsessionnel-compulsif

➤ **Axe VI : Symptomatologie actuelle :**

L'objectif de cet axe est de faire un portrait clinique du patient pour d'éventuelle information susceptible d'être utile pour notre présente recherche.

Les axes mentionnés ci-dessus, nous permettent d'avoir des réponses à nos questions plus focalisées et plus précises.³

3. Présentation du test

3.1. Définition

L'inventaire d'estime de soi est un instrument d'investigation à usage collectif ou individuel. Construit pour mesurer les attitudes évaluatives envers soi-même dans les domaines social, familial, personnel et professionnel (ou scolaire). Une échelle de Mensonge, décrite a été ajoutée.

Le S.E.I. comporte 58 items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case : « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». Le test se présente sous deux formes (scolaire et adulte). La composition de l'inventaire est indiquée dans les deux formes : échelle générale, sociale, familiale, professionnel ou scolaire.

Cette échelle contient deux groupes de question : le premier groupe regroupe les items positifs, et le deuxième groupe regroupe les items négatifs.

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

Pour chaque question le sujet doit répondre à l'une de propositions suivantes : me ressemble : (on note 1 si le sujet répond aux questions du premier groupe, on note 0 si le sujet répond aux questions du deuxième groupe).

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

ECHELLE GENERALE	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 PROFESSIONNEL	2-17-23-33-37-42-46-54
ECHELLE DE MENSONGE	26-32-36-41-45-50-53-58

Les notes aux différentes sous-échelles, ainsi que la note totale, permettent d'apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets à une image positive d'eux-mêmes.

L'objectif du test

Le test choisi dans notre présente recherche à pour but mesurer l'état et le niveau de l'estime de soi de notre population d'étude, on a privilégié un instrument anglo-saxon adapté traduit, puis validé par le centre de psychologie appliquée (CPA).il s'agit de l'inventaire de l'estime de soi de **Coopersmith S (SEI)**.

3.2. Passation et correction de test

3.2.1. Passation de test

Passation du S.E.I. peut être individuelle ou collective. La forme Adulte s'applique aux personnes ayant terminé leur scolarité. La passation dure environ 10 minutes.

Au cours de Passation, il est préférable que l'examineur s'abstienne de tout commentaire ou explication. L'emploi du terme "Estime de soi " doit être évité.

3.2.2. Correction de test

Le S.E.I. se corrige rapidement à l'aide d'une grille de correction, en comptant 1 point par croix apparaissant à travers les repères.

Les 5 notes ainsi obtenues : Général, Familial, Social, Professionnel et Mensonge, seront inscrites sur la feuille de réponse. La note Total d'Estime de Soi s'obtient en sommant les notes aux 4 échelles : Général, Familial, Social et Professionnel. La note à l'échelle de Mensonge n'entre pas dans le total.

La note maximum est de 26 pour l'échelle Général, de 8 pour les autres échelles. Elle est de 50 pour la note Totale d'Estime de Soi.

3.2.3. Valeurs caractéristiques des échelles

sous- échelles	Général e	Social e	Familial e	Professionnell e	Total e	Mensong e
Moyenn e	22.16	6.70	6.88	6.72	42.46	3.22

3.2.4. Analyse factorielle

La construction de l'Inventaire d'Estime de Soi repose sur les bases théoriques et empiriques. En particulier, la composition de la note totale, reflétant l'estime de soi générale, sociale, familiale, professionnelle a été déterminée principalement par son intérêt empirique dans l'interprétation des résultats. Les items de l'Échelle de Mensonge ne sont pas inclus dans cette analyse.

3.2.5. Étalonnages et interprétations

Deux remarques importantes s'imposent :

* Pour des raisons propres à la variable mesurée, l'Estime de Soi, la notion d'étalonnage est très discutable, et comme le recommande **Coopersmith** à utiliser avec précaution. Il est donc conseillé de retenir, comme un indice fiable, la limite de 33 en note totale. En effet une note de 33 ou moins, peut être considérée comme une Estime de Soi très basse, et donc révélatrice de problèmes qu'il s'agira d'éclaircir par ailleurs.

* Les notes aux échelles constituant la note Totale n'ont pas été étalonnées. Seules sont données, à titre indicatif, les valeurs caractéristiques. L'analyse des résultats doit donc se faire par comparaison intra-individuelle, en repérant les domaines où l'Estime de Soi est la plus basse ou la plus élevée. Une note élevée à l'Échelle de Mensonge peut indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi. L'interprétation de la note totale d'Estime de Soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu à l'Échelle de Mensonge.

Classes	Limites des classes	Niveau d'Estime de soi
1	33	Très bas
2	34 à 40	Bas
3	41 à 45	Moyen
4	46 à 49	Elevé
5	50	Très élevé

3.2.6. Notes factorielles

Pour la forme Adulte : facteur **I** : "Estime de soi générale" ; facteur **II** : "Estime de soi familiale" ; facteur **III** : "Estime de soi sociale".

Le calcul des trois notes factorielles s'effectue de la manière suivante : pour chaque facteur, on attribue 1 point par item ayant une réponse correcte (Me ressemble, ou Ne me ressemble pas) et on fait la somme de ces points pour tous les items appartenant au facteur.

Facteurs	Réponse	Numéro des items
F.I	Me ressemble	4-38-43-47
	Ne me ressemble pas	2-3-7-12-13-15-23-24-30-34-35-44-46-49-56-57
F.II	Me ressemble	9-20-29
	Ne me ressemble pas	6-11-22
F.III	Me ressemble	5-8-27-28-37-39
	Ne me ressemble pas	18-52

4. Lieu et le temps de recherche

Afin d'élaborer cette recherche et après avoir précisé l'objet de notre échantillon d'étude, on s'est rendu dans la salle de consultation psychiatrique de l'EHS (OUED AISSI), service externe, on a assisté avec le psychiatre, qui travaille avec ses patients par rendez-vous (de 15 jours jusqu'à 2 à 3 mois) durant

plusieurs séances, qui commençaient de 8h 30 jusqu'à 15h, avec environ d'une trentaine de patients consultants.

Mon mémoire de recherche s'est déroulé là où j'effectue mon stage de formation, depuis le mois de Mars dernier (2014). J'ai eu l'autorisation d'effectuer mon stage de recherche de la part de deux autorités.

1-Au premier lieu le directeur de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie (EHS FARNANE HANAFI) OUED AISSI de la wilaya de Tizi-Ouzou, qui m'a donné son avis favorable d'effectuer le stage de recherche au sein de cet établissement, au niveau de service de consultation externe, et aussi, le responsable du service de la formation et des stages de la même structure. Le stage s'étendra de Mars 2014 jusqu'au Mai de la même année. Mais ma recherche, je l'ai faite au mois d'avril et mai, durant la période de stage.

L'EHS psychiatrique FERNANE HANAFI à ouvert ses portes en 1974, d'une capacité de 330 lits, régionale (Tizi-Ouzou, Bouira, Béjaïa et Boumerdes), statut de santé publique.

Il existe 2 services (adulte-enfant), le service psychiatrique adulte est composé de 4 unités cures libres, une unité d'urgence, l'autre fermé et un plateau technique composé d'une unité consultation externe, de pharmacie, d'un cabinet d'odontologie, d'un laboratoire de biologie et de radiologie (EEG, ECG).

Service pédopsychiatrie : constitue de 2 unités ; enfant et adolescent.

L'EHS FERNANE HANAFI fait travaillé 450 personnes tout corps confondus, parmi eux : 18 spécialistes, 05 généralistes, 03 dentistes, 01 pharmacienne, 06 psychologues, 02 orthophonistes, et 02 ergothérapeutes.

2-Au cabinet de consultations psychologiques (privé) dans la wilaya de Tizi-Ouzou.

5. Le choix de la population

5.1. Critères d'exclusions

- Tout malade qui se trouve dans un état déficitaire, c'est-à-dire, ne peut pas coopérer avec l'expérimentateur ;

- Ou dans un état catatonique, ce qui l'empêche d'entrer en communication avec l'entourage ;
- Tout malade qui se trouve dans un état d'agitation motrice, ce qui va rendre sa présence dangereuse pour nous ; et aussi le bon déroulement de la recherche ;
- L'âge, ils ne font pas partie de mon échantillon de recherche les enfants et les adolescents.

5.2. *Critères d'inclusions*

Nous avons extrait un échantillon de la population qui répond aux critères fondamentaux de notre problématique, qui sont :

- Être adulte ;
- Être déjà malade pendant ce temps là c.-à-d, ayant une décompensation trouble obsessionnel-compulsif(TOC) ;
- Être suivi par les psychiatres de service, où pris en charge par le psychologue pour un trouble obsessionnel-compulsif (TOC), (Les critères diagnostiques répondent au tableau clinique de trouble obsessionnel-compulsif (TOC) selon le DSM IV-TR 2004) ;
- Les malades diagnostiqués par leur thérapeute en tant que TOC ;
- Les malades qui suivent un traitement médical chez un médecin psychiatre ;
- Les malades qui sont en consultation psychologique chez un psychologue.

Notre population d'étude est constituée de 6 personnes âgées entre 32 ans et 55 ans, (deux femmes et quatre hommes) diagnostiquées et prises en charge pour un trouble obsessionnel compulsif (TOC) par le thérapeute.

La sélection de l'échantillon de ma recherche s'est basée sur ce principe ; les sujets de ma recherche ont été déjà diagnostiqués par leur thérapeute en tant que malades souffrants de TOC, Par conséquent, ils remplissent les critères recherchés dans mon échantillon de recherche.

- Ont une capacité d'échange verbal
- sont autonomes dans les déplacements
- ont donné leur consentement éclairé afin de participer à cette recherche.

Ces sujets ont affirmé durant toute la passation un net besoin de communiquer ; ce que nous avons encouragé en ayant une attitude semi-directive.

6. Le déroulement de l'enquête

Notre enquête s'est déroulée dans deux lieux, et en deux étapes, dont la première est la prise de contact et la deuxième passation du test.

6.1. La prise de contact

Cette étape est très importante, c'est elle qui nous permet d'avoir la confiance de nos sujets d'étude pour établir notre test de recherche.

Très souvent le sujet aborde lui-même certaines questions avant qu'elles ne soient posées, si ce n'est pas le cas, nous posons au sujet les questions dans l'ordre dans lequel elles figurent dans le guide d'entretien, une fois la question est posée on s'est efforcé de n'intervenir que pour relancer le sujet ou pour aborder une autre question.

6.2. Passation du test de l'estime de soi de Coopersmith S

Les sujets sont examinés dans le même ordre que lors de notre premier contact, une fois que le sujet est bien installé, on lui explique que nous revenons comme convenu pour poursuivre notre recherche, on lui rappelle le thème de l'étude.

Les sujets demandent souvent des informations sur les résultats. Il leur est précisé qu'ils sont en cours d'analyse et on leur répète qu'une association spécialisée a été créée pour la prise en charge de ce type de maladies et ils peuvent prendre attache avec elle.

Les sujets ont complété les questionnaires du test lors d'une passation individuelle, la séance a duré environ 10 à 25 minutes, selon la maîtrise de la langue (10 minutes pour ceux qu'ils maîtrisent la langue, et 25 minutes pour ceux qu'ils ne maîtrisent pas la langue au lieu 10 minutes comme le prévoit le test).

6.3. Les obstacles rencontrés durant la recherche

– L'un des obstacles majeur qu'on a rencontré est le manque des échantillons d'étude concernant les TOC. D'ailleurs, on est resté à l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie (EHS) OUED AISSI, pendant presque deux mois et demi à trois mois pour avoir trois cas seulement et les trois autres au cabinet de consultation psychologique (privé).

– Et c'est dû au fait que ces derniers ne viennent pas consulter, souvent leurs visite concernent d'autres motifs de consultation.

– aussi, l'un des obstacles de ce type d'instrument réside dans le choix de la langue dans laquelle l'épreuve doit être appliquée. Le niveau d'instruction des sujets diffère d'un sujet à l'autre.

Donc, on s'est efforcé d'aboutir à une formulation très simple et très claire des questions, que ce soit celles du guide de l'entretien ou celles du test. Il est utile de signaler que le choix d'une autre langue (le kabyle) n'aurait pas résolu le problème, surtout pour certains termes concernant le test.

Les questions sont rédigées en français, mais nous avons travaillé avec les sujets dans les deux langues (français et kabyle) qu'ils utilisent. On donne l'équivalent au sujet dans la langue qu'il maîtrise le mieux.

Il est toujours difficile d'évaluer dans ce type d'épreuve avec précision, comment le sujet comprend la question. D'ailleurs, certains termes même s'ils ne sont pas nombreux, restent difficiles à traduire.

Nos interventions, se sont limitées en générale à une simple description de la réponse du sujet.

Synthèse

La validité et même la crédibilité des résultats d'une quelconque recherche, dépendra du travail rigoureux ou non du chercheur, et sa méthodologie de recherche qu'il a utilisée pour arriver à ses résultats.

Plus on respecte notre méthodologie de recherche, plus on s'approche de manière objective à des résultats valides.

Présentation et analyse de 1^{er} cas

Notre premier sujet s'agit de M^{elle} Amel, âgée de 42 ans, célibataire, niveau d'étude 3^{ème} année universitaire (T.S en comptabilité), Elle est l'ainée d'une fratrie de deux, elle travaille comme comptable au sein de la sureté nationale.

Son trouble obsessionnel compulsif remonte à 2003. Depuis 2011, son trouble est devenu insupportable, notre sujet nous rapporte : «... quand on a déménagé d'Alger (reghaia) à Tizi ouzou à cause du tremblement de terre qui à touché Boumerdes et l'est d'Alger, une période que j'ai vécu très difficilement. Sincèrement avant 2003 je présentais déjà des obsessions, mais je ne leurs ai donné pas de l'importance, j'arrive à les dépasser par le travail... » Malgré son état morbide et sa situation difficile, le sujet n'a jamais consulté ni un médecin, ni un psychologue : « ...mon ignorance de la souffrance, c'est mon médecin ».

Sa tenue vestimentaire est correcte, très méticuleuse, rentre dans le bureau de consultation d'une démarche normale et s'assoit correctement, son humeur est neutre, elle tend légèrement vers le pôle dépressif avec une mimique anxieuse. Le contact est riche et facile, le discours est cohérent centré sur ses idées obsédantes avec une culpabilité morbide, et sa psychasthénie (pas de volonté et gout de vivre). Elle verbalise avec précision sa souffrance, elle est consciente, coopérante, orientée dans le temps et l'espace, elle critique ses troubles et ses symptômes. La patiente ne présente ni trouble de la mémoire, ni des délires ni d'hallucinations, mais elle présente une insomnie d'endormissement et l'anorexie sélective et une sexualité non explorée.

Quand elle était petite, elle a passé une dizaine de jour à l'hôpital de Béchar, là où elle a demeuré, elle, avec sa famille pour un certain temps. Aussi, 1 mois à l'hôpital de Bab el oued (02) ou (03) ans plus tard pour une maladie sévère. En 1995, juste après avoir terminer ses études, des allergies et des maladies dermatologiques commençaient à se manifester, d'après ses dires « ... j'ai consulté des allergologues et des dermatologues au sein de l'hôpital Mustapha Bacha, et après des analyses à cet établissement au service "Gastron" ils ont découvert que je souffre d'une maladie cœliaque. » Et en 1996 elle a commencé à

travailler, quelques temps après, l'effet de l'anémie commence à apparaître à cause d'un mauvais régime alimentaire. «... En 2008, j'ai eu une double hernie discale et une puissante fièvre, les douleurs étaient insupportables, j'étais bloquée à la maison, suite à ça, j'ai consulté des spécialistes en traumatologie qui m'ont donné un mois de congé, chose que je n'ai pas accepté, j'aime beaucoup travailler, j'y tiens fort, je ne tolère pas de rester sans travailler. »

Le sujet est toujours en conflit avec les médecins et le personnel paramédical pendant ses hospitalisations : «...les médecins m'ont blessé énormément, sincèrement, je deviens très contente quand j'entends qu'un médecin meurt, pendant mon enfance, je les voyais comme des anges. À travers l'expérience que j'ai vécue au sein des hôpitaux, j'ai découvert ce qu'ils sont en vrais. À chaque fois que je partais consulter un médecin, ce dernier m'orientait envers un autre et ainsi de suite,...c'est malheureux... ». Pendant deux ans, entre 2008 et 2010, elle trainait d'un hôpital à un autre et d'un médecin à l'autre. « En 2011 il m'est arrivé une chose grave et bizarre, j'ai commencé à détester mon travail, à chaque fois que j'aille à mon bureau, je pleurais, la même chose pour les magasins, pour acheter des trucs, est devenu pour moi une souffrance. Après, le médecin de l'unité où je travaillais, m'a demandé d'aller voir un psychiatre. J'y suis allée et depuis je suis sous traitements psychiatriques jusqu'à nos jours ». Ce qu'elle pense de son état morbide, elle nous a dit : « ...franchement, je ne sais pas, peut-être je suis comme ça de nature. Il y a des choses en moi que je n'arrive pas à comprendre... je vois que ma vie n'est pas normale comme les autres : je ne peux pas me baigner et des fois je lâche complètement mon âme, j'ai tout abandonné, même au travail, j'étais perturbée, je sens que j'ai perdu ma valeur. Sincèrement, ça me dépasse. »

Selon le sujet, sa maladie le prive de toutes activités, comme la cuisine, le sport, les sorties ou les voyages etc. elle est en retrait social, elle passait tout son temps chez elle dans sa chambre : « ...si ce n'est pas le travail, je ne sortirai jamais, je vis comme ça, des mois et des mois, entre le travail et la maison, je vis comme un robot. Sincèrement, aucune chose ne me plaît et pourtant, je n'étais pas comme ça.» ce sujet n'a pas pris en charge son trouble parce que selon lui, il est

normal : « ...j'en suis sur que je suis normal, à mon avis, c'est comme ça que les gens doivent se comporter ; la propreté, le sérieux etc. D'ailleurs j'ai un collègue qui me disait : il faut que tu vives au japon. Sincèrement, je ne sais pas comment les gens voient les choses, souvent ils me contrarient, alors que moi je les respecte. Même si je les respecte, je n'accepte pas que ceux-ci imposent leurs idées. Et pourtant, mes idées sont dans les normes, et je vois que ces derniers dépassent leurs limites. »

Synthèse

Suite à l'entretien effectué avec M^{elle} Amel, on constate que cette dernière présente un trouble obsessionnel-compulsif : « ...franchement, je ne sais pas, peut-être je suis comme ça de nature. Il y a des choses en moi que je n'arrive pas à comprendre... je vois que ma vie n'est pas normale comme les autres : je ne peux pas me baigner et des fois je lâche complètement mon âme, j'ai tout abandonné, même au travail, j'étais perturbée, je sens que j'ai perdu ma valeur. Sincèrement, ça me dépasse... » Pour mettre en lien ce trouble à l'estime de soi on a procédé à la passation d'un test pour vérifier l'impact de ce trouble sur l'estime de soi.

Présentation et analyse des résultats du test

Une fois que l'entretien a été effectué avec M^{elle} Amel, on a procédé à la passation du test Inventaire d'Estime de Soi de **S. Coopersmith**, ce dernier révèle les résultats suivant :

Résultats du test	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Amel	21	8	6	7	36	7	Moyen

Ce tableau comporte une série d'analyse, il compare chaque score du test de l'estime de soi à la valeur moyenne (**41 à 45**) et chaque score des sous échelles à sa valeur moyenne, (**22,16**) pour l'échelle générale, (**6,70**) pour l'échelle sociale, (**6,88**) pour l'échelle familiale, (**6,72**) pour l'échelle professionnelle, et (**3,22**) pour l'échelle mensonge.

Amel a obtenu un score (**36**) dans le test, ce qui indique que cette dernière présente un niveau d'estime de soi **bas**.

Les scores obtenus par Amel ayant un profil altéré, elle a obtenu un score inférieur (**19**) à la moyenne dans l'échelle générale, par contre par rapport à l'échelle sociale, elle a obtenue un score supérieur (**7**) à la moyenne, un score proche de la moyenne (**6**) dans l'échelle familiale, et un score au-dessus de la moyenne(**7**) à l'échelle professionnelle.

Concernant l'échelle mensonge elle a obtenue un score supérieur (**7**) à la moyenne, ce qui indique son attitude défensive vis -à-vis du test et son désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Les résultats obtenus du test avec le cas Mlle Amel montrent que cette dernière a développée une attitude négative vis-à-vis du test, dont elle a obtenue une note très élevée à l'échelle mensonge. Donc, selon les résultats du test d'estime de soi qu'on a obtenu du cas Amel montrent que le niveau d'estime de soi présenté par ce dernier est faible, inférieure (**36**) à la moyenne. Qui se considère comme un score insuffisant. Tout ça peut être dû à l'influence du trouble sur l'image qu'elle porte sur elle-même et sa propre valeur.

En ce qui concerne l'échelle sociale le sujet a eu une note supérieure (**7**) à la moyenne, ce qui indique que ce dernier malgré sa maladie, il à de très bonnes relations avec ses amis, et son entourage.

Mais le score qu'il a obtenu à l'échelle familiale, inférieur (**2**) à la moyenne, montre que le sujet, n'a pas développé une très bonne relation avec sa famille, surtout avec sa mère qui est toujours en conflit avec elle. Et cela peut être renvoie à son vécu psychologique avec sa famille, ainsi que sa forte identification vis-à-

vis de son père qui s'est isolé de sa famille pendant des années.

Par contre, dans l'échelle professionnelle Amel a obtenue une note supérieure (7) à la moyenne, Ce qui indique l'investissement et l'exploitation de la patiente vis-à-vis du domaine professionnelle. .

Les résultats obtenus au test avec le cas Amel montrent que cette dernière a développé une attitude négative vis-à-vis du test, dont elle a obtenue une note très élevée à l'échelle mensonge. Mais, malgré cela, les résultats du test d'estime de soi qu'on a obtenu avec Amel, montrent que le niveau d'estime de soi présenté par cette dernière est faible (36), qui se considère comme un score suffisant par rapport à la situation et l'état morbide qui elle vit. Tout ça peut être c'est la confiance qu'elle porte d'elle-même et sa propre valeur. On interprète le fait que sa note à l'échelle Mensonge est élevée comme une attitude défensive vis-à-vis du test et son désir manifeste de donner une bonne image de soi.

Présentation et analyse de 2^{ème} cas

2ème cas : il s'agit d'un jeune homme Malik âgé de 36 ans, il est l'ainé d'une fratrie de 7 dont 4 garçons et 3 filles, à un niveau d'instruction collégial (9AF). Il travail comme commerçant. Un travail dont il est fier, il l'a abandonné suite à une maladie qui s'est manifestée en 2003.

Ce sujet a vécu une enfance calme avec sa famille, il n'a présenté aucune maladie organique, ni psychologique, ni hospitalisation. Selon lui, son trouble a commencé après son passage de service national entre 2000 et 2002 : « ...sincèrement, je n'arrive pas a oublier mon passage au sein de service national, ça me fait mal à chaque fois que je me rappelle de ce passage, parce que, j'ai passé des moments difficiles, ils nous ont traités mal, des insultes, des injures, ils nous ont frappés même ! Sincèrement, ça été mal passé. Aussi, j'ai un ami avec qui je partage la chambre au chalet où nous résidons. On prenait des drogues ensemble pendant 6 mois, mais après, j'ai abandonné ça. Après ma sortie de service, la vie a beaucoup changé pour moi, je n'éprouve rien du gout à toute chose, j'ai perdu le gout de vivre, je me sentais lourd, je n'arrive pas à travailler,

toujours je me parlais, je me questionnais comment j'étais et comment je le serai plus tard ! Je souhaite que ça soit quelque chose qui ne durera pas... »

Depuis l'aggravation de sa maladie, le sujet a été voir un psychiatre dans le privé, mais, il n'arrivait pas à payer ses consultations qu'il jugeait trop chères, puis, il s'est orienté envers l'hôpital publique, (CHU de tizi ousou), il avait fait 10 séances, puis, son psychiatre l'a transféré vers EHS de Oued aissi (Établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie) où il suit ses consultations psychiatriques jusqu'à maintenant.

Son état actuel est anxieux, sa tenue vestimentaire est correcte, propre et adéquate, sa mimique est triste et anxieuse, le contact est facile à établir, son discours est cohérent à voix audible centré sur des idées de dégoût de la vie, pas d'idées suicidaires « ...j'ai peur de ma situation et même je sens que j'ai perdu confiance en moi, je vois que je suis capable de surmonter mes difficultés, mais je sais pas comment ! Toujours, je cherche quelqu'un qui va m'orienter, m'aider et me conseiller... » Concernant l'opinion que se font les autres de lui, il nous a répondu qu'il n'avait pas de problème vis-à-vis des gens, au contraire, ils le voyaient qu'il est normal. Malik nous a aussi fait part de son expérience sur sa maladie, toujours présente « ...toujours, je cherche à savoir pour quoi je ne guéri pas. D'ailleurs, j'ai des projets à faire dans l'avenir comme le mariage, reprendre mon travail, construire une maison et fonder une famille, et aussi, faire la prière et accomplir le pèlerinage (la Oumra) qui est mon rêve et bien sûr ma guérison. D'ailleurs, j'ai bénéficié d'un projet qui se réalisera bientôt au sein de CNEC, mais j'ai peur de ces futures retombées. »

Quand le sujet se trouve dans l'impossibilité de contrôler les choses, il se sent stressé et angoissé « ...je doute de toute choses, mais le dégoût m'empêche de vérifier malgré ce doute là. » Ses contraintes par rapport à ses doutes le conduisent à refaire des choses malgré lui, comme la prière (l'ablution "Woudou") la fermeture des portes de son véhicule ainsi celles de sa maison. Selon ce sujet, ce trouble le prive de plusieurs activités et plusieurs projets qu'il voudrait faire comme, le sport qu'il a l'habitude de faire, de travailler, aussi

d'avoir des amis et voyager avec eux. Il reproche à sa partenaire de l'avoir délaissé.

Synthèse

Suite à l'entretien effectué avec le cas Malik, on constate que ce dernier présente un trouble obsessionnel-compulsif « ...je doute de toute choses, mais le dégoût m'empêche de vérifier malgré ce doute là... » Pour mettre en lien ce trouble à l'estime de soi on a procédé à la passation d'un test pour vérifier l'impact de ce trouble sur l'estime de soi.

Présentation et analyse des résultats du test

Une fois que l'entretien a été effectué avec Malik, on a procédé à la passation du test Inventaire d'Estime de Soi de **S. Coopersmith**, ce dernier révèle les résultats suivant :

Résultats du test	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Malik	10	6	4	4	24	5	Très bas

Ce tableau comporte une série d'analyse présentée par Malik, qui indique le niveau de l'estime de soi de ce dernier, et selon les résultats obtenus, Malik présente un niveau d'estime de soi **très bas (24)**.

Les valeurs obtenues par Malik ayant un profil altéré, sont respectivement inférieures à la moyenne, qui est indiquées dans les sous-échelles.

Dans l'échelle générale, Malik a obtenu un score inférieur **(10)** à la moyenne, qui est très loin de la moyenne.

Dans l'échelle sociale à un score inférieur, mais proche de la moyenne **(6)**. Mais, dans les deux échelles : familiale et professionnelle Malik a obtenu un

score inférieur (**4**) à la moyenne, qui est aussi loin de la moyenne. Concernant l'échelle mensonge, Malik a obtenu un score supérieur (**5**) à la moyenne. Ce qui indique son attitude défensive vis-à-vis du test.

D'après les résultats obtenus dans le test, concernant l'échelle sociale, dont il a un score proche de la moyenne, montre que Malik ne souffre pas vraiment dans ce domaine, ce qui indique qu'il est sociable.

Mais les résultats obtenus par ce dernier dans les deux échelles familiale et professionnelle montrent que Malik a des mauvaises relations sur le plan familial et professionnel, où ce dernier ne s'adapte pas facilement avec les relations professionnelles et surtout sous l'influence de sa maladie, la preuve il a abandonné son travail.

Ces données obtenues, montrent que Malik a une attitude négative envers soi-même et la façon dont il pense que les autres le perçoivent. Donc ces données expliquent que le patient ne s'est pas accepté comme il est à cause de sa maladie qui influe d'une façon négative sur son image et sa valeur personnelle.

Présentation et analyse de 3^{ème} cas

Notre 3^{ème} sujet, il s'agit d'une femme M^{me} Lydia âgée de 55 ans, mariée avec 04 enfants (03 garçons et une fille) elle a un niveau d'instruction de 6^{ème} année. Le début de son trouble remonte à 2009.

Elle avait une vie plus au moins normale, elle ne présentait aucune maladie auparavant ; ni organique, ni psychologique, d'ailleurs elle n'a jamais été hospitalisée. Elle a vécu des périodes difficiles dans son passé avec sa belle mère. Selon le sujet, ses rituels remontent à l'âge de 10 ans, mais pas d'une manière grave, d'ailleurs personne n'a remarqué ce qu'elle avait, jusqu'à 2009, c.-à-d. à l'âge de 50 ans que sa maladie s'est manifestée de manière grave «... j'ai passé 5 années difficiles, perturbée, très sales, je ne vois que de la saleté par tout, j'ai très peur d'être contaminée par le sang, je suis resté comme ça avec une inquiétude par rapport à ma situation. Et à chaque fois, je parle que de la souillure, des

microbes et de la contamination, etc. » C'est ce qu'on appelle l'obsession de la souillure et la peur de la contamination.

La femme croit que sa vie est normale mais, elle ne voit pas qu'elle est capable de surmonter ses difficultés. Aussi elle voit que les autres ont une opinion plus normale d'elle. Cette dernière se voit malade, elle a peur de rester comme ça longtemps, d'ailleurs elle est mal à l'aise, fatiguée de sa situation. Parmi les projets qu'elle souhaite réaliser dans l'avenir «...je rêve que je guérisse pour faire la cuisine et le ménage, etc. ».

Le sujet est entré au bureau de consultation avec une démarche normale, elle s'assoit normalement, sa tenue vestimentaire est correcte, avec des mimiques anxieuses, son discours est pauvre, mais cohérent centré sur ses douleurs morales et ses angoisses, elle présente une anxiété permanente.

C'est le cas des personnes présentent ce genre de troubles. Cette anxiété dû à des obsessions, mais ces derniers poussent la personne qui en souffres vers la compulsion pour réduire cette anxiété « ...je sentais souvent le besoin de refaire certaines choses, comme le lavage et la vérification. Et quand je suis dans l'impossibilité de les refaire, je déprime à cause l'angoisse et du stress, ça m'ennuis beaucoup de refaire les même choses malgré moi ; à chaque fois que j'essaie de ne pas les refaire, mais je n'arrive pas...»

Synthèse

À la lumière de l'entretien effectuer avec M^{me} Lydia, on conclut que cette dernière présente un trouble obsessionnel-compulsif, cette dernière présente des obsessions de la souillure et de la contamination «...j'ai passé 5 années difficiles, perturbée, très sales, je ne vois que de la saleté par tout, j'ai très peur d'être contaminée par le sang, je suis resté comme ça avec une inquiétude par rapport à ma situation. Et à chaque fois, je parle que de la souillure, des microbes et de la contamination, etc. ».

Présentation et analyse des résultats du test

Une fois que l'entretien a été effectué avec M^{me} Lydia, on a procédé à la

passation du test Inventaire d'Estime de Soi de **S. Coopersmith**, ce dernier révèle les résultats suivant :

Résultats du test	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Lydia	17	6	3	7	33	5	Très bas

Les résultats de tableau présentent les scores obtenus dans le test de l'estime de soi pour le cas : Lydia. Ces résultats indiquent que Lydia présente un niveau d'estime de soi **très bas (33)**.

Les scores obtenus par Lydia aux sous-échelles, ayant un profil altéré. Elle a obtenu un score inférieur (**17**) à la moyenne dans l'échelle générale. Par contre dans l'échelle sociale, Lydia a obtenu une note très proche de la moyenne (**6**), à l'inverse, l'échelle familiale ou Lydia a obtenu un score très faible est loin de la moyenne (**3**), par contre cette dernière a un bon score dans l'échelle professionnelle (**7**) qui est supérieure à la moyenne. Mais, dans l'échelle mensonge Lydia a obtenu une note supérieure à la moyenne (**5**) ce qui explique son attitude défensive vis-à-vis du test.

Les résultats obtenus par Lydia à l'échelle sociale montrent que cette dernière partage des bonnes relations avec son entourage, ce qui explique sa note obtenue qui est très proche de la moyenne.

Mais, les résultats obtenus dans l'échelle familiale, montre que la relation entre Lydia et sa famille est très mauvaise, comme l'indique le score obtenu, qui est très faible et loin à la moyenne.

Ce qui n'est pas le cas dans l'échelle professionnelle où la patiente obtient une note supérieure à la moyenne qui est (**7**), ce qui démontre que la vie professionnelle de Lydia n'est pas affectée.

Donc, les résultats obtenus par Lydia montrent que cette dernière à un jugement négatif de sa propre valeur personnelle et son image de soi, et cela montre à quel point elle est affectée par la maladie.

Présentation et analyse de 4^{ème} cas

Le cas d'Amar, un homme de 37 ans. Il est le 6^{ème} et le dernier de sa fratrie (2 garçons et 4 filles), célibataire, niveau d'études CEM.

Il a vécu ici en Algérie jusqu'à l'âge de 11 ans, puis son père le prend en France où il a passé 6 ans, il rentre à 17ans. Après, il a fait un stage de menuiserie, un travail qu'il n'avait jamais fait jusqu'à maintenant, vit avec sa famille qui se compose aujourd'hui du père, rentré de France il y a 10ans, de sa mère et de sa sœur. Une famille avec qui il ne s'entend pas, depuis toujours, surtout sa mère qu'il juge trop mauvaise et incompréhensible. Le début de son trouble remonte à six ans (2008), il a décompensé sur un mode dépressif, il était soumis aux antidépresseurs pour une certaine période, puis il avait développé des TOC. Actuellement il suit une psychothérapie avec son psychologue depuis 3 ans et demi, il ne prend plus son traitement psychiatrique, son état s'améliore lentement. Il travaille comme ferrailleur dans les chantiers de son village.

Le jour de passation du test, il était très coopératif, il n'avait pas posé trop de questions, très silencieux. Son visage, exprime trop d'inquiétudes, il me paraît angoissé et vigilant.

Il avait vécu plusieurs pathologies organiques au cours de son enfance (La maladie des poumons, la sinusite,...etc.) des maladies qui lui ont imposé de faire plusieurs visites médicales. C'est un patient qui souffrait toujours des angoisses et un mal-être général. Ce patient avait déjà vu plusieurs médecins, il était pour un certain temps sous traitement psychiatrique. Aussi, il avait déjà vu deux psychologues auparavant. Il n'a jamais été hospitalisé. Le patient avait beaucoup souffert au cours de son enfance, il tombait toujours malade, il avait beaucoup

consulté des thérapeutes traditionnels. Il se sentait souvent fragile et vulnérable. Très différent des autres enfants de son âge (d'après ses propos).

Le trouble du patient s'est manifesté par des angoisses aiguës, une instabilité émotionnelle, une tristesse et une fatigue chronique « mon état morbide m'avait gâché toute ma vie, il m'était un obstacle pour une réussite scolaire et sociale. Ça m'a fait beaucoup souffert, et je suis insatisfait de mon état, je souffre toujours et je n'arrive pas à tenir un seul travail, et je me sens incapable de surmonter mes difficultés, d'ailleurs, c'est pour cela que je consulte il y a trois ans de ça, je suis une psychothérapie avec mon psychothérapeute». Le patient est très sensible aux opinions des autres, et surtout quand il s'agit de sa personne ..., il reste timide sans défense. D'ailleurs il ne peut pas se projeter pour son avenir « à chaque fois que je fais un projet pour l'avenir, il tombe à l'eau. Je suis très indécis et hésitant, et je ne sais pas du tout comment m'y prendre et quel métier dois-je faire ». Actuellement le sujet souffre de rigidité, de manque de confiance en soi, doute en ses compétences, émotif, peu expressif. D'après l'entretien, il ne présente pas de comportements compulsifs (des rituels de lavages, de contrôles...)

Synthèse

Après avoir effectué l'entretien clinique avec le cas de Amar on constate que ce dernier présente un trouble obsessionnel-compulsif « mon état morbide m'avait gâché toute ma vie, il m'était un obstacle pour une réussite scolaire et sociale. Ça m'a fait beaucoup souffert, et je suis insatisfait de mon état, je souffre toujours et je n'arrive pas à tenir un seul travail, et je me sens incapable de surmonter mes difficultés, d'ailleurs, c'est pour cela que je consulte il y a trois ans de ça, je suis une psychothérapie avec mon psychothérapeute...» et pour vérifier l'impacte de ce dernier, on y effectue un test pour mesurer l'état de son estime de soi.

Présentation et analyse des résultats du test

Une fois que l'entretien a été effectué avec Amar, on a procédé à la

passation du test Inventaire d'Estime de Soi de **S. Coopersmith**, ce dernier révèle les résultats suivant :

Résultats du test	Générale	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Amar	9	3	3	2	17	2	Très bas

Ce tableau comporte une série de résultats sur l'analyse de l'estime de soi pour le cas : Amar. Ils montrent que ce dernier présente un niveau d'estime de soi **très bas (17)**.

Les résultats obtenus par Amar, ayant un profil altéré, sont respectivement inférieurs à la moyenne, qui est indiquée dans les sous-échelles.

Dans l'échelle générale, il a obtenu un score inférieur (**9**) qui est Très loin de la moyenne. Aussi, dans les deux échelles sociale et familiale, le sujet a obtenu des scores inférieurs (**3**) qui sont loin de la moyenne. Aussi, dans l'échelle professionnelle où le sujet a obtenu une note très faible par rapport à la moyenne qui est (**2**). Concernant l'échelle de mensonge, le sujet a obtenu une note inférieure (**2**) à la moyenne. Cela montre que le sujet n'a pas développé d'attitude défensive vis-à-vis du test. Donc il ne manifeste pas un désir de donner une bonne image de lui-même.

Les résultats obtenus par le sujet dans l'échelle sociale, indiquent que ce dernier n'a pas de bonnes relations avec la société et l'entourage où il vit.

Même chose pour les résultats qu'il a obtenus dans l'échelle familiale, le sujet a eu un score très faible, ce qui indique que ce dernier n'est pas stable dans le milieu familial et a des rapports conflictuels avec les membres de sa famille.

Par ailleurs, les résultats obtenus dans l'échelle professionnelle, montrent les difficultés et les obstacles qui sont rencontrés dans ce domaine par le sujet à

cause de sa maladie, qui l'a beaucoup affecté au point où il a abandonné son travail.

Enfin, les résultats obtenus par le sujet, montrent que ce dernier porte une mauvaise image de lui et de sa propre valeur personnelle. Ce qui explique que la maladie a un impact sur sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle.

Présentation et analyse de 5^{ème} cas

Le cinquième sujet de ma recherche : le cas de Azzedine, un homme de 39 ans, marié, 4 enfants (2 filles et 2 garçons) il est l'ainé des garçons et le deuxième d'une fratrie de sept (4 filles et 3 garçons), un niveau d'instruction universitaire, il souffre de trouble obsessionnel-compulsif, depuis sept ans (2007). Actuellement, il gère une entreprise de bâtiment.

Le sujet était très coopératif, trop curieux du test, il m'avait posé trop de questions qui concernent le test, son objectif, son auteur, et m'avait demandé de lui rendre les résultats de cette épreuve dès que possible.

Azzedine n'avait pas d'antécédents pathologiques à ce trouble, il n'a jamais consulté un psychologue auparavant, sinon, il a consulté déjà des médecins « ...Je suis très soucieux de ma santé physique, à chaque fois que je sens une petite douleur ou un malaise, je visite un médecin. D'ailleurs, j'en ai vu beaucoup. Mais paradoxalement je déteste d'aller les voir, ou aller à l'hôpital, je pense que j'ai une phobie des médecins. Et je n'ai jamais été hospitalisé auparavant... ». Le sujet, a vécu une enfance difficile « j'ai vécu difficilement toute mon enfance, surtout après le retour de mon père de France. A l'époque, j'avais 8-9 ans. Il était très dur avec moi, et depuis on a développé une rivalité sans cesse. Je le déteste beaucoup et lui aussi me déteste, il a le profil d'un dictateur, il ne tolère rien, trop autoritaire. Mon père, c'est un homme avec qui, il ne faut pas discuter, il faut juste obéir à sa volonté. Je ne vous cache pas ! À mon adolescence, j'ai beaucoup souhaité sa mort ou sa disparition... ». Selon lui, son trouble a commencé au cours de la maladie de son grand père avec qui, il était très proche. Il l'accompagnait là où il partait, étant enfant : « ...Il était pour

moi un homme infaillible, très robuste et surtout très sage. C'est lui qui m'avait éduqué, j'ai passé beaucoup de temps avec lui. Je dirai, il était pour moi un père exemplaire. Il m'écoutait souvent, il m'aimait beaucoup. Tout au long de sa maladie, j'étais très anxieux et colérique. D'ailleurs, c'était moi qui prenait soin de lui, il avait un cancer du rectum, on l'a diagnostiqué tardivement, son cancer avait trop progressé, il saignait pendant des mois. Alors moi, tout au long de sa maladie, j'en ai souffert beaucoup. D'ailleurs, même moi j'avais des saignements, j'ai pensé qu'il s'agit de la même maladie du grand-père, pris de panique, J'étais voir un médecin, heureusement, Il m'avait rassuré en disant que c'est des hémorroïdes dues au stress ...». Depuis sa maladie de 2007, le sujet a vécu beaucoup de difficultés relationnelles et affectives. D'ailleurs, selon lui, c'est la période la plus difficile de toute sa vie «... mon père était en prison, la mort de mon grand-père, ainsi que la mort subite et inattendue de mon cousin qui était pour moi, un frère et un ami d'enfance. Depuis, cette période je suis devenu très stressé et j'avais peur, très peur d'en mourir, j'écoutais trop mon corps. Je me déteste, et je déteste ma maladie et j'en souffre beaucoup... ». Sur le plan comportemental, le sujet est devenu instable, très nerveux et colérique, il présente des troubles paniques des fois, impatient quand il est obligé d'attendre une file de gens, faisait toujours des sursauts juste après son endormissement, il vit la même chose avec sa femme, il ne la laissait pas se rapprocher trop de lui, au point de faire un prolongement pour leur lit conjugal. «... Je ne supportais pas qu'elle soit très proche de moi, à chaque fois qu'elle bouge, ou elle change la position, elle me réveillait. Même chose pour les meubles ou les objets de notre chambre, je ne supporte qu'elle leur change d'emplacement. Elle vit un calvaire avec moi ! Mon psychothérapeute m'avait dit que je souffre d'une obsession, toute chose doit rester dans sa place, tout doit être immuable. Et je souffre aussi de contrôle ; je dois tout contrôler, rien ne peut passer comme ça inaperçue... ». Le sujet souffre aussi des pensées obsessionnelles «... ma tête ne cesse pas de me dire que tu vas tomber malade et tu mourras, ton cœur s'arrêtera. Tu vas avoir la même maladie que ton grand père, etc. et chaque fois que j'essaie de les chasser

(les pensées obsédantes), elles reviennent en galopant, elles ne me laissent pas tranquilles... ».

Synthèse

Suite à l'entretien effectué avec le cas Azzedine, on constate que ce dernier présente un trouble obsessionnel-compulsif et pour vérifier l'impacte de ce trouble sur l'estime de soi de ce dernier, on y effectué un test pour mesurer l'état de son estime de soi.

Présentation et analyse des résultats du test

Une fois que l'entretien a été effectué avec Azzedine, on a procédé à la passation du test Inventaire d'Estime de Soi de **S. Coopersmith**, ce dernier révèle les résultats suivant :

Résultats du test	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Azzedine	18	6	4	5	33	6	Très bas

Les résultats de ce tableau ci-dessus présentent les scores obtenus par le cas Azzedine au test de l'estime de soi, et montrent que le score total qu'il a obtenu par ce dernier est **très bas (33)**.

Les résultats obtenus par le sujet, ayant un profil altéré, les différences significatives, mais, reste toujours inférieurs à la moyenne. Où sont indiqués dans les sous-échelles. Le sujet a obtenu un score inférieur **(18)** à la moyenne, ainsi qu'une note proche de la moyenne dans l'échelle sociale qui est **(6)**, et un score inférieur **(4)** à la moyenne dans l'échelle familiale.

Dans l'échelle professionnelle le sujet a une note inférieure (5) à la moyenne. Mais, ce dernier a eu un score très élevé dans l'échelle mensonge qui est (6), ce qui indique que ce dernier a développé une attitude défensive vis-à-vis du test.

Concernant les résultats obtenus par le sujet dans l'échelle sociale, le score qu'il a obtenu, indique que ce dernier n'a pas de problèmes avec ses amis, la société, et son entourage sociétal. D'ailleurs, son poste de travail, comme entrepreneur lui permet, l'intégration dans la société, malgré sa maladie.

Suite aux résultats obtenus dans l'échelle familiale, on constate que le sujet ne partage pas de bonnes relations avec son environnement familial. Ce qui explique le conflit entre ce dernier et son père, qu'il ne supporte pas.

Les résultats obtenus par ce dernier dans l'échelle professionnelle, où le sujet a eu un score inférieur à la moyenne, montre l'influence de la maladie sur sa vie professionnelle. Même si que ce dernier est un entrepreneur, mais rien ne l'a empêché d'avoir un score inférieur à la moyenne concernant cette aspect.

A la fin on constate que les résultats obtenus par Azzedine, indique que ce dernier porte une mauvaise image de lui. Il, nous montre sous l'influence de sa maladie, il est devenu pessimiste dans la vie.

Présentation et analyse de 6^{ème} cas

Le dernier sujet, Djamel, c'est un homme de 31 ans, célibataire, il est le cadet de sa fratrie qui se compose de 03 frères et de 02 sœurs. Orphelin depuis l'âge de trois mois, il a un niveau d'instruction collégial (9AF), travaille comme facteur de poste depuis 2008. Le début de son trouble remonte à Décembre 2013.

C'est un homme très robuste, de grande taille, visage inquiet, porte de grosse lunette de vue, il a une attitude un peu infantile, il a bien coopéré au test, il n'a pas posé beaucoup de questions sur cette épreuve.

L'entretien s'est déroulé pour l'essentielle en langue Kabyle.

Le sujet n'a jamais eu de maladies physiques, et il n'a jamais vu un médecin ni n'a été hospitalisé et ni n'a été vu un psychologue auparavant. Selon le sujet «... en 2008, j'avais vécu des angoisses lors de ma première embauche au travail. Ce sont mes frères qui ont insisté à aller travailler, moi je n'étais pas encore prêt. Je me voyais toujours petit et incapable d'assumer un travail quelconque, je suis le petit de mes frères, alors, je ne me suis pas habitué à prendre des tâches, Je ne me suis jamais pris en charge chez un psychologue ou un psychiatre. D'ailleurs, c'est la première fois que je consulte un psychologue et cela de puis 1 mois, on a fait 6 séances. J'étais toute ma vie en bonne santé, à part les angoisses de ces derniers temps, qui ont commencés le mois de décembre passé... ». Le sujet a vécu une bonne enfance avec sa famille, il était très chouchouté par sa mère et ses frères, parce qu'il n'a pas connu son père, il avait perdu quand il avait 3 mois, trop couvé par eux, il n'a jamais eu de problèmes, ni physiques, ni psychiques «... je n'ai jamais connu des périodes difficiles durant toute ma vie, j'étais en bonne forme et en bonne santé physique. Sinon mon trouble a commencé le mois de décembre passé. Tout au début, je n'avais pas beaucoup de problèmes, mais ces derniers temps, je n'arrive plus à supporter mes angoisses. Maintenant, il y a quelques semaines, je commençais à avoir de problèmes avec mes collègues avec qui je travaille, je me disputais surtout avec une certaine femme qui je ne tolérais plus, puis ça a empiré envers tout le monde. Je suis devenu très nerveux et anxieux. Je ne supporte pas de discussion avec les gens, Je me sens toujours pressé de l'intérieur. N'importe quelles choses pourrait être objet d'angoisse. Pour moi je ne supporte personne, je veux juste parler de mon problème. Je souffre énormément de mon état actuel, j'en ai assez enduré, ma vie est devenue un calvaire, je n'ai pas de temps pour vivre pour autres choses, je porte toujours ces souffrances dans ma tête, là ou je suis où je vais, je suis dans un marasme psychique intolérable ! ...». Les souffrances du sujet ont commencé depuis décembre passé, lorsqu'il a décidé de ne plus coucher dans la chambre de sa mère, ils partageaient depuis toujours, alors, ses troubles ont commencé depuis cette séparation. Lui, n'a jamais fait le lien. Il pense qu'il n'est pas capable de surmonter ses souffrances et ses difficultés «... je ne pense pas

pouvoir supporter plus longtemps mes souffrances, et je ne pense pas pouvoir les surmonter tout seul. C'est pour cette raison que j'ai eu recours au psychologue pour m'apporter une aide psychologique et une explication de mes angoisses... ». Le patient ignore totalement l'opinion que se font les autres de lui «... je m'en fous, je m'intéresse qu'à mes souffrances. Certes, je ne veux pas qu'ils sachent mon état intérieur, je fais en sorte de paraître normal. D'ailleurs, ces derniers temps je ne reste pas longtemps à l'extérieur. Je suis en congé et je ne sors que le soir, je passe tout mon temps chez moi avec ma mère, sous le vouloir, car c'est mon état qui me l'a imposé. Ma maladie m'a rendu très différent du passé. Je me sens transformé en une autre personne, je ne me reconnais plus. Je ne vis que ma maladie, je ne projette rien dans le futur et je ne pense qu'aux moyens de m'en sortir de ce gouffre ...». Concernant la symptomatologie actuelle du patient, il réside dans ses pensées incontrôlables, il lutte d'une manière incessante contre ses idées obsédantes qui sont selon lui, intenses et intrusives (involontaire) «... je lutte désespérément contre ces idées intrusives et intenses, elles me torturent sans cesse, des pensées qui viennent comme ça dans ma tête malgré moi et sans les vouloir. Des idées que je ne peux même pas penser en soi, des pensées sexuelles, des pensées obscènes contre ma mère. Mes souffrances sont liées au fait que je pense des choses bizarres et inadmissibles pour ma conscience. Cette maladie m'a privé d'une vie normale comme les autres, elle m'empêche aussi de travailler et de sortir avec des amis, elle m'enferme depuis presque trois mois à la maison. Dès que je sors pour travailler, je rentre d'une manière précipitée chez moi, comme si ma maison est devenu le seul refuge ...»

Synthèse

Après avoir effectué l'entretien clinique avec le cas Djamel, on constate que ce dernier présente un trouble obsessionnel-compulsif, afin de vérifier l'impacte de ce trouble sur l'estime de soi de ce dernier, on y effectue un test pour mesurer l'état de son estime de soi.

Présentation et analyse des résultats du test

Une fois que l'entretien a été effectué avec Djamel, on a procédé à la passation du test Inventaire d'Estime de Soi de **S. Coopersmith**, ce dernier révèle les résultats suivant :

Résultats du test	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Cas : Djamel	15	6	7	6	34	4	Bas

Ce tableau présente une série de résultats sur l'analyse de l'estime de soi, concernant le cas Djamel. Les résultats qu'il a obtenus montrent que Djamel présente un niveau d'estime de soi **bas (34)**.

Les scores obtenus par le sujet ayant un profil altéré, montrent que ce dernier présente des scores moyens et proche de la moyenne, sauf dans l'échelle générale où il a obtenu un score faible (**15**) et loin de la moyenne. Ainsi, dans l'échelle familiale il a eu une note supérieure (**7**) à la moyenne. Par contre par rapport à l'échelle sociale et professionnelle, Djamel a obtenu une note proche de la moyenne (**6**). Mais, le score qu'il a obtenu dans l'échelle mensonge qui est supérieure (**4**) à la moyenne, ce qui indique son attitude défensive vis-à-vis du test et son désir manifeste de donner une bonne image de soi.

La note obtenue par Djamel dans l'échelle sociale, indique que ce dernier ne présente pas des difficultés sociales, même si le score qu'il a obtenu n'est pas suffisant pour parler d'une très bonne intégration ou adaptation sociale.

Mais la note qu'il a obtenue à l'échelle familiale, nous permet de parler d'une très bonne relation qu'il partage avec sa famille. Ceci se justifie par les données obtenues durant l'entretien effectué avec Djamel, qui nous affirme qu'il préfère rester à la maison en compagnie de sa mère.

Les résultats qu'il a obtenus à l'échelle professionnelle, montrent que Djamel n'a pas rencontré beaucoup de difficultés relatives à cet aspect, même s'il préfère rester chez lui avec sa mère.

Les résultats obtenus par le sujet, et le score qu'il a obtenu à l'échelle mensonge, indique que ce dernier a développé une attitude négative vis-à-vis du test. Mais, malgré cela, Djamel a présenté un niveau d'estime de soi bas, ce qui montre qu'il se considère comme inférieur. Cela est dû l'impact de son trouble sur l'image qu'il porte sur sa propre personne.

Discussions des hypothèses

Cette partie sera consacrée à la discussion des hypothèses qu'on a proposées au début de notre investigation suite à la confrontation des données des entretiens aux résultats des tests passés à nos sujets.

L'objectif premier de cette recherche est d'interroger l'estime de soi auprès des personnes présentant un TOC. Afin d'atteindre cet objectif, nous avons émis trois hypothèses ; **une hypothèse générale et théorique** :

- « La présence de troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) chez une personne, affecte considérablement son estime de soi. »,

Et les deux autres **hypothèses partielles et théoriques** :

- Les personnes qui présentent un TOC ont une faible estime de soi.
- Les personnes atteintes de TOC présenteront une faible estime de soi dans le cas où il y'aurait un autre trouble associé à ce dernier.

Pour répondre à ces hypothèses nous avons effectué six entretiens cliniques « semi-directifs » auprès de personnes qui souffrent de TOC, tout en s'appuyant sur un outil rigoureux et préconisé pour évaluer l'estime de soi.

➤ Première hypothèse :

Cette première hypothèse selon laquelle les personnes qui présentent un TOC ont une faible estime de soi se trouve confirmée dans six cas (Amel, Malik, Azzedine, Amar, Djamel et M^{me} Lydia), pour ne pas s'attarder à revoir tous les cas on a choisi Lydia comme cas représentatif.

Lydia est une femme âgée de 55ans, cette dernière consulte un psychiatre pour traiter son trouble obsessionnel-compulsif,

Suite à l'entretien réalisé et aux données du test effectué auprès de ce sujet, les résultats révèlent que ce dernier est sévèrement affecté par son trouble. Selon le sujet, ses rituels remontent à l'âge de 10 ans.

Cette dernière est obsédée par la saleté et la peur de contamination, elle nous rapporte :« ...je ne vois que de la saleté partout, je vois que tout est sale, j'ai très peur d'être contaminée par le sang, je suis resté comme ça envahie par

l'inquiétude par rapport à ma situation, et à chaque fois, je ne parle que de la contamination, de la souillure et des microbes.»

Cet entretien nous permet de confirmer que Lydia présente un TOC, ceci devient un handicap qui affecte sa vie, chose qui se répercute sur son estime de soi, et le test révèle que M^{me} Lydia présente un niveau d'estime de soi **très bas (33)**. Ce qui nous a conduits à confirmer cette hypothèse.

➤ **Deuxième hypothèse :**

Cette hypothèse selon laquelle les personnes atteintes de TOC présenteront une faible estime de soi dans le cas où il y'aurait un autre trouble associé à ce dernier, se trouve confirmée avec deux cas (Azzedine et Amel).

Pour illustrer cette confirmation, on a choisi le cas de M^{elle} Amel comme sujet représentatif.

Il s'agit de M^{elle} Amel, âgée de 42 ans, célibataire, niveau d'étude 3ème année universitaire (T.S en comptabilité), elle est l'ainée d'une fratrie de deux, elle travaille comme comptable au sein de la sureté national, son trouble obsessionnel compulsif remonte à 2003.

Suite à l'entretien réalisé et aux données du test effectué auprès de ce sujet, les résultats révèlent que ce dernier est sévèrement affecté par son trouble, « ...En 2011, il m'est arrivé une chose grave et bizarre, j'ai commencé à détester mon travail, à chaque fois que j'aille à mon bureau, je pleurais ; la même chose pour les magasins, acheter des trucs, est devenu pour moi une souffrance... je vois que ma vie n'est pas normale comme les autres : je ne peux pas me baigner, et des fois je lâche complètement mon âme, j'ai tout abandonné. Même au travail, j'étais perturbée, je sentais que j'ai perdu ma valeur. Sincèrement, ça me dépasse. », On constate dans ce dernier cas la présence d'un trouble associé qui est la dépression.

On postule que le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) affecte son estime de soi, ce qui a donné lieu à l'émergence d'un autre trouble associé.

Conclusion

Suite à ces données théoriques et à la confrontation des données recueillies à partir des entretiens cliniques effectués avec nos sujets de recherche aux résultats obtenus lors de la passation du test « inventaire d'estime de soi » (*forme adulte*) **Coopersmith S**, on a constaté que le trouble obsessionnel-compulsif affecte sévèrement l'estime de soi de ces sujets, le degré d'estime de soi à été évalué d'un niveau faible et dans certains cas très faible, ce qui a engendré chez ces derniers l'émergence d'autres troubles associés à cette affection, à savoir la dépression retrouvée chez certains sujets.

De ce fait on conclut que le trouble obsessionnel-compulsif a un impact direct sur l'affaiblissement de l'estime de soi, et selon le degré de cet affaiblissement, ces malades peuvent présenter d'autres troubles associés à cette carence, telle que la dépression qu'on a retrouvé lors de notre investigation.

Bibliographie

Ouvrage :

André C et F. Le lord, « L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres », Odile Jacob, Paris, 1999.

Bénony H et K. Chahraoui, « L'entretien clinique », Dunod, Paris, 1999.

Bonardi. C et All, « Psychologie sociale appliquée », In Press, Paris, 2002.

Brusset B et C. Couvreur « Névrose obsessionnelle » Presses universitaires de France, Paris, 1993.

Chahraoui K. et H. Bénony, « Méthode, évaluation et recherches en psychologie clinique », Dunod, Paris, 2003.

Chiland C, « L'entretien clinique », PUF, Paris, 1983.

Cohen A et V. Marinov et J. Menechal, « Névrose obsessionnelle, contraintes et limites », Dunod, Paris, 2000.

Coslin P, « Psychologie de l'adolescent », Armand Colin, Paris, 2002.

Cottraux J, « Les ennemis intérieurs, obsessions et compulsions », Odile Jacob, Paris, 1998.

Cottraux J, « Les thérapies comportementales et cognitives », Masson, Paris, 2001.

Cottraux J, « Les visiteurs du soi », Odile Jacob, Paris, 2004.

Cottraux J et I. Blackburn, « Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité », Masson, Paris, 2006.

Deniker P, T. Lempérière et all, « Précis de psychiatrie Clinique de l'adulte », Masson, Paris, 1990.

De Saint Paul J, « Estime de soi, confiance en soi », Inter Éditions, Paris, 1999.

Famose J et F. Guérin, « La reconnaissance de soi », Armand Colin, Paris, 2002.

Kacha F, « Psychiatrie et psychologie médicale », PubliCom, Alger, 2002.

Lamagnère F, « Manies, peurs et idées fixes », Retz, Paris, 1999.

Lawrence P et P. Oliver et All, « La personnalité », De Boeck, Bruxelles, 2005.

Martinot D. (1995). « Le soi ; les approches psychosociales », Presses universitaires de Grenoble, France 1995.

Pewzner E, « Introduction à la psychopathologie de l'adulte », Armand Colin, Paris, 2000.

Sauteraud A, « Le manuel du thérapeute », Odile Jacob, Paris, 2005.

Tawil S et J. Kalmanovitch et All, « Confrontations psychiatriques, pathologie de caractère et obsessions », Payot, Paris, 1981.

Dictionnaires :

Angel S, « Petit Larousse de la psychologie », Larousse, Montréal, 2005.

Bloch H, « Grand dictionnaire de la psychologie », Larousse Bordas, Montréal, 2000.

Dorsan R et F. Parot, « Dictionnaire de psychologie », Quadrige PUF, Paris, 1991.

Dortier J, « Dictionnaire des sciences humaines », Éditions Sciences Humaines, Auxerre, 2004.

DSM-IV-TR, « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », Masson, Paris, 2003.

Sillamy N, « Dictionnaire de psychologie », Bordas, Paris, 1980.

Test :

Coopersmith S, « Manuel inventaire d'estime de soi », Les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris, 1984.

Sites internet :

<http://www.cairn.info/revue-staps-2001-3-page-33.htm>.

<http://www.cairn.info/revue-psychotropes-2005-1-page-73.htm>.

www.elsevier.com/locate/emcp. Trouble obsessionnel compulsif, 2003 Elsevier SAS.

Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle. HAS / service évaluation des actes professionnels / Mai 2005.

Thèse :

Ariane Zermatten, (2007). «Une approche cognitive du trouble obsessionnel-compulsif». Thèse doctorat présentée à la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève en vue de l'obtention du grade de Docteur en Psychologie.

Axe1 : Renseignement générale

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Sexe :

Début du trouble :

-Cet axe a pour but d'identifier le patient de le connaître afin d'établir une relation avec lui

Axe2 : Santé psychique et physique du patient avant ce trouble

Est ce que vous aviez des antécédents pathologiques antérieurement à ce trouble ?

Avez-vous consulté un psychologue ou un médecin auparavant ?

Avez-vous été déjà hospitalisé bien avant d'avoir ce trouble ?

Avez-vous vécu des périodes très difficiles dans votre passé ?

-L'objectif de cet axe est de chercher des antécédents qui seraient relative à ce trouble.

Axe3 : le vécu psychique et comportemental au début du trouble

Comment votre trouble a commencé ?

Quel été votre vécu psychique et émotionnel suite à ce trouble ?

Qu'est-ce que vous pesiez de votre état morbide ?

Sur le plan comportementale quel été votre réaction ?

Parlez-nous de votre monologue intérieur à cette période ?

L'objectif est de cerner le vécu du patient au moment où le trouble a émergé et sur le plan psychique et sur le plan comportementale.

Axe4 : monologue intérieur concernant le soi et son devenir

Qu'es-que vous pensez de votre état actuel ?

Pensez-vous être capable de surmonter votre difficulté ?

Qu'es-que vous pensez de l'opinion que se font les autres de vous ?

Que pensez-vous de cette expérience ?

Avez-vous des projets dans l'avenir ?

L'objectif de cet axe est de situer l'impact du trouble sur estime de soi qui à son tour influence sa motivation à changer.

Axe5 : obsession et compulsion

Ressentez vous le besoin de refaire les choses ?

Que ressentez vous au cas où vous êtes dans l'impossibilité de contrôler les choses (rituels) ?

Ça vous ennuie de refaire les choses malgré vous ?

Quelle sont vos contraintes compulsives ?

De quoi elle vous prive votre maladie ?

Pourquoi vous n'êtes pas pris en charge ?

Cet axe a pour but est d'identifier des éléments relevant du trouble obsessionnel-compulsif

Axe6 : symptomatologie actuelle

L'objectif de cet axe est de faire un portrait clinique du patient pour d'éventuelle information susceptible d'être utile pour notre présente recherche.