



Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des Science Humaines et Sociales

Département : sciences Sociales

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En Vue De l'Obtention D'un Diplôme de Master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

**La qualité de vie Chez les personnes atteintes
de psoriasis**

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

Réalisé par :

M^{elle} : TOUAHRI Mahdia

M^{elle} : BEKOUR Nassima

Encadré par :

M^{me} : MEHENNI Zahoua

Année universitaire

Promotion : 2018/2019

Remerciement

Avant tout, Nous tenons à remercier Dieu le tout puissant de nous avoir donné la volonté, la patience et le courage à fin de compléter cette étude.

Nous remercions également notre encadreur Mme Mehenni Zahoua pour son soutien, sa disponibilité et ses conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions les membres de jury qui nous feront l'honneur de juger ce modeste travail.

Nos remerciements les plus sincères l'ensemble des enseignants du département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation.

On tient également à exprimer un grand remerciement pour Dr Gadouche et Mr Zaydi dermatologues du cabinet médical à Béjaia, ainsi que tous les patients ayant accepté de participer à cette recherche.

Nassima + Mahdia

Dédicace

Avec un cœur plein d'amour, je dédie ce modeste travail à
ma mère et mon père que Dieu les protège .

À mes frères : Messaoud et Mokran

À mes sœurs : Rachda, Khoukha, Aïcha, Rahima

Et leurs époux : Samir, Hamza, Moustapha, Ahmed

Et surtout mes anges nièces et neveux : Douaa, Rima,
Ines, Ayoub, Mouhamed, Houssam, Oussama, Houssin

À ma binôme Bekour Nasima

À mes chères amis : « Latifa », « Zineb », « Hanan » et
« Hassiba »

À mon cher amis Mamou

À tous mes cousins et mes proches sans exception

À tous ceux qui m'aiment et me connaissent de près ou
de loin.

Mahdia

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

À mes parents pour leur soutien, leur sacrifices. Que dieu les garde en bonne santé.

À mes chers frères : Ghanou, Hakim, Hicham.

À mes adorables sœurs : Naima, Souhila, Iman

Ainsi qu'à tous mes amis : Amel, Dalila, Baya, Sarah, Hicham et fares.

À ma binôme Mahdia Touahri

Et à tout ceux que j'éprouve amour et respect.

Nassima

Liste des abréviations

Abréviations	Transcriptions
BP	Douleur physique
GH	Santé perçue
MH	Santé psychique
MOS	Medical outcomes study
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
PF	Activité physique
PPP	Psoriasis plano-plantaire
RE	Limitation due à l'état psychique
QDV	Qualité de vie
RP	Limitation due à l'état physique
SF	Short Form-Health Survey Questionnaire
SF	Vie et relation avec les autres
TCC	Thérapie cognitive-compartemental
VT	Vitalité
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Numéro du tableau	Titre de Tableau	Page
Tableau N° 1	<i>Récapitulatif des caractéristiques de choix de population</i>	64
Tableau N° 2	<i>Les objectifs des axes du guide d'entretien clinique semi-directif</i>	68
Tableau N° 3	<i>Modèle conceptuel du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36</i>	71
Tableau N° 4	<i>Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 « Fadhila »</i>	79
Tableau N° 5	<i>Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 « Faham »</i>	86
Tableau N° 6	<i>Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 « Hayat »</i>	93
Tableau N° 7	<i>Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 « Moussa »</i>	98
Tableau N° 8	<i>Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 « Brahim »</i>	103

Liste des figures

Numéro de figure	<i>Titre de figure</i>	<i>Page</i>
Figure N° 1	<i>Psoriasis inversé</i>	36
Figure N° 2	<i>Psoriasis plamo-plantaire</i>	37
Figure N° 3	<i>Psoriasis unguéal</i>	38
Figure N° 4	<i>Psoriasis des muqueuses</i>	38
Figure N° 5	<i>Psoriasis du visage</i>	39
Figure N° 6	<i>Psoriasis érythrodermique</i>	40

Liste des annexes

<i>Annexes</i>	<i>Titres</i>
<i>Annexe N° 01</i>	<i>Guide d'entretien</i>
<i>Annexe N° 02</i>	<i>Le questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36</i>

Résumé

Cette étude vise à décrire la nature de la qualité de vie des personnes atteintes du psoriasis et l'influence du regard de l'autre sur cette dernière, la population d'étude constitue 5 cas atteints du psoriasis.

Afin de vérifier nos hypothèses on s'est servi :

- D'un guide d'entretien
- D'un questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36

Les résultats sont parvenus à confirmer nos hypothèses pour (4) cas et les infirmer pour un seul cas de la population d'étude. Nous constatons à partir des résultats obtenus que les psoriasiques ont une qualité de vie mauvaise et que le regard d'autrui a un grand impact sur leur état physique et psychique.

Cette thèse peut servir comme un moyen et un outil pour explorer la nature de la qualité de vie des psoriasiques et l'influence du regard de l'autre sur eux.

Les mots clés : psoriasis – qualité de vie – regard de l'autre.

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى وصف طبيعة حياة الأشخاص الذين يعانون من الصدفية وتأثير نظرة الآخر عليهم، مجتمع الدراسة هو 5 حالات مع الصدفية.

من أجل التحقق من فرضياتنا استخدمنا:

- دليل مقابلة

- استبيان حول نوعية الحياة MOS SF-36

كانت النتائج مؤكدة لفرضياتنا بالنسبة لأربعة (4) حالات ودحضها لحالة واحدة (1) في مجتمع الدراسة. نلاحظ من النتائج التي تم الحصول عليها أن الذين يعانون من الصدفية لهم نوعية حياة رديئة وأن نظرة الآخرين لها تأثير كبير على حالتهم البدنية والعقلية.

يمكن أن تكون هذه الأطروحة بمثابة وسيلة وأداة لاستكشاف طبيعة نوعية الحياة من الصدفية وتأثير نظرة الآخر إليهم.

الكلمات الأساسية: الصدفية - نوعية الحياة – نظرة الآخر.

SOMMAIRE

-Remerciement

-Dédicace

-Liste des abréviations

-Listes des tableaux

-Liste des figures

-Liste des annexes

-Introduction..... 01

Cadre méthodologique de la recherche

1-Problématique..... 06

2-Hypothèses de la recherche..... 09

3-Définition et opérationnalisation des concepts clés..... 10

4-Les raisons du choix de thème 11

5-les objectifs de la recherche..... 11

6-les difficultés rencontrées..... 12

Partie théorique

Chapitre I : La qualité de vie

Préambule..... 16

1-Aperçu historique sur la qualité de vie 16

2- Définition de la qualité de vie 17

3-la qualité de vie liée à la santé..... 18

4-La pathologie et la qualité de vie..... 19

5-Les approches de la qualité de vie..... 20

6-les domaines de la qualité de vie 25

7-L'évaluation de la qualité de vie.....	27
8-les méthodes de la qualité de vie	29
9- La qualité de vie dans le domaine des maladies dermatologiques.....	31
Synthèse.....	31

Chapitre II : Le psoriasis aspect médical et aspect psychologique

Préambule.....	34
----------------	----

1-Aspect médical du psoriasis

1-1) Définition du psoriasis.....	34
1-2) L'évolution du psoriasis.....	35
1-3) Les types du psoriasis	36
1-4) Les principales causes du psoriasis.....	41
1-5) Les symptômes du psoriasis.....	44
1-6) Diagnostic du psoriasis.....	45
1-7) Les traitements du psoriasis.....	46

2-Aspect psychologique du psoriasis

2-1) L'état psychologique des personnes atteintes du psoriasis.....	49
2-2) L'image de corps chez les psoriasiques	50
2-3) La qualité de vie chez les personnes atteintes du psoriasis.....	51
2-4) L'impact psychologique et social du psoriasis	52
2-5) Les troubles psychologiques des personnes psoriasiques	53
2-6) Le soutien psychologique du psoriasis.....	54
2-7) Les thérapies psychologiques du psoriasis.....	55
Synthèse.....	56

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	60
1-La pré-enquête	60
2-Présentation de lieu de recherche.....	60
3-La méthode de la recherche	62
4-les limites de la recherche.....	63
5-La population d'étude et leurs caractéristiques.....	63
6-Les outils d'investigations.....	64
7-Le déroulement de la pratique.....	72
Synthèse.....	72

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

Préambule.....	75
1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif et du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36.....	75
2-discussion des hypothèses.....	106
Synthèse.....	110

Conclusion

Liste bibliographique

Annexes

Introduction

Introduction :

L'image de corps physique a une grande importance pour l'être humain, c'est l'image qu'il a dans l'esprit, autrement dit la façon dont ce corps est apparue à lui-même. Tellement elle est visible, elle a un lien avec l'entourage considérablement avec le coté relationnel, psychique et comportementale. Dans nos jours où la société s'intéresse à l'apparence les personnes prennent soin de leur beauté.

Dans le cas d'une atteinte particulière ou globale de l'image physique par certaines maladies de la peau tel que l'eczéma, la rosacée et notamment le psoriasis qui sont des maladies chroniques, dont les lésions sont manifestes, celle-ci entraîne une affection morbide qui se caractérise par un sentiment de honte, d'évitement et d'isolement. La douleur dont ils souffrent est au même temps physique et morale.

Le psoriasis comme maladie chronique se caractérise par l'apparition d'épaisses plaques de peau qui desquament et apparaissent à différent endroits de corps le plus souvent sur les coudes, les genoux et le cuir chevelu. Elles laissent des zones de peau rouges. Cela dérange les personnes touchées lors du contact avec le monde extérieur.

Parmi les facteurs déclenchant on trouve le stress, l'angoisse, les conflits, le choc psychologique et l'hérédité.

Le psoriasis a des répercussions émotionnelles et psychosociales considérables sur les patients, une pauvre estime de soi et un stress accru et qui nuisent au fonctionnement social et relation interpersonnel, le regard des autres face à la maladie était une crainte constante parce que la société est beaucoup

Introduction

axée sur l'esthétique. Cette pathologie est la source de rejet et d'incompréhension de la part d'une grande partie de la population.

Les psoriasiques ont l'habitude d'éviter les situations d'interaction où ils perçoivent des questions sur leur pathologie et aussi d'être juger par le public, ces personnes ne peuvent souvent pas conduire leurs activités habituelles. Alors la qualité de vie est très fortement impactée.

Pour cela nous avons essayé de mesurer la qualité de vie chez eux.

Dans notre recherche nous sommes intéressés à l'étude de « la qualité de vie chez les personnes atteintes du psoriasis » qui s'est effectuée dans un cabinet médical de dermatologie, cité 5 juillet 48 logts, Bejaia, où on a trouvé notre population d'étude, et nous nous sommes servis de l'entretien semi-directif et de questionnaire généraliste de la qualité de vie pour étudier la nature de cette dernière.

Aussi, nous avons opté pour la théorie cognitive-comportementale qui propose des stratégies visant la modification des sentiments et les actes en influençant les structures de la pensée du patient. Les TCC en pour particularité de s'attaquer aux difficultés du patient.

Pour réaliser cet objectif, nous avons partagé notre travail en deux parties : partie théorique et partie pratique.

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

Introduction

Ensuite, nous avons présenté la partie théorique de notre recherche qui comprend : deux chapitres dont le premier s'intitule : la qualité de vie dans lequel nous avons présentées les définitions de concept de la qualité de vie, son aperçu historique, son lien avec la santé, la pathologie et la qualité de vie, ses domaines, ses approches et son évaluation. Nous concluons ce chapitre par la qualité de vie dans le domaine des maladies dermatologiques.

Le deuxième chapitre intitulé le psoriasis qui comprend deux aspects :

L'aspect médical et l'aspect psychologique du psoriasis.

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

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

La partie pratique de notre recherche englobe deux chapitres : le premier constitue la méthodologie de la recherche dans laquelle nous avons présenté notre pré-enquête, le lieu de recherche où nous avons effectué notre stage pratique, la méthode ainsi les limites de la recherche, nous avons aussi décrit notre population d'étude, cité les outils d'investigation et enfin la présentation de questionnaire généralisé de la qualité de vie SF-36.

Introduction

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

Enfin, nous avons terminé notre travail de recherche par une conclusion.

Cadre méthodologique de la recherche

1-Problématique.....	06
2-Hypothèses de la recherche.....	09
3-Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	10
4-Les raisons du choix de thème	11
5-les objectifs de la recherche.....	11
6-les difficultés rencontrées.....	12

1 - Problématique :

Chaque individu a le souhait d'être en bonne santé, cette dernière qui est l'état de bien-être physique, mental et social. Elle sous-entend la participation de l'individu à la vie de la société, c'est-à-dire son adaptation à ses conditions de vie et son acceptation par les autres comme un membre à part entier.

Cette participation peut influencer sur le corps (les problèmes organiques) et aussi sur l'esprit (des troubles psychiques) qui affectent la qualité de vie de la personne par des maladies chroniques tel que le psoriasis qui se définissent par une maladie touchant un patient de façon permanente tout au long de sa vie.

Ce n'est qu'à partir XIX siècle que « Galien » utilise le terme du psoriasis. Par la suite « Hippocrate » a classé le psoriasis dans les éruptions squameuses, mais il fallait attendre « William » en 1805 et « Hebra » en 1841 pour une description exacte de la maladie. **(Bessis. d, 2009 :92)**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire de la peau, il se caractérise par un renouvellement anormal de l'épiderme et l'apparition d'épaisses plaques de peau desquament sous formes « d'écailles » blanches, une dermatose fréquente, chronique, évoluant par poussées, dont la cause est multifactorielles (Hérédité, environnement, et autres). **(Ottavy. F et all, 2013 :201)**

Selon L'OMS : Le psoriasis est définit comme une maladie non transmissible qui se manifeste sous la forme d'une inflammation chronique de la peau. Elle se caractérise par l'apparition de lésions cutanées bien délimitées, squameuses, de couleur rouge et de la taille d'une pièce de monnaie localisées le plus souvent au niveau des coudes, des genoux, du cuir chevelu, des mains et pieds. Parmi les symptômes rapportés figurent des démangeaisons, des irritations, des douleurs et des sensations de brûlure.

Le psoriasis par son caractère visible au visage, au dos et aux mains, il peut perturber les relations avec soi même ou avec autrui, les psoriasiques évitent les situations où d'autres personnes peuvent faire des commentaires désagréables sur leurs psoriasis et ils ont un sentiment de dégoût, de rejet, de honte, et une faible estime de soi qu'est la raison principale du désarroi psychologique et de la difficulté de faire face. (**Grob. J, 1980**)

Parmi les types de cette maladie on trouve, le psoriasis inversé, psoriasis palmaire, psoriasis unguéal, psoriasis des muqueuses, psoriasis du visage et l'érythrodermie psoriasis qui est la forme la plus grave.

Cette pathologie a un lien avec les perturbations psychiques, de nombreuses dermatoses sont réputées pour être psychosomatique, cela signifie que les facteurs psychosociaux tel que le stress et les caractéristiques de la personnalité des malades aux côtés des facteurs biologiques (l'hérédité) provoquent le déclenchement et l'évolution de ces dermatoses. (**www, Latribune-online, com**)

L'individu est exposé à des expériences difficiles et des événements stressants qui peuvent affecter l'état psychique, émotionnel et la qualité de vie familiale, conjugale et sociale.

L'organisation mondiale de la santé a défini la qualité de vie comme « la perception individuelle de sa position dans la vie, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes et ses standards. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et leurs relations avec les spécificités de son environnement » (**Mabire. J-B, 2016 :74**).

La notion de la qualité de vie renvoie à une série de préoccupations hétérogènes, depuis la mesure de bien-être en générale à l'estimation de l'expérience d'une maladie en passant par l'étude des retentissements de n'importe quel événement susceptible de modifier, à la hausse comme à la baisse, la satisfaction de l'individu à l'égard de l'existence. **(Le moigne. PH, 2010 :76).**

La qualité de vie est appréciée à la fois à partir des aspects objectifs (symptômes, autonomie...) et subjectifs (aspects psychologiques, vie sociale...) et doit être évaluée par le patient lui-même, sauf lorsque son état affecte la compréhension ou la lecture des questions. **(Schraub et Mercier, 2002 :24).**

Selon les anglais Hunt et Kenna en (1992), chaque situation pathologique interfère de façon particulière avec la capacité des individus à satisfaire leurs besoins : les perçus sont satisfaits, la qualité de vie est augmentée, s'ils sont peu satisfaits, la qualité de vie est diminuée. Le concept de la qualité de vie est très subjectif, multidimensionnel et dépend des valeurs socioculturelles des individus. Chacun a une notion individuelle de la qualité de vie avec ses désirs, ses souhaits, sa satisfaction et le but à atteindre. **(Relave.E, 2016 : 23).**

Calman 1984 a vu que la qualité de vie est : « la déférence à un moment donné entre les espoirs et les attentes d'un individu et son expérience présente ».

Patrick et Erickson (1993) révèlent que la qualité de vie correspond à la satisfaction d'un individu dans les différents domaines de sa vie incluant le bien-être physique, social, économique et psychologique. **(Achachera. A, 2015 :17).**

En Algérie, le psoriasis est une maladie vraiment méconnue de grand public et mal prise en charge. C'est ce qu'a affirmé le professeur Ammar Koudja du CHU Bacha, membre du réseau international du psoriasis. Il a fait savoir que

le premier et la seule étude pour établir un profil épidémiologique et chimique des patients atteints par cette maladie ne date que 2012. Cette étude a montré que la prévalence du psoriasis en Algérie est estimée entre 10 et 26/1000, soit 2 à 3% de la population Algérienne de deux sexes, 3% des sont des enfants.

Au total 7% des cas sont graves soit 35.000, c'est donc près d'un million d'Algérien qui sont touchés par cette maladie et plus 125 million dans le monde. **(Adouane. W, 2012 : 01)**

Parmi les différentes théories psychologiques, qui sert comme cadre de référence la théorie cognitive-comportementale qui est la plus appropriée et adéquate pour notre thème de recherche, elle tente de tenir compte de l'importance des pensées, des croyances et des cognitions dans l'explication des comportements humains, elle vise à remplacer les idées négatives et le comportement inadapté par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité.

Pour évaluer la qualité de vie nous avons utilisé le questionnaire général de la qualité de vie MOS SF-36 et l'entretien clinique semi-directif. Et cela nous mène à poser les questions suivantes :

- Quelle est la nature de la qualité de vie des personnes atteintes du psoriasis ?
- Est-il vrai que le regard de l'autre influence sur la qualité de vie des personnes psoriasiques ?

2-Les hypothèses de la recherche :

- La nature de la qualité de vie des psoriasiques est mauvaise.
- Le regard de l'autre est un facteur qui exerce une influence importante sur la qualité de vie des personnes psoriasiques.

3-Définition et opérationnalisation des concepts clés :

Nous allons débiter notre recherche par la définition des concepts clés, qui vont nous guider dans notre démarche théorique et pratique, ensuite nous allons essayer de les rendre opérationnel, concret.

1-La qualité de vie :

La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie ainsi que sa relation aux facteurs essentiel de son environnement (Bruchon-Schweitzer.M, 2002 :50)

La qualité de vie « état général d'un individu à un moment donné, certaines conceptions se centrent sur l'état objectif (conditions de vie santé physique ...), d'autres sur l'état subjectif (ressenti de bien être par exemple), tandis que certaines composantes (émotionnelle, fonctionnel, spirituelle, économique...), sont parfois mises en avant, ou au contraire délaissées » (Letzelter.N, 2001 : 10-11).

-Opérationnalisation du concept qualité de vie

La qualité de vie est un état de satisfaction et de bien- être physique et psychique au niveau émotionnel, relationnel et professionnel. Cette dernière peut être positive (sentiment de joie, performance au travail et des relations stables) et peut être négative (situation de malaise, une détresse, l'isolement et des conflits).

2-Le psoriasis :

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

Le psoriasis est une maladie caractérisé par l'apparition des plaques rouges et squameuses à la surface de la peau. Deux mécanismes sont impliqués : une inflammation et un renouvellement accéléré des cellules de la couche la plus superficielle de la peau.(Pomarède. N, 2006 :10)

-Opérationnalisation du concept psoriasis

La lésion du psoriasis est une plaque inflammatoire rouge, surmontée de squames blanchâtres. Les plaques du psoriasis sont bien délimitées, rondes, ovales ou polylobées, et recouvertes d'épaisses «croûtes »de peau blanche ou squames qui se détachent pour former de grosses pellicules.

4- Les raisons du choix du thème :

On a choisi cette thématique «la qualité de vie chez les personnes atteintes du psoriasis » en raison de manque d'étude réalisée sur ce thème, la disponibilité des cas atteints du psoriasis et plus spécialement pour comprendre la qualité de vie des personnes psoriasiques et trouver les obstacles rencontrés dans leur vie quotidienne.

5-Les objectifs de la recherche :

Notre travail de recherche vise d'abord la collection d'information sur le thème puis, la description de la nature de la qualité de vie des personnes atteintes du psoriasis. Ensuite décrire l'influence du regard de l'autre sur la

qualité de vie. Enfin, aider les psoriasique à gérer leurs émotions et accepter leur maladie.

6-Les difficultés rencontrées dans notre recherche :

Dans la réalisation de notre recherche sur la qualité de vie chez les personnes atteintes du psoriasis, on a rencontré quelques difficultés au niveau de la théorie, un manque de documentation sur la qualité de vie et l'insuffisance d'informations sur le psoriasis dans les ouvrages disponibles et surtout une période de grève que nous a crié un retard.

Partie Théorique

Chapitre I

La qualité de vie

Chapitre I : La qualité de vie

Préambule.....	16
1-Aperçu historique sur la qualité de vie	16
2- Définition de la qualité de vie	17
3-la qualité de vie liée à la santé.....	18
4-La pathologie et la qualité de vie.....	19
5-Les approches de la qualité de vie.....	20
6-les domaines de la qualité de vie	25
7-L'évaluation de la qualité de vie.....	27
8-les méthodes de la qualité de vie	29
9- La qualité de vie dans le domaine des maladies dermatologiques.....	31
Synthèse.....	31

Préambule :

La qualité de vie est une notion complexe, très vaste qui peut être défini de plusieurs manières, elle est parfois confondue avec des notions voisines. Ce concept est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liée à la santé, sociaux, environnementaux, économiques, et politiques. Donc la qualité de vie est ce qui rend la vie tranquille ou stable.

Dans ce chapitre, on va d'abord donner un aperçu historique de la qualité de vie, des définitions, les approches, ensuite on va présenter les domaines et l'évaluation du concept, puis on passera au lien de la qualité de vie avec les maladies dermatologiques, enfin le finir par une synthèse.

1-Aperçu historique sur le concept de la qualité de vie :

Ce concept est ancien, il est cependant courant d'en attribuer la paternité au président Johnson qui, lors d'un discours en 1964, déclara :

Les objectifs de notre politique ne peuvent pas être seulement évalués en fonction de la balance des paiements, ils ne peuvent se mesurer qu'à la qualité des vies menées par concitoyens.

Parmi les premiers écrits sur la qualité de vie, certains sont issus des travaux menés par une commission charge, par le président Eisenhower, de définir des buts nationaux, sur la base d'indications objectifs, d'augmenter tout à la fois la qualité de vie et le niveau de vie des citoyens. A cette même période, mais selon une démarche plus subjective, certains chercheurs s'intéressent au vécu quotidien des personnes, aux expériences qui participent de leur bonheur.

Mais ce sont les sociologues américains , qui vont déterminer les premiers indications objectifs de qualité de vie (santé ,emploi ,éducation...)dés 1976,ces

chercheurs ,notamment Campbell ,font remarquer que malgré la bonne santé de la de la société et de l'économie américaine ,en dépit des progrès médicaux et du contexte de démocratie ,un nombre croissant de personnes se dit insatisfait de son bien-être psychologique ou qualité de vie ;termes que les chercheurs emploient indifféremment (**Sultan.J,2012 :20**)

Cette absence de liens entre indicateurs socio – économiques et objectifs et le bien-être subjectif est déterminante dans l'introduction des premiers auto- questionnaires de qualité de vie subjective .En Europe, dans le secteur de la santé, le terme de qualité de fait son apparition en 1966 dans les annales de médecine interne. (**Sultan.s et varescon, 2012 :21**).

Enfin, cette notion accord un poids important car elle englobe plusieurs sphères de la vie, une perturbation de l'un de ces derniers provoque un déséquilibre dans la vie de la personne.

2-Définitions de la qualité de vie :

Selon l'organisation mondiale de la santé(OMS)1994 : « la qualité de vie est la façon dont les individus perçoivent leurs position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes ,normes et préoccupations .Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments important de l'environnement ».

Selon Launois 1996, la qualité de vie est un concept tellement (englobant) que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveau de revenus, habitudes style de vie, qui plus est dans leurs interactions réciproques,

tous ces facteurs ont une incidence sur le cours de l'existence et le développement des individus ou des sociétés. (**Sultan.S et Varescon.I, 2012 :22**).

D'après Chwalow. J, 1996, la qualité de vie concerne aussi l'ajustement à la maladie dans la vie quotidienne. A travers cela, nous dépassons le champ somatique afin d'intégrer l'ensemble de ce que vit le sujet. Il est capable de ne pas limiter la qualité de vie à la santé. Les évaluations du niveau de santé et de vie sont deux évaluations complémentaires, mais de nature et de méthodologie fondamentalement différentes. (**Ficher. N, 2002 :289**)

A travers ces définitions, on peut inférer que la qualité de vie concerne l'interaction des facteurs psychologiques, économiques et environnementaux et la manière avec laquelle chaque personne imagine sa place.

3-La qualité de vie liée à la santé :

Cette notion englobe la santé subjective (physique, mentale...), ainsi que ses répercussions sur les autres domaines de la qualité de vie, il est donc plus vaste que celui de santé subjective. Les outils correspondants ne précisent pas toujours qu'il s'agit de qualité de vie liée à la santé et sont souvent dénommés autrement (bien être, santé, maladie, qualité de vie), comme le MOS –Sf 36, la qwb ou sip. Les outils mesurant la qualité de vie liée à la santé accordent un poids très important à l'autonomie fonctionnelle (assumer les tâches quotidiennes, les rôles familiaux, sociaux ou professionnels).

La qualité de vie liée à la santé ne concerne donc pas le fonctionnement général des individus comme la qualité de vie globale, c'est une notion plus spécifique.

On peut dire que la qualité de vie est en relation étroite avec la santé, cette dernière qui se subdivise en deux sous domaines :

-La santé physique qui comprend l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes et divers indications biomédicaux.

-Les capacités fonctionnelles incluent le statut fonctionnel, la mobilité, les activités, quotidiennes pouvant être accomplies et la relative autonomie(ou dépendance).

ces deux sous domaines peuvent être évalués de façon (externe), (résultats d'analyses et examens, diagnostic médical) ou (interne)(santé et capacités fonctionnelles subjectives).

Après avoir longtemps utilisé des données des données externes pour évaluer la qualité de vie liée à la santé, on prend de plus en plus en compte l'auto-évaluation. (**Marilou.B-S et Boujut.E, 2014 :46.49**).

4-Pathologie et qualité de vie :

Le terme de qualité est un concept qui englobe les conséquences, physiques, pathologiques et sociales d'une maladie, par opposition à ses répercussions strictement cliniques (Launois, 1992).Cela peut se rapprocher de la citation de l'OMS (1948) : « La santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état complet de bien être physique, sociale et mental ». Cette citation à été complété en 1986 par les éléments suivants :

La santé est une ressource de la vie quotidienne et non un but de la vie.

La santé est ce qui permet à un groupe ou un individu d'une part de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins, et d'autre part d'évaluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci. (**Ficher .G, N, 2002 :292**)

5-Les domaines de qualité de vie :

L'évaluation de la qualité de vie est également essentielle dans le domaine de la pathologie. Nous illustrons à travers les domaines suivants :

-La qualité de vie dans le domaine de la cancérologie :

Comme le soulignent Schraub, Mercier et Arveux (1996), le terme (qualité de vie) est largement employé en cancérologie de puis une vingtaine d'années. Cependant à l'origine, son évaluation posait problème, car les méthodes utilisées ne tenaient pas compte de l'aspect multidimensionnel de ce concept et se limitaient.

Dans les années 1980 la nécessité de recourir à des questionnaires spécifiques pour les malades cancéreux s'est fait réellement sentir. L'un des premiers outils, largement utilisé, est le FLIC (Functional living index cancer) de Shipper (1984).

Par ailleurs, schraub (1996) signale que, parmi les outils les plus employés en langue anglaise, figurent le flic (schipper, 1984), le questionnaire de l'EORTC (Aaronson ,1991) et le FACT (Cella, tulska et gray, 1993) : en France, est disponible dans le domaine de la cancérologie, le questionnaire de Besançon (Schipper, Clinch, Mc Marray et .Lewitt ,1984).

De nombreuses études montrent que les patients cancéreux peuvent avoir une évaluation relativement positive de leur vie .ainsi le fait de vivre une expérience négative (la maladie) peut amener l'individu à modifier les valeurs vis-à-vis des quelles il évalue sa qualité de vie ,les patient émettent alors une appréciation en fonction de leur histoire et de l'évolution de leurs valeurs de

référence (fischer, 1994) .comme ils ont subi de stimuli négative que des personnes en bon santé .leur référence est de ce fait plus négative.

L'évaluation relativement positive qu'ont les patients cancéreux de leur vie. Peut également s'expliquer par l'hypothèse proposée par Azavi et Devlaux (1998), selon laquelle deux composantes sont impliquées dans l'évaluation de la qualité de vie : l'une cognitive, le sentiment qui y est associé résulte de la composante affective. La personne qui atteint l'objectifs auquel elle aspirait, fait l'expérience d'une satisfaction connoté d'un sentiment positif de sucée. **(Ficher. G, N, 2002 :293-294).**

-La qualité de vie dans le domaine des affections cardiaques :

L'étude de la qualité de vie dans les domaines des affections cardiaques se réfère à deux aspects bien distincts : préventif et curatif. Au niveau de l'aspect préventif, le cas de l'hypertension est très instructif. Actuellement, le traitement de l'hypertension artérielle bénéficie de nombreuses possibilités De médication disponible sur le marché, mais il se heurte aux comportements de non-observance des patients hypertendus : 35 % de ces derniers interrompent leur traitement au Bout de Cinque an. (Fahlof, 1991) l'observance d'un traitement antihypertenseur est, par effet, conditionné, pour une part importante, par la qualité de vie des hypertendus (turner, 1992). **(Ficher. G, N, 2002 :293)**

La contrainte d'une prise journalière et à vie de médicament, le sentiment « d'être malade »associé à cette prise, la subjectivité d'effet se secondaire (notamment sexuels) sont des éléments qui affectent la qualité de vie du patient hypertendu. Pourtant à quelques exceptions prés. La plus part des études comparatives retrouvent une amélioration significative de la qualité de vie sous traitement hypertenseur (cote, gegoire et moisau ,2000) ainsi attentes des patients quant au bénéfice de la médication sont importantes dans l'appréciation

positives de leur qualité de vie dont l'amélioration renforce l'observance thérapeutique.

En France, une étude désignée par le nom d'HYBECOPS (hypertension, bien être et composantes psychosociales) a porté sur 310 personnes hypertendues (Cosoli, 1996) dans cette population, les variables prédisant une meilleure qualité de vie sont, un niveau d'instruction élevé, la survenue d'un nombre limité d'évènement de vie éprouvants, la perception d'un (contrôle interne) sur sa propre santé (conviction que le maintien en bonne santé dépend de la participation active du patient plutôt que des seules décisions médicales) la tendance à être habituellement un malade observant, l'absence de réaction émotionnelle majeure à l'annonce de diagnostic ainsi qu'une relation médecin-malade de bonne qualité (Consoli, 1999).

Nous intéressons maintenant à la qualité de vie associée à l'insuffisance cardiaque ou à l'infarction du myocarde, nous appréhendons plutôt l'aspect curatif. Le type d'affection cardiaque a un impact majeur sur la qualité de vie, cela se manifeste notamment sous forme de douleurs ou de malaises chroniques, de diminution des activités, d'effets secondaires des médicaments, des réactions psychologiques, d'effets sur la dynamique familiale et sur la vie sociale chez. L'insuffisant cardiaque plus la maladie est symptomatique, plus le fonctionnement physique et social est compromis, plus l'humeur est altérée et par conséquent, plus la qualité de vie s'en trouve affectée (**Ficher. G, N, 2002 :95**)

-La qualité de vie dans le domaine des maladies chroniques invalidantes :

Dans ce paragraphe nous abordons trois types de maladies chroniques invalidantes différentes, et proposons pour chacune d'elles des références permettant un approfondissement du sujet.

Le diabète sucré est une maladie chronique grave, l'obligation d'injections quotidiennes à un impact major sur la qualité de vie des patients.

Chamberlain et Luintard. (2001) nous rapportent quelques résultats importants concernant des études menées dans le domaine : chez les patients insulino-dépendants, la qualité de vie est en lien avec un bon contrôle métabolique de l'insuline. De plus, le niveau de la qualité de vie est d'autant plus élevé que les patients peuvent bénéficier de traitement les moins contraignants possibles. **(Ficher. G, N, 2002 :295-296)**

En rhumatologie, la plus part des affections rencontrées ont une évolution chronique entraînent souvent des incapacités fonctionnelles mais au-delà de celles-ci, le retentissement de la maladie sur la qualité de vie de patient s'évalue plus largement en terme de douleur, de troubles de l'humeur, de retrait vis-à-vis des activités sociales.

Dans les affections respiratoires, l'asthme est une maladie chronique qui tend à se prolonger pendant toute la vie du patient, l'obligent à suivre un traitement de longue durée et parfois à changer son style de vie. **(Ficher. G, N, 2002 :296).**

A fin de mieux contrôler sa maladie et le traitement qui lui est associé .Juniper, Guatt, Ferrie et Griffith(1993) ont développé un questionnaire spécifique à la qualité de vie des Asmatique, permettant d'évaluer les changements qui apparaissent au cours du temps chez une personne donnée. Les autre domaines principaux sont évalués : physique (les symptômes), occupationnel (limitation des activités), social (relations interpersonnelles) et émotionnel (anxiété, dépression, Dysthymie).

-La qualité de vie dans le domaine de la psychiatrie :

Les premières études prenant en compte la notion de qualité de vie en psychiatrie sont apparues, aux Etats-Unis, dans les années 1960, suite au mouvement de désinstitutionnalisation. (Ficher. G, N, 2002 :296-297)

Or, nous pouvons situer en France, dès la fin du xviii siècle, un intérêt grandissant pour de meilleures conditions de vie, un certain bien être avec Pinel.

En effet, en libérant les aliénés de leurs chaînes et par le traitement normal (fait de bienveillance à l'égard des malades). Pinel devient le précurseur de la qualité de vie en psychiatrie.

Pendant longtemps, les études en psychiatrie ont porté sur l'intégration sociale des patients, la démedicalisation et l'intégration face aux soins sans aucune préoccupation de leurs conditions de vie. Aussi, comme le souligne Martin (1992), certains psychiatres comme Backer en 1982 et Lehman en 1988 se sont intéressés à la mesure de la qualité de vie chez les patients. En y intégrant différentes notions relatives à la vie quotidienne. Ensuite, les études de qualité de vie en psychiatrie ont porté plus particulièrement sur les patients schizophrènes nous assistons à la création d'outils (Heinrichs, et Carpenter, 1984), non standardisés, posant le problème de l'interprétation de ces résultats. Puisque il n'y a pas de comparaison possible avec une population de référence. De plus il faut tenir compte de l'évolution de la pathologie dans l'évaluation de la qualité de vie des schizophrènes (Martin, 1999) car peu d'études se sont, jusqu'à présent intéressés à la prédiction concernant l'évaluation de cette pathologie.

6-Les approches de la qualité de vie :

Chaque approche a son propre point de vue sur le concept de qualité de vie.

L'approche philosophique :

Le concept de qualité de vie a très tôt intéressé les philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation.

Pour Aristote, le bonheur est le désir suprême de chaque être humain. Il a ses conditions : tout d'abord une vie accomplie jusqu'à son terme. De plus, le bonheur ne se limite pas à la vertu, car il ne peut être achevé sans un ensemble de biens du corps (santé, intégrité) et de biens extérieurs (richesse, réputation). Ces différents paramètres sont pris en compte dans l'évaluation de la qualité de vie.

Apparaît ensuite la notion de plaisir, plus accessible que celle de bonheur, car même si nous ne manquons de rien, le bonheur nous manque toujours. Rappelons que pour Aristote, le bonheur est désirable mais qu'est-ce que le désir? Le désir est manque, et dans la mesure où il est manque, le bonheur, nécessairement, est manqué.

Donc quel est le rapport entre bonheur, désir et plaisir ? C'est à travers Schopenhauer, que nous trouverons une réponse dans la mesure où il affirme que le bonheur n'est ni positif, ni réel, il n'est que l'absence de la souffrance. Or le désir s'abolit dans sa satisfaction, et le bonheur se perd dans ce plaisir. Par rapport au bonheur qui est négatif et au désir qui est négatif puis qu'ils sont en manque, le plaisir est positif, réel et nous pousse à vivre.

Contrairement à Platon, Pascal ou Schopenhauer, le plaisir se situe avant le bonheur. En effet, puisque le désir est manque, que le bonheur par la même est manque ce n'est donc pas du bonheur qu'il faut partir, mais bien du plaisir. **(Ficher. G, n, 2002 :284).**

Il est important de ne pas confondre qualité de vie et bonheur, plaisir, bien-être, même s'ils en constituent des composantes importantes. De la même manière, la qualité de vie ne se résume pas à la santé.

L'approche psychosociologique :

Les psychosociologues se sont intéressés à l'évaluation du niveau de qualité de vie d'une population et plus particulièrement aux composantes affectives et cognitives du bonheur et du bien-être, et aux facteurs susceptibles d'influer sur le bien-être, à savoir des facteurs internes (notion de but et de sens de vie, sentiment d'efficacité personnelle, relations sociales, estime de soi, besoins, désirs, aspirations, éléments psychopathologiques) et externes (aspect sociodémographique, événements de vie, soutien social).

Cependant, ils ont négligé la composante comportementale, alors que la psychologie expérimentale s'y est fortement intéressé à travers le concept d'aptitude. Cette aptitude a été par la suite reprise par les sociologues pour définir celui de qualité de vie. Ce n'est que tardivement, 1976, qu'apparaît le terme de qualité de vie avec les travaux de Bradburn sur la structure psychologique du bien-être. **(Ficher. G, N, 2002 :285)**

Le concept de qualité de vie tel qu'il est étudié par les psychologues et les sociologues reste lié à la santé.

L'approche médicale :

La qualité de vie en médecine et plus particulièrement en psychiatrie : les psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionnalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie l'extérieurs. Cependant nous pouvons observer que les études sur la qualité de vie apparaîtront plus tardivement dans les pays anglo-saxons, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe.

En 1947, l'organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la santé qui reste cependant proche de celle du bien être, et en 1948, Karnofsky propose une échelle de performance corrélée avec le bien être psychologique et le fonctionnement social. Il est suivi en 1963 par Katz ; notons que ces deux auteurs ont surtout eu le mérite de faire évoluer des fonctions et des handicaps aussi bien physique que psychique, sans les dissocier de leur contexte, c'est -à-dire dans la vie de tous les jours.

Le terme de qualité de vie fut utilisé pour la première fois en 1966 par Elkinton, dans une publication médicale.

Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, elles représentent un outil clinique à part entière à condition qu'elles soient couplées à d'autres instruments cliniques validés. **(Ficher. G, N, 2002 :286)**

Le terme qualité de vie est très répandu dans le domaine médical.

7-L'évaluation de la qualité de vie :

Dans le domaine de la santé, la mesure de la qualité de vie s'adresse plus particulièrement aux sujets en souffrance physique et ou psychique. Cette

mesure suppose une prise de conscience par l'équipe soignante de l'échec relatif des hétéro-évaluations conventionnelles et du rôle actif du patient dans la prise en considération de son subjectif.

Les différents enjeux liés aux mesures de la qualité de vie :

Il existe différentes situation cliniques dans les quelles les études de qualité de la vie sont préconisées. Dans le domaine de la cancérologie, Zittoun (1996), Macquart, Moulin, Auquier et Moatti(1996) en ont répertorié un certain nombre :

-des études ayant pour objectif essentiel le contrôle des symptômes tels que la douleur, les nausées vomissement ou la détresse psychologique.

-des études ou la qualité de vie ne peut être qu'un objectif à court terme, car la prolongation de la survie n'est pas envisagée de façon réaliste.

-des études randomisées dans les quelles il n'est pas possible de dégager une différence statistiquement significative en terme de survie, et où les autres éléments de comparaison. (**Fichier. G, N, 2002 : 289 -290**)

A savoir la qualité de vie et le rapport cout efficacité deviennent essentiels dans tout les cas, l'évaluation de la qualité de vie subjective permet d'analyser plus finement les effets secondaires des traitements. Elle permet aussi de cibler les domaines où la qualité de vie est altérée et d'identifier les patients pour lesquels une intervention de soutien psychothérapeutiques est indique.

Enfin, l'indice de karnofsky (1949), qui mesure l'état physique général est bien connu pour être un facteur pronostique de la survie dans les traitements des cancers. Cet indice est d'allure utilisé par les cliniciens comme critère d'exclusion dans les essaies cliniques.

Nous venons de voir tout l'importance des mesures de la qualité de la vie dans la prise en charge clinique. Reste à souligner les enjeux éthiques dans toutes études portant sur la qualité de vie. En effet, Zittoun(1996) insiste sur le fait que toute étude portant sur la qualité de vie doit répondre aux mêmes exigences éthiques que n'importe quelle autre étude clinique, avec notamment le consentement éclairé du patient appelé à livrer des éléments d'informations portant sur son intimité de même, Zittoun relève l'importance du respect de la confidentialité et du secret médicale.(Fichier.G,N, 2002 :290).

8-Les Méthodes de la qualité de vie :

Il est important de préciser, comme le soulignent de nombreux auteurs (Chwalow, 1996 ; martin, 1999), qu'en matière de la qualité de vie, il n'existe pas le standard, c'est-à-dire d'outils parfaits, les auteurs s'accordent globalement à penser que seule une étude à long terme portant sur l'évolution de la qualité de vie du sujet lui-même à un intérêt. Il n'est donc pas nécessaire de posséder un étalonnage, une référence de la qualité de vie, la mesure absolue.

Il existe de nombreuses échelles mesurant la qualité de vie. Nous pouvons les classer en deux catégories :

Les échelles génériques et les échelles spécifiques. Les échelles génériques présentent l'avantage de pouvoir être utilisées chez tous les patients quelle que soit la pathologie. Ces échelles sont multidimensionnelle, leur principal inconvénient de ce qu'elles sont trop générales. (Ficher. G, N, 2002 :290-291)

En ce qui concerne les échelles spécifiques, comme leur nom l'indique, elles sont adaptées à une pathologie. Elles sont de deux types : les échelles d'hétéro-évaluation remplis par un évaluateur externe. (Chwalow, 1996, Gérin,

Dazord, Boissel, Hanauer et mouleur ,1989). Chwalow souligne que ces deux types d'échelles permettent une évaluation standardisée et uniforme quelque soit le patient et dans toutes les circonstances.

Plus précisément, comme le souligne spitz (1999), dans le domaine de l'évaluation de la qualité de vie liées à la santé ,existe des échelles généralistes utilisable pour tout les patient ,quelle que soit la pathologie c'est le cas du questionnaire de santé Sf-36(short form-36 health survey questionnaire)(ware ,1993).l'interprétation de la mesure de la qualité pose d'autres questions.car l'évaluation subjective par une personne de son bien être est très difficilement comparable à celle d'autres personnes .alors deux solution s'offrent au praticien chercheur: soit une évaluation longitudinale lors du suivi d'un patient (comparaison intra-sujet dans le temps),soit l'utilisation d'une évaluation spécifique à une pathologie, à un groupe d'âge. (**Ficher. G, N, 2002 :291**)

Les échelles de la qualité de vie peuvent être d'un apport constructif dans la compréhension de la relation personne/environnement dans la compréhension des stratégies d'ajustement mise en place par le patient face à la maladie mais pour un nombre d'entre eux. Il serait nécessaire de revoir le contenu de certain items, afin d'améliorer leur qualité psychométrique.

En effet, bien souvent, la consistance interne (alpha de Croubach, 1951) et la validité interne (ou de construction) demanderaient des études complémentaires, quant aux validations externes qu'elles soient convergentes ou divergentes (qualité essentiel d'un outil psychométrique), les données les concernant sont trop souvent absentes dans les adaptations françaises. Certaines questions sont essentielles concernant les évaluations effectuées.

Le domaine de l'évaluation de la qualité de vie en rapport à la santé est extrêmement vaste aux psychologues d'argumenter leur point de vue. (**Ficher. G, N, 2002 :292**)

9-La qualité de vie dans le domaine des maladies dermatologiques :

Les maladies de peau apparaissent souvent comme une source de mal être si les symptômes sont très gênants, comme de fortes démangeaisons par exemple. Elles peuvent aussi affecter l'image de soi lorsque les lésions sont visibles, par peur de regard des autres. Elles ont alors un impact direct sur la qualité de vie de ceux qui ont souffrent. Les maladies de peau entraînent une anxiété, une dépression pour 54% de personnes, un cas de dermatose sur 5 va donner lieu à la prescription d'un arrêt de travail. Environ 45% des personnes interrogées se sont déclarées gênées dans leurs vie personnelles par ces troubles cutané et 39% dans leurs vie professionnelle. (<http://www.doctissimo.fr>)

Synthèse

A travers ce qu'on a vu dans ce chapitre, le concept qualité de vie est employé de multiples façon et à des buts variés. Malgré s'il est ambivalent de son usage, mais son utilité s'apparait dans plusieurs domaines (la psychologie, la santé, la société) dans le monde entier.

Les études de la qualité de vie ont permis de prendre conscience de degré de conviction et de la satisfaction des personnes en bonne santé et atteintes de maladies.

Donc la qualité de vie reste éternellement l'expérience individuelle, particulière de la personne.

Chapitre II

Le Psoriasis

Chapitre II : Le psoriasis aspect médical et aspect psychologique

Préambule..... 34

1-Aspect médical du psoriasis

1-1) Définition du psoriasis..... 34

1-2) L'évolution du psoriasis..... 35

1-3) Les types du psoriasis 36

1-4) Les principales causes du psoriasis..... 41

1-5) Les symptômes du psoriasis..... 44

1-6) Diagnostic du psoriasis..... 45

1-7) Les traitements du psoriasis..... 46

2-Aspect psychologique du psoriasis

2-1) L'état psychologique des personnes atteintes du psoriasis..... 49

2-2) L'image de corps chez les psoriasiques 50

2-3) La qualité de vie chez les personnes atteintes du psoriasis..... 51

2-4) L'impact psychologique et social du psoriasis 52

2-5) Les troubles psychologiques des personnes psoriasiques 53

2-6) Le soutien psychologique du psoriasis..... 54

2-7) Les thérapies psychologiques du psoriasis..... 55

Synthèse..... 56

Préambule

Le psoriasis est une maladie inflammatoire de la peau, il se caractérise généralement par l'apparition d'épaisses plaques de peau qui desquament qui détachent sous forme «d'écailles» blanches.les plaques apparaissent à différents endroits du corps, le plus souvent sur les coude, les genoux et le cuir chevelu.

Dans ce chapitre, on va aborder les deux aspects de psoriasis. L'aspect médical et l'aspect psychologique.

Aspect médical du psoriasis

1- Définition du psoriasis :

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique dont la lésion typique est une plaque inflammatoire surmontée de squames blanchâtres se détachent pour former de pellicules. Dans la majorité des cas, le psoriasis est une maladie bénigne qui ne gêne pas son aspect inesthétique et par la difficulté psychologique de vivre toute sa vie avec cette maladie. **(Nicolas. J-F et Thivolet. J, 1997 : 13).**

Le psoriasis est une dermatose inflammatoire érythémateux-squameuse fréquente.

Différents facteurs influencent la survenue d'un psoriasis ou favorisant la survenue de poussée sont connue :

-Hérédité, médicament, facteurs psychologies, infection par le VIH, traumatisme chronique et tabagisme semblent être des farceurs aggravations de l'évolution du psoriasis, le soleil est en revanche un facteur d'amélioration. **(Bahadoran.P, 2013 : 165).**

Le psoriasis est une maladie inflammatoire de la peau d'évolution chronique, évoluant par des poussées non contagieuses, il est dû à un renouvellement accéléré de l'épiderme et sa survenue est déclenchée chez les sujets génétiquement prédisposés par différents facteurs environnementaux. Il se manifeste par des plaques rouges recouvertes de squames (petites pellicule de peau).

A l'heure actuel, on ne sait pas guérir cette maladie, mais des traitements permettent d'en réduire les symptômes et d'améliorer la qualité de vie.

2- L'évolution du psoriasis

Le psoriasis peut survenir à tout âge. Débutant le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune. Dans sa forme la plus habituelle, il est chronique, restant isolé pendant des années, voir toute la vie dans une ou plusieurs des localisations classiques, il peut subir des poussées évolutives à partir d'une forme chronique localisée ou à l'inverse entre dans des phases de rémission durant plusieurs mois à plusieurs années. Enfin il peut être éruptif puis régressif le degré d'étendue ou de gravité du psoriasis a parfois un rythme saisonnier, les lésions régressant sous l'influence de l'exposition solaire estivale pour réapparaître en saison auto mo-hivernale. Les poussées sont parfois déclenché par des facteurs particuliers : les chocs psychiques (émotion, perte d'un proche...) ou psychique (accident, intervention...) sont régulièrement incriminés. **(Nicolas-F et Thivolet. J, 1997 : 38).**

L'évolution du psoriasis est variable d'un patient à l'autre, sans qu'une règle générale puisse être énoncé, certains patients ne présentent que des plaques des coudes et genoux, asymptomatiques, sans retentissement fonctionnel, tandis

que d'autres souffrent de poussées étendues, affichent, à la répétitions désespérant.

Le psoriasis débute souvent dans l'enfance : les évènements psychologiques sont les facteurs déclenchant le plus souvent identifiés, mais habituellement la survenu des poussées échappe à toute explication. (**Wail.B et Batteux. F, 2003 : 209**).

3-Les types du psoriasis :

Dans ce titre, nous trouvons différents formes du psoriasis par apport aux différents patients.

-Les formes topographiques :

Ces différents formes peuvent s'associer à des lésions psoriasis vulgaire (diagnostic facile) ou évaluer isolément (diagnostic plus difficile).

- Atteinte érythème-squameuse non prurigineuse de zones bastions soumises au phénomène de koeber : face

a-Psoriasis des plis ou psoriasis inversé :



Figure n°1 : psoriasis inversé.

Source : <https://www.editionsante.fr/blog/le-psoriasis>

Extension des genoux, des coudes, des mains, et la région lombo-sacrée.

-Evolution chronique sans traitement. (Guillet. G et Cartier.H, 1998 : 84).

b-Psoriasis plamo-plantaire :



Figure n°2 : Psoriasis en plamo-plantaire.

Source : <https://www.msdmanuals.com/fr>.

Cette dermatose, considérée comme une pathologie auto-immune, est liée au développement d'anticorps, anti-nicotiniques cutanés, ce qui évoque la possibilité d'une aggravation majeure chez les grands fumeurs, et semble d'ailleurs confirmé par les données statistiques puisque 95 pour cent des patients atteints de ppp sont tabagiques. (Raison-Peyron. N, 2006 : 235)

c-Psoriasis unguéal :**Figure n°3 :** Psoriasis unguéal.

Source : <http://dermatologie.free.fr>.

Les ongles sont épaissis (pachyonychie). Jaune (xanthonychie) et décollées en distalité (onycholyse). (Velter. CH, 2018 :84)

Le psoriasis unguéal qui associe une hyperkératose de l'ongle, et des dépressions en général un psoriasis sévère, sans traitement, extrêmement difficile. (Morel.P, 2001 :114)

-Autre atteintes très rares :

Parmi ces atteintes, on trouve :

a-Psoriasis des muqueuses (buccale et génitale).**Figure n°4 :** Psoriasis des muqueuses.

Source : https://www.jim.fr/mon_compte/login.phtml

Rarement isolé, il touche les muqueuses buccales et génitales, dans la SPA, il s'observe au cours du syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter. Dans la cavité buccale, il peut prendre l'aspect d'une langue géographique, faite de zones érythémateuses entourées de stries linéaires blanches, parfois associées à des fissures. Le psoriasis de la muqueuse génitale masculine, réalise une plaque érythémateuse non squameuse bien limitée sur le gland et le feuillet interne du prépuce. ces lésions sont peu symptomatiques et le prurit est rare.

Le psoriasis de la muqueuse génitale féminin est formé de plaques bien limitées érythémateuses, linéaires dans les zones de plis, peu squameuses et souvent accompagnées d'une fissure douloureuse. **(Breban. M, 2005 :73)**

b-Psoriasis du visage :



Figure n°5 : Psoriasis du visage.

Source : <https://encrypted-tbn0.gstatic.com>.

Contrairement au cuir chevelu, le visage est une des localisations les plus rares du psoriasis, et cette atteinte est rarement isolée. Le visage est vraisemblablement rarement touché car exposé régulièrement aux ultraviolets dont on connaît l'effet bénéfique sur le psoriasis. Le psoriasis du visage est deux fois plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte (40 pour cent versus 15 pour

cent) et est exceptionnel après 60 ans l'atteinte du visage aura un retentissement psychique majeur.(**Nicolas.J.F et Thivole.J, 1997 : 73**)

- Les formes graves du psoriasis :

On trouve parmi ses formes graves :

a- L'érythrodermie psoriasique :



Figure n°6 : L'érythrodermie psoriasique

Source : <https://p8.storage.canalblog.com>.

Elle correspond à un :

- Erythème généralisé sans intervalle de peau saine.
- Avec signes généraux associés : fièvres, et AEG.
- Elle peut être inaugurale ou survenir dans le cours évolutif de la maladie, auquel cas il existe souvent un facteur déclenchant : médicamenteux (arrêt corticothérapie générale) ou infectieux.

-Des complications, parfois mortelles, sont possibles : discours hydro électroplaques troubles métaboliques, surinfection et septicémie. (**Bahadoran. PH, 2013 : 168**).

b- Psoriasis pustuleux généralisé :

Ce genre se caractérise par :

-Une survenue brutale, accompagnée de signes généraux pseudo-septicémiques (fièvre, frissons, altération de l'état général).

-La surface cutanée se recouvre de placards érythémateux, rouge sombre, parsemés de petite pustule blanc jaunâtre. (**Béatrice. C et Stéphane. B, 2013 : 206**).

Le psoriasis pustuleux généralisé au formes aiguës de zumbush clinique, se caractérise par :

-Pustules blanchâtres (non folliculaires) sur et autour de lésion de psoriasis avec confluence des pustules, puis assèchement et desquamation.

-Dans les plis avec extension généralisée.

-Atteinte érosive des muqueuses.

-Altération de l'état général avec hyperthermie.

-Troubles biologiques : hypocalcémie, polynucléose. (**Guillet. G et Cartier. H, 1998 : 86**)

4 - Les principales causes du psoriasis :

D'après diverses données, les causes valables du psoriasis restent inconnues, et les facteurs impliqués sont multiples :

– **Traumatismes cutané :(phénomène de koebner) :**

Les lésions cutanées peuvent être d'origine mécanique en raison des traumatismes physiques répétés avec les outils et les pièces métalliques entraînant des hyperkératoses des paumes des mains sur les zones de préhension de force. Il peut avoir un phénomène de koebner en cas de terrain psoriasique ou de lichen plan. **(Raison-Peyron .N, 2011 : 116)**

Ce terme, largement utilisé en dermatologie appelé réaction isomorphe, désigne la tendance qu'ont certaines dermatoses à se développer dans des zones du tégument traumatisées par le grattage ou le frottement, sur une plaie (traumatique ou chirurgicale), ou sur des cicatrices récentes ou anciennes. Le phénomène de koebner n'est pas réservé au psoriasis, mais il est néanmoins fréquemment observé au cours de cette maladie, pouvant toucher 25 à 75 pour cent des patients selon les études, il serait plus fréquent au cours de psoriasis en poussée. **(Nicolas .J.F et Thivolet. J, 1997 : 38).**

- Les facteurs génétiques du psoriasis :

Bien que cela n'ait guère de conséquence pratique, il est utile de savoir que le psoriasis a une base génétique :

-Les cas familiaux : sont fréquents, l'étude de familles psoriasiques a montré que les gènes de prédisposition varient d'une famille à l'autre.

-Les psoriasis débutant tôt dans la vie sont liés à certains allèles : HLA, et HLA-CW6. **(Weill.B et Batteux .F, 2003 : 213)**

-Les facteurs déclenchant / aggravants :**- Le stress :**

Il précipite l'évolution d'un psoriasis dans 44 à 80 pour cent des cas. Le laps de temps entre l'épisode de stress et l'apparition du psoriasis s'échelonne entre 2 semaines et 6 mois, ceci peut justifier parfois une prise en charge psychologique et relaxation. **(Guillet. G et Cartier. H, 1998 : 82)**

- infectieux :

-Notamment angine streptococcique chez l'enfant, infectieux par le VIH. **(Velter. CH, 2018 : 85)**

-Une infectieux ORL ayant précédé l'apparition des lésions cutanées. **(Berrebi. W, 2009 : 185)**

- exposition solaire :

L'exposition solaire est généralement efficace, à l'exposition de cas d'exacerbation chez certain patients de phototype clair (notamment la personne âgée) par phénomène de koebner.

- variation hormonales :

-Pics d'incidence de psoriasis à la puberté, à ménopause, au post-partum (et amélioration possible pendant la grossesse).

-Psoriasis pustuleux déclenché par la grossesse ou des traitements ostrogéniques fortement dosés.

- Médicamenteux :

On retiendra dans une liste non exhaustive :

-Anti-paludéens de synthèse.

-L'arrêt brutal de corticothérapie générale.

-Iodure de potassium.

-Lithium.

-Sulfonamide.

- Alcool :

La consommation d'alcool agirait surtout sur l'observation du traitement. **(Guillet. G et Cartier. H, 1998 : 83)**

-Les facteurs psychologiques :

Comme pour beaucoup de maladies inflammatoires chroniques, le stress émotionnel est susceptible de déclencher. Ou éventuellement d'améliorer, des poussées de psoriasis. D'autre part, le caractère affichant de cette dermatose entraîne en lui-même un handicap psycho-social dont il faut tenir le plus grand compte dans la discussion thérapeutique.

Au plan fondamental, l'intrication du système nerveux du système immunologique de la physiologie épidermique, est encore très insuffisamment connue. **(Weill. B et Batteux.F, 2003 : 214)**

5- Les symptômes du psoriasis :

Plus d'un million de personnes souffrent de cette maladie de la peau.

Le psoriasis est une affection cutanée facilement reconnaissable, la peau s'épaissit, desquame et forme de larges plaques blanchâtres et rouges. Les genoux et le cuir chevelu, il atteint parfois les ongles, les plaques sont dues à

l'accélération du processus de renouvellement cellulaire qui se déroule en quelque jour chez les personnes atteintes de lieu de quelque semaines (3 à 4).
(Cazenave. A, 1828 : 517)

Des plaques érythémateux-squameuses dont le grattage des squames provoquant un blanchement des lésions puis une mise à nu des papilles dermiques. (Berrebi.W, 2009 : 185)

6- Le diagnostic du psoriasis :

Le diagnostic du psoriasis est presque toujours posé à la suite d'un examen clinique .Le médecin examine les sites de localisation préférentiel à la recherche de lésions caractéristiques.

-Le diagnostic clinique :

Le diagnostic du psoriasis est avant tout clinique.

- Lésions érythémateux-squameuses, bien limitées.
- Ovalaires ou polycyclique.
- Erythème souvent occulté par les squames.
- Souvent multiples et symétrique, parfois diffuses.
- Taille de quelque mm (dit en gouttes) à plusieurs cm.
- Localisation caractéristiques :
 - Coudes et genoux (faces d'extension).
 - Région lombosacrée.
 - Cuir chevelu (sans alopécil)

-Ongles (en dés coudre).

-Purité non typique mais fréquent (30 %).

-Particularités chez l'enfant : volontiers en gouttes ou sous les couches.

(Somogyi. A, 2017 : 246)

- Le diagnostic différentiel :

Devant des lésions cutanées apparues lors d'une exposition solaire chez un patient psoriasique, il est important de bien faire la distinction entre le psoriasis photo aggravé et d'autre manifestation en rapport avec les radiations solaires comme une photo toxicité ou une photo allergie médicamenteuse, un lupus érythémateux systémique, ou une lucite idiopathique (urticaire solaire, lucite polymorphe, lucite estivale bénigne). De même, il ne faut pas confondre un coup de soleil survenant chez un patient à la peau claire atteint de psoriasis avec une photo aggravation de son psoriasis. **(Nicolas. J-F et Thivolet .J, 1997 : 167)**

7 – Le traitement du psoriasis :

Le traitement de ces psoriasis est extrêmement difficile, le choix de ses modalités en revient aux spécialistes mais le généraliste doit en avoir connaissance par pouvoir accompagner le suivi thérapeutique de son patient. Parmi ses modalités nous citons :

-Le traitement classique :

Le traitement classique qui repose sur l'utilisation du traitement anti-infectieux et surtout de traitement anti-inflammatoire à base de dermocorticoïdes. Les traitements qui ont été jusqu'à présent proposés tentent d'agir sur une de ces composantes immunologiques.

-La thymopentine ou TP5 a été utilisé par Leung et al. Chez 100 patients de dermatite atopique sévère. Le résultat était médiocre avec une rechute après l'arrêt du traitement.

-L'interféron gamma : plus récemment Stevens et al :

Dans un essai contrôlé chez 83 patients ont montré des résultats intéressants après des injections sous cutanées de 50 u/m²/jour pendant 12 semaines .L'arrêt du traitement a entraîné des rechutes précoces dans les 4 à 7 jours pour la plupart des cas. **(Nicolas.J-F, 2000 :108)**

- Les traitements locaux :

Plusieurs nouveaux traitements locaux du psoriasis en plaques sont commercialisés depuis quelque année. Ils tentent de diversifier le traitement locale, à défaut de pouvoir prendre la place des dermocorticoïdes dont ils n'ont ni l'efficacité ni la bonne tolérance, ce sont :

-Le calcipotriol (Daivonex).

-Le tazarotène (Zorac).

-Tacalcitol (Apsor). **(Morel. P, 2001 : 113).**

Le traitement local du psoriasis tient une place essentielle dans les formes non compliqués, peu étendue, et dans des localisations particulière comme le cuir chevelu. Après l'époque des kératolytiques, est survenue l'ère des corticoïdes locaux, en compétition désormais avec les dérivés de la vitamine D3. **(Nicolas.J-F et Thivolet.J, 1997 : 41).**

- Le traitement biologique :

On parle de traitement biologique car il s'agit de molécules ciblées à partir des mécanismes en cause dans le déclenchement d'une maladie.

Les biothérapies du psoriasis répondent à un objectif de :

- Agir au cœur des mécanismes de formation des plaques de psoriasis, on connaît désormais le rôle majeur des lymphocytes T et des substances qu'ils sécrètent, les cytokines, dans l'apparition et l'entretien de ces plaques.

- Les traitements biologiques agissent en bloquant l'activation des lymphocytes T par différents moyens.

Leur but est d'inhiber la réaction auto-immune à différents niveaux de la cascade des événements moléculaires conduisant au psoriasis.

Parmi quelques types de médicaments très récents, certains d'entre eux sont déjà utilisés pour soigner d'autres maladies telles que la polyarthrite.

Rhumatoïde et ont obtenu en 2005 une extension de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le psoriasis. C'est le cas de l'etanercept (Enbel) ou de l'infliximab (Remicade). Quant à l'efalizumab (Rapitra) il a obtenu son AMM pour le seul traitement du psoriasis. Il est important de noter que c'est la première fois que le libellé de l'AMM prend en compte la notion de « retentissement important sur la qualité de vie » dans la définition du psoriasis sévère. Toutes ces molécules sont des médicaments d'exception : leur prescription initiale se fait à l'hôpital et leur suivi est très encadré. (Promarède, N, 2006, 58).

- La prise en charge psychologique :

La prise en charge des difficultés psychologiques des maladies fait partie du traitement et justifie parfois mais c'est rare, un abord psychiatrique spécifique. Il est en revanche, toujours nécessaire de fournir au patient les informations qui lui permettront de comprendre le psoriasis et de participer au choix du traitement et plus à même de la satisfaire.

Il est nécessaire de s'enquérir de la façon dont le patient ressent sa maladie et quels sont les éléments qu'il considère comme gênant : cette approche médicale traditionnelle, théoriquement par les échelles de qualité de vie est nécessaire pour expliciter la signification des plaques de psoriasis et pour adapter le traitement à chaque individu. Certains patients souhaitent adhérer à l'association pour la lutte contre le psoriasis. (Weill. B et Batteux. F, 2003 : 215).

2)- Aspect psychologique du psoriasis :

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

La perturbation des personnes atteintes du psoriasis ne dépend pas toujours de l'importance des rechutes ou de la gravité du psoriasis.

-Le stress :

Est un mécanisme de défense face à un agresseur. Un processus de défense identique qu'il s'agisse de sauver sa peau ...ou de passer son permis de conduire. Ce mot passer désor. Mais dans le langage courant, signifie littéralement « pression contrainte » ou encore « agression ».

Pour le docteur Hans William Selye ; le stress est un syndrome générale d'adaptation, une agression psychique produisant une réaction non spécifique

neuroendocrinienne et éventuellement des manifestations psychopathologique. (Pomarède .N, 2006 : 20).

-Les traits de la personnalité :

Les traits de la personnalité sont définis comme des tendances, des prédispositions à des parents de cognitions, d'affects et d'actions. Pour Caspi, les traits de la personnalité sont des « différences individuelles dans la tendance à se comporter, penser et ressentir de manière systématiques».

Ces tendances doivent donc se caractérisé par une relative stabilité temporelle ainsi que par une relative cohérence inter-situationnelle, alors, la stabilité temporelle des traits de personnalité est une caractéristique essentielle. (Rolland.J-P, 2013 : 13)

-Le moi-peau :

Didier Anzieu a eu le mérite d'aborder une dimension supplémentaire tout aussi importante en établissant le lien entre les fonctions organiques de la peau et les processus psychiques. Le moi en l'occurrence cet auteur avait dénombré huit fonctions qu'il a réunis autour du concept « moi-peau » qui occuperait une fonction de maintenance qui toucherait à la verticalité et à la pesanteur. (Anzieu.D, 1985 : 123).

2-2) L'image du corps chez les personnes psoriasiques :

Au cours du psoriasis les troubles de la perception de l'image corporelle peuvent avoir une composante dépressive significative, par exemple dans le cas où une femme se plaint d'une perte de cheveux sans son anomalie clinique objective. Les troubles de perception de l'image corporelle du visage ont été associés à des dépressions cliniques et des idées suicidaires.

Des tableaux dépressifs plus sévères peuvent être présents au cours de troubles délirants avec troubles de l'humeur, comme par exemple les délires d'être défiguré, d'avoir une maladie cutanée incurable ou d'avoir une peau qui pourrit ou émet une odeur nauséabonde. (**Bessis. D et al, 2013 :11**).

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

Les maladies de peau ont toujours été des sources de rejet et d'incompréhension, un quart de la population, à un moment ou à un autre, a un problème de peau qui nécessite des soins médicaux.

Le psoriasis, cette affection chronique qui touche plus de 3 million de personnes en France est invalidante tant physiquement que psychologiquement, elle fait l'objet de traitement uniquement suspensifs sans espoir véritablement curatif.

Dans les formes sévères, mais aussi dans certaines formes plus limitées, les patients doivent se soumettre à des traitements contraignant pour les soins locaux. Non dénués de toxicité pour les traitements généraux et souvent globalement perçue comme insatisfaisant.

Le psoriasis bien que ne mettant pas en danger la vie peut rendre cette dernière intolérable et avoir un impact sérieux sur la qualité de vie. Les patients souffrent de desquamation, démangeaisons et la peau peut être douloureuse et parfois soigner. (**Grob. J-J, 2004 : 95**).

Donc le psoriasis est une maladie chronique touchant l'organe de communication avec l'extérieur de la peau, et le psoriasis a un retentissement important sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent soit physiquement ou psychologiquement.

2-4) L'impact psychologique et social du psoriasis :

Le niveau d'handicap ressenti par les personnes souffrent de psoriasis peut être équivalent à celui de maladies telles que l'asthme, l'arthrite, le mal de dos, la branchette chronique, diabète, ou l'hypertension. Cependant, le psoriasis est généralement considéré comme une maladie bénigne.

Les conséquences psychologiques d'un psoriasis sont variables, elles sont indépendantes de la sévérité globale du psoriasis, indépendantes de l'ancienneté de la pathologie, et non influencées par les divers traitements, locaux ou généraux.

Le psoriasis de sa nature même, peut s'aggraver à cause des troubles émotionnels qui l'accompagnent, ces effets secondaires psychologiques et comportementaux ne semblent pas être liés à la sévérité clinique de la maladie. **(Grob. J-J, 2004 : 96).**

Une interrelation intime entre le stress psychosocial et certaines manifestations cutanées telles que le psoriasis. Dans cette pathologie, la qualité de vie est très fortement impactée par le prurit et la gêne cutanée, mais aussi par des modifications de l'apparence. Les personnes ne peuvent souvent pas conduire leurs activités habituelles (aller chez le coiffeur ou à la piscine). **(Bagnis. C-I, 2017 : 49).**

Donc le psoriasis a un impact démontré sur l'inclusion sociale et professionnelle des personnes atteintes.

2-5) Les troubles psychologiques chez les personnes atteintes du psoriasis :

Parmi les conséquences psychologiques qu'on peut trouver chez les personnes atteintes du psoriasis :

-Le sentiment d'isolement :

-Le psoriasis provoque souvent un sentiment d'isolement qui empêche de vivre normalement.

-En effet, les plaques du psoriasis sont situées la plupart du temps sur des zones découvertes, visibles de tous, comme le visage, les mains et les bras.

-Lors de poussées de psoriasis les personnes qui en sont atteintes n'osent pas sortir, aller à la piscine...et vivent repliées sur elles mêmes.

-Manque de confiance :

Les personnes atteintes du psoriasis manquent souvent de confiance en elles et vivent dans un stress permanent.

-Stress et psoriasis : un cercle vicieux

-Un choc psychologique, une grande angoisse, le passage d'un examen ou un conflit représentent des facteurs déclenchant d'une poussée de psoriasis.

-D'autre part, le psoriasis, maladie très souvent mal vécu, provoque un stress important.

-En effet, le regard des autres, la peur de voir réapparaître ou s'aggraver le psoriasis, la sensation d'être différent peu séduisant entretient le stress provoqué par la maladie.

-La dépression :

Les difficultés psychologiques rencontrées au cours de la vie quotidienne d'une personne atteinte d'un psoriasis, peuvent conduire au fil des mois ou des années à une dépression. (<http://www.psychanalyse.com>)

-Les troubles sexuelles :

56 % ont des difficultés au niveau de leur vie sexuelle : « c'est impossible d'être coquette et de séduire avec cette maladie. ». Certains évoquent des rapports douloureux, du fait d'une atteinte des parties génitales. (Grob. J-J, 2004 : 96).

2-6) Le soutien psychologique :

Passant essentiellement par une écoute attentive et un dialogue, pour les personnes atteintes de psoriasis et leur familles, en vue de dédramatiser la maladie et de surmonter l'état dépressif qu'entraîne très fréquemment une poussée de psoriasis ou l'échec de traitement. Le patient a alors besoin de comprendre les raisons de cet échec. Par ailleurs, les responsables de l'association n'étant pas médecin et ne voulant en aucun cas se substituer aux spécialistes.

Ce soutien psychologique peut aussi prendre la forme de groupes de parole, animés par un psychologue, psychiatre ou psychanalyste, qui permette souvent de remotiver le patient pour une nouvelle approche thérapeutique, renouant alors le dialogue avec son dermatologue. (Grob.J-J, 2004 : 99).

L'apparence de la peau influence sur l'état psychique du patient, donc le patient joue un rôle dans son traitement, il est nécessaire de savoir gérer son stress et faire des techniques de relaxation pour diminuer l'aggravation de son psoriasis.

2-7) Les thérapies psychologiques de psoriasis :

C'est à partir des thérapies psychologiques qu'on puisse avoir et comprendre les difficultés psychiques d'une personne atteinte du psoriasis.

-Les thérapies cognitives- comportementales :

Les thérapies comportementales et cognitives peuvent aider les patients atteints d'affection chronique à mieux vivre avec leur maladie. Le thérapeute définira avec le patient les buts qu'il s'est fixé et développera avec lui une stratégie adaptée destinée à faire évoluer vers des comportements différents et mieux adaptés. Ces thérapies permettent entre autre de mieux gérer le stress et de modifier certaines habitudes comme le tabac ou l'alcool. **(Pomarède. N, 2006 : 21).**

-La relaxation et la gestion de stress :

Le stress a un effet reconnu sur l'organisme. Il peut être à l'origine ou aggraver le développement d'une maladie somatique telle que l'hypertension, les colites, l'eczéma, le psoriasis, etc.

- Il est donc essentiel d'encourager les patients à adopter des comportements favorables à la gestion de leur stress et ses conséquences, les activités agréables ou utiles, un sommeil de bonne qualité, la relaxation, le contrôle respiratoire, les massages, la gymnastique douce et l'exercice physique sont autant de moyens de combattre le stress. Les organisations humanitaires doivent soutenir les bénéficiaires à organiser et animer de telles activités. Elles doivent également prévoir des espaces de relaxation, de sport et de rencontre lors de la conception et de l'aménagement des hébergements collectifs. **(Josse. E et Dubois. V, 2009 :175).**

On considère ces thérapies comme des techniques efficaces pour les maladies de la peau puisqu'elles permettent aux patients de mieux connaître, comprendre et accepter leur pathologie.

Synthèse :

Le psoriasis est une des maladies les plus fréquentes, est une maladie chronique dont la lésion typique est une plaque inflammatoire surmontée de squames blanchâtres se détachant pour former des pellicules dont les personnes atteintes souffrent de leur apparence physique.

Le psoriasis au-delà d'être une maladie psychosomatique elle touche beaucoup plus le côté psychique de la personne atteinte ce qui lui rend fatiguer moralement de son quotidien.

Le psoriasis est une maladie bénigne qui ne gêne que par son aspect esthétique et par la difficulté psychologique de vivre toute sa vie avec cette maladie, la lourde charge émotionnelle rattachée au psoriasis réside principalement dans la visibilité de squames sèches. Ceci explique pourquoi la plupart des personnes atteintes de psoriasis sont complexées par l'aspect de leur peau et souhaiteraient avoir une peau saine.

Partie pratique

Chapitre III

La méthodologie de la recherche

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule.....	60
1-La pré-enquête	60
2-Présentation de lieu de recherche.....	60
3-La méthode de la recherche	62
4-les limites de la recherche.....	63
5-La population d'étude et leurs caractéristiques.....	63
6-Les outils d'investigations.....	64
7-Le déroulement de la pratique.....	72
Synthèse.....	72

Préambule :

Pour réaliser une recherche scientifique, on doit se focaliser sur une méthodologie bien spécifique, cette méthodologie qui va mettre en ordre et diriger notre travail et le rend impartial.

Ce chapitre comprend les éléments suivant : la présentation de la pré-enquête, la méthode de la recherche choisi pour effectuer notre recherche et le terrain, ainsi que les outils d'investigations utilisés, la population d'étude et enfin l'analyse des résultats obtenus et la vérification des hypothèses :

-La nature de la qualité de vie des psoriasiques est mauvaise.

-Le regard de l'autre influence sur la qualité de vie des personnes atteintes du psoriasis.

1-La pré-enquête :

La pré-enquête une phase majeur dans le projet de recherche, elle se fait par le biais de l'observation préliminaire des faits afin de collecter le maximum d'informations qui permettent le déroulement de l'enquête.

L'importance de cette dernière apparait dans la définition suivante : la pré-enquête

Est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soit valides, fiables, renseignées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer en meilleur connaissance de cause, des objectifs précis aussi bien finaux que partiels que le chercheur à réaliser pour vérifier ces hypothèses.

(Aktouf. O, 1987 :102)

La pré-enquête nous permet la découverte de notre terrain d'étude et d'enrichir notre thème par des références bibliographiques et de pouvoir limiter et cerner notre thème de recherche, en améliorant nos connaissances sur le sujet d'étude et aboutir à un maximum d'informations. Comme elle nous permet de vérifier la disponibilité des cas et la fiabilité des outils d'investigation.

Notre pré-enquête s'est déroulée au sein du cabinet médical de dermatologie, à cité du 5 juillet BT1 Dwajil à Bejaia. Notre première visite s'est effectuée le 10/10/2018, on a eu une discussion avec la réceptionniste sur la possibilité d'en parler avec le dermatologue pour avoir accès à son cabinet afin d'effectuer notre stage pratique en vue de réaliser notre recherche.

Le docteur nous a permis d'assister à toutes les consultations dermatologiques ce qui nous a servi dans la construction de notre guide d'entretien et aussi cibler notre population d'étude. Après avec l'accord des personnes atteintes du psoriasis, en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin de s'informer sur leur états psychologique, puis appliquer l'échelle de la qualité de vie le SF -36(short-form 36 health survey) pour évaluer l'influence du psoriasis sur leur vie quotidienne.

Au départ on a remarqué une sorte de déni chez certains patients, ce qui a attirer notre attention et a évoqué en nous une curiosité de découvrir l'influence du psoriasis sur la qualité de vie.

Cette pré-enquête nous a permis de construire le guide d'entretien, alors nous sommes dans l'obligation d'assister au moins deux fois par semaine, car les personnes atteintes de psoriasis ne prennent pas de rendez-vous.

2- Présentation du lieu de recherche

Afin de réaliser cette étude, nous avons effectué notre stage pratique au sein de cabinet médicale dermatologie, cité 5 juillet 48-Bejaia qui comprend :

-Un bureau d'accueil où se trouve une secrétaire qui s'occupe des rendez-vous pour les malades.

-Une salle spéciale pour les consultations.

-Deux salles d'attente (une pour femmes et l'autre pour hommes).

-Deux salles : une pour « les soins de peau » et l'autre pour le « laser » bien équipé avec un matériel moderne.

-Une autre salle pour « le peeling ».

3-La méthode de la recherche :

Une recherche scientifique rigoureuse implique le recours à une méthode, le chercheur doit s'assurer de la faisabilité de son thème, a partir de la disponibilité des cas et aussi l'axé au terrain. Alors, cela va lui permet d'expérimenter les données recueillies. Donc une bonne organisation lui est nécessaire au bon déroulement du travail.

Dans le but de la réalisation de notre recherche, nous avons utilisés la méthode descriptive qui est la méthode la plus approprié pour observer, explorer, décrire et interpréter les données dans leurs aspects multidimensionnels.

Nous avons choisis d'utiliser l'étude de cas qui est une méthode descriptive, qui a pour objets l'analyse des modes de fonctionnement d'un

patient : comment se construit son monde interne, comment se fonctionnement opère à partir de ses représentations. **(Ionescu. S, 2013 :65)**

L'étude de cas s'avère particulièrement utile dans les situations où l'on veut éclairer les comment et les pourquoi des phénomènes. Dans les situations où les chercheurs ont peu de contrôle sur les situations ou l'attention est dirigée vers des phénomènes contemporains dans un contexte de vie réel. Comme le dit Scin(1984) : l'étude de cas est appropriée lorsque l'on s'intéresse davantage aux liens dans le temps qui unissent des éléments qu'aux fréquences ou aux incidences et cela plus spécialement lorsque les liens sont trop complexes pour des stratégies d'enquête ou des stratégies expérimentales. **(Chahraoui.k et benny.h, 2003 : 76)**

Grâce à cette méthode, on va essayer de décrire la qualité de vie de personnes atteintes de psoriasis et vérifier nos hypothèses à partir des résultats obtenus de l'échelle de la qualité de vie de chaque cas.

4-Les limites de la recherche

-Notre recherche s'est déroulée au sein d'un cabinet médical de dermatologie qui se trouve à-DAWAJI-Bejaia. Du 01/12/2018 au 31/01/2019

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

-On a utilisé comme outils l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36, et on a adopté la théorie cognitive-comportementale.

5- Population d'étude :

Notre population d'étude est composée d'étude est composée de 05 personnes adultes de sexe différents l'âge varié entre 29 et 61 ans ayant un psoriasis.

- Critères d'inclusion :

- Tout les cas sont des personnes atteintes du psoriasis.

-Critère d'exclusion :

-Le degré de sévérité du psoriasis chez les cas.

-Notre population d'étude présente différents type du psoriasis.

-Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération.

Tableau N° 01 : récapitulatif caractéristique de choix de population :

Cas	Age	Niveau	Situation	Début de la maladie
Fadhila	34 Ans	Universitaire	Pharmacienne	A l'âge de 17 ans
Faham	29 Ans	Secondaire	Chauffeur	A l'âge de 26 ans
Hayat	35 Ans	Primaire	Femme au foyer	A l'âge de 14 ans
Moussa	61 Ans	Secondaire	retraité	A l'âge de 40 ans
Brahim	50 Ans	Primaire	Agent de sécurité	A l'âge de 21 ans

6- Les techniques de la recherche :

Tout recherche scientifique nécessite l'utilisation des outils d'investigation valides qui vont nous permette d'atteindre nos buts. Sachant que notre travail de recherche porte sur la qualité de vie des personnes atteintes du psoriasis, nous avons choisi ces deux outils : le questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36, ainsi que l'entretien semi-directif.

-L'entretien clinique :

L'entretien clinique est donc un entretien qui s'inscrit dans le champ de la relation d'aide. Plus précisément, il a pour objectif l'aide psychologique, qu'il s'agisse de la réalisation de bilans psychologique, de soutien et de conseils

psychologiques ou encore de psychothérapies. L'entretien clinique est effectué par un psychologue clinicien. D'autres professionnels peuvent effectuer des entretiens cliniques, comme les psychiatres ou parfois d'autres personnels soignants (infirmiers) sous la supervision d'un psychologue ou d'un psychiatre.

L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évolution psychique d'un sujet le plus souvent en difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique. Au sein de cette relation, le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet. **(Bouvet.C, 2015 :11-12)**

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

-L'entretien clinique semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquelles il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnées mais au moment opportun de l'entretien à la fin d'une association du sujet.

Dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de

laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, l'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non-directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. **(Bénony .H, Chahraoui.Kh,2013 :16)**

-Présentation de guide d'entretien :

Les informations personnelles du patient

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre profession ?
- Quel est votre situation matrimoniale ?
- Avez-vous des enfants ! Si oui combien ?

Axe N°01 : Informations sur la maladie du psoriasis :

Dans cette partie les questions abordent la santé actuelle du patient (le début de l'atteinte, les causes et les complications de la maladie) et la santé antérieure de patient (facteur héréditaire)

- Depuis quand êtes-vous atteint du psoriasis ?
- Quel est le type de psoriasis –présentez-vous ?
- Quels sont les symptômes qui se sont manifestés au début de votre maladie ?

-
- Quelles sont les causes qui ont provoqué votre état actuel ?
 - Quelle a été votre réaction quand ont vous annoncé que vous êtes atteint du psoriasis ?
 - Avez-vous dans votre famille quelqu'un qui souffre de cette maladie ?
 - Est-ce que votre maladie conditionne votre mode de vie quotidien ?

Axe N°02 : Informations en relation avec la qualité de vie de l'adulte :

Cette ensemble de questions abordent le comportement du patient dans sa vie de tous les jours à savoir son bien-être physique et psychique, ces relations avec autrui, ces loisirs.

- Appréciez-vous les choses de la vie ?
- Votre vie de tous les jours est-elle pleine de choses qui vous intéressent ?
- Avez-vous eu des chocs traumatisants psychiques dans votre vie ?
- Avez-vous des difficultés lors de sommeil ?
- Pensez-vous que vous êtes utile quand on a besoin de vous ?
- Êtes-vous patient de ne pas réaliser vos tâches quotidiennes ?
- Votre problème de peau est-il compatible avec une activité sportive ou loisir ?
- Est-ce que votre maladie est un handicap dans votre vie professionnel ?
- Comment voyez-vous votre avenir ?

Axe N°03 : Informations sur le regard de l'autre envers la personne atteintes du psoriasis :

Dans cette axe on parle de l'impact et du regard de l'autre et le coté relationnel des personnes atteintes du psoriasis.

-Comment trouvez-vous le regard de l'autre ?

-Est-ce que vous trouvez que votre maladie perturbe vos relations avec les autres ?

-Comment vivez-vous votre vie conjugale, familiale et sociale ?

-Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis votre conjoint ?

-Vous sentez vous soutenu et entouré par vos proches ?

-Comment réagissez-vous aux commentaires faits par les autres à propos de votre maladie ?

Tableau N° 02 : les objectifs des axes du guide d'entretien clinique semi-directif

Axe	Objectifs de l'axe
- Informations générales sur le cas	-Pour avoir des informations générales du cas.
- Axe I : informations sur le Psoriasis	-Dans cet axe on parle de l'impacte de psoriasis sur le cas
- Axe II: informations sur la qualité de vie	-Ces questions abordent le comportement du patient dans sa vie quotidienne a savoir son bien être physique et psychique.
- Axe III : informations sur le regard de l'autre.	- Les questions qui consternant le coté relationnelle du cas.

Questionnaire générale de la qualité de vie (SF-36, our short-form 36 health survey).

Définition

Développé durant les années 1980 aux états-unis, dans le cadre d'une étude plus large, Médical Outcome study ou (MOS), le SF36 est une échelle générique de mesure de qualité de vie axé sur la perception par le patient de son état de santé, intégrant à la fois des données sur la subjectivité des patients, mais intègre des axes plus comportementaliste.

Ce questionnaire peut- être auto-administré ou administré par enquêteur, soit par entretiens, etc. Les échelles sont beaucoup plus courtes, auto-évaluatives, concernant plusieurs domaines et dimensions de la qualité de vie. Cette échelle comporte 36 items, explorant 8 domaines différents, qui sont : activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physique, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique.

-Activité physique (Physical functioning) ou PF : question 03 composée de 10 sous questions.

-Limitations dues à l'état physique (Rôle Physical) ou RP : question 4 composée de 04 sous questions.

-Douleurs physiques (Bodily pain) ou BP : questions 7 et 8.

-Santé perçue (General health) ou GH : questions 1, 2, 3, 4, 6 et 8.

-Vitalité (Vitalité) ou VT : question 9 composée de 04 sous-questions (i, e, c, a).

-Vie et relations avec les autres (social functioning) ou SF : questions 6, 10.

-Santé psychique (Mental Health) ou MG : Question 09 composée de 04 sous-questions (h, f, d, g, b).

-Limitations dues à l'état psychique (Rôle Emotional) ou RE : questions 05 composée de 03 sous-questions.

-La composante santé physique évaluée est reflétée par les domaines : Activité physique, limitation dues à l'état physique, douleurs physiques et santé perçue. Chaque domaines ou échelle est exploré par un nombre de questions différent. Les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine. Ce score est obtenu en plusieurs étapes. (Orhan. F, 2009 :32-34)

Analyse de questionnaire généraliste de la qualité de vie :

Calcul des scores du questionnaire SF-36

Les réponses à chaque question donnant une valeur qui est codée entre 0 et 100, l'estimation subjective est basée sur l'échelle de likert, on pose les degrés de 1 à 3, de 1 à 6 hiérarchiquement.

L'appréciation de la qualité de vie est jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieure de degré global de la qualité de vie, les estimations des valeurs se comptent à travers la transformation et est appelée transformation linéaire. Elle repose sur les formules suivantes :

-Les dimensions 1.2.6.8.9 (h, e, d, a),11(c, b) sont cotées de 100.75.50.25.0.

-Les dimensions 4 (d, c, b, a),5(c, b, a),9(i, g, f, c, b), 10, 11(d, a)sont cotées de 0.25.50.75.100.

-La dimension 3 (j, i, h, f, g, e, d, c, b, a) est cotée de 0.50.100

-Les dimensions 7 sont cotées 100.80.60.40.20.0.

Les scores obtenus seront additionnés, puis divisés par le nombre de questions de chaque dimension pour l'appréciation de la qualité de vie, puis on effectue l'addition des degrés, des moyennes, des dimensions obtenues divisée par 8. L'estimation jugée positive lorsque le degré est supérieur, par contre elle est jugée négative lorsque le degré se dégrade.

Tableau N°03 : Modèle conceptuel du questionnaire de la qualité de vie (MOS SF-36)

Questions		Dimensions		Facteurs de second ordre
PF1	3a	Activités physiques	PF	Score résumé physique
PF2	3b			
PF3	3c			
PF4	3d			
PF5	3e			
PF6	3f			
PF7	3g			
PF8	3h			
PF9	3i			
PF10	3j			
RP1	4a	Limitation due à l'état physique	RP	Score résumé physique (PCS)
RP2	4b			
RP3	4c			
RP4	4d			
BP1	7	Douleurs physiques		
BP2	8			
GH1	1	Santé perçue	GH	
GH2	11a			
GH3	11b			
GH4	11c			
GH5	11d			

Questions		Dimensions		Facteurs de second ordre
VT1	9a	Vitalité	VT	Score résumé
VT2	9e			
VT3	9g			
VT4	9i			
SF1	6	Vie et relations avec les autres	SF	
SF2	10			
RE1	5a	Limitation due à l'état psychique	RE	
RE2	5b			
RE3	5c			
	9b 9c 9d 9f 9h	Santé psychique	MH	

(Olivier. G, 2004 : 33)

7- Le déroulement de la pratique :

Notre recherche s'est déroulée dans un (cabinet médicale de dermatologie, cité 5 juillet BT 1 à Dawajil Béjaia), on a commencé par la passation de l'entretien semi-directif puis on a finalisé avec l'application de questionnaire de qualité de vie SF-36 après avoir le consentement des personnes atteintes de psoriasis pour la participation à cette recherche.

Dans notre population d'étude, nous avons rencontré des cas qui ne comprenaient pas la langue française alors, nous avons traduit en arabe ou en kabyle les questions pour arriver à acquérir des réponses.

Synthèse

Pour conclure, ce chapitre méthodologique nous sert à assurer meilleur organisation et planification de notre travail de recherche pour aboutir à des résultats pertinents.

Chapitre IV

Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

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

Préambule.....	75
1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif et du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36.....	75
2-discussion des hypothèses.....	106
Synthèse.....	110

Préambule

Dans cette partie, nous allons présenter les résultats de guide d'entretien semi-directif, puis on va les analyser et ensuite on passe à la présentation et l'analyse du questionnaire de la qualité de vie SF-36.

Cette analyse nous permettra de déduire des synthèses de chaque cas qui vont nous aider à confirmer ou infirmer nos hypothèses.

1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif et de questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36

-Présentation des résultats du guide d'entretien semi-directif de Mme Fadhila

L'entretien avec Mme Fadhila était bien passé, elle a accepté facilement de nous parler sur l'histoire de sa maladie, elle a l'air triste en regardant ses expressions faciales, mais elle nous a fait confiance ce qui nous a permis de récolter le maximum d'information.

Informations générales sur le cas :

Mme Fadhila est une femme de 34 ans, universitaire, mariée et elle a deux enfants un garçon et une fille, elle est pharmacienne et elle est la dernière dans la fratrie.

Axe n° 1 : Informations sur le psoriasis

Dans ce premier axe on a tenté de recueillir des informations sur le psoriasis du cas Fadhila.

Quand on a questionné Mme Fadhila sur le début de sa pathologie, elle nous a informé que ça a débuté lorsqu'elle était au lycée (en classe 1AS) « Cela

a débuté sur mes mains pendant mon adolescence quand j'étais lycéenne ». On a constaté que Mme Fadhila était infecté par le psoriasis quand elle était jeune. Elle dit « j'ai consulté plusieurs spécialistes de la peau qui ont préinscrit des pommades mais sans aucuns résultats surtout durant l'hiver, je me souffre ».

Lorsqu'on l'a interrogée sur le type du psoriasis qu'elle a, Mme Fadhila répond « J'ai un psoriasis en goutte sur les mains, je me gratte souvent, ma peau démange et devient rouge ». Cela indique que notre sujet développe un psoriasis léger sur une partie de son corps.

En parlant des causes qui ont été à l'origine de sa maladie, elle nous a dit:« au début, je n'étais pas au courant de ce qu'il m'a arrivé, j'ai aucune idée sur les raisons, mais après la consultation d'un dermatologue il m'a informé que c'est peut être dû au stress ». Mme Fadhila annonce « j'ai beaucoup de préoccupations, je suis tout le temps stressé ». Cela signifie que le stress peut être un agent déclenchant. Dans ce sens affirme Hans Selye « le stress est une réponse non spécifique de l'organisme aux exigences de l'environnement. Il représente aussi l'état d'un organisme dont le bien être est menacé est qui n'a pas de réponse immédiate pour la réduction de cette menace ».(**Cattraux. J, 2004 : 311**)

Mme Fadhila exprime qu'elle était vraiment choquée d'avoir le psoriasis qu'est une maladie chronique. Elle déclare « ce n'est pas facile de rester toute ma vie avec une maladie pareil ». Selon le cas Fadhila, il n'y a pas de membre dans sa famille qui souffre du psoriasis, témoigne-t-elle. Cela signifie que la maladie de Mme Fadhila n'est pas due aux facteurs héréditaires.

En demandant Mme Fadhila si le psoriasis conditionne le mode de vie quotidien, elle a répondu« en ce qui concerne mon nutrition je n'ai pas un régime à suivre, el lors les activités quotidiennes telle que la vaisselle, le

ménage...je fais très attention et j'évite les produits de détergents car ces derniers aggravent mon état, je suis attentive dans le choix des vêtements, je porte ce qu'est lombaire et j'utilise des savon naturels». Cela signifie l'observance de la patiente (elle respecte les recommandations du médecin)

C'est-à-dire que le psoriasis est comme un obstacle dans sa vie où elle se trouve en difficulté de choisir les produits pour réaliser ses tâches.

Axe n°2 : Informations sur la qualité de vie

Dans ce deuxième axe on va aborder la qualité de vie du cas Fadhila.

Mme Fadhila avance que« ma vie est instable, pas seulement à cause de la maladie mais aussi les problèmes avec le mari qui est alcoolique, je suis perturbé ». Veut dire qu'elle souffre dans sa vie de couple où elle se trouve toujours en conflits. Là, on confirme que son psoriasis est du au stress de la vie de couple.

Par rapport à les chocs traumatisants vécus dans la vie de notre cas , elle nous a dit : « Non, j'ai rien vécu, juste quand le médecin m'a informé que j'ai le psoriasis en gout qu'est une maladie chronique, j'étais vraiment peur ». C'est-à-dire que la patiente est traumatisée. C'est dans ce sens confirme C. Barrois(1988), le traumatisme « est un choc violent, inattendu, lié d'une rencontre avec le réel de la mort, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance et d'absence de secours ». (**Barrois. C, 1988 : 16**)

Puis, on a essayé d'avoir si elle présente des difficultés lors de sommeil Et elle avoue « oui, presque je ne dors pas la nuit, tellement je pense trop je suis vraiment inquiétée ». On a déduit que Mme Fadhila souffre d'un trouble de sommeil.

On a questionné le sujet Fadhila si elle est utile et quand quelqu'un a besoins de vous ? Et elle a dit « oui, bien sur, je suis utile, je suis une femme mariée alors j'ai des devoirs, je m'occupe de mon mari et mes enfants qui ont besoins de moi ».

Mme Fadhila est patiente dans la réalisation des tâches quotidiennes. Elle aime sa profession et elle l'exerce convenablement et le psoriasis comme maladie ne la dérange pas dans son domaine de travail. Mais ce que pose problème c'est les questions des gens sur sa pathologie : « beaucoup de gens ont une curiosité de savoir de quoi je me souffre »

Le cas Fadhila souhaite trouver un traitement qui va l'aider à soulager et avoir un corps comme les autres femmes : « je n'ai pas que la douleur physique mais aussi une souffrance psychique, vraiment j'ai des douleurs insupportables ». On a constaté que Mme Fadhila a un sentiment d'infériorité et manque d'estime de soi. En psychologie l'estime de soi un terme désignant le jugement ou l'évaluation faite d'un individu en rapport à sa propre valeur ; c'est la relation que nous entretenons avec nous même, et elle n'est jamais établie définitivement elle se développe avec les expériences que nous vivons et la maturité que nous gagnons. (Couzon. E, 2012 :15)

Axe°3 : Informations sur le regard de l'autre

Après avoir interrogé Mme Fadhila sur le regard de l'autre par rapport à sa pathologie, elle dit que : « Les gens me voient bizarre à cause de mon état physique, ils pensent que cette maladie est contagieuse, Vraiment j'ai un sentiment de dégoût, tristesse, honte car je me sens un manque ».

Selon Mme Fadhila «le psoriasis perturbe mes relations. Ces derniers temps je n'ai même pas envie de visiter mes proches, même dans les occasions, enfin c'est les conditions »exprime-t-elle.

La patiente nous a décrit sa vie conjugale, familiale et sociale, comme suit : «Mon mari est compréhensif, mais au sein de ma famille ya des membres qui pensent que cette maladie est contagieuse, alors je m'isole et je mets mes trucs propres à moi. Y'a des gens qui me regardent bizarre et parlent sur mon état et ça me dérange ».

Vers la fin on la interroger sur sa réaction aux commentaires fait par les autres à propos de sa maladie, elle a répondu par : « ça m'énerve mais je répons à leurs questions juste pour les éviter». Donc le cas Fadhila évite le maximum d'en parler sur sa pathologie.

D'après ses dires, le regard de l'autre a un impact sur la qualité de vie.

-Présentation et analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 de Mme Fadhila

Tableau N°04 : Présentation des résultats du questionnaire SF-36 de Mme Fadhila.

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV GLOBALE
QDV	65	50	80	25	50	50	58.38	50	47.29
MOS SF- 36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	70.38	64.30

La qualité de vie globale est évalué à 47.29 elle est basse par rapport au score moyen référentiel du SF-36 qui est de 64.30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation très élevée dans la dimension suivante :

-Douleurs physiques(BP) qui est $80 > 70.83$

Ensuite une estimation proche de celle du SF-36 dans les dimensions suivantes :

-Activité physique (PF) qui est $65 < 70.61$

-Limitation due à l'état physique (RP) qui est $50 < 52.92$

-Vitalité(VT) qui est $50 < 52.15$

Puis, une estimation basse dans la dimension suivante :

-Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $58.38 < 65.78$

Et enfin des estimations très basses dans les dimensions suivantes :

-Santé perçue (GF) qui est $25 < 56.93$

- Vie et relation avec les autres (SF) qui est $50 < 78.77$

-Santé psychique (MH) qui est $50 < 70.38$

-Analyse du questionnaire de la qualité de vie pour le cas Fadhila :

La qualité de vie de Fadhila est perçue à 47.29, elle est basse en comparaison avec le score référentiel qui est 60.30. Une évaluation bien exprimée dans la dimension suivante : douleur physique (80). Bien que dans les trois dimensions demeurent proches de la norme: activités physiques (65),

limitation due à l'état physique (50) et la vitalité (50). Avec des estimations basses dans les dimensions : limitation due à l'état psychique (58.38), santé perçue (25), vie et relation avec les autres (50) et enfin santé psychique (50) par rapport à la norme.

D'après la cotation des résultats, on est arrivé à soutenir que la patiente a une mauvaise qualité de vie.

Synthèse

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOS SF-36 on a constaté que Mme Fadhila présente une mauvaise qualité de vie physique et psychique avec un score de 47.29 et cela est due à son état physique et les sentiments de honte, de dégoût et de tristesse qu'elle ressent ce qu'a perturbé ses relations avec les autres.

-Présentation et analyse des résultats de l'entretien clinique semi-directif de Mr Faham

Pendant l'entretien le sujet était dynamique, à l'aise, il s'est comporter comme il était chez lui, il nous a donné l'accord de participer à notre recherche et de répondre à nos interrogations sans aucun soucis.

- Informations générales sur le cas

Mr Faham, un jeune homme de 29 ans, il a un niveau d'instruction 3 Am moyen, fiancé, chauffeur.

Axe n°1 : information sur le psoriasis

Dans ce premier axe, on a essayé de récolter quelques informations sur la maladie du psoriasis de Mr Faham.

Lorsque on a interrogé Mr Faham sur le début du psoriasis, il nous a dit : « asmi is3igh 26 ans ivdayid am des traces tichevhanin puis rouges gfasniw d tghemriniw wahi tgechrariw ». (A l'âge de 26 ans il m'a commencé comme des plaques blanches puis rouges aux niveaux des mains, des coudes, et aussi des genoux).

Ce que concerne le type, le cas Faham présente le psoriasis en plaques et il a déclaré que « ivdayid am des plaques blanches mais avec le temps qlant rouges yarna aksoumiw itoqchar, ithettiwi grave surtout gla période n chetwa ». (Cela commençait comme des plaques blanches ensuite deviennent rouges, et ma peau sa démange, je me gratte souvent surtout à l'hiver).

On a voulu savoir les causes qui ont provoqué son état actuel, il nous a répondu : « balak dla pression toujours dakhdam, ulach ak asta3fou... ». (Peut être c'est la pression, je travaille souvent et je n'ai même pas le temps pour reposer).

Mr Faham annonçait qu'il était choqué d'être atteint d'une maladie chronique à cet âge « welleh asmi ydina tviv urutkessara ikkel chokigh, pusc hed uthyes3i ghornegh ». (Quand le spécialiste m'a informé que j'ai un psoriasis j'étais vraiment choqué car y'a personne qui souffre de cette maladie dans ma famille).

Cette maladie étonne le patient parce que c'est le premier d'être atteint dans sa famille ce que veut dire qu'il n'a pas hérité cette pathologie.

Ensuite on a cherché à savoir si le psoriasis dérange et conditionne la vie de cas, on a trouvé que Mr Faham a changé ses habitudes à cause de cette maladie en disant : « oui, c'est sur, obligé adeswivigh le traitement iydifka tviv alors havsegh akeyaf ndukhan, taqreh ak dles épices ». (Oui, j'ai un traitement à suivre où je m'arrête de fumer et j'évite les épices et les repas piquants). Donc le cas Faham est observant, il respecte les conseils du médecin.

Axe n°2 : Informations sur la qualité de vie

On a commencé cet axe en demandant de cas Faham de décrire son appréciation dans sa vie, « welah ar digutigh ak ikechmeyi l3edzan fkullech karhegh imaniw akkayi, qlegh karhagh ikkel azregh hed » lance-t-il. (Je n'ai pas d'envie, je déteste mon état, je déteste de voir quelqu'un que je connais).

Donc le psoriasis dérange Mr Faham et il le pousse à s'isoler et éviter le contact avec ses proches et ses amis.

Mr Faham témoigne que à l'âge de 17 ans, il a eu un événement terrible que s'est passé en décrivant : « iiiiih, asseni jami athetugh, nekhdem accident guvrid en famille andi vava yughal hendicapi ». (C'était un jour inoubliable, nous avons eu un accident de route dont lequel mon père devenue un handicap). Cette expérience a laissé une trace.

Concernant les troubles de sommeil, il affirme que « uganghara akken igqwem la3cha ithettiyi, tkhemimegh bzaf pusc dneki dresponsible gkham ». (Mon sommeil est perturbé, le moindre petit bruit me réveille, les plaques me grattent, et je pense sur beaucoup de choses car je suis le responsable de ma famille), c'est pour ça il nous a dit qu'il se sent utile et sa famille a besoin de lui où il a avoué que : « dneki adamoqran wekham kullech feli igvna, en plus qriv tameghraynu ulach hed ara yi3awnen siwa neki, aqli strissigh grav ». (C'est moi

le responsable de ma famille et toute est sur moi, en plus mon mariage rapproche et je suis tout seul sans aide, je suis tellement stressé). On a constaté que Mr Faham a une charge dans sa vie.

Par la suite on a accosté la question suivante, êtes-vous patients de ne pas réaliser vos taches quotidiennes ? Il atteste: «tqaliqagh mara utfakaghara chughliw, meme si halkagh obligé feli adkhadmegh, karhegh adqimegh bla lkhudma nigh adevdu lhaja atejagh tazgant». (Malgré je suis malade mais je fais tout et je déteste de rester sans faire rien ou de commencer une tache sans la compléter ».

On a déduit que Faham n'est pas patient de ne pas réaliser ses taches quotidiennes.

. Il a signalé comme point « Mara dnahregħ l camion ithettiyi apres utafghara akkel amk adkamzegħ en plus yo3erryi lhal amk akhdmagh dwa guelmahel pusc tout le temps g vrid machi amina igtilin gkham ». (Lorsque je conduis le camion, je me gratte difficilement et je n'arrive pas à prendre les médicaments car je suis tout le temps en route, pas comme celui qui a l'occasion d'entrer à tout moment chez lui).

On a constaté que le psoriasis handicape de vie professionnelle de cas.

Axe n°3 : Informations sur le regard de l'autre

Dans ce dernier axe, on a cherché de savoir comment le regard de l'autre influence sur le sujet, Mr Faham nous a dit que « itghidyi lhal mara detwalin akken għori wadhadren feli, qarnas : wali kan ar wihin, zer kan amk igmoug... ». (J'ai un complexe quand quelqu'un me regarde d'une façon anormale et parle de moi : regardez comment est-il).

On a remarqué que le cas Faham se sent triste à propos de son image de corps parce que depuis sa maladie les gens au tour de lui l'évite en disant « gmi halkegh akka mdan ikkel raglen feli nwanass itantadh au point yela mnhu igtagaden adissalem feli wlhar itghid lhal, siwa takhtivthiw du khamnegh idufigh arthamaw wama ni les proches ni les amis ». (Depuis que j'ai été infecté par le psoriasis, tout les gens m'évitent, ils pensent que c'est une maladie contagieuse, y'a ceux qui ne peuvent même pas me serré la main, mais j'ai ma fiancée et ma petite famille qui sont toujours à mes cotés, malheureusement ni les proches ni les amis).

On a observé que le psoriasis perturbe ses relations avec les autres. Et que malgré sa maladie chronique sa fiancée accepte son état actuel et elle est toujours avec lui, donc il était marginalisé par la société et a trouvé le soutien familial.

Comme dernier point on a interrogé le patient sur la façon dont il réagit aux commentaires des gens où il nous a affirmé que « amdinigh seh kan utripondayegh ihed, anechtha dayen iyi3nan neki kan ». (Sincèrement je ne suis pas obligé de répondre à quelqu'un, c'est personnel). On a observé que Mr Faham est effondré et il souffre vraiment au niveau psychique.

-Présentation et analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 Mr Faham

Tableau N°5 : présentation des résultats du questionnaire MOS-SF36 de Mr Faham.

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV GLOBALE
QDV	80	68.75	55	45	56.25	62.50	58.33	60	60.72
MOS SF- 36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	70.38	64.30

-La qualité de vie globale est évalué à 60.72, elle est proche par apport au score moyen référentiel du SF-36 qui est de 64.30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation élevée dans les dimensions suivantes :

-Activité physique (PF) qui est $80 > 70.61$

-Limitation due à l'état physique (RP) qui est $68.75 > 52.92$

En suite des estimations proche dans les dimensions suivantes :

-Vitalité (VT) qui est $56.25 > 52.15$

-Limitation due à l'état psychique(RE) qui est $58.33 < 65.78$

Enfin, des estimations basses dans les dimensions suivantes :

-Douleur physique (BP) qui est $55 < 70.83$

-Santé perçue(GH) qui est $45 < 56.93$

-Vie et relation avec les autres (SF) qui est $62.5 < 58.77$

-Santé psychique(MH) qui est $60 < 70.38$

-Analyse du questionnaire de la qualité de vie pour le cas Faham :

La qualité de vie globale est perçue à 60.72, elle est déçue en comparaison avec le score référentiel de MOS SF-36 qui est de 64.30. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions (PF) qui est de (80), (RP) qui est de (68.75). Bien que dans les deux dimensions demeurent proches de la norme : (VT) est (56.25), (RE) qui est (58.33). Par contre les dimensions (BP) est (55), (GH) est (45), (SF) est de (58.77) et enfin (MH) qui est (60) qui sont inférieurs par rapport au score référentiel.

D'après la cotation des résultats, on est arrivée à repérer que la patiente à une mauvaise qualité de vie.

Synthèse

On conclut à partir de l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats de l'échelle MOS SF-36 que notre cas présente une mauvaise qualité de vie avec un score de 60.72 et cela renvoie à son image de corps et ses perturbations avec son entourage.

-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif de Melle Hayat

Au début de l'entretien la patiente Hayat était timide par rapport à son regard, elle a resté un bon moment sans dire rien, mais avec le temps elle a commencé à exprimer son état en répondant sur nos questions.

Informations général sur le cas

Melle Hayat, femme de 35 ans, de niveau scolaire 3 année primaire, célibataire, épais à la maison et elle est la dernière dans la fratrie.

Axe n°1 : Information sur le psoriasis

Comme première étape, nous avons discuté avec Melle Hayat et nous avons essayés de collecter des informations sur sa pathologie.

Quand on a interrogé Melle Hayat sur le début du psoriasis, elle disait « ivdhayid am tahkumt gqaroyiw asmi ligh 14 sna ». (Ca a débuté lorsque j'ai 14 ans, comme des pellicules au niveau de cuir chevelu).

Le type que présente Melle Hayat est le psoriasis vulgaire sévère où tout son corps est touché en disant « inayid s3idh psoriasis vulgaire, icouvriyi ikkel ». (Le spécialiste la informé qu'elle a un psoriasis vulgaire qu'est difficile à traiter) ce que a déclenché après un rhumatisme psoriasique.

Elle a cité quelques symptômes « Zer amk imougegh iqchar akk uksoumiw, dazegagh, ithettiyi » (Regardez moi comment il me couvre par sa couleur rouge, il me gratte souvent, sa démange). Donc Melle Hayat souffre et son état physique influence sur son état psychique.

On a questionné le cas Hayat sur l'origine et les causes qui ont déclenché sa maladie, elle nous a répondu par : « welah mazrigh ak amk iydimoug asmi iydivda yela chituh kan, mais après gmi temouth yema s 40 nyoum kan vava i3awed zwaj irna yesufghagh ikkel g kham, gmaren kan lahlakiw isobed ikkel ghelcoriw, tviv inayeid bzf itqaliqat gmanim ». (Cette maladie commence légèrement au niveau de ma tête, mais après 40 jours de la mort du ma mère,

mon père remariait et il nous a dégagé de la maison, ainsi que le médecin me dit que je suis trop angoissée).

D'après Cela on comprend que le cas a vécu un événement pénible qui a une impression sur son état psychique et qui a aggravé son état physique ce que soulève son inquiétude.

Et lorsque sa maladie commence à s'aggraver elle a consulté un spécialiste de la peau. Elle nous a dit : « après lmouth yema, rohegh ar tviv iwakken aydifk dwa ara yissahlun. Mais jamais khedmeghd gelbaliw aydyini beli lahlakayi adiqim zgui a vie, asmi ydina belli uhelughara khel3egh, hussegh idunith tadhyaq feli, ufhimegh walo, wlhar heznagh ». (D'après la mort de ma mère, j'ai consulté un dermatologue pour me préinscrit du traitement qui détend ma souffrance, mais je n'ai jamais imaginé que cette maladie est chronique et elle va m'accompagner tout long du ma vie, j'ai ressenti comme c'est le monde se rétrécissait autour de moi, j'ai rien compris, j'étais vraiment triste).

Donc le cas Hayat refusait, niait et ne voulait pas croire ce qu'elle a arrivé. Elle est sous le choc d'être atteinte d'une maladie chronique. On a remarqué sorte de déni chez la patiente qu'est« action de refuser la réalité d'une perception vécu comme dangereuse ou douloureuse pour le moi ». (**Ionescu. S, 2005 : 167**)

En suite, on a interrogé Melle Hayat si il y'a des membres du sa familles qui sont atteintes du psoriasis et elle nous a répondu par : « ulach uma dhed ak, siwa neki ». (Y'a personne, sauf moi).

Alors qu'elle n'a pas hérité cette maladie et on peut dire que le psoriasis est lié aux problèmes qu'elle a vécu.

On a voulu savoir si le psoriasis conditionne la vie de Melle Hayat, on a trouvé que la malade a changé beaucoup de choses dans sa vie en disant : « gmi halkegh akkagi lhayatiw ikkel tanveddal, qlegh khedmagh rijim, havsegh les déodorants, tlussugh lahwayej netqotnith, qlegh ukhedmeghara lmakyage ». (Depuis que j'étais infectée par cette maladie, ma vie a été changée, j'ai abandonné plusieurs choses : le make-up, les déodorants alcooliques, je porte des vêtements en coton et tellement je suis grosse le docteur m'a obligé de me faire un régime alimentaire).

C'est-à-dire le psoriasis conditionne la vie de Mlle Hayat.

Axe n°2 : Informations en relation avec la qualité de vie

Dans ce deuxième axe, on a intéressé à la qualité de vie de cas.

En questionnant Melle Hayat sur l'appréciation des choses de la vie, elle affirme « lhayatiw complet siwa lhem dlahlak kru yisafrah ikkel toujours digoutigh... lahlakayi idirenjiyi grav hussegh imaniw qriv adetradhqagh akhater dwa ara ydifk tviv uydchedam kra ». (J'ai que des problèmes et des maladies, rien ne me plait dans ma vie...cette maladie me dérange, je me sens que je vais exploser parce que les traitements n'a abouti à aucun résultat). De là on déduit que le psoriasis détruit la vie de Melle Hayat, elle n'a plus du goût de vivre.

D'après Le choc qu'elle a vécu déjà concernant la mort de sa mère, elle nous a ajouté que « haznegh mlih imi themouth yema, toujours tkhemimagh fellas kul mara demakthigh beli temouth itrohou uzgan zgwi, uzmirghara ilmouthis ». (Dès la mort de ma mère j'étais tellement triste, je pense toujours à elle et je me perds lorsque je me souviens de sa mort, je ne supporte pas sa mort). Elle n'arrive pas à dépasser son deuil « un état de perte s'accompagne d'une tristesse et de douleur morale qui peut avoir des conséquences à la fois sur

le psychisme sur le somatique et dans le domaine de sociale. (**Bioy. A et Fouques. D, 2002 : 294**)

On a observé que le cas est complètement effondré car elle souffre physiquement et psychiquement.

Cette souffrance qui a influencé son sommeil en décrivant : « uzmirghara adetsagh à l'aise, ithettiyi mlih c'est pour ça thussugh imaniw 3yigh yarna qalvegh atass mara detsagh ». (Je ne dors pas confortablement car il me gratte tellement, je me sens souvent fatigué et je bouge trop lors de sommeil).

Quand on a questionné la malade si elle pense qu'elle est utile et si y'a quelqu'un qui l'a besoin, elle a répondu par : « eyyy hedu yihmil 3yan ikkel zgui surtout mihalkegh akka ». (Non, personne ne m'aime, je me sens pas qu'il y'a personne a besoin du moi).

D'après la façon dont elle a parlé on a déduit qu'elle se méprise elle-même à cause de sa maladie chronique.

Un autre point qu'on a touché, est elle patiente de ne pas réaliser ses tâches quotidiennes et elle nous a répondu par « qlegh 3edzagh ikkel fechghal gukham, tura uytuqi3ara ama fukagh chughliw ama khati, 3yigh ikkel ». (Je suis devenue incapable d'accomplir mon travail à la maison, je m'en fiche de savoir si ça se termine ou pas, je me sens fatigué).

Concernant les activités sportives et loisir, elle nous a dit : « ukhemeghara sport akhater uzmirghara ». (Je n'exerce aucune activité sportive, je ne peux pas»).

Pendant son témoignage, elle affirme que son avenir est effrayant «wachu l'avenir ! ugadegh ayughal dyer lahlak, »lance-t-elle. (Je n'ai aucun avenir, j'ai peur)

Mlle Hayat parle lentement avec une basse voix, elle est vraiment désespérée.

Axe n°3 : Informations sur le regard de l'autre :

On a dévoué ce dernier axe pour récolter des données sur le regard de l'autre.

D'après avoir questionné Melle Hayat sur le regard de l'autre concernant sa maladie (le psoriasis), Elle a commencé à exprimer « Ahlil mara tedugh gvera ihsavyid rebi mdan ak tallayend ar ghor, tasthehigh adizer yiwen lahlakiw nigh aydihdar fellas, 3la jal wanechta itghamayegh gkham kan, uhmilghara adfghagh vera ». (Quand je marche dehors je me sens que tout le monde me regarde, j'ai honte que quelqu'un remarque ma peau ou de me parler sur ma maladie, c'est pour ça j'évite de sortir de la maison).

Le regard de l'autre dérange notre patiente, donc le psoriasis perturbe ses relations avec les autres.

En suite on a essayé de recueillir quelques informations sur son mode de vie dans sa famille et la société, la patiente commence à parler et ses yeux se remplissent de larmes, dit que « taswihthayi t3ichigh wahid degma tmatothiss amdinigh karhegh imaniw dhina, ijem3iyi snig wuliss kan, akhater ayethma nitan ak janiyi hedu udisaqsay feli mat3ichegh nigh khati, tghimigh gkham kan jami adrohegh akka ar tmaghRiwin nigh adatsagh g kham nhed et en cas fgheghad ar vera tcouvrigh ak imaniw ». (Je vis avec mon frère et sa femme, ils me poussent toujours à sentir que je suis humilié, mes frères m'ont laissé toute

seul et ils s'en fiche de moi, j'évite de sortir ou d'assister aux fêtes de mariages et en cas de déplacement je me couvre tout).

On a remarqué que le cas s'isole et évite le public car elle est honte de son image corporelle. Selon Chamoun. L « la perturbation de l'image de corporelle entraine des troubles émotionnels avec l'imitation de la sphère affective prédominante de l'anxiété, de la honte et de l'évitement ». (Madjlani, C, 2017 : 09)

En fin, comme dernière question posée à notre sujet est à-propos de sa façon dont la quelle elle réagit aux commentaires des autres, Melle Hayat a déclaré que « wihar tnughneyi lahdour nmedan ». (Vraiment les paroles des gens me tuent).

Donc elle se sent très gêné par les jugements des autres.

-Présentation et analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 de Melle Hayat

Tableau N°6 : Présentation des résultats du questionnaire MOS SF-36 de Melle Hayat.

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV GLOBALE
QDV	55	43.75	10	52.50	37.50	37.50	33.33	45	39.32
MOS SF- 36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	70.38	64.30

La qualité de vie globale est évalué à 39.32, elle basse par apport au score moyen référentiel du SF-36 qui est 64.30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation très basse dans les dimensions suivantes :

- Douleurs physiques (BP) qui est $10 < 70.83$
- Vitalité (VT) qui est $37.5 < 52.15$
- Vie et relation avec les autres (SF) qui est $37.50 < 78.77$
- Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $33.33 < 65.78$

Ensuite une estimation basse dans les dimensions suivantes :

- Activité physique(PF) qui est $55 < 70.61$
- Santé perçue (GH) qui est $52.50 < 56.93$
- Santé psychique (MH) qui est $45 < 65.78$

Enfin une estimation proche dans la dimension suivante :

- Limitation due à l'état physique (RP) qui est $43.75 < 52.92$

-Analyse du questionnaire de la qualité de vie pour le cas Hayat :

En se référant aux scores parvenus de questionnaire MOS SF-36, la qualité de vie de Melle Hayat est estimée à 39.32, elle est très basse comparativement au score référentiel 64.30. Evaluation bien exprimée dans les huit dimensions qui montre la dégradation des niveaux de ces dimensions par rapport aux moyens référentielles du SF-36, qui veut dire que la qualité de vie de Melle Hayat d'après les résultats obtenus, on est arrivée à souligner qu'elle a une mauvaise qualité de vie.

Synthèse

En guise de synthèse, on a constaté d'après l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats de l'échelle MOS SF-36 que Melle Hayat présente une mauvaise qualité de vie avec un score 39.32 car elle souffre des difficultés dans sa vie quotidienne sur le plan physique, psychique, et relationnel.

-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif de Mr Moussa

Notre sujet semble mal à l'aise, stressé, il a resté un bon moment sans dire rien, il a pris beaucoup de temps pour qu'il a commencé de parler de sa maladie.

-informations générales sur le cas :

Mr Moussa, âgé de 61 ans, marié, il n'a pas d'enfant, retraité et possède un niveau de 4 AM année primaire.

Axe N°01 : Informations sur la maladie du psoriasis :

Dans cet axe intitulé informations sur le psoriasis on a essayé de recueillir des renseignements sur cette pathologie.

Quand on a questionné Mr Moussa sur le début de sa maladie, il ajoute «Ivdayid achehal aya, g lwakth ni n l irhab, gimaren nek aka » (j'ai le psoriasis depuis longtemps en période de terrorisme depuis je suis comme ça). D'après ces dires on a constaté que cette période a une influence sur l'état psychique de notre cas, il a été traumatisé par les événements de cette période difficile. Mr Moussa rajoute« kherla igtran, you3ar lhal ». (Il s'est passé beaucoup de choses, c'est vraiment terrifiant). Mr Moussa ressent une peur liée au passé.

Tant que on a demandé à Mr Moussa le type du psoriasis qu'il présente, il a répondu « wissen,oussinghara »(je ne sais pas » alors notre cas ignore le type de psoriasis qu'il a mais d'après notre recherche on a découvert que il a un psoriasis erythodermique .

Ce que concerne les symptômes le cas Moussa avoue : « ithetiyi takalagh ak dazegagh » (il me gratte, ma peau devienne rouge) et sa réaction était un refus « imi 3elmagh faq3agh ». (Quand le dermatologue m'a informé, j'étais déçu), Mr Moussa n'arrive pas a supporter, il a refusé la maladie, il s'est effondré et il ajoute que« oulach win yes3an lahlak ayi g lfamilyaw siwa nek ». (Personne n'a cette pathologie dans ma famille sauf moi). On déduit que sa pathologie n'est pas due à une prédisposition génétique.

Le cas Moussa déclare que le psoriasis conditionne sa vie de tout les jours « uglaqara adsirdagh s waman ihman mlih nagh adskhadmagh le savon, parfum shampoing ... ilak ahendaghegh ar le pharmacien ». (Il est déconseillé pour moi d'utiliser l'eau chaude et aussi des produits comme le savon, les parfums, les shampoings ...il faut que je les achète chez un pharmacien).

Axe N°02 : Informations sur la qualité de vie :

Ce deuxième axe contient des informations sur la qualité de vie de Mr Moussa.

On interrogé le cas moussa sur l'appréciation des choses de la vie, il a témoigné que la vie est compliqué ; il a des choses que perturbe son état de santé, sa situation économique difficile et aussi les conflits « dounith ayi thou3ar, lahlak del mahna arnou lham libad soufla». On a remarqué une certaine détresse chez lui.

En suite on a demandé à Mr Moussa si il y'a des choses qui l'intéresse et il nous a répondu : « ih, hemlagh adrohegh ar lakhla, tseyidhegh, ... ». (Oui, j'aime l'agriculture et la pêche...). Donc, il essaie toujours de combler le vide en pratiquant quelques activités.

A propos du sommeil, Mr Moussa éprouve des difficultés d'endormissement notamment les réveils nocturne qui le fatigue « wayi idaproblamiw yakan, uganagh ara bien akhater akesoumiw ithetiwi ,yarna temkthayeghed ayen is3adagh g lwakth nil irhab ,targough yer thirga »(c'est ça mon problème, je ne dors pas la nuit tellement je me gratte en plus je pense souvent aux évènements passés dans la période de terrorisme, je voie des cauchemardas). C'est-à-dire que le cas Moussa est traumatisé, à cause de ce que s'est déjà passé. C'est dans ce sens « le trauma veut dire blessure, le traumatisme renvoie à un choc, une effraction par un agent extérieur, le dérangement d'un système fermé ». **(Robinson. B, 2005 : 93)**

Le cas moussa lance qu'il se sent utile, Notre sujet a répondu « ih lan wid iyouhdaghen, thamtouthiw dimawlaniw » (oui je me sens utile ma femme et mes parents ont besoin de moi). De cela on constate Mr Moussa a une bonne relation avec l'environnement familiale.

Le cas Moussa n'est pas patient de réaliser ses taches quotidiennes, en disant « Mara khedmagh kra teklikagh iwaken adfakagh, tiswin tajagh lcheghaliw dizegnan » (je suis souvent inquieté lors de la réalisation de mes taches quotidiennes), donc il souffre du stress qui infirme sa vie).

Concernant sa vision envers son avenir, Mr moussa n'a aucun espoir de guérir sa maladie « lahlakiw zrih machi dayen adihlun ghef aya ouythouki3 ara ». (Enfin, je sais que c'est une maladie qui va m'accompagné tout au long de

ma vie). D'après ses paroles il est découragé, déçu. On a déduit que Mr Moussa n'a aucun espoir.

Axe N°03 : Informations sur le regard de l'autre :

Nous allons aborder ce dernier axe qui touche le regard de l'autre.

Ce que concerne le regard de l'autre, le cas Moussa nous a dit que « talayniyid s yer itili, tewalinyi khoulfagh ghef wiyad » (ils ont un mauvais regard envers moi, ils me voient différent par rapport aux autres) et c'est la raison qui le pousse à s'isoler, éviter le maximum le contact avec eux, veut dire que sur le plan sociale n'a pas des bonnes relations, il n'est pas bien mais il a le soutien familiale « j'ai une femme qui m'aime et une famille qui me respecte et qui m'accepte tell que je suis et ça me suffit »

Mr Moussa ajoute que les remarques faites par les autres lui dérangent « teqaliquenyi s lahdour nesan » (leurs commentaires me touchent énormément). Donc le regard de l'autre a une influence sur la qualité de vie de notre sujet.

-Présentation et analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 de Mr Moussa

Tableau N°7 : Présentation des résultats du questionnaire SF-36 de Mr Moussa.

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV GLOBALE
QDV	50	18.75	35	56.25	62.50	50	50	50	46.56
MOS SF- 36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	70.38	64.30

La qualité de vie globale est évalué à 46.56, elle très basse par rapport au score moyen référentiel du SF-36 qui est de 64.30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation élevée dans la dimension suivante :

-Vitalité (VT) qui est $62.5 > 52.15$

Puis, une estimation proche de celle du SF-36 dans la dimension suivante :

-Santé perçue(GH) qui est $56.25 < 56.93$

Ensuite, une dimension basse dans la dimension suivante :

-Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $50 < 65.78$

Enfin, des estimations très basses dans les dimensions suivantes :

-Activités physiques (PF) qui est $50 < 70.61$

-Limitation due à l'état physique (RP) qui est $18.75 < 52.92$

-Douleur physique (BP) qui est $35 < 70.83$

-Vie et relation avec les autres (SF) qui est $50 < 78.77$

-Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $50 < 65.78$

-Analyse du questionnaire de la qualité de vie pour le cas :

Après le dépouillement de questionnaire de qualité de vie. On constate que la qualité de vie globale de cas Moussa est mauvaise d'un score 46.56 en comparaison avec le score référentiel de MOS SF-36 qui est de 64.30, qui veut dire l'évaluation est bien exprimée dans la dimension (VT) qui est de (52.15).

Bien que les autres dimensions sont très basses par rapport à la norme, (PF) est de (50), (RP) est de (18.75), et (BP) qui est de (35).

D'après les résultats obtenus, on a constaté que le patient a une mauvaise qualité de vie.

Synthèse

D'après l'entretien semi-directif et les résultats obtenus dans l'échelle MOS SF-36 on a constaté que Mr moussa présente une qualité de vie mauvaise avec un score 46.56. Cela est dû à des perturbations au niveau psychique et physique dont il présente un stress et une peur intense qui lui faisait complètement désespéré.

-Présentation et analyse des résultats du l'entretien semi-directif de Mr Brahim

Au cours de l'entretien, Mr Brahim était très confus et actif, quand on lui a demandé de nous parler sur sa maladie, il a accepté facilement.

-Informations générales sur le cas :

Mr Brahim âgé de 50 ans, marié, père de trois enfants, possédant un niveau d'instruction de 1 année moyenne, cuisinier.

-Axe N° 01 : Informations sur la maladie du psoriasis

Dans ce premier axe, on va récolter des informations sur le psoriasis.

Quand on a interrogé le cas Brahim sur le début de sa maladie, il nous a répondu « imougyid safi 20 sna, ivdhayid dles taches g3abotiw, imaren ussinghara dachu dlahlakayi ». (Je souffre de cette maladie depuis 20 ans et ça a débuté au niveau ventre et le dos comme des taches).

Puis on a demandé à Mr Brahim le type du psoriasis qu'il présente, il a déclaré qu'il a un psoriasis en goutte. «s3igh un psoriasis en gout » dit-il.

Ce que concerne les symptômes, le cas Brahim avoue «les taches ni thettantiyi tughalant tizgaghin ». (Les taches rouges me grattent souvent). Et sa réaction lors de l'annonce de la maladie c'était un dégoût où il a exprimé que « miydina tviv beli lahlakayi uritjara amdinigh essah digutigh akhater gthura neki tizli yarna wsn adikess nigh khati ». (Lorsque le médecin m'a informé que c'est une maladie chronique j'avais peur). On a constaté le cas Brahim présente certaine inquiétude.

Le sujet ajoute qu'il ne sait rien sur l'étiologie de cette maladie, mais après une période de traitement le médecin suggère que peut être qu'il a hérité cette pathologie par ce que le père est aussi atteint du psoriasis en disant « welah mazrigh ma3na mi irohegh gh tviv inayid yezmar lhal beli héréditaire akhater yes3ath vava ». Donc on peut dire que cette maladie peut être due à un facteur héréditaire.

On a questionné Mr Brahim si le psoriasis conditionne sa vie, il avance que : «ih, mara dewchegh iqarhiyi uzmirghara adhukegh aksoumiw ». (Oui, quand je me douche je ne peux pas froter ma peau par ce que ça me fait mal). Alors on déduit que la maladie conditionne la vie de Mr Brahim.

Axe N° 02 : Informations sur la qualité de vie

Ce deuxième axe est consacré aux informations avec la qualité de vie du cas.

On a interrogé Mr Brahim sur l'appréciation des choses de la vie, il annonce (ih, aqlin très bien hamdulah, dakheddham, s3igh arawiw sefrahniyi».

(Oui, je suis très bien, je travaille, j'ai des enfants et c'est la chose que me rend heureux). Donc il est satisfait de sa vie.

Mr Brahim n'a pas vécu un choc traumatisant dans sa vie « ulache dachu yidhran ichokiyi » exprime-t-il. Il déclare qu'il a des difficultés à propos du sommeil en disant : « mara detsagh trispirigh bessif, twakhnaqegh ». (Lors de sommeil je respire difficilement).

Lorsque on a questionné le cas Brahim s'il est utile, il a dit « ih bien sur, khedmegh kra yellan 3lajal wekhamiw ak dwiyadh ». (Oui bien sur, je fais l'impossible pour satisfaire ma famille et aussi même pour les autres personnes qui ont besoins de moi). On a constaté que le patient fait son rôle convenablement et assume sa responsabilité envers son entourage.

Le sujet Brahim est patient de ne pas réaliser ses taches quotidiennes, oui il avoue « mara khedmagh chghel tqaliqagh adfakegh ». (Je m'inquiète si je ne réalise pas mon travail, je me trouve perturbé).

Selon Mr Brahim a raconté que malgré son état de santé, il a l'espoir dans la vie et il attend des bonnes choses qui vont venir « aqli halkagh mais hamdulah, saramegh siwa ayn yelhan aradyassen ».

Axe N°03 : Informations sur le regard de l'autre

Mr Brahim ajoute que « jusqu'à présent personne n'est au courant de ce que me souffre tellement le psoriasis ça débuté dans des zones intime où les autres ne peuvent pas le voir sauf sa femme et il rajoute que cette dernière lui fait des soins, pommades, gel malgré qu'elle se sent en dérangement ». (Thura yiwen mayzra lahlakiw akhater ivdayid gmetqan anida uzmirnara athidwalin siwa thamtouthiw igzran akhater dnetath iydekhman dwa).

Sur le coté relationnel, le cas Brahim atteste « t3ichegh bien tmetothiw d la falmille daghen, lahlakayi uyijinara, tqadaregh ak meddan nuhni daghen yarna hamlanyi ikkel, ulach achu isankhdmagh dirith ». (Je suis bien j'ai des bonnes relations avec mon entourage). On a constaté que le patient est sociable et aimable.

Mr Brahim décrivait sa relation avec sa femme en exprimant « c'est vrai elle prend soin de moi, mais elle déteste ma peau écœurée et elle me dit pourquoi il n'y pas de résultat et elle me conseil de consulter d'autres dermatologues, personnellement je me sens que cette maladie dérange ma femme ».

Pour finir, on a interrogé Mr Brahim sur sa réaction à-propos des commentaires faits par les autres, il avoue «yiwen uyidisaqsa akhater uditvinara mais ijinyi, ugadegh adirnu wadyivin fudmiw ». (Personne ne le voit, mais il me perturbe, j'ai peur que mon visage serait atteint ».

-Présentation et analyse des résultats du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 de Mr Brahim

Tableau N°8 : Présentation des résultats du questionnaire SF-6-36 de Mr Brahim.

Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV GLOBALE
QDV	100	43.75	32.50	70	68.75	100	75	70	70
MOS SF-36	70.61	52.92	70.83	56.93	52.15	78.77	65.78	70.38	64.30

La qualité de vie globale est évaluée à 70, elle est proche par rapport au score moyen référentiel du SF-36 qui est 64.30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué des estimations très élevées dans les dimensions :

-Activité physique (PF) qui est $100 > 70.61$

-Santé perçue (GH) qui est $70 > 56.93$

-Vie et relations avec les autres (SF) qui est $100 > 78.77$

Ensuite des estimations élevées dans les dimensions suivantes :

-Vitalité (VT) qui est $68.75 > 52.15$

-Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $75 > 65.78$

Puis une estimation proche dans la dimension suivante :

-Santé psychique(MH) qui est $70 < 70.38$

Une estimation basse dans la dimension suivante :

-Limitation due à l'état physique (RP) qui est $43.75 < 52.92$

Enfin une estimation très basse dans la dimension suivante :

-Douleur physique(BP) qui est $32.5 < 70.83$

-Analyse du questionnaire de la qualité de vie pour le cas Brahim :

La qualité de vie globale est évaluée à 70 en comparant avec le score référentiel de SF-36 qui est de 64.30. Une évaluation bien exprimée dans les dimensions demeurent très élevée qui suit:(PF) activité physique (100) par rapport à la norme qui est (70.61) et dans la dimension (GH) la santé perçue (70)

en comparant avec (56.93), dans la dimension vie et relation avec les autres qui est (100) par rapport au (78.77). En fin dans les deux dimensions (RP) est de (43.75) et (BP) est de (70.83), elle est très basse par rapport au score référentiel qui est de (70.83).

Donc le cas Brahim présente une bonne qualité de vie.

Synthèse

On conclut, à travers l'analyse de l'entretien semi-directif et les résultats du questionnaire MOS SF-36, que le patient a une bonne qualité de vie physique et psychique avec un score de 70.

2-Discussion des hypothèses :

Dans cette partie, nous allons exposer une hypothèse des résultats de l'analyse de l'entretien semi-directif et du questionnaire de la qualité de vie, dans le but d'établir une discussion des hypothèses qui viennent répondre à la question de notre problématique.

L'objectif c'est de décrire la nature de la qualité de vie des personnes des personnes atteintes du psoriasis et l'influence de regard de l'autre sur ces derniers.

A travers les résultats obtenus, on a contesté nos hypothèses émises au début comme suit:

-La première hypothèse : «La nature de la qualité de vie des personnes atteintes du psoriasis est mauvaise ».

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi-directif

Selon le discours des cas, nous avons retenu qu'ils représentent certains sentiments tels que le stress, dégoût, désespoir, manque de confiance en soi, détresse et un sentiment de honte, ce qui montre clairement que leur qualité de vie globale est mauvaise. C'est dans ce sens que Patrick et Erickson(1993) affirme que « la qualité de vie correspond à la satisfaction d'un individu dans les différents domaines de sa vie incluent le bien être physique, social, économique, et psychologique ». (Achachra. A, 2015 : 17), telle qu'il est indiqué dans chez 04 cas de notre population d'étude :

-Cas de Fadhila :

D'après ses dires dans l'entretien « je n'ai pas que la douleur physique mais aussi une souffrance psychique, vraiment j'ai des douleurs insupportables ».

-Cas de Faham :

D'après ses dires dans l'entretien «wallah ar digutigh ak ikechmiyi l3edzan fkullech karhagh imaniw akkayi, qlagh karhegh ikkel adezragh hed ».

-Cas de Hayat :

D'après ses dires dans l'entretien «lahlak ayi iddirenjiyi grave hussegh imaniw qriv adetredhqagh ».

-Cas de Moussa :

D'après ses dires dans l'entretien «dunith ayi to3ar lahlak, lmahna, arnu lham l3ibad sufla».

Ces 04 cas déclarent que sont stressés, fatigués, tristes et désespérés, ce que indique que leurs qualité de vie est mauvaise.

D'après l'analyse du questionnaire de la qualité de vie SF-36 :

Dans l'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36, que nous a montré que les 4 cas ont une mauvaise qualité de vie et une perturbation dans leurs relations, activités...etc. Et une détresse causée par les jugements des autres, selon Kop, 1993 «la qualité de vie est une satisfaction globale du sujet vis-à-vis de sens générale qu'il donne au bien-être ».

Cela veut dire, que notre première hypothèse émise au départ est confirmée pour 4 cas et infirmée pour un seul cas.

Cas de « Fadhila »

-Activité physique (PF) qui est $65 < 70.61$

-Limitation due à l'état physique (RP) qui est $50 < 52.92$

-Santé perçue (GH) qui est $25 < 56.93$

-Vitalité (VT) qui est $50 < 52.5$

-Vie et relation avec les autres (SF) qui est $50 < 78.77$

-Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $58.38 < 65.78$

-Santé psychique (MH) qui est $50 < 70.38$

La qualité de vie globale est de $47.29 < 64.30$

Cas de « Faham »

-Douleur physique (BP) qui est $55 < 70.83$

-Santé perçue (GH) qui est $45 < 56.93$

-Vie et relation avec les autres (SF) qui est $58.77 < 62.5$

-Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $58.33 < 65.78$

-Santé psychique (MH) qui est $60 < 70.38$

La qualité de vie globale est de $60.72 < 64.30$

Cas de « Hayat »

-Activité physique (PF) qui est $55 < 70.61$

-Limitation due à l'état physique (RP) qui est $43.75 < 52.92$

-Douleur physique (BP) qui est $10 < 70.83$

-Santé perçue (GH) qui est $52.5 < 56.93$

-Vitalité (VT) qui est $37.5 < 52.15$

-Vie et relation avec les autres (SF) qui est $37.5 < 78.77$

-Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $33.33 < 65.78$

-Santé psychique (MH) qui est $45 < 65.78$

La qualité de vie globale est de $39.32 < 64.30$

Cas de « Moussa »

-Activité physique (PF) qui est $50 < 70.61$

-Limitation due à l'état physique (RP) qui est $18.75 < 52.92$

-Douleur physique (BP) qui est $35 < 70.83$

-Santé perçue (GH) qui est $56.25 < 56.93$

-Vie et relation avec les autres (SF) qui est $50 < 78.77$

-Limitation due à l'état psychique (RE) qui est $50 < 65.78$

-Santé psychique (MH) qui est $50 < 70.38$

La qualité de vie globale est de $46.56 < 64.30$

Notre hypothèse a été infirmée pour le cas suivant :

Le cas de « Brahim »

-Limitation due à l'état physique (RP) qui est $43.75 < 52.92$

-Douleur physique (BP) qui est $32.5 < 70.83$

-Santé psychique (MH) qui est $70 < 70.38$

La qualité de vie globale est de $70 > 64.30$

Ce qui signifie une mauvaise qualité de vie lié à une confusion extrême, désordre dans leur état physique, psychique et social. Et dans ce sens Laonnois. R, confirme que « la qualité de vie est un concept qui englobe les conséquences physiques, psychologiques et sociales d'une maladie ». (Sultan. S et Varescon. I, 2012 : 22)

Deuxième hypothèse : « le regard de l'autre influence sur la qualité de vie des personnes atteintes du psoriasis ».

Selon l'analyse de l'entretien clinique semi-directif :

Nous constatons à travers les résultats de l'entretien semi-directif que le regard de l'autre a un impact sur la majorité de nos cas ce qu'a été éprouvé par les cas (1), (2), (3) et (4) qui sont mal vu par leur milieu social. L'exemple des cas Fadhila «j'ai un sentiment de dégoût, tristesse, honte car je n'ai pas un corps parfait comme toute les femmes », elle se sent en dérangement par rapport aux commentaires des gens, Faham « itghidhyi lhal mara adtallayen akken ghorri wa dhadran felli », il souffre au niveau de ses relations sociales et se trouve en difficultés dans sa vie professionnel, Hayat « ahlil mara dtedugh gvera ihsavyid rebi meddan ak tallayend ar ghorri », elle est vraiment touchée sur le plans familial et social par les jugements des autres et en fin, Moussa « tallayniyid syer itilli, twalinyid khulfagh ghef vviyadh », il s'isole et évite le maximum le contact avec les autres à cause de leur mauvais regard. Ceci signifie que le fait qu'ils sont psoriasiques, le regard des autres influent négativement sur leur qualité de vie.

Contrairement au cas Brahim qui ne porte pas d'importance au regard de l'autre et à leurs jugement ce que lui à permet de vivre une vie normal, équilibré et aucun problème avec son entourage malgré sa pathologie.

Selon l'analyse du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 :

Les quatre cas (Fadhila, Faham, Hayat et Moussa) confirment notre hypothèse que la qualité de vie est influencé par le regard de l'autre, et le cas (Brahim) qui infirme cette dernière.

Notre hypothèse a été confirmée pour les quatre cas :

-QDV globale de Fadhila : $47.87 < 64.30$

-QDV globale de Faham : $60.72 < 64.30$

-QDV globale de Hayat : $39.22 < 64.30$

-QDV globale de Moussa : $46.56 < 64.30$

C'est-à-dire que le regard de l'autre influence sur la qualité de vie des personnes atteintes du psoriasis

Notre hypothèse a été infirmée pour le cas suivant :

-QDV globale de Brahim : $70 > 64.30$

En conclusion, d'après les résultats obtenus dans l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 les quatre cas (Fadhila, Faham, Hayat et Moussa) confirment notre hypothèse que la qualité de vie est influencé par le regard de l'autre et le cas Brahim qui infirme cette dernière.

Synthèse

Enfin, d'après les résultats obtenus dans l'analyse de l'entretien semi-directif et du questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36, nos hypothèses est confirmer pour les 4 cas (Fadhila, Faham, Hayat, Moussa) et infirmé pour un seul cas (Brahim).

Conclusion

Conclusion :

D'après tout ce qu'on a vu dans la réalisation de notre recherche sur la qualité de vie des personnes atteintes du psoriasis et à travers les résultats et leurs analyses, nous pouvons retenir que, le psoriasis est une maladie chronique de la peau, visible et perturbante, qui peut avoir un fort retentissement dans la vie et altère la qualité de vie des personnes qui en sont atteints.

Ces derniers sont confrontés à des dépenses personnelles importantes, et à l'exclusion sociale. Selon la gravité et la localisation des lésions cutanées, les porteurs peuvent souffrir d'un inconfort physique et d'un handicap importants. Ils peuvent être gênés par leur apparence et avoir une mauvaise estime de soi induite par la crainte d'être socialement rejetés ou par des difficultés d'ordre psychologique comme l'anxiété, l'angoisse et une baisse estime de soi.

Pour la réalisation de ce travail nous avons choisi 05 cas atteints du psoriasis vus en consultation de dermatologie et nous avons opté pour la méthode clinique à base d'étude de cas, des entretiens semi-directifs et le questionnaire de la qualité de vie MOS SF-36 afin d'évaluer la qualité de vie et de décrire l'influence de regard de l'autre sur les psoriasiques.

En outre, on a constaté que la majorité des cas sont stressés et souffre d'un déséquilibre sur le plan psychique et relationnel.

D'après les résultats des données on a confirmé notre hypothèse qui suppose que les personnes atteintes du psoriasis souffrent de mauvaise qualité de vie pour 04 cas et infirmé pour un seul cas.

Nous avons pensé à quelques questions de perspective qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants et qui sont comme suit :

Conclusion

-Faut-il une prise en charge psychologique pour les atteintes du psoriasis ?

-quelles est l'importance du soutien social chez les personnes atteints du psoriasis ?

Bibliographie

Liste bibliographique

I-Ouvrages :

- 1-AGBOBLI K, M. (2014). « **Méthodologie de la recherche et initiation à la préparation des mémoires et thèses** ». Paris : L'harmattan.
- 2-AKTOUF, O. (1987). « **Méthodologie de sciences sociales et approche qualitative des organisations** ». Québec : HEG Presses.
- 3-ANZIEU, D. (1995). « **Le moi-peau** ». Paris : Dunod.
- 4-BAHDORAN, Ph et all. (2013). « **Dermatologie Vénérologie** ». Paris : Vernazobres-Grego.
- 5-BAHDORAN, PH et all. (2016). « **Dermatologie Vénérologie** ». Paris : Vernazobres-Grego.
- 6-BEATRICE, C et BELAICH, S. (2013). « **Dermatologie et infections sexuellement transmissibles** ». France : Lavoisier.
- 7-BELON, J.P et all. (2013). « **Pathologies et thérapeutique commentées** ». France : Elsevier-Masson.
- 8-BERREBI, W. (2009). « **Diagnostic et thérapeutique de poche** ». Paris : Estem.
- 9-BIOY, A et FOQUES, D. (2002). « **Manuel de psychologie du soin** ». France : Bréal.
- 10-Bouvet. C. (2015). « **18 notions de la pratique de l'entretien clinique** ». France : Dunod.
- 11-BREBAN, M. (2005). « **La spondylarthrite** ». France : John Libbey Eurotext.
- 12-CHAHRAOUI, K et BENNY H-A. (2003). « **L'entretien clinique** ». France : Dunod.
- 13-COTTRAUX, J. (2004). « **Les thérapies comportementales et cognitives** ». Paris : Masson.

- 14-COUZON, E. (2012). « **S'estimer pour réussir sa vie** ». Paris : Virgine Homelin.
- 15-FICHER, G-N. (2002). « **Traité de psychologie de la santé** ». Paris : Dunod.
- 16-GUILLET, G et CARTIER, H (1998). « **Dermatologie** ». France : Heures de France.
- 17-GUIDEE, M. (2014). « **Méthodologie de la recherche** ».Paris : Ellipses.
- 18-GROB, J-J. (2004). « **Qualité de vie et dermatologie** ». France : John Libbey Eurotext.
- 19-IONESCU, S et BLACHET, A. (2009). « **Méthodologie de la recherche en psychologie clinique** ». France : Puf.
- 20-JOSSE, E et DUBOIS, V. (2009). « **Interventions humanitaires en santé mentale dans les violences de masse** ». France : Boeck.
- 21-MAILLARD, H. (2012). « **Dermatologie** ».France : Ellipses.
- 22-MAJDLANI, C. (2017). « **Traiter la dysmorpho-Phobie, Obsession de l'apparence** ». Paul Bert Malakof : Dunod.
- 23-MARILOU, B-S. (2014). « **Psychologie de la santé** ».Paris : Dunod.
- 24-MICHEL, L. (2001). « **Les psychoses** ». Paris : John Libbey Eurotext.
- 25-MOREL, P. (2001). « **La dermatologie du généraliste** ». Paris: Springer-Shop
- 26-NADIA, R- P. (2011). « **Progrès en dermato-Allergologie** ».France : John Libbey Eurotext.
- 27-NICOLAS, J-F et THIVOLET, J. (1997). « **Psoriasis : de la clinique à la thérapeutique** ». France : John libbey Eurotext.
- 28-OTTAVY, F Et all. (2013). « **La peau** ».Paris : Ellipses.
- 29-PROMAREDE, N. (2006). « **Docteur, j'ai un psoriasis** ». France : Alpen.
- 30-ROCHEN, M Et All. (2013). « **Atlas de proche dermatologie** ».Paris : Lavoisier.

31-ROLLAND, J-P. (2013). « **L'évaluation de la personnalité** ». France : Primento.

32-SOMOGYI, A. (2017). « **Le tout-En-Un** ». Paris : Elsevier.

33-VAUTRIN, D. (2005). « **Une peau zéro défaut** ». France : Alpen.

II-Dictionnaires

1-BLOCH, H. (2003). « **Le grand dictionnaire de la psychologie** » Larousse.

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

III-Thèse

1-ACHACHERA, L. (2015). « **Handicap de l'enfant et l'impact sur la qualité de vie des parents en Algérie : validation d'un instrument** ». Université Paul Valéry-Montpellier.

2-RELAVE, PH. (2016). « **Polyarthrite rhumatoïde, ergothérapie et qualité de vie** ». Faculté de médecine d'Auvergne.

IV-Revue

1-LE MOIGNE, PH. (2010). « **La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociale** ».Sciences sociales et santé.

IIV-Site d'internet

1-Http://www.doctissimo.fr/maladies-peau-(2002) Consulté le 21/06/2019 à 21 :52h.

2-Http://p8.storage.canalblog.com. Consulté le 24/06/2019 à 12 : 15 h.

3-Http://encrypted-tbno.gstatic.com. Consulté le 24/06/2019 à 12 : 15 h.

4-http:// www.jim.fr/ mon compte/login.phtml. Consulté le 24/06/2019 à 12 :15 h.

Annexes

Annexe N° 01 : Guide d'entretien

Les informations personnelles du patient

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre profession ?
- Quel est votre situation matrimoniale ?
- Avez-vous des enfants ! Si oui combien ?

Axe N°01 : Informations sur la maladie du psoriasis :

Dans cette partie les questions abordent la santé actuelle du patient (le début de l'atteinte, les causes et les complications de la maladie) et la santé antérieure de patient (facteur héréditaire)

- Depuis quand êtes-vous atteint du psoriasis ?
- Quel est le type du psoriasis –présentez-vous ?
- Quels sont les symptômes qui se sont manifestés au début de votre maladie ?
- Quelles sont les causes qui ont provoqué votre état actuel ?
- Quelle a été votre réaction quand ont vous annoncé que vous êtes atteint du psoriasis ?
- Avez-vous dans votre famille quelqu'un qui souffre de cette maladie ?
- Est-ce que votre maladie conditionne votre mode de vie quotidien ?

Axe N°02 : Informations en relation avec la qualité de vie de l'adulte :

Cette ensemble de questions abordent le comportement du patient dans sa vie de tous les jours à savoir son bien-être physique et psychique, ces relations avec autrui, ces loisirs.

- Appréciez-vous les choses de la vie ?
- Votre vie de tous les jours est-elle pleine de choses qui vous intéressent ?
- Avez-vous eu des chocs traumatisants psychiques dans votre vie ?
- Avez-vous des difficultés lors de sommeil ?
- Pensez-vous que vous êtes utile quand on a besoin de vous ?
- Êtes-vous patient de ne pas réaliser vos tâches quotidiennes ?
- Votre problème de peau est-il compatible avec une activité sportive ou loisir ?
- Est que votre maladie est un handicap dans votre vie professionnel ?
- Comment voyez-vous votre avenir ?

Axe N°03 : Informations sur le regard de l'autre envers la personne atteintes du psoriasis :

Dans cette axe on parle de l'impact et du regard de l'autre et le côté relationnel des personnes atteintes du psoriasis.

- Comment trouvez-vous le regard de l'autre ?
- Est-ce que vous trouvez que votre maladie perturbe vos relations avec les autres ?

-Comment vivez-vous votre vie conjugale, familiale et sociale ?

-Est-ce que vous ressentez que vous êtes toujours désirable vis-à-vis votre conjoint ?

-Vous sentez vous soutenu et entouré par vos proches ?

-Comment réagissez-vous aux commentaires faits par les autres à propos de votre maladie ?

**Annexe N°2 : QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36
(QUALITE DE VIE)**

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente __ Très bonne __ Bonne __ Satisfaisante __ Mauvaise

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an __ Un peu meilleure qu'il y a un an __

A peu près comme il y a un an __ Un peu moins bonne qu'il y a un an __

Pire qu'il y a un an __

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

_____ - _____ - _____ - _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

_____ - _____ - _____ - _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

_____ - _____ - _____ - _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

_____ - _____ - _____ - _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

_____ - _____ - _____ - _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

_____ - _____ - _____ - _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller _____

Oui, très limité oui, plutôt limité pas limité du tout

4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne) oui non

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?

Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?

Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort

5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne). oui non

Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?

Faire moins de choses que vous n'espérez ?

Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?

6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les

voisins ou d'autres groupes ?

_____ - _____ - _____ - _____
Pas du tout très peu assez fortement énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

_____ - _____ - _____ - _____
Pas du tout très peu assez fortement énormément

8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?

_____ - _____ - _____ - _____
_____ - _____ Pas du tout un peu modérément assez fortement énormément

9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

_____ - _____ - _____ - _____
_____ - _____ Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

_____ - _____ - _____ - _____
Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

_____ - _____ - _____ - _____
_____ - _____ Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

_____ - _____ - _____ - _____
_____ - _____ Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

_____ - _____ - _____ - _____
_____ - _____ Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

_____ - _____ - _____ - _____ - _____
____ - ____ Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

_____ - _____ - _____ - _____ - _____
____ - ____ Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

_____ - _____ - _____ - _____ - _____
____ - ____ Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

_____ - _____ - _____ - _____ - _____
____ - ____ Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc.? _____ -

_____ - _____ - _____ - _____ - _____
____ Tout le temps très souvent parfois peu souvent jamais

11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

_____ - _____ - _____ - _____ - _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

_____ - _____ - _____ - _____ - _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

_____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux

d. mon état de santé est excellent.

_____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____
Tout à fait vrai assez vrai ne sais pas plutôt faux faux