



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane mira de Bejaia

Faculté des sciences Humaines et Sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

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

Option : Psychologie clinique

Thème

L'estime de soi chez les personnes atteintes de psoriasis

*Etude de six (06) cas âgés entre 19 à 59 ans, au niveau du cabinet médical de
dermatologie à Béjaïa*

Réalisé par :

SADAOUI Ghania

OUBRAHAM Djedjiga

Encadré par

Dr. ABDI Samira

2021-2022

Remerciements

Faire un mémoire est un travail long, parfois difficile. Pour autant, il ne m'aurait jamais été possible d'aller au bout de cette aventure sans la présence de nombreuses personnes à nos côtés.

Nous tenons tout d'abord à remercier le bon Dieu le tous puissant, le clément, le très miséricordieux de nous avoir donné la vie, le courage, la patience et les potentialités nécessaires durant ces longues années d'étude pour accomplir ce modeste travail.

Surtout nous tenons à remercier très chaleureusement notre encadreur Professeur « ABDI SAMIRA », qui nous a permis de bénéficier de son encadrement, pour ses précieux conseils, son aide et son orientation, qui ont constitué un rapport durant tout le long de la réalisation de ce travail.

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

Sans oublier Nous remercions chaleureusement Dr Gadouche, et Dr zaidi les dermatologues du cabinet médical à Bejaïa, ainsi que tous les patients ayant accepté de participer à cette recherche en leur souhaitant un bon rétablissement.

Ces remerciements vont aussi A nos familles et nos parents, qui par leurs contributions, soutien, prières et encouragement, on a pu surmonter tous les obstacles.

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

Enfin, nous tenons également à remercier tous les personnes, amis, proches qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire.

Merci à tous.

Dédicaces

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, Le respect, la reconnaissance aussi, c'est tout simplement que Je dédie ce travail

A mes très chers parents, pour leur amour, leur soutien et tous les sacrifices qu'ils ont fait pour moi, c'est grâce à eux que je suis l'aujourd'hui. Je prie le bon dieu de leur offrir la bonne santé et une longue vie.

A ma très chère grand-mère, "que dieu la protège" et mon grand-père que Dieu l'accueille dans son vaste Paradis.

A mes sœurs adorées, pour leurs encouragements permanents, et leur soutien moral.et a mon cher frère.

A tous mes chères copines, avec qui j'ai partagé des agréables moments hadjila, taous , Lilia, Lyly, Souad , dahbia, Céline ,Sara , et tous mes amis que j'ai connus durant ma carrière d'étude., et à ma chère binôme et amie Ghania je te remercie du plus profond de mon cœur pour chaque instant qu'on a partagé ensemble.

A toute ma famille, et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce mémoire soit réalisable A tout ce qui porte le nom «Oubraham».

Je vous dis merci

Djedjiga

Dédicaces

Avec une intense émotion et un cœur plein d'amour que je dédie ce travail à la mémoire de mon très cher papa « Abdel-Djebbar », qu'Allah me donne le courage et la force pour que je sois celle que tu as toujours souhaité, et qu'Allah le protège.

A celle qui a sacrifié sa vie pour ses enfants, a la femme la plus courageuse, la plus tendre, et la plus belle à mes yeux à toi maman « Souad ». Mon seul et unique souhait dans cette vie est de te voir heureuse et fière de moi et pouvoir te faire honneur. Qu'Allah te garde pour nous.

A ma petite sœur adorée « Titou », tu es ma source de fierté dans cette vie, je t'aime beaucoup qu'Allah te garde pour moi.

A mon bien aimé « Adel », qui ma soutenue tout au long de mon parcours universitaire et qui as illuminé ma vie avec beaucoup de joie, d'amour et de loyauté, qu'Allah te protège et te garde pour moi.

Sans oublié toute ma belle-famille, particulièrement ma belle-mère « Nadra », et mon beau père « Chaban », ensuite ma belle-sœur « Kahina » et ses petits anges « Maria et Mahrez », ainsi « Fatma », et mon beau-frère adoré « Koceila », mes remerciements pour leurs encouragements, que Dieu les protèges.

A toute ma famille et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce mémoire soit réalisable. A tout ce qui porte le nom « Sadaoui », notamment cousins et cousines, sans oublier mes chères tantes « Saliha, Nadia, Nacera, Laldja, Lynda » et mon oncle « Nacir ».

Je dédie et je remercie toutes mes chères amies « Sylia, Mellissa, Nassima, Nadia, Lylia », et surtout à ma cher binôme et amie « Djidji », pour sa présence et sa gentillesse, et pour tous nos fous-rire et nos délires qu'on a partagé ensemble.

Que dieu vous protège

Ghania

Liste des abréviations

DLQI: Dermatology Life Quality Index.

IL : Interleukine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASI: Psoriasis Area and Severity Index

PSV : Psoriasis Vulgaire

PUVA : Psoralène photothérapie par UVA

SEI : Self Esteime Identité

TCC : Thérapie Cognitive Comportementale

TNF: Tumor Necrosis Factor

UV: Ultraviolet

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

Liste des tableaux

Numéro de tableau	Titre de tableau	Page
Tableau n°01	La cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte	68
Tableau n°02	Les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith	69
Tableau n°03	Les sous échelles d'évaluation de l'estime de soi	69
Tableau n°04	Les différentes classes de l'estime de soi	70
Tableau n°05	Valeurs caractéristiques des échelles	71
Tableau n°06	Récapitulatif des caractéristiques de choix de population	73
Tableau n°07	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Zahira »	81
Tableau n°08	Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Samira »	85
Tableau n°09	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Sabrina »	88
Tableau n°10	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Fouad »	94
Tableau n°11	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Ahmed »	99
Tableau n°12	Résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Achour »	103
Tableau n°13	Résultats du test S.E.I	105

Liste des figures

Numéro de figure	Titre de figure	page
Figure n°01	Psoriasis en plaques	37
Figure n°02	Psoriasis en plaques	37
Figure n°03	Psoriasis en gouttes	38
Figure n°04	Psoriasis en gouttes	38
Figure n°05	Psoriasis pustuleux	39
Figure n°06	Psoriasis inversé	39
Figure n°07	Psoriasis du cuir chevelu	40
Figure n°08	Psoriasis du visage	41
Figure n°09	Psoriasis érythrodermique	41
Figure n°10	Psoriasis unguéal	42

Liste des annexes

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

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Liste des annexes

Introduction -----01

Cadre général de la recherche

1-la problématique -----05

2-hypothèses de recherches -----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 : l'estime de soi

Préambule -----16

1- Définition des concepts. -----16

 1-1-Le concept de soi -----16

 1-2-Le concept de l'estime de soi -----17

2- Historique de l'estime de soi -----18

3- Les deux conceptions de l'estime de soi -----19

4-Les trois piliers d'estime de soi -----20

 4-1- L'amour de soi -----20

 4-2-La vision de soi -----21

 4-3- La confiance en soi -----22

5-Les composantes de l'estime de soi -----22

6-Les caractéristiques d'une personne qui s'estime -----23

7-Caractéristiques et conséquences du manque d'estime de soi -----25

8-La construction de l'estime de soi-----	27
8-1-la petite enfance -----	27
8-2- La préadolescence -----	28
8-3- l'adolescence -----	29
9-L'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis -----	29
Synthèse -----	30

Chapitre II : Le psoriasis aspect médical et aspect psychologique

Préambule -----	33
1) Aspect médical du psoriasis -----	33
1-1-Définition du psoriasis -----	33
1-2- l'évolution du psoriasis -----	34
1-3 Rappel anatomique de la peau saine -----	35
1-4- Les Formes de psoriasis -----	36
1-5- les principales causes de psoriasis -----	42
1-6-Les symptômes du psoriasis -----	45
1-7- Le Diagnostic du psoriasis -----	46
1-8-Les traitements du psoriasis -----	49
2) Aspect psychologique du psoriasis :-----	51
2-1 L'état psychologique des personnes atteintes du psoriasis -----	52
2-2- l'image du corps chez les psoriasiques -----	53
2-3- La qualité de vie chez les personnes atteintes du psoriasis -----	54
2-4- Les troubles psychologiques des personnes psoriasiques -----	54
2-5- Le soutien psychologique -----	56
2-6- Les thérapies psychologiques de psoriasis -----	57
Synthèse -----	58

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule -----	62
1- La méthode utilisée -----	62
2- Outil d'investigation -----	63
3- Le guide d'entretien -----	65

4- Présentation du terrain -----	71
5- La pré-enquête -----	72
6- Le groupe de recherche et ses caractéristiques -----	73
7- l'enquête -----	74
8- Les limites de la recherche -----	75
Synthèse -----	75
Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses	
Préambule-----	78
1-Présentation et analyse des entretiens et les résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith (SEI)-----	78
2-Discussion des hypothèses -----	107
Synthèse-----	109
Conclusion -----	112
Liste bibliographique	
Annexes	
Résumé	

Introduction

La peau représente un organe majeur pour l'être humain. Cette enveloppe complexe possède de nombreuses fonctions essentielles, notamment une fonction de protection vis-à-vis des agressions extérieures. Elle possède de plus une fonction esthétique qui joue un rôle primordial dans nos relations sociales.

Ainsi, une altération de la peau, observée dans les pathologies cutanées tel que le psoriasis, peut entraîner une importante baisse de la qualité de vie chez les patients atteints, ainsi qu'une baisse de confiance en soi, qui peut engendrer des répercussions délétères sur la vie sociale, familiale ou encore, dans la sphère professionnelle.

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 différents 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'anxiété, les conflits, le choc psychologique et l'hérédité.

Le psoriasis a des répercussions émotionnelles et psychosociales considérables sur les patients, une faible estime de soi et un stress accru et qui nuisent au fonctionnement social et relationnel, le regard des autres face à la maladie était une crainte constante parce que la société est beaucoup 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 jugés par le public, ces personnes ne peuvent pas conduire leurs activités habituelles. Alors la qualité de vie est très fortement impactée.

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse chronique et malheureusement fréquente de la peau, évoluant de façon chronique-stationnaire ou par poussées, dont la survenue et la fréquence sont imprévisibles.

C'est une maladie spécifiquement humaine caractérisée par une réaction excessive de la peau aux agressions de l'environnement, se manifeste par des plaques rouges sur la peau, recouvertes de pellicules blanches (squames), le plus souvent localisées aux coudes, aux genoux et au cuir chevelu. Elles peuvent apparaître n'importe où, y compris au niveau du visage, sur les paumes des mains, les plantes des pieds, les ongles et les organes génitaux.

Les troubles psychologiques liés au psoriasis apparaissent à tout âge, quel que soit la sévérité de la maladie, même si les cas les plus sévères sont les plus souvent concernés. Parfois, ces troubles psychologiques sont déjà présents et la maladie de peau va venir les aggraver.

L'impact psychologique du psoriasis est souvent majeur et reste malheureusement sous-estimé, aussi bien par le grand public que par les personnes directement concernées, c'est-à-dire la personne malade et son entourage.

Les malades sont souvent stigmatisés, surtout lorsque les lésions ne peuvent pas être cachées (visage et mains). Rejet, jugement négatif, dégoût peur de la contagion, manque d'empathie... les interactions sociales peuvent être de grandes sources de souffrances. Pour cela nous avons essayé de mesurer l'estime de soi chez ses personnes.

Dans notre recherche nous sommes intéressés à l'étude de « l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis », composé de deux chapitre, le premier intitulé l'estime de soi et le deuxième nommé le psoriasis. Notre étude s'est effectuée dans un cabinet médical de dermatologie, cité 5juillet 48 logts, Béjaia, qui répond aux objectifs de notre recherche, l'approche cognitive comportemental a servi de cadre référentiel à notre recherche.

Cependant, nous nous sommes focalisé sur les techniques suivantes : l'entretien clinique semi-directif et l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte qui été conçu pour évaluer l'attitude générale envers soi-même. Sachant que l'approche cognitiviste offre le cadre théorique qui domine actuellement la psychologie, néanmoins elle à connue des développements très importants depuis le début des années 1980.

Dans le cadre de cette recherche nous avons opté pour l'approche cognitive-comportementale qui nous permet d'explorer les stratégies marquées par l'évitement qui visent à modifier la manière dont les patients se perçoivent, et le fait qu'ils soient différents et leur interprétation des comportements des autres, pour conduire à une acceptation de soi.

Après le cadre général qui comprend : l'introduction, problématique, les hypothèses de notre recherche, les définitions et opérationnalisations des concepts clés, les raisons et les objectifs de notre recherche ainsi que les difficultés que nous avons rencontrées. Notre travail est divisé en deux parties, la partie théorique, et la partie pratique. La partie théorique est divisée à son tour en deux chapitres, le premier chapitre intitulé « l'estime de soi », et le deuxième chapitre intitulé « le psoriasis ».

D'abord dans notre premier chapitre nous avons donné des définitions du concept de soi, et de l'estime de soi ensuite l'historique de ce dernier et ses deux conceptions, et ses trois piliers, aussi ses composantes, et les caractéristiques d'une personne qui s'estime et les conséquences dans le cas du manque d'estime de soi, et la construction de l'estime de soi. Nous concluons ce chapitre par l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis.

Ensuite, le deuxième chapitre intitulé le psoriasis qui comprend deux aspects qui sont :

L'aspect médical qui contient de différentes définitions du psoriasis, son évolution, un rappel anatomique de la peau saine, ensuite ses formes, puis ses principales causes et ses symptômes, et comment le diagnostiquer ainsi ses traitements. Et l'aspect psychologique comprend l'état psychologique des personnes atteintes du psoriasis, l'image du corps chez les psoriasiques, leur qualité de vie, les troubles psychologiques des personnes psoriasiques, ensuite comment les soutenir psychologiquement, enfin on termine par les thérapies psychologiques de psoriasis.

Nous sommes passées ; au troisième chapitre, intitulé la méthodologie de la recherche. Nous avons ainsi consacré notre quatrième chapitre à la présentation, analyse des données et discussion des hypothèses. Par la suite, nous avons présenté la conclusion, la liste des références ou nous avons adopté les règles APA et les annexes.

Problématique et Hypothèses

1- La problématique

Dans certains cas la peau revêt une importance essentielle au niveau de notre forme globale et de notre bien-être. Ainsi est soumise à des facteurs psychologiques et physiologiques qui peuvent engendrer l'apparition et l'évolution de diverses maladies.

La peau est exposée à de nombreux facteurs de risques pouvant entraîner des maladies dermatologiques, Les facteurs psychosomatiques tels que le stress, l'anxiété et dépression influence et peut déclencher des dysfonctionnements dans les tissus cutanés. La peau et le système nerveux sont liés depuis la naissance, C'est pourquoi le stress, les angoisses, et tout ce qui influe sur les nerfs, peuvent aussi avoir un effet sur la peau.

Le stress fait partie intégrante de la vie quotidienne : rythme familial, vie professionnelle, les causes en sont multiples, Il perturbe le sommeil et joue avec nos nerfs. Ce dernier est un véritable fléau qui touche toutes les catégories de la population, sans distinction. Enfant, adolescent, adulte, il influe directement sur le corps et en particulier sur l'un des organes les plus sensibles et complexes qui est la peau. Les facteurs psychosomatiques affectent donc la peau, qui influencent ou causent des maladies de la peau tels que le psoriasis.

Le psoriasis est une maladie de peau courante qui touche également une ou plusieurs articulations, dès qu'elle s'installe, elle risque de durer toute la vie, donc Elle peut constituer un handicap difficile à vivre au quotidien et avoir un retentissement psychologique important, il peut se manifester à tout âge mais la plupart des personnes atteintes voient apparaître les premières lésions à un âge moyen de 28 ans. Plus les débuts sont hâtifs (avant l'âge de 15 ans), Le psoriasis se retrouve autant chez les hommes que chez les femmes, de toutes nationalités. **(Nathalie. T ? 1999, P8).**

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 palmo-plantaire, psoriasis unguéal, psoriasis des muqueuses, psoriasis du visage et l'érythrodermie psoriasis qui est la forme la plus grave.

Le psoriasis est une maladie inflammatoire chronique de la peau, qui provoque l'apparition d'une ou plusieurs plaques rouges bien délimitées au niveau des zones de frottement de la peau comme les coudes ou les genoux, recouvertes de fragments de peau blanchâtre et sèche qui se détachent (squames). Lorsque l'on gratte ou décape ces plaques, il ne subsiste que la rougeur de la peau, Ces plaques de psoriasis touchent souvent des zones du corps découvertes et exposées au regard des autres, ce qui gêne les patients et les empêche de sortir.

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

Selon L'OMS : Le psoriasis est défini 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 apparaisse souvent comme une source de mal-être, car les symptômes **sont** très gênants, elle affecte l'image de soi lorsque les lésions sont visibles, par peur du regard des autres.

Donc Elle a directement un impact sur l'image de soi, dont Les malades ont alors tendance à s'isoler. La détérioration des capacités physiques peut nuire à l'estime de soi et au bien-être de ceux qui en souffrent.

Cette maladie de peau peut avoir des répercussions énormes sur la vie quotidienne des patients, d'ailleurs elle peut conduire à des comportements de retrait social et des sentiments d'impuissance. Ainsi des conséquences physiques et psychologiques importantes chez la personne atteinte. Notamment des troubles du sommeil, des

démangeaisons, des douleurs, de l'inquiétude et ainsi qu'un sentiment de honte d'exposer son corps aux yeux de tous. Qui veut dire que les personnes psoriasiques ont souvent honte de ce que les autres vont penser en voyant les plaques du psoriasis sur leur peau. **(David Beme, 2019).**

Bien que, l'estime de soi est une dimension fondamentale de notre personnalité. Pour nous sentir bien dans notre peau, nous avons besoin d'être aimés et appréciés et de nous sentir compétent. Ce besoin de valorisation aux yeux des autres guide toutes nos activités. Porter un regard positif sur nous-mêmes est donc vital pour notre équilibre psychologique, car il nous donne le sentiment de sécurité interne nécessaire pour faire face aux difficultés de la vie. Un jugement négatif, par contre, entraîne des souffrances pouvant avoir des conséquences désastreuses sur l'épanouissement d'une personne et sur l'efficacité de ses actions.

Selon **Coslin** «l'estime de soi correspond à la dimension évaluative de concept de soi, c'est-à-dire à l'ensemble des représentations dont l'individu dispose à propos de lui-même et à la probation ou désapprobation qu'un sujet porte sur lui-même.

Elle permet d'approcher le sentiment qu'il a de ses propres compétences et de ses qualités dans différents domaines : l'école, la famille, et la société. Elle désigne ces sentiments plus ou moins favorables que chacun s'aime, s'accepte et se respecte et se respecte en tant que personne. Le jugement porté sur soi est associé aux normes sociales et réussite et d'échec, de valeur et de non-valeur ». **(C. Pierre, 2003, P36)**

Les études ont démontré que le psoriasis n'est pas une maladie contagieuse, on ne peut pas l'attraper au contact d'une personne atteinte. Mais une affection de longue durée qui n'a pas de traitement curatif, mais seulement des traitements locaux qui permettent de guérir le symptôme.

En Algérie, le psoriasis est une maladie vraiment méconnue du grand public et mal prise en charge. C'est ce qu'a affirmé le professeur Ammar Khoudja du CHU Mustapha Bacha, membre du réseau international du psoriasis. Il a fait savoir que la première et la seule étude pour établir un profil épidémiologique et clinique des patients atteints par cette maladie ne date que de 2012. Cette étude a montré que la prévalence du psoriasis en Algérie est estimée entre 10 et 26 /1000, soit 2 à 3% de la population Algérienne de deux sexes, 30% des cas sont des enfants.

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

Une autre étude réalisée en Algérie sur la fréquence des nouveaux cas de psoriasis diagnostiqués. Cette étude souligne que de nombreux patients ne se soignent pas, ou plutôt ont recours à l'automédication. Ainsi la fréquence des nouveaux cas de psoriasis diagnostiqués en Algérie serait très faible, près de 10 patients pour 1000.

Au total plus d'un million Algériens seraient concernés par la maladie.

Une étude avec le partenariat de l'association France psoriasis, lance en France l'application mobile PsoHappy. L'enquête PsoHappy lancée en 2016 aux états unis, au Danemark et au Canada, cette application a réuni plus de 1400 participants à l'étude, soit plus de 4000 questionnaires, entre mai et octobre 2016. Donc L'objectif de cette étude permettre aux patients atteints de psoriasis d'avoir une meilleure qualité de vie.

Les résultats de PsoHappy ont permis de montrer l'impact direct du psoriasis sur le bonheur.

Parmi ses résultats on trouve la moitié des personnes atteintes de psoriasis ont une estime de soi plus faible, et 41% affirment avoir rarement confiance en eux-mêmes. Au Danemark, les personnes ayant du psoriasis ont un niveau de bonheur inférieur de 12% comparé à la moyenne nationale, ce taux est 20% plus bas aux états unis et 24% au Royaume-Uni.

Au total 49,2% des personnes affirment que le psoriasis à un impact important sur la qualité de vie, et 35% affirment que cela peut conduire à un sentiment de perte de contrôle sur les choses importantes de leur vie.

L'étude de Campbell (1990) qui a mené une série d'expériences illustrant un certain nombre de différences entre les individus à forte estime et à faible estime de soi.

Selon les résultats de cette étude montre que les individus à faible estime de soi donnent des réponses plus proches du milieu de l'échelle et moins de réponses extrêmes quels individus à forte estime de soi. En ce qui concerne les jugements de confiance les individus à faible estime de soi sont moins confiants que les sujets à forte estime de soi.

Le chercheur déduit que les sujets qui manquent de confiance et de clarté dans la définition de leurs attributs devraient manifester davantage de changement à travers le temps. Dans sa deuxième expérience, il va tester cette hypothèse d'une stabilité temporelle moins importante dans les auto-descriptions des individus à faible estime de soi. Les données enregistrées dans ces deux expériences permettent de constater qu'une haute estime de soi est associée, dans l'estimation de traits spécifiques, à une plus grande confiance, à des réponses plus extrême, à une meilleure consistance interne, et à une plus importante stabilité temporelle (M. Delphine, 1995, p50).

Tandis que L'estime de soi apparait comme un produit social, confondue avec la construction de la conscience morale. Elle est présentée comme socialement déterminée, et elle s'opère psychologiquement par le triple processus de l'identification, de l'intériorisation et de l'appropriation.

Afin d'évaluer le degré de l'estime de soi chez les personnes atteint du psoriasis, et pour pouvoir vérifier nos hypothèses nous avons choisis les six (06) cas qui répondent à nos objectifs de recherche, et à nos critères de sélection, on a procédé à l'entretien semi-directif doté d'un guide d'entretien, ensuite on a fait le choix d'adopter une échelle de Cooper Smith, pour mesurer le degré de l'estime de soi.

A la suite de toute cette articulation menée sur le thème intitulé« l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis » nos questions et hypothèses sont formulées de la manière suivante :

-Est-ce que le psoriasis à des répercussions sur l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis ?

Les questions partielles :

-Est-ce que le regard de l'autre influence sur l'estime de soi chez les personnes psoriasiques ?

-Quel est le niveau d'estime de soi des personnes atteintes de psoriasis ?

Hypothèse générale :

Le psoriasis a une à une influence significative sur l'estime de soi des personnes psoriasiques

Hypothèses partielles :

- Le regard de l'autre est un facteur qui exerce une influence importante sur l'estime de soi des personnes psoriasiques.
- Les personnes atteintes de psoriasis ont une estime de soi basse
- Les personnes atteintes de psoriasis ont une estime de soi forte

2- Définition et opérationnalisation des concepts clés :

L'opérationnalisation des concepts désigne l'adaptation de ses concepts d'idées sous une forme plus précise ; grâce auxquelles nous pourrions observer et mettre à l'épreuve les indicateurs objectivement repérables et mesurables des dimensions d'un concept. Notre recherche s'est intéressée à l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis. De ce fait :

2-1-L'estime de soi :

L'estime de soi est une composante importante du concept de soi, et l'un des concepts psychologiques les plus vulgarisés de notre temps, sans doute parce qu'il nous aide à comprendre le périple de notre vie à la recherche du bonheur.

Selon Cooper Smith : « L'estime de soi est l'évaluation que l'individu fait et qu'il entretient habituellement : elle exprime une attitude d'approbation ou de désapprobation, et indique le degré selon lequel il se croit lui-même capable, important, en pleine réussite et digne. En résumé, l'estime de soi est un jugement personnel de mérite qui s'exprime dans les attitudes que l'individu véhicule vers les autres par des communications verbales et par d'autres comportements expressifs. » (Cooper Smith, 1967, p. 4-5).

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, l'estime de soi est une valeur personnelle, Compétence qu'un individu associe à son image de soi.

-Définition opérationnelle :

L'estime de soi est l'évaluation que les personnes font d'elles-mêmes, Elle occupe une position centrale dans l'explication du comportement humain. Il s'agit de la façon dont l'individu s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne.

C'est est une valeur changeante. Elle peut augmenter ou diminuer selon le regard que tu portes sur toi-même, selon tes actions et leurs résultats. Ainsi, il est possible qu'elle soit très haute ou très basse selon les périodes de la vie.

2- Le psoriasis :

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

Définition opérationnelle :

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

3- Les raisons de choix de thème :

Le manque d'études sur l'estime de soi chez les personnes psoriasiques, Ce qui nous a poussés à traiter ce thème dans le but de recueillir des nouvelles connaissances.

4- Les objectifs de la recherche : toute recherche scientifique comprend des objectifs, des finalités qui poussent le chercheur à étudier et à réaliser tout un travail afin d'arriver au but recherché. Ainsi notre recherche vise les objectifs suivant :

- L'objectif principal de ce travail est d'approfondir notre analyse sur le niveau d'estime de soi chez les personnes qui souffrent du psoriasis mesuré grâce à l'échelle de COOPER SMITH.
 - Confirmer ou infirmer notre hypothèse.
 - Centré sur le lien qui existe entre l'estime de soi et le psoriasis.
 - Vérifier l'impact de psoriasis sur l'estime de soi chez personnes atteintes.
 - Démontrer les difficultés qu'affrontent ces personnes psoriasiques dans leurs vies quotidiennes.

5- Les difficultés rencontrées dans notre recherche :

Comme dans toute recherche, il est évident qu'un chercheur se trouve face à certaines difficultés comme il l'affirme **Quivy** en disant que « chaque recherche est un processus de découverte qui se déroule dans un contexte particulier au cours duquel le chercheur est confronté à des contraintes » (**Quivy, 2006, p.27**). C'était notre cas notamment avec :

- La traduction de guide de l'entretien et les questions de l'échelle de l'estime de soi.
- Les difficultés d'expliquer aux personnes le but de l'échelle et la pratique de passation à cause de la langue de l'échelle qui est composée de 58 items.
- Le manque de documentation sur le psoriasis au niveau de notre bibliothèque.

Partie théorique

Chapitre I
L'estime de soi

Chapitre I : l'Estime de soi

Préambule.

1- Définition des concepts.

1-1-Le concept de soi

1-2-Le concept de l'estime de soi

2- Historique de l'estime de soi

3- Les deux conceptions de l'estime de soi

4-Les trois piliers d'estime de soi

4-1- L'amour de soi

4-2-La vision de soi

4-3- La confiance en soi

5-Les composantes de l'estime de soi

6-Les caractéristiques d'une personne qui s'estime

7-Caractéristiques et conséquences du manque d'estime de soi

8-La construction de l'estime de soi

8-1-la petite enfance

8-2- La préadolescence

8-3- l'adolescence

9-L'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis

Synthèse

Préambule

Etre en bonne santé mentale, c'est la connaissance de soi, la connaissance de ses forces, de ses faiblesses, de ses difficultés, de ses limites, et de ses besoins, ayant pour effet une image de soi en rapport avec la réalité.

L'estime de soi est l'une des fonctions les plus fondamentales, c'est un phénomène discret, complexe dont nous n'avons pas toujours conscience. Si vous avez une image positive de vous-même, vous pourrez enrichir votre vie, elle se développe tout au long de la vie et elle est influencée par nos diverses expériences, il faut donc lui accorder une grande importance dès l'enfance parce que c'est une composante essentielle de la construction identitaire. L'estime de soi donne à l'identité personnelle sa tonalité affective et à ce titre elle apparaît comme un fondement de l'image de soi.

Ce chapitre donc nous permet d'acquérir plus d'information et d'avoir une bonne compréhension sur l'estime de soi.

1. Définition des concepts :

1-1 Définition du concept de soi

Le concept de soi occupe une place importante en psychologie. Il a été l'objet de nombreux travaux depuis d'un siècle, probablement en raison de son importance dans la vie de chacun. Il s'agit d'une structure cognitive qui permet aux personnes de penser consciemment sur elles-mêmes de la même manière qu'elles peuvent penser à des objets et à des événements survenant dans le monde externe.

Selon Horrockset Jackson le concept de soi se réfère « à un ensemble de traits, d'images, de caractéristiques, de goûts, de valeurs, d'aspiration que l'individu perçoit plus ou moins clairement en lui-même et qu'il organise de façon plus ou moins cohérente, ceci en relation avec les autres et les rôles qu'il joue » **(Emeline et Nathalie, 2014, P.95).**

Selon BANDURA (1997) le concept de soi est une vision organisée de soi qui se formerait à travers des expériences, mais aussi à partir des évaluations sur soi que feraient les autres signifiants aux yeux du sujet concerné. **(Emeline B ET Nathalie, 2014, P, 98).**

Selon le petit Larousse de la psychologie : devenir soi-même implique une conscience éveillée ne se limitant pas au moi. Pour sa part, C.G. Jung a conçu comme unification de conscient et de l'inconscient, centre virtuel de l'individuation.

1.2. La définition de l'estime de soi :

Le concept de l'estime de soi est un sujet très vaste et a fait l'objet de différentes recherches, c'est un concept multidimensionnel d'ailleurs, Plusieurs définitions ont été données à l'estime de soi.

G.DUCLOS définit l'estime de soi comme étant la conscience de sa valeur personnelle, ou comme l'ensemble de jugements portés sur soi-même. C'est à dire C'est des croyances que l'on accorde à soi-même et qui l'orientent dans ses réactions comme dans ses conduites organisées. (**Nathalie et Catherine, 2016, P26**).

L'Ecury(1975) définit l'estime de soi comme étant une structure du concept de soi qui consiste en une manière de réagir aux perceptions que l'individu a de lui-même, réactions sous la forme d'évaluation ou de jugement de valeur favorable ou défavorable que l'individu porte à l'égard de lui-même. (**Emeline, 2014, P.98**).

Josiane de Saint Paul : « L'estime de soi est l'évaluation positive de soi-même, fondé sur la connaissance de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain, une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être heureuse, l'estime de soi est également fondée le sentiment de sécurité d'apprentissage, pour faire face, de façon responsable et efficace aux événements et aux défis de la vie » .(**Josiane de Saint Paul,1999, P.22**).

Bloch : « Valeur personnelle, compétence qu'un individu associe à son image de soi. L'estime de soi peut être fondée sur le choix par le sujet de normes extérieures dont il constate plusieurs images, de soi coexistant chez le même sujet ; le moi actuel d'une part et, d'autre part et, d'autre personne qui le connaissent ». (**ARIANE Mellina et R Jaccoud, P.**).

L'estime de soi est le résultat d'un jugement que l'on a de soi et qui porte sur sa propre valeur personnelle. Il s'agit de l'opinion que nous avons sur ce que nous sommes et sur ce que nous faisons, donc C'est l'évaluation et la conscience de la valeur personnelle qu'on se reconnaît dans différentes sphères. Ce n'est pas notre valeur en tant que telle qui est en cause, mais bien la conscience que nous avons de celle-ci.

L'estime de soi est généralement définie comme l'évaluation globale de la valeur de soi en tant que personne, c'est-à-dire le degré de satisfaction de soi-même. Ainsi elle donne une tonalité affective à l'identité personnelle et à ce titre, elle est l'un des fondements de l'image de soi. Elle oriente la prise de conscience de soi et de la connaissance de soi par l'appréciation positive ou négative que le sujet porte sur lui-même. (**Verena JENDOUBI, 2002, P.19**).

L'estime de soi correspond à la dimension évaluative du concept de soi, c'est-à-dire l'ensemble des représentations dont l'individu dispose à propos de lui-même et à l'approbation ou à la désapprobation qu'un sujet porte sur lui-même. Elle permet d'approcher le sentiment qu'il a de ses propres compétences et de ses qualités dans les différents domaines : l'école, la famille et la société. (**Emeline et Nathalie OUBRAYRIE-ROUSSEL, P97**).

2. Historique de l'estime de soi :

L'estime de soi suscite l'intérêt des scientifiques depuis plus d'une centaine d'années. C'est au tournant du 20^{ème} siècle que James (1890) et Cooley(1902) apportent les premières réflexions sur ce concept. Ce dernier elle a une place importante dans les sociétés occidentales.

La recherche en psychologie autour de dénomination de l'estime de soi a revêtu plusieurs noms : estime de soi, concept de soi, croyance de soi. il s'agit de s'intéresser à la définition du terme « estimer », du latin « oestimare » signifie « déterminer une valeur » et « avoir une opinion favorable envers ou sur quelqu'un ou quelque chose ». Alors que la notion du concept de soi implique un aspect descriptif de sa propre personne, sans connotation forcément évaluative, l'estime de soi implique un jugement de sa valeur personnelle.

Selon William James(1890) L'estime de soi est le rapport entre les aspirations et les réussites affectives ainsi qu'entre les résultats et échecs, il l'appelait « la conscience de la valeur du moi ». L'écart entre l'objectif et le résultat donne le niveau d'estime de soi. Cette théorie sera reprise plus tard par de nombreux chercheurs. **James** (1890) a été un des premiers auteurs à approfondir la notion de soi, contribuant largement à son gène et à son développement. Selon lui, l'évaluation qu'une personne fait d'elle-même est directement liée à ses aspirations. Un individu a une forte estime de soi lorsque ses réalisations correspondent à ses aspirations ; et réciproquement, une personne qui n'arrive pas à s'actualiser à un faible estime de soi. (**ELISABETH GIGUERE, 2018, P17**).

Selon Charles H Colley(1902) L'estime de soi est définie comme une construction sociale, façonnée par l'ensemble des interactions(les opinions, le jugement, les actions etc.) avec les autres, Pour lui c'est le regard des autres qui pourra donner à la personne une compréhension de ce que les autres pensent.

Le soi de Cooley est un « soi-miroir », une constriction sociale résultant de l'intériorisation par le sujet des attitudes des autres vis-à-vis de lui –même, donc cet auteur est attaché à montrer à quel point les perceptions individuelles, personnelles sont influencées par autrui. (**Ibid.**)

Plusieurs décennies plus tard, **Cooper Smith** propose une conception dite unidimensionnelle de l'estime de soi. Celle-ci repose sur l'existence d'une seule dimension générale pouvant rendre compte de l'estime de soi. Il a donc étudié cette dernière de façon globale. Cooper Smith la définit comme étant le sentiment que possède chaque individu au fond de lui-même de sa propre valeur. (**Stéphane Gélinas, 2001, P12**).

Rosenberg(1979), se joint également à l'idée d'une estime de soi globale de la personne.il la conçoit comme étant une distinction entre une estime de soi qui serait une composante globale auto-évaluative de soi et un concept de soi qui serait un ensemble multi dimensionnelle de composantes auto-descriptive, spécifique à un domaine (**Marc BERGERON, 2011, P50**).

Aujourd'hui L'estime de soi est donc essentielle à la santé physique et mentale, à la capacité d'adaptation, à l'efficacité et à l'épanouissement de l'humain. Elle permet de vivre et non seulement de survivre. En revanche, le manque d'estime de soi ou le déficit en confiance en soi qui peut l'accompagner, seraient sources de souffrances et de dysfonctionnements plus ou moins graves en fonction de la nature plus ou moins sévère de l'autoévaluation.

3. Les deux conceptions de l'estime de soi

Il n'existe pas de l'estime de soi, une définition reconnue par tous. En effet tout le monde n'est pas d'accord sur ce la constitue. Cependant, on trouve deux grands courants.

- **Le premier courant**

Est celui de Virginia Satir, qui insiste sur l'importance et la valeur intrinsèque de l'être humain, pour avoir de la valeur, il n'y a rien à faire, il suffit d'être. Sa démonstration est

simple : un enfant nouveau-né as-t-il de la valeur ? Est-il important ? La plupart d'entre nous tomberont d'accord pour dire que c'est « évident ».

Pour Virginia S, c'est de la prise de conscience profonde de cette valeur intrinsèque et inaliénable que vient l'estime de soi. Il est donc nécessaire de donner à l'enfant de l'amour inconditionnel et le sentiment de sa propre valeur, quoi qu'il fasse et quoi qu'il lui arrive.

L'estime de soi à ce niveau est un « donné ». Parce que nous sommes humains, nous avons de la valeur et nous sommes dignes d'être heureux. **(Saint P, 1999, p.9).**

- **Le deuxième courant**

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

Pour le psychologue Nathaniel BRANDEN, qui a écrit plusieurs ouvrages sur ce sujet insiste particulièrement sur ce point. Pour lui le sens de sa valeur personnelle qui est probablement dit-il : notre droit de naissance n'est que l'antichambre de l'estime de soi. Il ne s'agit pas seulement de se sentir bien, il s'agit de vivre bien, et pour cela il faut s'en donner les moyens. En effet pour, le propre BRANDEN de l'homme est la conscience. Il en a besoin pour survivre : notre bien être dépend de notre capacité à maîtriser l'enivrement, c'est à-dire de notre faculté de penser juste et claire. **(Saint P, 1999, p.11).**

4. Les trois piliers de l'estime de soi

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

4.1 L'amour de soi :

Est le principal pilier, selon l'auteur l'amour de soi serait l'élément le plus important. Il en résulterait de s'aimer soi-même malgré ses défauts et ses limites, malgré les échecs et les revers rencontrés, simplement parce qu'une voix intérieure dirait que la personne concernée est digne d'amour et de respect. Il s'agit d'un amour de soi « inconditionnel » qui ne dépendrait pas des performances. Il permettrait plutôt de résister à l'adversité et/ou de se

reconstruire suite à un échec. Il n'empêcherait ni la souffrance, ni le doute en cas de difficultés, mais il protégerait par contre du désespoir.

L'amour de soi dépendrait, en grande partie, de l'amour et des différentes « nourritures affectives » que la famille aurait prodiguées à l'enfant et de la capacité des parents à transmettre à celui-ci, la conviction qu'il est quelqu'un de bien, même lors de déceptions, où l'amour de ceux-ci ne lui serait pas retiré pour autant.

Par contre, les carences de l'estime de soi qui prendraient leurs sources à ce niveau, seraient les plus difficiles à rattraper. Il serait alors question de ce que les psychologues et les psychiatres appellent « les troubles de la personnalité », c'est-à-dire les sujets dont la manière d'entrer en relation avec les autres les poussent régulièrement aux conflits et aux échecs relationnels. (André, C et Lelord, F, 1999, P14).

4.2 La vision de soi :

Pour André La vision de soi est défini comme : « le regard que l'on porte sur soi cette évaluation, fondée ou non, que l'on se fait de ses qualités et de ses défauts ». Serait le deuxième pilier de l'estime de soi, Il ne s'agirait pas seulement de connaissance de soi, puisque l'important ici ne serait pas tant la réalité des choses, mais plutôt la conviction que la personne n'aurait d'être porteuse de ces qualités ou de ces défauts, de potentialités et de limitation.

André Ajoute que l'observation chez l'autre de la vision qu'il a de lui-même serait une tâche difficile à accomplir. Par contre, elle permettrait de comprendre pourquoi certaines personnes complexées, dont l'estime de soi serait conséquemment basse, peuvent laisser perplexe un entourage qui lui, ne percevrait pas les défauts dont Celles-ci se croiraient atteintes. Lorsque positive, la vision de soi serait une force intérieure qui permettrait de s'apaiser soi-même, malgré l'adversité. Au contraire, dans un cas où l'estime de soi se trouverait déficiente par une vision de soi trop limitée ou peu nuancée, il deviendrait difficile de trouver sa « voie » et sa satisfaction. (Ibid).

4.3 La confiance en soi

La confiance en soi serait le troisième pilier de l'estime de soi, est une conséquence de l'amour de soi et de la vision de soi. Elles s'appliquent surtout aux actions. Être confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.

C'est-à-dire Avoir confiance en soi permet à l'individu d'agir, de passer à l'acte sans peur de l'échec et sans peur du jugement des autres.

La personne avec une vraie confiance en elle n'oublie pas sa valeur même lorsqu'elle tente une expérience pour la première fois. Elle est tellement en contact avec sa valeur intérieure que, même si elle rate son coup lors d'une première expérience, elle est capable d'être bien dans sa peau et d'accepter de n'avoir pas réussi.

Ce concept est facilement identifiable, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu. (André, C et Lelord, F, 1999, P17).

Ces trois piliers de l'estime de soi entretiendraient généralement des liens d'interdépendance. L'amour de soi (se respecter quoiqu'il adienne, écouter ses besoins et ses aspirations) faciliterait une vision positive de soi (croire en ses capacités, se projeter dans l'avenir) qui à son tour, influencerait favorablement la confiance en soi (Agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui). Il ne serait cependant pas impossible.

Selon André, que ces dimensions soient compartimentées chez certains individus. Ainsi, une personne ayant une vision d'elle-même fragile et une confiance en elle superficielle, pourrait voir son estime d'elle-même s'effondrer face à un obstacle persistant dans le temps.

Un autre exemple pourrait être celui d'un manque D'amour de soi où, dans cette situation, le sujet réussit un parcours exceptionnel parce qu'il était soutenu par une vision très élevée de lui-même, mais pour qui un échec sentimental ferait resurgir chez lui des doutes et des complexes profonds, affectant considérablement son niveau disfonctionnement général. Pour s'estimer, il est important de s'apprécier, de s'accorder de l'attention, de l'écouter et de la bienveillance.

5. Les composantes de l'estime de soi :

L'estime de soi s'appuie sur quatre composantes :

5.1 Sentiment de sécurité :

Ce sentiment signifie comprendre les limites, connaître les attentes et se sentir confortable et en sécurité. Il est essentiel pour que l'enfant, rassuré par le regard confiant que

ses parents lui portent, prenne à son tour confiance en ses capacités. L'estime de soi de l'enfant est l'acquisition de la confiance et de la sécurité. (Nader-G et Fiasse2016, P.50).

5.2 Sentiment d'identité :

L'identité est à la base de l'estime de soi et de la motivation. Un fort sentiment d'identité demande une connaissance de ses forces et de son image sociale. Il implique aussi des sentiments positifs face à l'image de soi. Il est très important que l'enfant arrive à avoir une image réaliste de lui-même et le sentiment de sa valeur. Ce sentiment est la clé du comportement de l'enfant.

5.3 Sentiment d'appartenance :

L'estime de soi est le sentiment d'appartenance. Pour aider l'enfant à développer ses habiletés verbales, sociales et relationnelles, les parents et éducateurs doivent permettre à l'enfant de vivre des relations significatives et stables. Le besoin de faire partie d'un groupe augmente au fur et à mesure que l'enfant se développe. « Pour parvenir à vivre pleinement un sentiment d'appartenance, il faut faire un long apprentissage d'habiletés sociales, de collaboration et de coopération ».

Le sentiment d'appartenance ne peut se vivre qu'avec le Développement de la socialisation. (Nader-G et Fiasse2016, P.50).

5.4 Sentiment de compétence :

Un sentiment de compétence personnelle peut être acquis seulement après plusieurs expériences de réussite. Ceci implique d'être capable de prendre les décisions appropriées en utilisant de façon efficace les ressources disponibles.

6. Les caractéristiques d'une personne qui s'estime :

De nombreux auteurs se sont intéressés aux caractéristiques des personnes qui font Preuve d'estime de soi et à ce que ces personnes pensent d'elles-mêmes des autres et du monde en générale. Ils ont inventorié leurs croyances, et ce qu'elles font.

- Les personnes considérées pensent qu'elles ont de la valeur, qu'elles sont dignes d'être aimées et d'être heureuses. de plus elles se sentent compétentes. Non qu'elles soient persuadées

de savoir tout faire ou de pouvoir tout réussir, mais elles se donneraient le droit à l'erreur et savent qu'elles peuvent apprendre de celle-ci.

- Elles pensent qu'elles sont responsables de ce qui leur arrive et en particulier, de leur propre bonheur.

- Elles savent aussi ce qu'elles veulent et sont enclines à agir pour l'obtenir.

- Ainsi, elles ont tendance à se montrer raisonnablement confiantes et gaies. De façon générale, ces personnes ont également des attentes positives à Propos de ce que leur réserve la vie. En ce qui concerne leurs attitudes face aux autres, elles se sentent leur égal : ni inférieures, ni supérieures. Elles s'attendent à avoir avec eux des rapports agréables et constructifs.

- Les personnes qui ont une bonne estime de soi sont, en général, calmes, coopératives, sociables et bienveillantes envers leurs semblables, En effet n'ayant rien à prouver, ni à elles-mêmes, ni aux autres et ne craignant pas le jugement d'autrui, elles sont libres d'apprécier le moment sans préoccupations parasites. Elles savent aussi très bien écouter. En effet, elles ont les possibilités d'être totalement présentes dans un échange avec autrui car elles n'éprouvent pas le besoin de se centrer sur elles- même ni de porter un jugement sur ce que l'autre dit. En revanche, elles se respectent et n'hésitent pas à affirmer et à affirmer leurs opinions si nécessaires. **(Saint Paul, 2004, P.21).**

- Ces personnes qui ont une bonne estime de soi seraient toutes réalistes, s'acceptant et acceptant les autres tels qu'ils sont. Elles seraient spontanées, autonomes, indépendantes et elles ressentiraient un besoin d'intimité. Elles se centreraient également sur les tâches à accomplir plutôt que sur elles-mêmes, sans que cela soit au détriment des autres.

- Elles s'identifieraient avec le genre humain et beaucoup d'entre elles auraient une expérience mystique ou spirituelle, bien que pas nécessairement religieuse. Ne cherchant pas obligatoirement à se conformer à la culture ambiante, elles auraient en outre, des valeurs et des attitudes démocratiques.

- Elles pourraient toutefois elles aussi, se sentir sous pression, déprimées ou anxieuses, mais elles seraient cependant mieux armées pour retrouver des états de bien-être, puisqu'elles décideraient consciemment ou inconsciemment de compter sur leurs

ressources pour s'en sortir. Si la gérance d'une situation leur paraît insatisfaisante, celles-ci ne se dévaloriseraient pas et ne blâmeraient pas non plus le Compter sur leurs ressources pour s'en sortir. Si la gérance d'une situation leur paraît insatisfaisante, celles-ci ne se dévaloriseraient pas et ne blâmeraient pas non plus les autres pour expliquer les résultats, mais seraient plutôt portées à réfléchir sur ce qu'elles auraient appris en traversant l'épreuve, pour en retirer les ajustements à apporter lors de circonstances similaires ultérieures. **(De Saint-Paul, 2004, P.22)**

7. Caractéristiques et conséquences du manque d'estime de soi

Bien que l'estime de soi ne soit pas la seule condition nécessaire pour être heureux et réussir sa vie, elle peut néanmoins être considérée comme une sorte de passeport pour le bonheur et pour la réussite.

À l'inverse, à l'intérieur d'un monde en perpétuel changement et où il est nécessaire de s'adapter en permanence.

- Les personnes qui manquent d'estime de soi souffrent de difficultés d'adaptations.

Dans la mesure où elles ne savent pas si elles peuvent compter sur elle-même, les changements leur font peur et elles se montrent souvent rigides et contrôlées. Une façon de se protéger du changement est de fuir ou d'en laisser la responsabilité aux autres. Ainsi, ce sont eux qui seront à blâmer si les choses tournent mal. En ce sens, les personnes qui manquent d'estime de soi souffriraient de difficultés d'adaptations. **(Paul, 2004, P.24)**

- Ils ont les difficultés à admettre leurs erreurs. En ce sens, ces personnes croiraient généralement que leurs erreurs signalent leur manque de valeur et feraient plutôt le choix de refuser de les reconnaître ou de les voir. Il en résulterait une impossibilité répétée pour ces personnes corriger les erreurs commises et par conséquent, à apprendre à faire autrement dans l'avenir.

- Il est facile de comprendre que, si nous croyons qu'elles signalent notre peu de valeur, il vaut mieux refuser de les reconnaître ou même de les voir : le déni peut être à usage externe, mais le sujet peut aussi ne pas remarquer consciemment qu'il a fait une erreur. Il en résulte une impossibilité à les corriger et, par conséquent à apprendre à faire autrement à l'avenir.

- Pour les mêmes raisons, les individus manquant d'estime de soi se montreraient facilement défensifs, même s'ils n'ont pas commis d'erreurs et même si ce qui leur dit ne serait aucunement dévalorisant. Ces derniers auraient tendance à interpréter les communications des autres d'une manière qui viseraient d'abord à confirmer le peu de bien qu'ils pensent d'eux-mêmes, plutôt que de réellement écouter le message livré par l'interlocuteur.

- Le manque d'estime de soi peut aussi se manifester par le désir d'avoir raison, ce qui suppose que l'autre a tort. Le but serait de se rassurer sur ses compétences intellectuelles et sur sa propre valeur morale. Il en résulterait pour ces personnes, une vision du monde et un discours interne relativement binaire : il faut que l'autre ait tort pour que j'aie raison, s'il gagne, je perds, s'il a tout, je n'ai rien et s'il est intelligent, je suis stupide. Evidemment, de telles croyances risquent d'engendrer dans les relations, hostilité et agressivité, qu'elles soient passives ou actées. Ces sentiments peuvent apparaître et être observés sous formes d'attaques, d'ironie, de sarcasmes, de sous-entendus, de bouderies, de mauvaise humeur chronique, ouvertement exprimée ou au contraire, réprimée, niée et parfois se transformer en une gentillesse si marquée, qu'elle peut devenir irritante pour l'interlocuteur et le mettre mal à l'aise.

- Ainsi, la personne manquant d'estime de soi risque d'osciller entre ce qu'elle croit être la conformité au désir de l'autre ou de se rebeller contre ce désir. Elle risquerait également de « figer » dans l'une ou l'autre de ces attitudes.

- L'une des conséquences les plus désastreuses du manque d'estime de soi est probablement les problèmes de communication qu'il engendre. Ayant peur d'être découvert, critiqué, jugé, le sujet ne livre pas facilement ses idées, ses sentiments, ses désirs. Il en résulte une difficulté à communiquer et en particulier à communiquer de façon honnête, ouverte et bien entendu, intime.

- c'est ainsi de graves difficultés se posent dans les relations amoureuses lorsque le manque d'estime de soi est important. Incapable de s'aimer lui-même, le sujet a beaucoup de mal à aimer réellement l'autre. Il cherche un miroir favorable qui lui renvoie de lui une image positive, aimable. **(De Saint-Paul, 2004, P24, 27)**

- La personne à faible estime de soi a tendance à se présenter d'une façon auto-protectrice. Se caractérisent par une inclination à éviter les risques, à être centré sur l'évitement

de la mise en évidence de leurs défauts, et hésite à se prêter attention. (**Delphine. M, 1995, P51**).

Pour conclure, l'estime de soi est une évaluation des diverses caractéristiques qui composent notre perception de nous-même, il est possible d'avoir une bonne estime de soi dans un domaine et une moins estime de soi dans un autre. Il faut se regarder d'évaluer l'estime de soi, même domaine par domaine, avec une mesure binaire : blanc ou noir, présent ou absent. Nos évaluations sont plus nuancées.

8. La construction de l'estime de soi :

La construction de l'estime de soi est un processus dynamique et continu qui commence bien avant la naissance et qui se prolonge tout au long de la vie. C'est-à-dire que L'estime de soi n'est pas acquise dès la naissance, on ne naît pas avec, Elle se construit progressivement et de manière continue. On peut même dire que la construction de l'estime de soi prend son origine avant la naissance de l'enfant, dans la projection que les parents se font de leur enfant idéal.

8.1 La petite enfance :

Les liens privilégiés créés dans le contexte familial et l'amour inconditionnel des parents constituent la base de l'estime de soi. Avant de venir au monde, cet enfant prend corps dans l'imaginaire de ses parents où il est fantasmé, imaginé, Les premiers liens tissés avec cet enfant sont déterminés par cette image qui le précède, une image issue du désir parental, l'enfant se sent comme il pense que ses parents le voient. C'est leur regard, son premier miroir, qui lui reflète une image de lui plus ou moins favorable qu'il va progressivement intérioriser. Ainsi, son estime de soi est intimement liée à la nature de ses premières interactions.

Dans un premier temps, c'est au travers l'environnement familial que l'estime de soi se développe. Le bébé reçoit en miroir une image positive ou négative de lui-même.

D'après la théorie de Bowlby sur l'attachement, les premières interactions du nourrisson avec la mère ont un impact sur le développement de l'enfant. C'est grâce à ce lien d'attachement que le nourrisson se construit, il se sent « aimé » par sa mère, estimé, digne de son amour. Par contre, un enfant qui se trouve face à une figure d'attachement qu'il perçoit comme rejetant ou non disponible et n'apportant pas de soutien, construira un modèle du soi

négatif. La période de l'attachement est fondamentale dans le développement psychique de tout être humain. Elle constitue le noyau de base de l'estime de soi.

Le 2ème lien affectif très fort chez le nourrisson est le lien à l'environnement, Le développement de soi est déterminé par la qualité des interactions avec son environnement, "la mère suffisamment bonne" favorise ainsi un développement sain. **(Bienne, 2017, p.8, 9).**

Dès l'âge de trois ou quatre ans, l'enfant crée des nouveaux liens, son monde social s'élargit, il prend conscience de son environnement et des nouvelles personnes, autres que sa famille, qui apparaissent dans son champ social. Il se compare à ses pairs et cherche leur approbation, il apprend à s'affirmer en tant qu'individu dans un groupe. C'est cette ouverture à un nouvel environnement qui va influencer son estime de soi.

A partir de l'âge de 7-8 ans, l'enfant prend conscience de sa propre valeur. Il commence à « se préoccuper de son acceptation sociale, puis à comprendre le lien entre ses propres actions et les résultats obtenus »

C'est à cette période-là que l'enfant prend davantage conscience de qui il est, il commence à mieux se connaître grâce aux interactions avec les autres enfants. Il est sensible aux remarques des autres et le processus du "soi-miroir" commence à se mettre en place. **(Ibid., 2017, P 9)**

8.2 La préadolescence :

La préadolescence (10-12 ans) se caractérise par une période transitoire entre l'enfance et l'adolescence. Jusqu'à présent, l'enfant était influencé par son environnement familial auquel il voulait plaire et peu à peu, "il prend de la distance vis à vis du système de valeurs familiales pour intégrer de nouvelles valeurs et perçoit ses partenaires comme la référence essentielle.

8.3 L'adolescence :

L'adolescence est peut-être la période la plus importante pour consolider une bonne estime de soi. C'est souvent une période de doutes pour ces jeunes, une période où l'on est fréquemment insatisfait de soi. Le jeune se heurte à la difficulté de se trouver une place, il a du mal à trouver ses marques.

L'adolescence est marquée par un changement corporel et pubertaire : ces modifications vont influencer l'estime de soi de l'adolescent. En effet, l'adolescent sera fragilisé par ces changements et devra donc apprendre à se découvrir physiquement mais également mentalement, afin de reconstruire ou de reconsolider son estime de soi.

Pour Erikson (1970), la construction de l'identité se fait grâce à la construction sociale. C'est l'interaction entre le sujet et son environnement social qui crée l'identité. Il parle de "crise d'identité de l'adolescence", "une période où l'individu est à la recherche d'idéaux lui permettant de trouver une cohérence interne et une identité – autour d'un ensemble unifié de valeurs". Pour lui, la construction identitaire est un processus qui s'élabore tout au long de notre vie, spécialement lors de "périodes de rupture". (**Ibid., 2017, P.10 11**)

L'estime de soi se construit constamment, mais la période de l'adolescence construit son image personnelle, non plus seulement au travers du prisme de sa famille. Ainsi, il construit son identité.

Également au travers du prisme scolaire, amical, des croyances religieuses ou de ses opinions, de son relationnelle, physique, sexuelle et numérique.

9 L'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis :

Le psoriasis est une maladie de peau fréquente pouvant se manifester par des symptômes cutanés et extra-cutanés très variés, à tout âge.

Les personnes atteintes de psoriasis se trouvent trop souvent en souffrance psychologique et sociétale, L'entrée en relation, la vie affective et la vie sexuelle de ces patients sont compliquées, et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes sévèrement altérée. Une peau altérée renvoie à une altération des limites de soi, de son sentiment d'être en sécurité à l'intérieur de soi, de sa cohésion intérieure, de son identité. Or l'estime de soi est essentielle pour faire face aux aléas de la vie.

Avoir une faible estime de soi est l'autoroute pour ne plus se sentir capable de prendre des décisions en ayant le sentiment que leur peau affiche leurs sensibilités ou leurs faiblesses, construire des relations d'égal à égal peut leurs paraître difficiles.

Les personnes atteintes de psoriasis ressentent plus souvent un sentiment de culpabilité.

Les conséquences sont à la fois physiques et psychologiques : le regard des autres et celui que l'on se porte à soi-même peuvent vite devenir insupportables, c'est une maladie « qui se voit », qui interpelle et interroge là. Cette maladie de peau peut avoir des conséquences physiques et psychologiques importantes chez la personne atteinte, notamment des troubles du sommeil, des démangeaisons, des douleurs, de l'inquiétude et de la culpabilité face à la possibilité de transmettre la maladie (génétiquement) ainsi qu'un sentiment de honte d'exposer son corps aux yeux de tous. Personne qui regarde, qui met mal à l'aise et isole la personne qui en souffre.

Finalement on peut noter Chez la personne atteinte de psoriasis une basse estime de soi, un sentiment de rejet, une vulnérabilité face à la dépression et l'alcoolisme, et la présence d'idées suicidaires pouvant mener jusqu'au suicide. ([https:// psoriasis.Solution.fr](https://psoriasis.Solution.fr)).

Synthèse

L'estime de soi est une notion importante à prendre en compte dans le développement d'un individu et tout particulièrement chez les enfants et les adolescents, car elle participe à leur motivation et elle a un lien de causalité avec la persévérance.

L'estime de soi reste cependant très subjective, bien que de nombreuses échelles aient été développées pour permettre de mesurer l'estime des individus, comme l'échelle de Cooper Smith de que nous utiliserons dans notre enquête.

*Chapitre II : Le psoriasis aspect
médical et aspect psychologique*

Chapitre II : Le psoriasis aspect médical et aspect psychologique

Préambule

1) Aspect médical du psoriasis

1-1-Définition du psoriasis

1-2- l'évolution du psoriasis

1-3 Rappel anatomique de la peau saine

1-4- Les Formes de psoriasis

1-5- les principales causes de psoriasis

1-6-Les symptômes du psoriasis

1-7- Le Diagnostic du psoriasis

1-8-Les traitements du psoriasis

2) Aspect psychologique du psoriasis :

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

2-2- l'image du corps chez les psoriasiques

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

2-4- Les troubles psychologiques des personnes psoriasiques

2-5- Le soutien psychologique

2-6- Les thérapies psychologiques de psoriasis

Synthèse

Préambule

Le psoriasis est une maladie de peau chronique évoluant par poussées, d'expression polymorphe. Il comporte dans sa forme type des plaques érythémato-squameuses siégeant préférentiellement aux coudes, genoux et lombes. Elles traduisent une dysrégulation dans la prolifération des cellules kératinocytaires. A côté de cette présentation typique, d'autres formes particulières existent, parmi lesquelles certaines sont exclusives à l'enfant comme le psoriasis en gouttes et le psoriasis des langes.

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

Aspect médical du psoriasis

1-1-Définition du psoriasis :

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse chronique, d'expression polymorphe et non contagieuse, qui peut se déclarer à tous les âges. C'est une affection multifactorielle complexe, mal connue, mettant en jeu des facteurs génétiques, immunologiques et environnementaux, son étiologie reste inconnue. **(Somogyi. A. Saint léger. E, 2006, P. 47).**

Cette affection cutanée est caractérisée par la présence de plaques érythémateuses plus ou moins arrondies, luisantes, recouvertes par des squames sèches nacrées, détachables par simple grattage. Son nom parvient du grec **psora**, prurit, et de **psao**, gratter s'en aller en poussière.

Le psoriasis atteint principalement la peau mais aussi les muqueuses, les articulations, les plaquettes sanguines (modification de l'agrégation plaquettaire), le tube digestif ou encore le foie.

Cette dermatose est caractérisée par une prolifération accrue et une différenciation anormale des kératinocytes.

Le psoriasis est une maladie bénigne, mais déclarée non guérissable, touchant plus de 3% de la population française. Plus de 50% de ces malades ne se soignent pas, trouvant les

traitements trop contraignants, ou fatigués psychologiquement par des rechutes et poussées à répétition.

Cette pathologie est définie par un épaissement épidermique excessif, associé à une prolifération et une différenciation terminale incomplète des kératinocytes et à une réaction inflammatoire locale responsable de la chronicité des lésions.

Concernant les traitements sont fastidieux et ne permettent pas encore une bonne prise en charge des malades qui voient leur image du corps altérée.

L'OMS reconnaît que le psoriasis est une maladie chronique, non contagieuse, douloureuse, pouvant défigurer, pour laquelle il n'y a aucun remède...Et que beaucoup d'individus affectés dans le monde subissent une stigmatisation sociale ayant des implications sur leur vie professionnelle pouvant aller jusqu'à de la discrimination...

Par cette déclaration, l'OMS reconnaît le psoriasis comme une maladie non transmissible grave qui nécessite de meilleures connaissances et traitements au niveau mondial.

1-2- l'évolution du psoriasis :

Le psoriasis peut se manifester et survenir à tout âge. Est une dermatose érythémato-squameuse **chronique** évoluant par poussées entrecoupées de rémissions, mais les lésions de la peau peuvent être permanentes ou épisodiques : à certain moment les lésions peuvent s'étendre et s'aggraver, et à d'autres, elles peuvent diminuer et même disparaître temporairement jusqu'à la prochaine poussée.

Un **stress physique ou psychique** est très régulièrement retrouvé dans le déclenchement des poussées de psoriasis.

La maladie débute le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune, représente environ 5% des affections dermatologiques pédiatriques, environ 30% des psoriasis de l'adulte ont débuté avant l'âge de 16 ans, 10% avant 10 ans, 6,5% avant 5 ans et 2% avant 2 ans. Ces psoriasis de début précoce sont plus souvent familiaux, associés aux antigènes d'histocompatibilité et graves contrairement aux psoriasis débutant plus tardivement. Une apparition du psoriasis au moment de la puberté et une aggravation possible au moment des règles font évoquer une **influence hormonale**. De même, une amélioration du psoriasis

peut être constatée pendant la grossesse, et d'aucun n'ont évoqué une modulation des lymphocytes B et T par les estrogènes et la progestérone.

Des **infections**, en particulier oto-rhino-laryngologiques, peuvent déclencher des poussées de psoriasis « en goutte », surtout chez l'enfant.

La prise de **certaines médicaments** aggrave la maladie. Les plus fréquemment incriminés sont les bêtabloquants, le lithium, l'hydrox chloroquine ou certains antihypertenseurs (les sartans et l'énalapril). Certains corticostéroïdes pris par voie orale peuvent aggraver les symptômes du psoriasis, s'ils sont utilisés de façon abusive ou si le traitement est interrompu brusquement.

Les malades remarquent souvent que de nouvelles lésions psoriasiques apparaissent là où la peau a été abimée (coupure en se rasant, écorchure, piqûre de vaccin, frottement excessif d'une ceinture...).

Le **climat** est un autre facteur qui peut aggraver ou améliorer le psoriasis. Le temps froid et sec en hiver a un effet particulièrement négatif sur le psoriasis parce qu'il assèche la peau. A l'inverse, le soleil peut aider à faire disparaître les plaques de psoriasis, ce qui explique que la thérapie par la lumière UV soit souvent mise à profit pour traiter certaines formes de la maladie. (Nicolas-F et Thivolet. J, 1997 : P. 38).

1-3. Rappel anatomique de la peau saine :

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

La peau saine :

La peau est un des organes les plus importants du corps humain. Elle recouvre entièrement l'organisme et atteint en moyenne 2m² de superficie pour un poids de 5 kilos. Cette structure complexe sert de barrière entre le milieu extérieur et l'intérieur du corps et possède deux rôles majeurs :

- Un rôle de communication entre l'organisme et le milieu environnant. La peau permet de capter les stimuli de l'environnement grâce à ses récepteurs (toucher, pression,

douleur et température) ou encore de réguler la température corporelle via la transpiration ;

- Un rôle de protection des agressions extérieures : la peau souple et résistante, protège l'organisme des coups, des produits chimiques, des rayons ultraviolets et des agents infectieux.
- La peau se divise en deux parties principales. La première partie, superficielle, est constituée de l'épiderme, et la seconde partie, profonde, est composée du derme et de l'hypoderme.
 - **L'épiderme** : est la couche externe de la peau. Il ne possède aucun vaisseau sanguin, et se renouvelle tous les 21 jours. Il se divise lui-même en différentes épaisseurs, dont la plus superficielle est la couche cornée. Cette épaisseur protectrice composée de cellules mortes, est renforcée par un film invisible fait de sueur et de sébum qui rend la peau imperméable à l'eau.
 - **Le derme** : est la couche intermédiaire de la peau. Résistant, flexible, et jusqu'à 4 fois plus épais que l'épiderme, il contient de nombreux vaisseaux sanguins, des nerfs et les glandes à l'origine de la transpiration. Il constitue en quelque sorte la charpente de la peau.
 - **L'hypoderme** : est la couche la plus profonde de la peau. Il est particulièrement irrigué par les vaisseaux sanguins et contient la graisse du corps, plus ou moins épaisse en fonction des individus. Il permet à la fois d'isoler l'organisme du froid et d'amortir les chocs et les pressions exercées sur la peau.
([https://flamigel.fr<anatomie-de-la-peau<](https://flamigel.fr/anatomie-de-la-peau)).

1-4- Les Formes de psoriasis :

1-4-1-Le psoriasis en plaques (psoriasis vulgaire) :

Nommé aussi *psoriasis vulgaire* (PSV), est la forme la plus fréquemment rencontrée (plus de 80% des cas). Il est caractérisé par des lésions cutanées érythémateuses et squameuse, bien limitées, arrondie, ovale ou polycyclique (**Figure 1 et 2**), la couche squameuse peut être très épaisse, les lésions sont souvent multiples diffuses sur tout le corps, la taille est variable de quelques mm-cm selon la forme en points, en gouttes, en plaques.

Elles sont évocatrices surtout dans les zones exposées au contact coudes et bord cubital des avants- bras, genoux, région lombo-sacrée, cuir chevelu, ongles (**Dubertret, 2009**).



Figure N°01 Psoriasis en plaques



Figure N°02 Psoriasis en plaques

1-4-2-Le psoriasis en gouttes :

Touche principalement les enfants et parfois les jeunes adultes. Il se caractérise par des lésions sous la forme de petites gouttes d'un diamètre de 2 à 10 mm, localisées essentiellement au niveau du tronc (**Figure 3 et 4**). Se déclenche souvent à la suite d'une infection à streptocoque, ou une affection virale des voies respiratoires supérieures. Certains

patients atteints de psoriasis en gouttes peuvent développer plus tard un psoriasis en plaques (Hervé. M, 2012, P. 107).



Figure N°03 Psoriasis en gouttes



Figure N°04 Psoriasis en gouttes

1-4-3-Le psoriasis pustuleux :

Il peut apparaître d'emblée ou sur un psoriasis déjà connu, et peut être déclenché par divers médicaments. Ce n'est pas une infection. Il faut distinguer :

- Le psoriasis pustuleux localisé palmo-plantaire. Il s'agit :
 - de pustules jaunâtres évoluant par poussées.
 - le handicap fonctionnel (difficultés du travail manuel et de la marche) qu'il génère est souvent important ;

- Le psoriasis pustuleux généralisé (dit de von Zumbusch) :
 - Début brutale avec une altération de l'état général, une fièvre a 40°C et apparition de vastes placards érythémateux rouges vif qui se couvrent de pustules superficielles pouvant confluer en larges nappes essentiellement localisées sur le tronc,
 - d'évolution parfois grave, pouvant mettre en jeu le pronostic vital (**Abbas. 2014**) (**Figure 5**).



Figure N°05 Psoriasis pustuleux

1-4-4-Le psoriasis inversé (psoriasis des plis) :

Est une atteinte des plis inter fessier, axillaires, sous-mammaires, ombilical, retro-auriculaire, caractérisé par l'absence des squames lié à la macération. Cette localisation est fréquente et elle est le plus souvent associée à un autre psoriasis ce qui facilite son diagnostic (**Pierard, 2014**) (**Figure 6**).



Figure N°06 Psoriasis inversé

1-4-5-Psoriasis du cuir chevelu :

Cette localisation est fréquente notamment dans les psoriasis débutants. Non alopeciant, en forme des plaques de taille variable, couvertes des plaques squameuses traversées par les cheveux qui peuvent couvrir la totalité du cuir chevelu formant une *casque psoriasique*. L'atteinte occipitale est très fréquente, la lisière du cuir chevelu présente des lésions très inflammatoires réalisant une *couronne séborrhéique* (**Figure 7**). Son diagnostic est difficile à réaliser (**Nicolas et al., 1997**).



Figure N°07 Psoriasis du cuir chevelu

1-4-6-Psoriasis du visage :

Est deux fois plus présent chez les enfants que chez les adultes. Cette localisation du psoriasis est rare, prend un aspect de dermite séborrhéique, à laquelle il est souvent associé. Les taches sont rouges bien limitées, avec des fines squames sèches, ou plus grasses. A noter que le retentissement psychologique de ce type de psoriasis est important.

Chez l'enfant, les lésions sur les paupières et autour de la bouche sont fréquentes. Chez l'adulte, les lésions du visage sont généralement associées à des plaques sur d'autres régions du corps. L'atteinte du visage s'exprime le plus souvent par de petites squames grasses sur le front, les sourcils et les ailes du nez (**Nicolas et al., 1997**) (**Figure 8**).



Figure N°08 psoriasis du visage

1-4-7-Psoriasis érythrodermique :

Est une atteinte grave érythémato-squameuse et œdémateuse de la totalité du corps y compris le visage, le cuir chevelu. Selon le type d'érythrodermie (toxidermie ou pas), les lésions sont soit sèches en raison d'un important phénomène de desquamation soit humides et fissurées dans le cas de toxidermie, une érythrodermie et parfois provoquée par des médicaments. Cette forme particulière de psoriasis peut survenir à n'importe quel moment évolutif de la maladie. Son incidence est estimée à 2,5 pour 1000 patients par année. Elle peut être unique ou récidivante (Nicolas et al., 1997)(Figure 9).



Figure N°09 Psoriasis érythrodermique

1-4-8-Psoriasis unguéal :

Le psoriasis unguéal touche un ou plusieurs ongles : on peut avoir du psoriasis sur les ongles des mains ou psoriasis sur les ongles des pieds. Les lésions sont très variables d'un individu à un autre : l'ongle peut présenter des dépressions coupoulliformes *en dé à coudre*. Onycholyse avec décollement distal de la zone proximale et couleur cuivré. (Morel.P,2001 :114) (Figure 10).



Figure N°10 Psoriasis Unguéal

1-4-9-Psoriasis de l'enfant :

Le psoriasis de l'enfant est une pathologie inflammatoire cutanée chronique, parfois compliquée de formes graves. Le diagnostic peut être difficile que chez l'adulte, car les formes débutantes sont souvent atypiques ou peu symptomatiques. Le pronostic du psoriasis de l'enfant est moins bon que pour la dermatite atopique, et sa prise en charge doit se concevoir à long terme. Le traitement diffère peu de celui de l'adulte, mais a été moins bien étudié et moins bien validé par des études contrôlées. (Izakovic. J, 2007).

1-4-10-Psoriasis du nourrisson :

La forme la plus fréquente est le psoriasis des langes. Il apparaît à partir de trois mois, sous la forme d'un intertrigo et inter fessier qui s'étend sur les convexités en une nappe rouge sombre, sèche et vernissée à limite nette.

1-5- les principales causes de psoriasis :

Les causes du psoriasis sont encore mystérieuses même si on suppose qu'il nécessite des prédispositions génétiques associées à un facteur déclenchant ; on sait seulement que le

renouvellement cellulaire est 7 fois plus rapide qu'à l'accoutumée, et qu'il s'accompagne d'un épaissement de la peau et d'un prurit dans la moitié des cas. Dans environ 30% des cas, on retrouve une prédisposition génétique. Plusieurs gènes ont été identifiés mais leur niveau de responsabilité dans la survenue de la maladie reste encore inconnu, mais les facteurs impliqués sont multiples. (**doctissimo.fr**).

1-5-1- les facteurs génétiques :

Chez environ un tiers des personnes souffrant de psoriasis, on retrouve une prédisposition familiale (au moins un membre de la famille est lui aussi touché par la maladie). Plusieurs gènes ont été identifiés, leur présence étant associée à un risque plus élevé de survenue du psoriasis. C'est le cas par exemple du gène PSORS1 présent sur le chromosome 6 et qui pourrait être à l'origine de 10 à des cas de psoriasis.

Lorsque l'un des deux parents est atteint de psoriasis, le risque que leur enfant présente cette maladie, se situe entre 1 sur 10 et 1 sur 20.

1-5-2- les facteurs immunitaires :

La présence de nombreux globules blancs au niveau des plaques de psoriasis suggère un rôle aggravant du système immunitaire, le système de défense de l'organisme. Il se pourrait que, après une blessure ou une infection de la peau, le processus de réparation par le système immunitaire se dérègle : de nouvelles cellules de la peau seraient alors produites à un rythme rapide ne permettant plus l'élimination naturelle des cellules mortes. Ce phénomène entraînerait l'apparition de plaques de psoriasis.

1-5-3- les facteurs environnementaux :

Le psoriasis n'est pas dû à un seul facteur mais plutôt à un combo de plusieurs phénomènes. Le quotidien, l'environnement, les infections, le stress... Tous, peuvent être à l'origine d'une crise de psoriasis.

En effet, chez des patients qui présentent déjà un psoriasis, des lésions psoriasiques apparaissent à la suite d'un traumatisme sur une partie de la peau qui n'était pas encore atteinte ; c'est le phénomène de Koebner. La radiothérapie, les rayons ultraviolets UVB, et même une légère irritation de la peau peuvent entraîner de nouvelles lésions de psoriasis.

Sous certaines conditions particulières, le phénomène de Koebner peut apparaître et spécifiquement lorsqu'il y a un traumatisme cutané avec une atteinte épidermique.

- **Le rôle de certains médicaments :**

La prise de certains médicaments peut être à l'origine d'une crise de psoriasis, surtout s'il y a déjà une prédisposition chez le sujet. C'est notamment le cas de quelques bêtabloquants – prescrits pour contrôler l'hypertension artérielle – ou de médicaments pour traiter le paludisme et les troubles bipolaires (en particulier ceux à base de lithium). Les traitements pour soigner les maladies comme la sclérose en plaques ou l'hépatite C sont aussi parfois en cause. Pour ne pas prendre de risques, il ne faut pas hésiter à demander conseils auprès de médecin ou le pharmacien.

- **Les irritations de la peau :**

Sans surprise, les irritations de la peau peuvent également déclencher une crise de psoriasis. Et ce, même si elles sont bénignes, à l'instar d'une piqure d'insecte ou d'un petit bouton infecté. Que ce soit des frottements à répétition, des gratouilles, des cicatrices irritées ou des coups de soleil, tous peuvent donc être à l'origine d'une poussée de psoriasis.

- **Des facteurs psychologiques :**

Bien que le psoriasis entraîne un degré de stress plus élevé, comme le prouvent les mesures effectuées avec l'indice DLQI (Dermatology Life Quality Index), la relation entre le stress et psoriasis est complexe. Dans une revue systématique de la littérature incluant 39 études (32537 patients), 46 % des patients pensaient que leur maladie était liée à un stress mental et 54 % se rappelaient des événements stressants précédents l'apparition de la maladie. Cependant, la qualité des preuves établissant un lien entre un stress mental et l'exacerbation du psoriasis était faible.

- **Facteurs infectieux :**

L'association entre le psoriasis et l'infection à streptocoque est bien établie. Le psoriasis peut survenir après une infection à streptocoque, et le type le plus courant est le psoriasis en gouttes. Bien que les symptômes soient spontanément résolutifs, ils peuvent se reproduire avec la récurrence de l'infection à streptocoque.

- **Obésité :**

L'obésité semble également être un facteur de risque indépendant de psoriasis. Un méta -analyse de 16 études a révélé sur les données poolées, un OR pour l'association entre le psoriasis et l'obésité de 1,66 (IC 95 1,46-1,89) (25) (34). En effet, la prévalence de l'obésité et/ou surpoids chez ces patients es multifactorielle ; il semble exister plus d'addictions chez la population psoriasique.

- **Mode de vie :**

Le tabagisme et la consommation d'alcool ont été associés à l'apparition du psoriasis. Fumer est fortement associé à des lésions pustuleuses du psoriasis. Une tendance a été trouvée entre une augmentation du risque de psoriasis et le nombre de paquet-année ou la durée du tabagisme. La consommation d'alcool semble être un facteur de risque de psoriasis. Cependant, une revue systématique a conclu qu'il n'y avait pas assez de preuves pour établir que la consommation d'alcool était en effet un facteur de risque.

1-6-Les symptômes du psoriasis :

La lésion typique 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.

En cas de grattage, les plaques sont décapées à vif et deviennent très rouges.

Les plaques de psoriasis peuvent être :

- Les plaques de psoriasis peuvent être le plus souvent, de grande taille mesurant plusieurs centimètres de diamètre. Leur nombre est variable allant d'une à plusieurs plaques, disposées le plus souvent de façon symétrique : c'est le psoriasis en plaque ;
- Plus petites (de taille d'une pièce de monnaie) : c'est le psoriasis nummulaire ;
- Très petites (quelques millimètres de diamètre) et nombreuses en forme de larmes ou de points : on parle de psoriasis en gouttes.

La personne atteinte du psoriasis ne présente ni fièvre ni fatigue. (**Collège national des enseignants de dermatologie. Le psoriasis. ECN Elsevier Masson 6^{ème} édition 2014**).

1-7- 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 préférentielle à la recherche de lésions caractéristiques.

1-7-1 Diagnostic clinique**A- Forme typique : psoriasis vulgaire****Lésion élémentaire :**

- Tache érythémato-squameuse bien limitée, arrondie, ovale ou polycyclique,
- La couche squameuse peut être, très épaisse,
- Les lésions sont souvent multiples diffuses sur tout le corps,
- La taille est variable : de quelques mm-cm selon la forme en points, en gouttes, en plaque.

Topographie :

- Evocatrice surtout dans les zones exposées au contact : coude et bord cubital des avant-bras, genoux, région lombo-sacrée, cuir chevelu, ongles.

Signes fonctionnels :

- Dans les formes habituelles l'état général n'est pas altéré ; le prurit est présent en poussée dans 30-60 % des cas ; le psoriasis n'est pas contagieux.

L'interrogatoire :

- Il doit préciser les antécédents médicaux, le mode de vie (alcool, tabac), l'ancienneté de la maladie, l'existence des facteurs aggravants ou déclenchants, la recherche des facteurs génétiques, la réponse à différentes thérapeutiques, mais aussi le vécu de cette pathologie chronique.

B- Formes cliniques :

- Selon l'aspect des lésions,
- Selon la topographie :
- Psoriasis du Cuir chevelu (sans alopécil)
- Psoriasis unguéal (en dés coudre).
- Psoriasis inversé
- Psoriasis palmo-plantaire
- Psoriasis du gland
- Psoriasis du visage
- Psoriasis de l'enfant
- Psoriasis et infection VIH

1-7-2 Diagnostic étiologique :

- Cause inconnue mais prédisposition génétique et facteurs environnementaux à rôle révélateur.

A- Facteurs génétiques :

- 30 % des psoriasis sont familiaux ; l'apparition dans l'enfance est liée aux HLA-CW6 et DR7. Les gènes de prédisposition sont multiples et localisés sur différents chromosomes. (Weill.B et Batteux. F, 2003 : 213)

B- Facteurs de l'environnement :

- L'alcool et le tabac sont des facteurs de gravité et de résistance thérapeutique,
- Les infections virales et bactériennes peuvent déclencher des poussées surtout chez l'enfant,
- Les facteurs psychologiques peuvent déclencher des poussées,
- Médicaments qui peuvent induire ou aggraver un psoriasis : sels de lithium, les bêtabloquants, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, inhibiteurs calciques, interféron

- Les traumatismes cutanés peuvent être le siège des nouvelles lésions de psoriasis par phénomène de Koebner (**Saura et al., 1999**).

C- Physiopathologie :

- On considère que la prolifération épidermique et les troubles de la différenciation, qui caractérise la lésion psoriasique, sont dus à une activation des lymphocytes T, avec la participation des nombreuses cytokines comme le TNF α , IL12, IL23. La connaissance de ces mécanismes ont permis dans les dernières années l'utilisation des nouvelles molécules dans le traitement des formes graves de psoriasis avec des résultats très encourageants.

1-7-3 Diagnostics différentiels :

- Pityriasis rosé de Gibert :
 - macules rosées finement squameuses + médaillons de plus grande surface, arrondis ou ovalaires, dont le centre plus clair paraît en voie de guérison.
 - tronc et racine des membres.
 - guérison en 6 à 8 semaines.
- Dermate séborrhéique : la recherche de lésions psoriasiques à distance aide au diagnostic.
- Dermate atopique : topographie et terrain différents
- Psoriasis des plis : intertrigos bactériens ou mycosiques
- Érythrodermie psoriasique : autres érythrodermies (toxidermies, lymphomes, eczéma)
- Psoriasis pustuleux généralisé : toxidermies pustuleuses (pustulose exanthématique aiguë généralisée).
- Rhumatisme psoriasique : polyarthrite rhumatoïde et spondylarthrite ankylosante = diagnostic difficile en l'absence de lésions cutanées clairement identifiées comme psoriasiques. (**Toledano. C, Elsevier Masson**).

1-8 Les traitements du psoriasis :

Règles générales :

- Maladie chronique : nécessite d'une bonne relation médecin-malade.
- Les traitements n'entraînent pas la guérison.
- Le choix thérapeutique doit prendre en considération :
 - La gravité et l'étendue des lésions.
 - Le retentissement sur la qualité de vie.
 - Le préjudice (fonctionnel, esthétique, professionnel...).
 - Le désir de rémission du malade.
 - Les effets secondaires et contre-indications des traitements.
 - La notion d'un * capital thérapeutique* à gérer sur du long terme.
- Les psoriasis très limités ou psychologiquement bien acceptés par les malades ne nécessitent pas forcément un traitement.
- Les traitements majeurs (avec risque d'effets secondaires importants) ne doivent être prescrits que dans les formes graves.

Traitements locaux :

Dermocorticoïdes :

- En pommade (lésions sèches), crèmes (plis), lotions (cuir chevelu).
- Effets secondaires nombreux (QS) :
- Traitements de durée limitée
- Contrôler les quantités utilisées (nombre de tubes)
- Règles d'utilisation (QS) :
- Sauf sur le visage, dermocorticoïde au moins de classe III.
- Une seule application par jour (effet réservoir de la couche cornée)
- Augmentation de l'efficacité par l'occlusion (pénétration accrue)
- Association possible avec les autres traitements.

Analogues de la vitamine D3 :

Le calcipotriole, le tacalcitol sont une alternative intéressante aux dermocorticoïdes de classe II au long cours. L'association vitamine D + dermocorticoïde est très souvent utilisée actuellement en pommade sur le corps, en gel pour le cuir chevelu.

▪ **Traitements topiques :**

Bains et émoullients : pour décaper les lésions et soulager le prurit.

• **Acide salicylique :**

- Effet Kératolytique
- Utilisé dans un excipient gras (vaseline), pour décaper les lésions très squameuses avant autre traitement local ou Puvathérapie
- Contre-indiqué chez l'enfant (risque d'intoxication salicylée).

• **Tazarotène :**

- Rétinoïde topique.
- Psoriasis très limités (10% de la surface corporelle).
- Effet irritant possible.
- Contre-indiqué chez la femme enceinte.

Photothérapie :

- **PUVAthérapie :**

-psoralène photosensibilisant per os + irradiation UVA

-3 séances par semaine, 20 séances en moyenne

- **photothérapie UVB à spectre étroit :**

-pas de psoralène.

-efficacité comparable à la PUVAthérapie

-3 séances par semaine, 20 séances en moyenne.

Précautions :

- Contre-indication si antécédent de cancer cutané
- Surveillance prolongée du tégument des patients traités (carcinomes tardifs).
- Contre-indiquée chez la femme enceinte.
- Protection des organes génitaux externes.

Effets secondaires :

- à court terme : érythème (surdosage, prise concomitante de médicaments photosensibilisants : contre-indiqués)

- à long terme : vieillissement prématuré du tégument (UV induit), survenue de cancers cutanés.

- Résultats :

- rémissions à 80 % après 20 à 30 séances, comparables avec les deux méthodes.

Adoptez une bonne hygiène de vie :

Certaines habitudes, comme le tabagisme ou la consommation d'alcool, constituent des facteurs aggravants de la maladie. Ainsi, il est conseillé de ne pas fumer et de ne pas boire d'alcool. Manger de façon saine et équilibrée vous maintient dans un bon état général. Il est conseillé également de réduire le stress, l'activité physique étant un moyen efficace d'y contribuer.

Le traitement doit être adapté à chaque patient et est essentiellement fonction du retentissement du psoriasis sur sa vie ; un psoriasis peu étendu mais atteignant les zones visibles de la peau chez une jeune femme (visage, dos, des mains) peut être vécu très difficilement et est considéré comme un psoriasis* grave * ; au contraire, un psoriasis diffus sur des zones cachées chez un homme âgé peut être vécu sans aucune demande thérapeutique et sera considéré comme un psoriasis *bénin*.

Dans tous les cas il est fondamental d'expliquer la maladie et les traitements envisageables au patient.

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

La souffrance psychologique des patients atteints de psoriasis est importante, ne répond pas toujours de l'importance des rechutes ou des poussées ou de la gravité du psoriasis.

Le stress :

Le système nerveux et la peau sont étroitement liés. Au cours des deux premières semaines après fécondation, l'embryon n'est composé que de trois couches de cellules. Le troisième feuillet appelé ectoderme, donnera naissance au système nerveux d'une part et à la peau d'autre part. On remarque, en effet qu'un patient sur cinq présente une corrélation positive entre stress ou variations émotionnelles et symptômes cliniques, avec un délai de deux à quatre jours. Cependant quand la cause du stress est identifiée, la période de rémission est plus longue et les rechutes sont moins fréquentes.

Le stress est l'agent ou processus physique, chimique ou émotionnel qui s'exerce sur l'organisme et provoque une agression ou une tension pouvant devenir pathologique. Selon une étude portant sur 2144 patients ayant du psoriasis, 40% d'entre eux associaient l'apparition de plaques de psoriasis avec les évènements de la vie fréquente.

Pour Hans Selye un médecin canadien d'origine hongroise, le stress est un syndrome général d'adaptation, désignait à l'origine la réponse ou réaction non spécifique de défense se déroulant à l'intérieur de l'organisme. **(Pomarède. N, 2006, P. 20)**

Les traits de la personnalité :

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

Plusieurs études ont permis d'identifier un profil psychologique commun aux patients atteints de maladies auto-immunes : soumission, évitement des conflits, tendance au perfectionnisme, altruisme, effacement des besoins personnels, inhibition émotionnelle avec

difficultés à identifier et placer des mots sur ses émotions, vulnérabilité à la dépression. On place donc des espoirs d'amélioration thérapeutique dans les traitements par psychothérapie (amélioration à exprimer ses émotions, identifier ses facteurs de stress...). (**Parsy. A, 2015, P. 17**).

Le moi-peau :

Didier Anzieu, dans son ouvrage éponyme définit le moi-peau de la façon suivante :

*Par moi-peau, je désigne une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le moi psychique se différencie du moi corporel sur le plan figuratif *(**cf. Le Moi-peau, P. 29**).

Grâce à l'élaboration du concept de Moi-peau, D. Anzieu a certainement été l'un des initiateurs du rapprochement entre dermatologues et psychanalystes.

Peau et stigmatisation :

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

2-2) l'image du corps chez les psoriasiques :

Concernant la notion d'image du corps appartient au champ conceptuel de la psychanalyse. Selon Paul **Schilder**, l'image corporelle est * l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes *. Elle englobe les perceptions présentes et passées. Un autre auteur, Bob Price, directeur de l'enseignement par correspondance au Royal College à Londres (1998), définit l'image corporelle en trois composantes : le corps réel, le corps idéal et l'apparence. (**Potter. P-A, Perry. G-A, Octobre 06, P. 741**).

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

Malgré une douzaine de traitements disponibles, la qualité de vie des patients atteints du psoriasis est souvent altérée. En 1998, une première étude conduite auprès des membres de NPF² avait déjà permis de mesurer l'ampleur de ce problème. Faisant suite à cette étude, une enquête européenne révèle que chez les patients atteints d'une forme modérée à sévère que les problèmes graves sont les plus fréquents :

- 75% rapportent que le psoriasis leur pose un problème de peu important à important dans la vie ;
- 26% ont modifié ou arrêté leurs activités quotidiennes normales ;
- 36% disent que le psoriasis perturbe leur sommeil ;
- 40% voient que le psoriasis conditionnait le choix de leurs vêtements et les forçant à s'emmitoufler afin de dissimuler leur état ;
- 33% ne sont pas du tout satisfaits des traitements actuels ;
- 78% n'ont pas recours aux thérapeutiques plus agressives pour se soigner à cause de leurs effets secondaires.

Le psoriasis peut retentir gravement sur la vie du patient et de sa famille. 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 vies personnelles par ces troubles cutané et 39% dans leurs vies professionnelles. (<http://www.doctissimo.fr>)

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

2-4- Les troubles psychologiques des personnes psoriasiques :**La tendance à l'évitement :**

Le psoriasis est une maladie visible qui peut avoir d'importantes répercussions sur la vie sociale, intime, professionnelle. Bien qu'il ne soit pas contagieux ni lié à un quelconque

manque d'hygiène, le psoriasis peut susciter des réactions négatives et des regards insistants. Les patients ont donc parfois tendance à adopter une attitude d'évitement social : moins de sorties, peu ou pas d'activités sportives...

Les études montrent que les patients atteints de psoriasis présentent une consommation de tabac et d'alcool plus importante que dans le reste de la population et sont plus souvent en surpoids. Autant de caractéristiques qui seraient davantage des conséquences que des causes de maladie. Aussi cacher son corps, les patients ont également tendance à se couvrir davantage (manches longues, pas de jupes ni shorts, etc.), ce qui contribue à altérer l'image corporelle et empêche l'exposition au soleil, pourtant bénéfique.

Le stress et le psoriasis : un cercle vicieux

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

La dépression :

Selon une étude pilotée par le Dr Roger Ho, de l'École de médecine de l'État de New York (Etats-Unis), qui a analysé les dossiers des participants à l'Enquête nationale sur la santé et la nutrition (NHANES) de 2009 à 2012, les personnes atteintes de psoriasis ne seraient pas seulement touchées dans leur corps. En raison de cette maladie visible à l'œil nu (certaines parties du corps sont couvertes de plaques rouges voire de croûtes) les malades ont également un risque accru de dépression.

Selon cette étude, 16.5% des psoriasiques seraient atteints de dépression sévère. Ils sont également plus nombreux à avoir des idées suicidaires. (<https://www.topsante.com>).

Le psoriasis peut conduire à la dépression par le biais de :

- -Mal être, stress
- -Niveau socio-culturel faible
- -Troubles du sommeil
- -Troubles sexuels

- -Douleurs et prurit
- -Stigmatisation
- -Lésions du visage et des parties génitales
- -Score de PASI élevés

Ceci engendre un double cercle vicieux entre dépression et psoriasis, d'une part créé par les mécanismes physiopathologiques et d'autre part par l'altération de la qualité de vie.

Troubles sexuels :

Selon une nouvelle enquête, le psoriasis impacte fortement la vie sexuelle de ceux qui sont atteints de cette maladie de peau. Ainsi, 41% des patients déclarent avoir un dysfonctionnement sexuel lié à leur psoriasis, les femmes étant plus concernées que les hommes. 28,1% disent aussi avoir réduit la fréquence de leur activité sexuelle à cause de la maladie. Les causes de dysfonctionnement sexuel peuvent être autant physiques que psychologiques et les conséquences multiples, en particulier la perte de confiance en soi, la frustration ou l'isolement', précise l'association France Psoriasis, à l'origine de l'étude.

Donc on peut dire que, les troubles psychiques peuvent en effet influencer les maladies dermatologiques mais ils peuvent également être une conséquence de ces maladies en raison de l'altération de la qualité de vie des personnes atteints du psoriasis.

2-5- Le soutien psychologique :

Lorsque le psoriasis affecte profondément la vie quotidienne d'un patient, un soutien psychologique peut s'avérer nécessaire afin d'aider le patient à mieux affronter les différentes conséquences de la maladie sur sa vie quotidienne. Les services de dermatologie de certains hôpitaux proposent une aide psychologique spécialisée.

Passant essentiellement par une écoute attentive et un dialogue, pour les personnes atteintes de psoriasis et leurs 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. Alors le patient a 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 prendre la forme de groupes de parole, qui permette de remotiver le patient pour une nouvelle approche thérapeutique, alors rejoindre le dialogue avec son dermatologue (**Grob. J-J, 2004, P.99**).

Alors on peut constater que, l'état psychique et celui de la peau sont étroitement liés. Eviter le stress autant que possible ou, si le stress quotidien prend trop d'ampleur, et faire des techniques de relaxation pour diminué l'aggravation de son psoriasis.

2-6- Les thérapies psychologiques de psoriasis :

La thérapie est indispensable car elle va couper ce cercle vicieux. En renforçant l'affirmation de soi, par exemple par des thérapies de groupe, des jeux de rôle. On apprend à parler de son problème de peau afin d'éteindre sa timidité et sa honte car un problème dermatologique peut être bénin en apparence, mais peut aussi entraîner une forte souffrance.

-Thérapies cognitive-comportementale :

Elle a pour objectif principal de faire avancer l'individu progressivement grâce à une approche participative dans laquelle il sera l'acteur principale, et elle sera en revanche concentrée sur la situation psychologique du patient et visera à développer des solutions viables, simples et applicables dans le présent.

Concrètement la TCC a pour objectif d'améliorer la façon de penser du patient, en référence à son, cognitif et ainsi travailler sur les actions qui en résultent, et notamment son comportement. De part cette approche validée scientifiquement, l'individu agit directement et positivement sur son état d'esprit en modifiant ses pensées et ses attitudes. (**Journal de montreal.com**).

-La relaxation et la gestion de stress :

La relaxation comprend un ensemble de techniques permettant d'obtenir une réponse de relaxation. La réponse de relaxation correspond à un état de diminution du niveau d'alerte, de la fréquence cardiaque et respiratoire et de la tension artérielle : il en résulte une sensation de détente et de bien-être. La relaxation est un outil transdiagnostique, elle va servir dans la prise en charge de nombreuses pathologies, ainsi que dans une optique préventive afin de diminuer le niveau courant de stress de la personne, la rendant ainsi plus robuste au divers stress quotidiens et moins vulnérable aux pathologies (**TCC. Apprendre la psychologie.fr**).

Se relaxer, c'est faire tomber les tensions inutiles pour se concentrer uniquement sur celle nécessaire. Cette thérapie peut servir dans la diminution de l'intensité des poussées, en menant les personnes psoriasiques à se sentir mieux dans leurs peaux. Les experts

recommandent diverses techniques de relaxation pour réduire le considérable effort que résultent le psoriasis et son traitement de pleine conscience. (**Jérôme. P, 2010, P. 37**).

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

Synthèse :

Le psoriasis est une dermatose érythémato-squameuse chronique et malheureusement fréquente de la peau, évoluant de façon chronique-stationnaire ou par poussées, dont la survenue et la fréquence sont imprévisibles. C'est une maladie spécifiquement humaine caractérisée par une réaction excessive de la peau aux agressions de l'environnement.

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

- 1- La méthode utilisée
- 2- Outil d'investigation
- 3- Le guide d'entretien
- 4- Présentation du terrain
- 5- La pré-enquête
- 6- Le groupe de recherche et ses caractéristiques
- 7- l'enquête
- 8- Les limites de la recherche

Synthèse

Préambule :

Après avoir présentées nos deux chapitres théoriques, on passe au chapitre méthodologique qu'est un fil conducteur entre le côté théorique et le côté pratique. En effet une recherche scientifique peut être perçue comme un ensemble d'activités et d'expériences qui se déroulent dans le cadre scientifique. Cette recherche suit une démarche particulière et précise, en utilisant des outils d'investigations tout au long du processus de recherche sur le terrain, dans le but d'expliquer le déroulement de la recherche, et d'organiser le travail et le rendre objectif, ainsi de vérifier nos hypothèses.

La méthode utilisée :

La méthode est un ensemble des règles ou de règles ou de procédés pour atteindre un objectif. **(GRAWITZ.M, 2001, p.275).**

1-1- Définition de la méthode :

Différentes formes de pratique sont appliquées par le chercheur, lors de travail de terrain ; des enquêtes de population restreintes, des études de cas ou encore sous forme d'un problème particulière.

Un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la méthode de travail, le chercheur doit donc s'assurer de la faisabilité de son thème à partir de la disponibilité des cas et aussi l'axé au terrain, alors cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et d'expérimenter les données recueillies. Donc une bonne organisation lui permet au bon déroulement de travail.

Selon Maurice Angers, la méthode c'est l'ensemble des procédures, des démarches précises adoptées à un résultat. **(Maurice, Angers, 1997, p. 09).**

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique, enquête, ... etc.). Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale, mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée. **(Chahraoui & coll., 2003).**

1-2- Définition de la méthode descriptive :

Dans notre travail de recherche nous avons choisis d'utiliser l'étude de cas qui est une méthode descriptive qui consiste en une observation approfondie d'un cas, elle nous permet de regrouper un grand nombre de données, ainsi que des méthodes différentes (entretien, échelle clinique) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale. Une étude de cas est au cœur de cette méthode, son objectif « non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes » (Revault d'Allonnes, 1989, p. 20).

Etant donné que l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, dans le cadre de notre recherche on va essayer de décrire l'ensemble des sujets atteints de psoriasis et tenter de vérifier les hypothèses émises au départ à partir des résultats obtenus de l'échelle de l'estime de soi de chaque cas.

Une recherche descriptive réussie donne aux chercheurs une image clarifiée des variables importantes dans un thème de recherche : en quoi consiste le phénomène, ce qu'il faut mesurer, les conditions ou les contextes d'apparition qu'il faut surveiller. (LAURENCELLE, 2005, p.13).

Le but d'une recherche descriptive est de structurer l'espace des variables reliées à une question de recherche, et ce à divers niveaux.

2) Outil d'investigation :

Chaque travail scientifique suit une méthodologie précise afin de montrer comment le chercheur a pu atteindre les objectifs assignés. Cependant tout travail scientifique doit se réaliser avec des outils d'investigations pour valider des hypothèses et avoir des résultats fiables.

Dans notre recherche on s'est basé sur deux techniques : l'entretien clinique de type semi-directif, et l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith.

2-1-L'entretien clinique de recherche :

Selon **Bénony et Chahraoui (1999)**, l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens ... vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation* pour les auteurs, le principal but de l'entretien clinique est de comprendre l'homme dans sa totalité et dans sa singularité. **(Bénony & Chahraoui, 1999, p. 11).**

Selon Grawitz, l'entretien c'est un mode de collecte de données ; c'est un procédé d'investigation pour recueillir des scientifiques, utilisent un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé **(Dépelteau, 2000, p 314).**

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de donnée dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable pour accéder aux informations subjectives des individus, biographie, événements, vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves...etc. En effet, l'entretien est une pratique ordinaire et quotidienne du psychologue clinicien.

L'entretien clinique de recherche est celui choisi comme méthode d'observation, pour juger de la personnalité d'un sujet, ce procédé, qui fait partie de tous les examens psychologiques, facilite la synthèse des divers résultats obtenus, il est employé couramment en psychologie clinique.

Sachant que l'entretien clinique comprend trois (03) types : l'entretien clinique directif, qui s'apparente sensiblement au questionnaire, à la différence que la transmission se fait verbalement plutôt qu'écrit. Dans le cadre de cet entretien, l'enquêteur pose des questions selon un protocole strict, fixé au préalable. Ainsi l'entretien non directif ou l'enquêteur repose sur une expression libre de l'enquêté à partir d'un thème proposé, il se contente alors de suivre et de noter la pensée, le discours de l'enquêté sans poser de questions. Finalement l'entretien semi-directif qui porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans un guide d'entretien préparé par l'enquêteur. Notre choix dans notre travail s'est porté sur ce dernier qui nous permet de comprendre l'influence du psoriasis sur l'estime de soi de nos cas.

2-2-L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif est un texte associé à un grand d'entretien qui se compose des axes, son objectif est de donner des renseignements personnels de sujet, notre guide d'entretien est subdivisé en 4 axes, chaque axe est constitué de questions principales en relation direct avec notre recherche.

Ce type d'entretien clinique semi-directif est défini comme une technique d'enquête qualitative fréquemment utilisé dans la recherche de type sociologique, même psychologique. C'est-à-dire une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individus pris isolément, mais aussi dans certain cas, auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. (Angers. M, 1997, P .144).

L'entretien semi-directif qui favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouverte tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précise pour lesquelles l'examineur souhaite une réponse. (Chahraoui et Bénony 1999).

L'objectif de notre entretien semi-directif est de recueillir des informations pour mesurer le niveau d'estime de soi des personnes psoriasiques, et pour mieux analyser les résultats. Autant Chiland, (1983) le définit comme une situation ou le clinicien pose quelque question simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à propose un véritable guide d'entretien ; les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste simple (Chiland, 1983, p.11). Et il le confirme Grawitz (2009) dans ses écrits : « L'entretien semi directif dans lequel le chercheur dispose un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance qui correspondent aux thèmes de recherche et dans ce type d'entretien le chercheur pose une question puis laisse parler le sujet » (Grawitz, 2009, p153).

3-Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est souvent associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré.

Le guide d'entretien est défini comme : « un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. » Blanchet, 1992.

Le « guide d'entretien » est l'outil d'aide-mémoire à travers lequel l'enquêteur aura répertorié l'ensemble des thèmes qu'il souhaite aborder, éventuellement sous forme de questions ouvertes. Le guide reprend les thèmes généraux à couvrir, des questions générales, des sous questions plus précises, des pistes de relance et des exemples de réponses attendues (afin de vérifier qu'il y a bien une réponse à toutes les questions au cas où l'entretien dépasse le contenu strict du guide). Chaque thème doit correspondre à un objectif de connaissance ou de compréhension bien précis. Le guide n'est pas rigide : l'ordre des thèmes à aborder n'a pas d'importance, pour autant qu'ils soient tous abordés à la fin. A nouveau, si l'enquêté est d'accord, un enregistrement et une retranscription s'avèreront très utiles pour l'analyse.

Une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre. Il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme « pourquoi » qui appelle à une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la communication.

Le but de guide d'entretien est d'explorer certains aspects du patient, donc on a formulé à l'avance un guide qui contient quatre (04) axes, dont chaque un contient un ensemble de questions :

Axe 1 : Les informations général sur le cas.

Axe 2 : Informations sur la maladie du psoriasis.

Axe 3 : Informations sur l'estime de soi.

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

3-1- L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

3-1-1-Définition de l'inventaire de l'estime de soi :

Pour mesurer le niveau de l'estime de soi de notre population d'études, on a privilégié un instrument anglo-saxon traduit, adapté puis validé par le Centre de Psychologie Appliquée (CPA). Il s'agit de l'inventaire d'estime de soi Cooper Smith (SE1), Selon Cooper Smith le

terme « estime de soi » renvoie au jugement que les individus portent sur eux même, qu'elle que soit les circonstances, c'est en ce sens une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et professionnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle). L'inventaire a donc été pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi. **(Cooper. S, 1984, P. 10).**

Selon Cooper Smith(1984) « le terme estime de soi renvoie au jugement que les individus portent sur eux-mêmes, quelles que soient les circonstances. C'est, en ce sens, une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle, qui se traduit par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale et professionnelle)».

L'échelle SEI de Cooper Smith comporte 58 items, sont des phrases explique les sentiments, les réactions de sujet qui doit cocher une case : « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». L'échelle présente deux formes (scolaire et adulte) la trame de l'inventaire spécifié dans les deux formes : échelle générale, sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. **(Centre de Psychologie Appliquée, 1984, p.03).**

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

3-1-2- Cotation et mode de passation :

Auto-passation. Le sujet doit répondre en cochant une case « me ressemble » ou « ne me ressemble pas ». Cet inventaire comporte plusieurs échelles : échelle générale, (26 items), échelle sociale (8 items), échelle familiale (8 items), échelle professionnelle (8 items), échelle de mensonge (8 items).

La cotation de test SEI de fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith.

Tableau n°01 : présente la cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte :

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

Source : inventaire d'estime de soi de Cooper Smith

Tableau n°02 : présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme adulte.

Items positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37- 38-39-41-42-43-47-50-53-58
Items négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23- 24-25-30-31 -34-35-36-40-44-45-46-48-49- 51 -52-54-55-56-57

Source : inventaire d'estime de soi de S.Cooper Smith, 1994, p.17

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

Tableau n°03 : présente les sous échelles d'évaluation de l'estime de soi

Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57
Echelle sociale	5-8-14-21-28-40-49-52
Echelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44
Echelle professionnelle	2-17-23-33-37-42-46-54
Echelle de mensonge	26-32-36-41-45-50-53-58

Source : Inventaire d'estime de soi de S.Cooper Smith, 1994, p.17

- **Administration :**

L'administration du SEI peut être individuelle ou collective. En tenant compte du nombre important de sujet, mais surtout du fait que les items font appel à des réponses strictement personnelles qui sont difficilement influençables, nous optons pour l'administration collective pour gagner du temps. La forme adulte du SEI que nous avons adoptée s'applique aux adultes plus de 18 ans.

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

« Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lisez attentivement chacune de ces phrases ».

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

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

- **Classement et interprétation :**

Tableau n°04 : les différentes classes de l'estime de soi :

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

Source : Inventaire d'estime de soi de S. COOPERSMITH, 1994, p.17

A Partir de ce tableau, on aura la possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon cinq classes. La première (<30) qui est la note minimale un niveau d'estime de soi très bas, la seconde qui est (34 à 40) indique un niveau d'estime de soi bas, c'est deux classes englobent les sujets caractérisés par une évolution négative d'eux même, la troisième classe (41 à 45) considérée comme le niveau moyen d'estime de soi, en suite la quatrième (46 à 49) indique un niveau d'estime de soi élevé et elle est considérée comme un bon estime de soi, en fin la dernière(50) englobant les sujets un niveau d'estime de soi très élevé, elle est considérée comme une note maximale.

Tableau n°05 : Valeurs caractéristiques des échelles :

Dimensions	Général	Social	Familiale	Professionnelle	Totale	Mensonge
Moyennes	22.16	6.70	6.88	6.72	42.46	3.22

Source : Inventaire d'estime de soi de S.COOPERSMITH, 1994, p.17

Ce tableau nous aide à repérer par une comparaison intra individuelle, le domaine ou l'estime de soi est la plus basse ou là plus élevée. Il est utilisé aussi dans l'interprétation de la note d'échelle de mensonge. Une note élevée peut simplement indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir de donner une bonne image de soi. L'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu à cette échelle. Notons que la note maximum est de 26 pour l'échelle générale, et de 8 pour les autres échelles. Elle est de 50 pour la note d'estime de soi. (Cooper Smith, 1984, p.14-15).

4- Présentation du terrain :

En se déplaçant sur le terrain, la chercheuse ou le chercheur pourra contextualité son objet d'étude et en développer une plus fine connaissance. On parle ainsi de « validité écologique » quand le chercheur ou la chercheuse prend soin de décrire les caractéristiques du milieu qu'il ou elle étudie (Huberman et Miles, 1991).

Alors, nous avons effectué notre stage pratique et notre étude au sein de cabinet médical de dermatologie situé à la cité 5 juillet 48 logts- Dawadji Bejaia qui comprend :

-Un bureau d'accueil où se trouve une assistante qui s'occupe des rendez-vous.

- Deux salles spéciales pour les consultations, car y'a deux dermatologues qui partagent le travail dans un même lieu.

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

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

-Pour le personnel se compose de 02 dermatologues, et une secrétaire.

5- La pré-enquête :

La pré-enquête est une étape indispensable pour toute recherche scientifique, dont l'objet est de recueillir plus de connaissances et d'informations sur les caractéristiques de notre population d'étude, et de maîtriser l'application de nos outils, et notamment d'apporter des modifications à notre guide d'entretien. Chauchat a défini la pré-enquête comme étant : « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre la construction théorique et les faits observables, son aboutissement et la mise en place de l'appareil d'observation, cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs ». (**Chauchat.H, 1999, P 19**).

Donc la pré-enquête reste une étape très importante pour la réussite de tout travail de recherche scientifique, parce qu'elle vise pour le chercheur scientifique à faire un effort, s'exercer avec des sujets pareils aux sujets avec lesquels il doit travailler dans l'enquête mais qui ne soient pas les mêmes sujets de la pré-enquête.

Notre pré-enquête s'est déroulée au sein du cabinet médical de dermatologie, à citer du 5 juillet BT1 Dawaji à Bejaia. Notre première visite s'est effectuée le 20/ 02 / 2022, 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 avoir le consentement éclairé des personnes atteintes du psoriasis, en leur expliquant qu'il s'agit d'un guide d'entretien afin de s'informer sur leurs états

psychologiques, donc on a appliqué l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith pour évaluer leur degré d'estime de soi.

Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique, car elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquences les objectifs est de cerner notre population d'études.

6-Le groupe de recherche et ses caractéristiques :

Notre étude a été menée sur un groupe d'hommes et femmes, (03) femmes et (03) hommes, leurs âges varient de 19 ans à 59 ans.

Qui sont atteintes de psoriasis, avec de différentes formes de psoriasis.

Nous avons recueilli des informations concernant les attributions et les caractéristiques personnelles de l'échantillon étudié constitué de 06 cas, à savoir : Age, situation matrimoniale, niveau d'instruction, profession.

Tableau n°06 : récapitulatif des caractéristiques de choix de population :

Cas	Age	Niveau	Situation	Début de la maladie	Type de la maladie
1 ^{er} Zahira	30 ans	secondaire	couturière	A l'âge de 12 ans	Psoriasis érythrodermique
2 ^{ème} Sabrina	30 ans	Bac +03	Infermière	En 2014	Psoriasis en plaques
3 ^{ème} Fouad	19 ans	Lycien	Etudiant	Il ya 15 jours	Psoriasis pustuleux
4 ^{ème} Samira	54 ans	4 ^{ème} année moyenne	Femme au foyer	En 2016	Psoriasis unguéal
5 ^{ème} Ahmed	59 ans	Secondaire	En valide	A l'âge de 55 ans	Psoriasis érythrodermique
6 ^{ème} Achour	44 ans	Bac + 05	Contrôleur de qualité	Depuis 2011	Psoriasis palmo-plantaire

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

6-1-Critères d'homogénéité :

1 -Tout les cas de notre étude sont des personnes atteintes par le psoriasis.

2-Tout les sujets sont des personnes adultes.

6-2-Critères d'hétérogénéités :

1-Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération, car cette pathologie peut toucher toute les classes sociales.

2- Le sexe ; cette variable n'est pas prise en compte étant donné que notre population englobe les deux sexes.

3 - Notre population d'étude présente différents types de psoriasis.

4 -L'âge d'apparition de psoriasis de nos cas est différent.

5 -La souffrance vécue par chaque cas est différente, car cela dépend de la gravité de psoriasis.

6- Leur niveau d'instruction est différent.

7- l'enquête :

« Réaliser une enquête, c'est interroger un certain nombre d'individus en vue d'une généralisation ».

Cette définition de Ghiglione et Matalon (1998), pour qui l'enquête se définit comme étant une « méthode interrogative », nous permet déjà d'examiner certains points clés :

1) Interroger : se distingue d'une observation (l'utilisation du langage inclut un élément perturbateur) ; d'une expérimentation (celle-ci va permettre de tester des liens de causalité, alors que l'enquête renseigne plutôt sur l'existence de corrélations) ; ou encore d'une étude des traces (la situation est modifiée dans le cadre de l'enquête, puisque l'interrogation provoque une perturbation).

2) **Individus** : implique que les réponses sont individuelles, et renvoient ainsi aux perceptions d'une personne en situation individuelle. L'enquête ne rend donc pas compte des interactions sociales et des opinions qui peuvent se construire dans des dynamiques groupées.

3) **Généralisation** : l'individu en soi n'est pas l'objet ; il nous intéresse en ce qu'il est représentatif d'un groupe plus large. L'enquête est une situation d'apparent paradoxe, puisqu'elle planifie un questionnement pour en obtenir des réponses spontanées. L'enquête est particulièrement adaptée pour les recherches qui veulent investiguer des opinions, des attitudes, des croyances, des perceptions, des expériences ou encore des comportements.

8- 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 20 / 02/ 2022 au 05 / 04 / 2022.

-Notre groupe de recherche est composé de 06 cas qui présentent le psoriasis.

-On a utilisé comme outils l'entretien clinique semi-directif et l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith (forme adulte).

Synthèse :

Le chapitre méthodologique est la base principale sur laquelle se construit une étude empirique, il n'ya pas de travail scientifique sans méthode et méthodologie. La méthodologie permet un bon usage des techniques d'investigation ainsi que l'analyse des données recueillies, afin de répondre à l'objectif principal de cette recherche sur « l'estime de soi chez les personnes atteint de psoriasis ». Elle nous a permis d'assurer une bonne organisation de notre travail d'investigation, comprendre et connaitre la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais aussi assimiler l'utilisation des techniques à suivre. Vu le guide d'entretien, l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith, afin de recueillir des informations sur les sujets traiter. Répondre à nos questions pour permettre de vérifier nos hypothèses (confirmer ou infirmer).

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

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

Préambule

1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif et l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith (S.E.I)

2-Discussion des hypothèses

Synthèse

Préambule :

Nous arrivons au dernier chapitre, dans lequel nous allons présenter la partie proprement pratique de notre recherche qui s'intéresse « l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis ». Celle-ci qui a été effectuée en utilisant la méthode clinique.

Dans ce qui suit, nous allons discuter nos hypothèses afin de répondre aux questions de notre problématique et ce dans l'objectif d'affirmer ou d'infirmer nos deux hypothèses partielles.

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter les six cas concernés par notre recherche, puis on va analyser les résultats du guide d'entretien clinique semi-directif, ensuite on passe à la présentation des scores de l'inventaire de l'estime de soi de Cooper Smith. Cette analyse nous permettra de déduire des synthèses de chaque cas pour pouvoir ensuite discuter les résultats et vérifier nos hypothèses.

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

Présentation et analyse des résultats

1- 1- Présentation et analyse de premier cas « Zahira » :

Zahira de kherrata, femme âgée de 30ans, fiancée depuis un an, possédant un niveau d'étude première année moyenne, couturière, issu d'une grande famille 4 frères, et 3 sœurs, avec une situation financière moyenne.

1-2- Les résultats de l'entretien :

Avant de commencer l'entretien on a remarqué que Zahira était calme et un peu timide mais elle s'est montrée stressante et se plainte de rougir facilement sans se rendre compte, on lui a demandé si elle pouvait tenir jusqu'à la fin de l'entretien, elle a dit oui, elle s'est confiée à nous sans aucun problème, malgré qu'elle ne fait pas confiance aux autres personnes facilement, car on la convaincue que ça restera secret entre nous et on a essayé de la mettre dans une bonne situation. De ce fait l'entretien était bien passé avec elle.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Lorsqu'on a interrogée Zahira sur le début d'apparition de sa maladie qui est le psoriasis, elle dit « ivdayid lehlak asmi s3igh 12 ans ligh gharegh am nek am les autres sans aucun problème d'un seul coup tremarqui que che3riw itenssal le corps ynou isetiyi, kra wussan ifghiyid lheb gle3mer zrigh aken , timdoukaliw kmasint tbe3ident felli ogadent asentidra3 nek ligh herchegh mlih gle9raya mi wahi d le problème ayi serheghas 9legh otrohegh ara toujours ar l'école aken tezid lhala felli hevssegh le9raya »

« Cette maladie m'est apparue quand j'avais 12 ans, j'étudiais au mieux, j'étais assidue, et du coup j'ai remarqué que mes cheveux commençaient à tomber, j'avais des démangeaisons, et au bout de quelques jours j'avais des plaques rouges que je n'ai jamais vues, ce qui me fait mal c'est vu mes copines me fuyaient, donc je ne vais plus constamment à l'école, j'ai négligé mes études dont je rêvais de devenir médecin ».

Quand on la questionné sur le type de psoriasis qu'elle présente Zahira répond : « s3igh le psoriasis g le corps ynou complet » « cela débute avec des plaques sur le cuir chevelu, avec des plaies, puis sa augmenté jusqu'à qu'il devient sur tout mon corps, mais la chose qui m'a vraiment inquiété c'est la perte de mes cheveux ».

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, et j'ai aucune idée de ce qu'il m'arrivé, mais après la consultation d'un dermatologue il m'a informé que c'est peut-être dû au stress et aux problèmes familiaux que j'avais » cela signifie que le stress joue un rôle principal sur l'apparition de cette maladie. Zahira annonce aussi que ses préparatifs pour son mariage ont augmenté son anxiété et sa tension de peur d'entendre des critiques qui la vexeraient, ce qui la fait retourner chez son dermatologue car son état physique et même psychique s'était vraiment détérioré.

En questionnant notre cas sur sa réaction elle répond « ma maladie, n'était pas vraiment un grand choc ni pour moi, ni pour les membres de ma famille, ils avaient cru qu'il s'agit d'une simple atteinte passagère et qui va disparaître avec le traitement », mais après avoir consulté le dermatologue lui a informé que c'est une maladie chronique qui va l'accompagner durant toute sa vie elle était vraiment déçue car elle était la seule de sa famille à souffrir de cette maladie, ce qui veut dire que le psoriasis que présente Zahira n'est pas dû à une prédisposition héréditaire.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Concernant le traitement qu'elle suit « Ilant les périodes anda tafegh gh la pommade et les champings iyidittafk dermatologue mais juste une période adyoughal ». « Ce qui montre que ces médicaments qu'elle prend c'est juste des calmants ».

Ensuite, quand on l'interrogé si le psoriasis conditionne sa vie elle répond « oui, quand je fais ma douche je ne peux pas froter ma peau parce que ça me fait mal et sa me gratte énormément ». Alors on déduit que la maladie conditionne la vie de Zahira.

Zahira elle pensait négativement d'elle-même en disant « kerhegh adtilegh ar lemri, surtout mazreggh les plaques g le corps ynou w che3riw ighelid tmenigh ads3ough la peau l3ali, oula d le poids ne9ssegh mlih ».

« Je déteste me voir dans le miroir, surtout en voyant ses plaques rouges sur mon corps et la pellicule tombe sur mes épaules et sur mon dos, et j'ai vraiment perdu du poids et je suis devenu très mince, j'aimerais avoir une belle peau ».

Elle déteste même d'aller aux fêtes, parce que les gens font fuir d'elle, et même elle ne visite pas ses proches, et elle s'est fatiguée des critiques des gens. Elle dit que « kerhegh adrouhagh ar les fêtes parce que irenouyid lehlak, l3ibad nni reglen felli, mba3 ite9rahiyi lhal 9legh tsethagh adrouhagh ar les fêtes même ar la famille dayen 3yigh g les critiques nsen ».

Donc le regard d'autrui influence sur la personnalité de Zahira, c'est-à-dire que Zahira accorde une importance exagérer au regard et aux jugements des autres, elle déclare qu'elle évite au maximum d'être vu par les gens.

Mais après qu'elle se soit fiancée, son état a commencé à changer, car elle recevait un grand soutien de son fiancé, alors il la soutenait dans tout son travail, et ne se sentait pas malade, au contraire, il l'encourageait à faire des activités et il lui a conseillé de ne pas écouter les critiques des gens et de s'en tenir à Dieu, et c'est un test de dieu, alors elle doit être patiente. Elle dit : « l'amour et le soutien que mon fiancé m'éprouve à inverser mes sentiments de timidité, de culpabilité, que j'ai vécu suite à cette maladie ». Donc il a accepté de l'épouser malgré sa maladie et cela était le point de départ d'une nouvelle vie pour Zahira.

1-3- Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Zahira » :

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

Tableau n°07 : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Zahira »

Sous échelles	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Résultats de l'échelle	13	03	04	06	26	06	Très-bas

Analyse de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Zahira » :

D'après ce tableau, Zahira à un niveau d'estime de soi très-bas avec un total de « 26 », cela démontre qu'elle a une mauvaise évaluation de soi.

- **Sur l'échelle générale :** Zahira a eu (13) points, donc le score est inférieur par rapport à la moyenne, ce qui est confirmé dans l'item n° 12 : « c'est très dur d'être moi », sa réponse était (me ressemble), et dans l'item n°13 : « Tout est confus et embrouillé dans ma vie », sa réponse était (me ressemble).
- **Sur l'échelle sociale :** sur l'échelle sociale, elle affiche un score de (07) qui est inférieur par rapport à la moyenne (6,70), ce qui démontre que notre cas n'a pas de bonnes relations sociales et s'intègre pas dans son entourage, elle trouve des difficultés pour s'adapter, et cela est démontré dans sa réponse négative sur l'item n°5 « on s'amuse bien en compagnie ». sa réponse était (me ressemble pas).
- **Sur l'échelle familiale :** le cas a obtenu (04) points, qui sont inférieurs par rapport à la moyenne. (4 < 6,88) telle qu'elle a souligné en cochant la case « me ressemble pas »,

dans l'item n°20 « ma famille me comprend bien », et dans l'item 29 « je passe de bons moments en famille ».et aussi dans l'item n°49 : « je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres personnes ». Sa réponse était : (ne me ressemble).

- **Sur l'échelle professionnelle :** le score de l'échelle professionnelle est proche par rapport à la moyenne (06<6,72), ce qui indique que Zahira ne trouve pas vraiment des difficultés à s'intégrer dans le milieu professionnel. On peut donner l'exemple de l'item n°37 et l'item n°42 ou elle répond par « me ressemble » « je fais toujours mon travail de mieux que je peux », et « Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose ». La confirmation de la réponse la prouve.
- **Sur l'échelle de mensonge :** elle affiche un score de (06) qui est supérieur par rapport à la moyenne, ce qui indique que notre sujet a une grande attitude défensive vis-à-vis du test, et un désir de donner une mauvaise image de soi.

Synthèse

L'estime de soi chez Zahira se manifeste d'après l'entretien par un sentiment de déplaç et une image négative envers soi-même.

Suite à l'entretien effectué avec le sujet et à l'aide de l'échelle de « Cooper Smith », la patiente a eu un total de score (26<33) points, qui signifie un niveau d'estime de soi très bas.

Zahira présente une basse estime de soi général qui influence sur son état de soi de son état général, ce qui explique que le psoriasis influence négativement sur l'estime de soi de notre cas.

2-1– Présentation et analyse de deuxième cas « Samira » :

Madame Samira de Bejaia, âgée de 53 ans, femme au foyer, elle a un niveau scolaire de quatrième année moyenne, mariée a trois filles ses deux filles aînées sont à l'étranger, et sa petite fille de 18ans va passer l'examen du bac.

2-2- Les résultats de l'entretien :

Durant le premier entretien Samira semblait calme et gentille, on a eu son accord sans des difficultés, pour discuter sur sa maladie de psoriasis, elle n'était plus stressée bien au contraire très motivé et généreuse, elle était aise n'avait pas des difficultés à s'exprimer.

Notre cas est atteint du psoriasis depuis 2016, aux niveaux de ses ongles, quand on la questionnée quelle sont les symptômes manifestés au début elle nous a répondu par « icharniw 9len diwraghen rna 9len dizehranen endirait nhed nelhayawan ayou i3ofagh ahenwaligh mba3 nek nwich au début d l'anémie » (mes ongles sont devenus de couleur jaune avec un épaissement anormal, ressemble à des ongles d'animaux, je déteste vraiment les voir. Au début j'ai cru que c'était de l'anémie).

Samira déclare que les raisons qui ont provoquées sont état actuel c'était le stress, elle s'inquiète beaucoup pour ses deux filles qui sont à l'étranger, surtout dans la période de l'épidémie de corona il n'y a pas de vols, pour que ses filles viennent en Algérie. Samira dit « kha9egh mlh f yessi 05ans ohentwalagh ara yo3er lhal wlh » (mes filles me manquent, depuis 05 ans je ne les ai pas vues, ce n'est pas facile je vous jure).

En questionnant notre cas sur sa réaction quand elle a découvert qu'elle avait du psoriasis elle a dit « ma réaction était normale parce que je connais des personnes malades plus que moi, mais je veux juste que Dieu me guérisse », dans sa famille personne ne souffre de cette maladie, concernant les traitements n'a pas trouvé un traitement efficace c'était que des calmants, l'un des dermatologues lui a proposée d'enlever toute ses ongles et elle a fait mais c'est inutile et ça n'a rien donné.

Cette maladie de peau, à altérer considérablement l'apparence physique de Samira, elle dit « itginiyi mlh lehlak ayi, ozmiregh ara adkhedmegh chghel wexxam aken ila9 lhal, tenbeddal ikel lhala ynou, jamais adefghegh aken mebla ma3eleghasen i ytodan iw l penssement teffareghthen toujours » (cette maladie me dérange vraiment, je ne peux pas faire

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

le ménage comme il se doit, mon état a changé, je ne sors pas sans pansements aux doigts, je les cache toujours). Cela indique qu'elle essaye souvent de camoufler les plaies persistaient sur ses doigts en vue d'éviter le regard des autres.

En interrogeant Samira de sa réaction envers le regard des autres, elle nous dit : « *achehal othibigh ara mayedse9ssayen dachou kemyoughen, parce que l3ibad nnegh renound g te9la9, donc amek ikhedmegh pour éviter lehdor nssen swa ahentefregh nagh ma gessif khedmeghassen sparadra ma gechethwa tlossagh les gants* », elle ajoute : « *3elmegh loukan ahendezren asenwoun dlehlak iytentaten wadrewlen felli parce que thetrayi déjà achehal davrid* ». (Je déteste quand les gens me demandent qu'est-ce que j'ai, car ça m'inquiète, donc pour éviter tous ces désagréments soit je cache mes mains en été toujours avec sparadrap et en hiver je porte des gants) elle ajoute : (je sais que s'ils les voient, ils me fuiront en pensant que c'est une maladie contagieuse, parce que ça m'est arrivé plusieurs fois). Donc on remarque que Samira évite souvent le regard des autres, et n'aime pas leur parler ou leur expliquer sa maladie.

Mais le grand soutien était celui de son mari, et même de la part de la belle famille, elle dit : « *argaziw jamais toujours ar thamaw, it3awaniyi gechghel wexxam, i9ariyid out9eli9 ara ikel imanin, hamdoulah jamais s3igh problème yides,toujours isalayid le moraliw dnetta iydikhedmen la pomade iyfasniw, w i9ariyid mothofit ara gh dermatologue itheteswivit anechanger wayet alama noufad dwa ara thejit* » (mon conjoint est toujours à mes côtés, il m'aide à faire le ménage, il me dit de ne pas m'inquiéter, hamdoullah je n'ai pas de problème avec lui ne me fait jamais de remarque, au contraire il me remonte toujours le moral, et même c'est lui qui m'applique la pommade, et il me dit que si vous ne recevez pas de résultats avec ses médicaments, nous irons voir un autre dermatologue, jusqu'à ce que nous puissions trouver un traitement qui vous empêchera de cette maladie).

Donc, on peut dire que cela a aidé Samira pour mener une vie sociale et amoureuse normale.

2-3- Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Samira » :

Suite à l'échelle de Cooper Smith Samira a eu les résultats suivants :

Tableau n°08: Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Samira »

Sous échelles	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Résultats de l'échelle	20	05	07	02	34	07	Bas

Analyse de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Samira » :

Suite aux résultats parvenus de l'échelle de mesure de « Cooper Smith », notre cas a obtenu « 34 points » ; ce qui témoigne cela sous appréciation et un niveau d'estime de soi bas.

- **Sur l'échelle générale :** les résultats de Samira sur l'échelle d'estime de soi général sont proche à la moyenne ($20 < 22.16$), ce qui est apparu dans ses différentes réponses obtenus sur cette échelle, d'après ses paroles et ses réponses, en cochant la case « me ressemble pas » par exemple : dans l'item n°15 « j'ai une mauvaise opinion de moi-même » et dans l'item n°35 « je regrette souvent ce que j'ai fait », donc, elle s'estime bien.
- **Sur l'échelle sociale :** le cas a obtenu un score de (05) donc est inférieur par rapport à la moyenne (6.70). Exemple dans l'item n°49 : « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes ». Sa réponse était « ne me ressemble », cela veut dire que Samira n'a pas de bonnes relations avec son entourage social et s'intègre pas avec les autres, et elle ne trouve de difficulté, et cela aussi est approuvé en cochant la case « me ressemble pas » ; dans l'item n°05 : « on s'amuse bien en ma compagnie »,

- **Sur l'échelle familiale :** la note de (07) est supérieure toujours à la moyenne (6.88), cette dernière indique que notre sujet est bien soutenu par sa famille, et y'a un mouvement familial propice, stable tel qu'elle a soulignée à partir de ses déclarations en cochant la case « me ressemble » dans l'item n°20 : « Ma famille me comprend bien », et dans l'item n°29 : « je passe souvent de bons moments en famille ».
- **Sur l'échelle professionnelle :** le score de l'échelle professionnel est inférieur par rapport à la moyenne ($2 < 6.72$), sa réponse était négative dans l'item n°37 : « je fais toujours mon travail de mieux que je peux » et même dans l'item n°42 : « Au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose » sa réponse était « ne me ressemble pas », ce qui confirme que Samira trouve du mal à s'adapter avec son milieu professionnel.
- **Sur l'échelle de mensonge :** ici elle affiche une note de (07) sur (08) supérieur à la moyenne (3.22), ce qui indique une attitude défensive vis-à-vis du test, ou bien un désir de donner une bonne présentation de soi.

Synthèse :

La concordance entre les résultats obtenus dans l'entretien et celle du test d'évaluation d'estime de soi montre un niveau bas estimé à (34) points, qui signifie un niveau bas d'estime de soi tel qu'il est indiqué à l'inventaire de « Cooper Smith » (33 à 40) points indique un niveau Bas d'estime de soi.

On déduit que, l'estime de soi chez Samira se manifeste par une image positive d'elle-même mais il lui arrive quelquefois de ne pas l'être.

3-1- Présentation et analyse du troisième cas « Sabrina » :

Sabrina de Bejaia, femme âgée de 30 ans, mariée, à un enfant de 03ans et elle est enceinte, a un niveau d'étude de licence en science infirmière, elle est infirmière au sein d'une clinique, elle est d'une situation socio-économique moyenne.

3-2- Les résultats de l'entretien :

Notre cas est psoriasique de type psoriasis en plaques, lorsque on a interrogée Sabrina sur le début d'apparition de sa maladie elle nous répond : « cette maladie m'est apparue en 2014, elle a commencé par des pellicules dans mes cheveux, et je n'ai pas consulté le médecin cette année-là, j'ai seulement achetée un shampoing antipelliculaire car je pensais que c'était normal, jusqu'en 2015 j'ai décidée d'aller chez un dermatologue car cela a augmenté et ça a commencée à apparaitre des plaques rouges sur certaines parties de mon corps, et donc c'est devenu effrayant ».

Puis on l'a questionnée sur les raisons qui ont provoquées son état elle dit : « tes3ath yemma lehlak ayi, donc ivan c'est héréditaire, mais dachou en 2014 ligh tepriparigh le mémoire de licence w tepriparigh au même temps i thameghra ynou donc anechthayi daghen ikemliyi parce que l'année nni 9el9egh mlih ». (Ma mère souffre également de cette maladie, donc c'est héréditaire, mais cette année-là je préparais un mémoire de fin du cycle et au même temps avec mes préparatifs de mariage, donc je pense que ces choses ont été parmi les causes d'apparition de ma maladie, parce que ça m'a mis trop de pression). Elle ajoute : « quand j'ai su pour la première fois que c'était un psoriasis dont je souffrais, d'autant plus qu'il s'agit d'une maladie chronique, je n'ai pas accepté cette nouvelle, et j'ai immédiatement pensée à la réaction de mon mari. Mais finalement mon mari était réceptif et compréhensif et m'a soutenu. Et après un certain temps, quand j'ai commencée à travailler à l'hôpital j'ai vu des cas graves, donc tout ça me laisser à considérer cette maladie comme normale par rapport à d'autres maladies. Ce qui signifie que le psoriasis que présente Sabrina est dû à une prédisposition héréditaire.

Elle a également déclaré dans son discours qu'elle avait été guérie pendant 03 ans jusqu'à ce que cette maladie lui revienne maintenant, et la chose dont elle avait peur était qu'il causerait du mal à son fœtus parce que ces plaques c'est apparu sur son ventre.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Sabrina ne ressent pas de manque et ne pense pas d'elle-même de manière négative, ou différente des autres, mais plutôt le contraire, est une femme courageuse, qui a une forte détermination et de la volonté, elle dit : « le courage et l'espoir et confiance en soi sont les prémisses puissantes d'un fondement véhiculaire de la voie de la réussite ».

En interrogeant Sabrina de sa réaction envers le regard des autres, elle nous déclare : « normale otwaligh ara delhaja nel3iv bach adsethigh slehlak iydifka rebbi, ghas ayedse9sin dachou kemyoughen ?? Asenripondigh normale, dachou kan tella yiweth lhaja s3igh problème zyes d la coiffeuse jamais aytafet changigh toujours gh yiweth kan itrohagh parce que ghores kan itiligh à l'aise ». (C'est normal, je ne vois pas comme un défaut pour avoir honte de la maladie que dieu m'a donnée, même s'ils m'interrogent sur ma maladie je leur réponds normalement, sauf y'a une chose avec laquelle j'ai un problème, c'est que je ne choisis qu'une seule coiffeuse et je ne peux pas passer à une autre, car elle est la seul à connaître mon état et je me sens à l'aise avec elle ».

Cette maladie du psoriasis détermine le choix des vêtements de Sabrina, elle ne peut pas porter le noir parce que la croûte sur sa tête apparaît sur ses vêtements.

Son mari et sa famille l'ont soutenue, elle vivait dans un milieu familial favorable et adaptatif. Pareil dans son travail, elle n'a pas été critiquée pour sa maladie, mais au contraire, ils l'ont comprise et l'ont aidée si elle avait besoin de quoi que ce soit. Alors on peut dire que tout cela a joué un rôle important et à aider Sabrina à renforcer son caractère.

3-3- Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Sabrina » : Sabrina a obtenu d'après l'échelle de Cooper Smith les résultats suivants :

Sous échelles	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Résultats de l'échelle	22	06	07	06	41	03	Moyen

Analyse de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Sabrina » :

Selon les résultats obtenus à l'échelle de « Cooper Smith », nous observons que ce sujet présente un niveau moyen d'estime de soi avec un total de « 41 », ce qui signifie qu'elle a une évaluation positive de soi.

- **Sur l'échelle générale :** ses résultats sont proche à la moyenne (22<22.16), ce qui est apparu dans ses réponses positives dominantes sur cette échelle ; exemple dans l'item n°04 « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté » sa réponse était (me ressemble), ce qui explique qu'elle présente une certitude de soi.
- **Sur l'échelle sociale :** le score qu'elle a obtenu est aussi proche de la moyenne (6<6.70), ce qui démontre que Sabrina ne trouve pas de difficultés à s'intégrer dans le milieu social. Cela est confirmé par ses réponses à l'item de cette échelle par exemple : dans l'item n°05 « on s'amuse bien en ma compagnie », sa réponse était (me ressemble).
- **Sur l'échelle familiale :** marquent un score de (07) donc il est supérieur par rapport à la moyenne, ce qui veut dire que notre cas elle vit dans un climat familial favorable et bénéficie d'un soutien de la part des membres de sa famille, cela est prouvé par sa confirmation de ses réponses aux items de cette échelle, en prend l'exemple de l'item n°20 « ma famille me comprend bien » ou elle a coché sur la case (me ressemble). Et un autre exemple de l'item n°44 « personne ne s'intéresse beaucoup à moi », sa réponse était (ne me ressemble pas).
- **Sur l'échelle professionnelle :** ses résultats sur cette échelle est de score de (06) points, donc le score qu'elle a obtenu est proche de la moyenne qui est (6.72), ce qui indique que Sabrina ne trouve pas des difficultés sur ce plan, et a de bonne attachement professionnelle, ce qui confirmé dans ses deux items : item n°17 « je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail », sa réponse était (ne me ressemble pas), et aussi dans l'item n°37 « je fais mon travail de mieux que je peux », sa réponse était (me ressemble).
- **Sur l'échelle de mensonge :** elle affiche une note proche à la moyenne (3<3.22), ce qui indique que Sabrina présente un désir manifeste de donnée une bonne image de soi.

Synthèse

D'après les résultats de l'inventaire de « Cooper Smith » présenté dans ce tableau en haut, on ne constate que notre cas à un niveau d'estime de soi moyen (41) en référence aux classes mentionnées dans l'inventaire (42.46).

D'après l'entretien effectué avec Sabrina, elle manifeste une forte présence et une confiance en soi, ce qui est distingué dans le sous échelle générale ; elle dispose aussi de bonnes relations et interactions avec son entourage, ses amis et proche, comme à un milieu favorable au sein de sa famille et près de son conjoint et de ses parents qu'ils lui offrent de bon soutien ; ce qui est éprouvé dans le sous échelle familiale, et sur le plan professionnelle n'a jamais eu de difficultés et son psoriasis n'influence pas sur sa profession.

4-1 La présentation de quatrième cas « Fouad »

Fouad est un jeune homme âgé de 19 ans, il a un niveau d'instruction secondaire (1AS), Issu d'une petite famille dont il est inné et une petite sœur, leur situation socio-économique est moyenne.

4-2 Les résultats de l'entretien :

Au cours de notre entretien, Fouad s'est montré calme, stressant et timide, alors Avant d'entamer notre entretien, on a remarqué que notre cas est vraiment attaché à ses parents surtout sa maman parce qu'il à demander la présence de sa mère durant l'entretien.

Au début on a essayé de récolter quelques informations sur la maladie du psoriasis de Fouad.

Lorsqu'on a interrogé Fouad sur le début d'apparition du psoriasis il nous a informés qu'il souffre de cette maladie depuis 15 jours, c'est pour ça il était vraiment perturbé et Assy stressé au même temps, il ne Sait pas quoi faire, il s'est senti mal alaise, une humeur dépressive apparait dur son visage en disant :

« Mon psoriasis bedali safait 15 jours, besah makanch grave, kan en goutte berk, mais remrquit hal yzid 3liya, alors j'ai décidé de consulter direct le médecin, dateni yemma ltbib, w tema 9ali tbib que j'ai une maladie qui s'appelle le psoriasis li jamais sma3t biha, ketbeli dwa, à suivre mais ça n'a rien donné, c pour ça j'ai adressé vers un autre dermatologue pour me traiter »

« Cela débiter sa fait 15 jours, au début ça a commencé un peu ça n'a pas pris vraiment une forme grave, c'était de psoriasis en goutte, mais j'ai remarqué ensuite c'est devenu de plus en plus, ma mère m'a amené chez un dermatologue et il m'a dit que j'ai une maladie qui s'appelle le psoriasis que je l'ai jamais entendus. Ensuite il m'a prescrit des médicaments à suivre mais ça n'a rien donné c'est pour ça j'ai décidé de venir voir ce dermatologue ici a Bejaia »

Fouad avoue : « had lmard qeleqni bezaf, kerrahlihyati » (cette maladie me stress trop, elle ma gâchée la vie)

C'était sa première consultation chez un dermatologue, il ne sait rien sur l'étiologie de cette maladie, dont il pense qu'en consultant un dermatologue ici à Bejaïa il se rétablira facilement ce qui veut dire qu'il ne sait rien sur l'étiologie de cette maladie.

Quand on a questionné Fouad sur le type du psoriasis qu'il présente, il répond « j'ai un psoriasis fi dhahri, mor wedhni, et f le ventre ta3i » « je souffre de psoriasis au niveau du dos, , derrière des oreilles, et sur le ventre et les coudes »

Concernant les raisons qui ont été à l'origine de sa maladie, Fouad informe que depuis l'annonce de la maladie de son père sa santé physique et même psychique est complètement dégradée :

« 3ndi baba mrid b le cancer, ydir la chimio thérapie, après à chaque fois aydji wa9t li ydir fiha la chimio, nveli ça va pas nmred toujours, je stresse grave nkhem dima 3lih, kayen des jours ou 3ayniya maftouhin tout la nuits, nkhem bzaf négativement ».

« Mon père est malade de cancer, il fait la chimiothérapie, après à chaque fois qu'il fait la chimio je souffre a ca place, je me sens ça va pas, je stresse grave, je pense à lui, et je passe des nuits blanches » Cela signifie que l'apparition du psoriasis est due à le stresse qui avait lorsque son père est malade ».

Fouad fut choqué d'être atteint d'une maladie chronique à cet âge il n'arrive pas à supporter, il a refusé la maladie, il s'est effondré et il ajoute que « nhar 9ali tbib had lemard maybrach khla3t ,ilakhatar rmakanch heta wahed mrid b sadafiya f lfamilya ta3i y a que moi »

« Quand le médecin 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 atteinte dans sa famille ce qui veut dire que sa pathologie n'est pas due à une disposition génétique. On a constaté le cas Fouad présente certaine inquiétude.

Ce que concerne les symptômes le cas Fouad répond : « il me gratte vraiment et ma peau devienne toute rouge » je n'arrive pas à supporter, il a refusé la maladie, il s'est effondré.

D'autre part et concernant le traitement Fouad nous informe « j'ai consulté un seul dermatologue à Jijel, il m'a donné quelques médicaments mais malheureusement c'est juste des calmants, ça n'a rien donné » il atteste aussi « je souffre vraiment, ce qui me gêne ce n'est pas seulement le fait que ça se voit, mais aussi les démangeaisons, les saignements, les écorchures ».

Cela signifie que l'apparence physique n'était pas le seul souci chez Fouad mais aussi les douleurs permanentes pendant ces poussées avaient aussi affecté son mode de vie, 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)**

On a questionné Fouad si le psoriasis conditionne sa vie, il répond que : « oui, ki ndwech man9derch ntouchi ga3 ma peau ». « 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 Fouad. 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.

Ensuite en questionnant Fouad sur ce que représente le psoriasis pour lui, il répond « had lmard y9l9eni bzaaf , manich nhessrouhi alaise » ,« c'est une maladie qui m'inquiète vraiment, je me sens pas alaise » il était stressé, inquiet de son cas, il rajoute aussi « kount n9ra bien alaise , ma3ndich hetaproblème f la peau dyali , kount un peu gros heta khrajeli had lmard n9essni bzaf f lmizan » « j'étais bien alaise , j'ai aucun problème dans ma peau , d'un seul coup j'ai eu cette maladie ,qui a influencer sur mon poids, et ma fait perdre du poids »

On comprend que Fouad présente un haut sentiment de honte accompagné d'anxiété caractérise leur vie en disant « man9darch nkmel hyati hakda, rani diprimet, ma3ndich confiance frouhi » « Je ne peux pas continuer à vivre comme ça, je me suis déprimé , j'ai pas de confiance en moi » donc on constate que notre cas ne peut pas faire face à ses soucis. Pour cela on définit la confiance en soi comme suit

« La confiance en soi c'est ; agir de manière adéquate dans les situations importantes. Ce concept est facilement identifiable, il suffit d'étudier les réactions de l'individu face à une situation nouvelle ou devant un enjeu, donc la confiance en soi est la conséquence de l'amour de soi et la vision de soi ». (André. C & Lelord. F 1999, p. 16)

Après avoir interrogé Fouad sur le regard de l'autre par rapport à sa pathologie, il dit que «nkrah kiychoufou fiya ennas, ntwsewss bzaf, man9darch nssma3 kach wahed yehdar fiya , kayen liys9ssouni wchnou had les plaques , rak mahrou9 ou quoi ? » « Je déteste quand les gens me regardent, jeme sens si nerveux, je n'aime pas entendre quelqu'un parler de moi, il y a des gens me disent c'est quoi ces plaques, tu t'es brulée ou quoi ? » il rajoute « had lklam ytouchi bzaf fiya, win à chaque fois nssma3 had lklam nbki w nloum rouhi»

« Ces paroles me blesse me touche vraiment au point que à chaque fois que je les entends je pleure et je me culpabilise »

Selon Fouad déclare « le psoriasis khrebli l3ala9at dyali m3a shabi, had lyamat nkrah nrouh l'école nchouf shabi , nhss rouhi mdirangi bhad lmard » «le psoriasis perturbe mes relations. Ces derniers temps je n'ai même pas envie d'aller à l'école, et voire mes camarades, je me sens gêner de cette maladie »on constate que le psoriasis perturbe ses relations avec les autres. »

Comme dernier point on a interrogé le patient sur la façon dont il réagit aux commentaires des gens, où il nous a affirmé que « la vérité je ne répons à personne, je pense ma maladie c'est quelques choses qui est personnelle ».

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

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

Tableau n°10 : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de Fouad.

Sous échelles	Général	Social	Familial	Professionnel	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Résultat de l'échelle	06	04	03	03	16	01	Très bas

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

Suite aux résultats parvenus de l'échelle de mesure de « Cooper Smith », notre patient a obtenu 16 points ; ce qui témoigne cela sous appréciation et un niveau d'estime de soi très bas.

- **Sur l'échelle générale :** Fouad a eu (06) points, ce qui désigne qu'il présente un score inférieur par rapport à la moyenne ($6 < 22,16$) ce qui justifie une tristesse et un dégoût dans sa vie, et cela en cochant la case de l'item n°39 « ne me ressemble pas » ; « je suis content de ma vie », et dans l'item n°19 « Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis ». Sa réponse était : (ne me ressemble pas) comme à son manque de confiance en soi-même « je suis assez sûr de moi ». c'est-à-dire que notre cas n'a pas assez de confiance en et il présente une mauvaise opinion de soi-même
- **Sur l'échelle sociale :** Sur cette échelle, le score est aussi inférieur par rapport à la moyenne, dont il présente (4) ($4 > 6,70$). Exemple : l'item n°49 : « je suis mal à l'aise dans mes relations avec autre personnes ». Sa réponse était : (ne me

ressemble), cela veut dire qu'il trouve des difficultés à s'intégrer avec les autres,

- **Sur l'échelle familiale :** notre sujet présente un score de (3 < 6,88) qui est inférieur par rapport à la moyenne, ce qui marque un climat d'instabilité. Exemple de l'item n°6 : « je suis souvent contrarié par ma famille », ce qui indique que Fouad n'est pas à l'aise au sein de sa famille.
- **Sur l'échelle professionnelle :** Le score de l'échelle professionnel est aussi inférieur par rapport à la moyenne (3 < 6,72) sa réponse était négative sur l'item N°37 : « je fais toujours mon travail du mieux que je peux » et sur l'item N°42 : « au travail, j'aime quand on vient me trouver pour me demander quelque chose » sa réponse était : (ne me ressemble pas). Ce qui confirme que notre sujet trouve du mal à s'adapter avec son milieu professionnel
- **Sur l'échelle mensonge :** Fouad présente un niveau inférieur de la moyenne (1 < 3,22) Ce qui signifie qu'il n'a pas une attitude défensive vis-à-vis du test et il a un désir de donner une mauvaise image de soi.

Synthèse :

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

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

5- Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de l'estime de soi de cas « Ahmed » :

5-1- La présentation de cinquième cas « Ahmed »

Ahmed est un homme de 59ans, de Bejaia marié a quartes enfants deux filles, et deux garçons, concernant sa profession il est en valide.

5-2- Les résultats de l'entretien :

Au début Mr Ahmed à hésiter de s'entretenir mais après avoir rassuré nos objectifs de recherche, il à accepter d'entretenir avec nous.

Pour commencer, on à essayer de collecter des informations sur sa pathologie.

Quand on a questionné Mr Ahmed sur le début de sa maladie il nous a informé «ivdayid depuis 4ans, krhagh attwalighi maniw aka, dha9agh dégoutigh ouwoulfagh ara imaniw aka, ligh bien khdmagh alaise, ous3igh ara yak le problème »

« Cela a débuté depuis 4ans, je déteste me voir dans cette situation, je me sens dégouté et étouffé, je ne m'habituerai pas comme ça, j'étais tellement détendu avant j'étais dans un état normal comme tous les gens, je travaille comme tout le monde, et je n'ai eu aucun problème »

Le type que présente Mr Ahmed est le psoriasis vulgaire sévère où tout son corps est touché en disant « la peau inou ak thett9char, isttiyi souvent » « ma peau sa démange, je me gratte souvent »

Il rajoute aussi quelques symptômes en disant « svah ama adkragh ttafaghd imaniw ttfaghniyid aman ihman ak g le corps inou ,apres toughalen dismaten, chegheltidi après ittnaghiyi assmit toughaliyi chghel tawla, you3ar att3iched dlhak am wayi »

« Le matin quand je réveille je me trouve étouffé, Ce n'est pas facile de rester toute ma vie avec une maladie pareil »

En parlant sur l'origine et les causes qui ont déclenché sa maladie il répond « je ne sais pas, 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 par ce que, je suis tout le temps stressé ». Cela signifie que le stress peut être un agent déclenchant.

Ce que concerne sa réaction était un refus « imi iyidina tvive que c'est une maladie chronique f9e3agh wallah, sincèrement khl3agh, ». « Quand le dermatologue m'a informé que c'est une maladie qui vas m'accompagner tout long du ma vie, sincèrement j'étais déçu, je te jure j'ai ressenti comme c'est le monde se rétrécissait autour de moi, je n'ai rien compris, j'étais vraiment triste »

On constate que Mr Ahmed n'arrive pas à supporter, il a refusé la maladie, une sorte de déni chez le patient qu'est « action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi ». (Ionesco. S, 2005 : 167)

Ahmed déclare qu'il a suivi plusieurs traitements, ainsi il a été hospitaliser pour une période de 18 jours en disant : « j'ai pris des traitements mais ça n'a rien donné, j'étais hospitaliser à l'hôpital d'Akbou mais malheureusement ça n'a pas marchait » On a remarqué une certaine détresse chez lui.

La vie du Mr Ahmed est marquée par un déséquilibre au sein de sa famille et la souffrance de ses problèmes dont il déclare : « au sein de ma famille, je ressens que personne ne fait l'effort de me soutenir, et je ressens que je suis inférieur par rapport aux autres parce que je suis le seul qui est atteint de cette maladie dans ma famille ». Ce qui signifie que le psoriasis de Mr Ahmed n'est pas dû à un facteur héréditaire.

En ce qui concerne l'estime de soi de cas Ahmed, Cette maladie de peau, à altérer considérablement son apparence physique il dit « avant adhlkagh le psoriasis, tthibigh ad9imagh wahilghachi, tfaghagh souvent, mais toura gemi ihlkagh la plus part de temps inou gkham kan krhagh ayidzren lghachi ,tffaragh gekham »

« Avant d'avoir cette maladie, je passais tout mon temps loin de chez moi avec mes amis, mais maintenant plus jamais, J'aime toujours, s'isolé et resté seule) on constate cet isolement est le premier pas vers une dépression chez le patient.

Ahmed déclare qu'il est vraiment stressé et inquiet de son cas, «je souffre, c'est une maladie qui m'inquiète vraiment, je ne peux pas vivre avec une maladie pareille c'est

vraiment difficile » on remarque que le cas souffre et son état physique influence sur son état psychique.

Le patient nous a décrit que le psoriasis a vraiment influencer sur son estime, un manque de confiance en soi, un sentiment de honte, de dégoût « qlagh ur 3eqlagh ara ula dimaniw, mkul mara ad kchemagh ad gnagh yettruhi felli noudam ,yneghayi texemam tiswi3in urtqmachagh ara alniw alma d ssvah, tqliqagh mlih» « je me reconnais plus , je ne suis plus moi-même ,je retrouve mon lit a une heure tardive ,complètement épuisé, je n’arrive pas à dormir, souvent stressé ya des jours ou je passe des nuits blanches, je ne peux plus me tenir.

En effet avoir un psoriasis sur tout son corps à crée chez lui un sentiment de mal à l’aise et un sentiment d’évitement. Le sentiment d’évitement se définit comme : « une procédure dans laquelle le sujet peut se soustraire anticipativement à une stimulation aversive en fournissant une réponse définie, dite réponse d’évitement ». (**Doron. R & Parot. F, 2013, PP. 281-282**).

Ensuite ce qui concerne le regard de l’autre Ahmed considère les regards des autres comme des mauvais préjugés à son égard dont il mit des mots sur sa souffrance, comme il dit « shlakniyi, itghidiyi lhal mara detwalin akken ghorri wadhadren feli, qarnas : wali kan ar wihin, wali kan amek igmoug » « Leurs préjugé me rend malade, J’ai un complexe quand quelqu’un me regarde d’une façon anormale et parle de moi : regardez comment est-il »

Il annonce aussi et une fausse interprétation du regard de l’autre comme il dit :

« Je me mis à pleurer quand quelqu’un me fait une remarque ou même quand quelqu’un me regarde »on remarque un manque de confiance et une fausse interprétation du regard de l’autre chez Ahmed.

Vers la fin on interroger Ahmed sur sa réaction aux commentaires fait par les autres à propos de sa maladie, il a répondu par : « ça m’énervé mais je réponds à leurs questions juste pour les éviter ». Donc le cas Ahmed évite le maximum d’en parler sur sa maladie.

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

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

Tableau n°11 : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de « Ahmed»

Sous échelles	Général	Social	familial	professionnelle	total	mensonge	niveau
Résultats de l'échelle	09	05	03	05	22	05	Très bas

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

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

- **Sur l'échelle générale** : Ahmed présente un score inférieur par rapport à la moyenne ($4 < 22,16$). Ce qui est apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. Exemple : L'item n°18 : « je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens ». Sa réponse était : (me ressemble), ce qui explique qu'il présente une mauvaise image du Corp.
- **Sur l'échelle sociale** : Ahmed a obtenu un score bas par rapport à la moyenne, dont il présente ($5 > 6,70$). Exemple : l'item n°49 : « je suis mal à l'aise dans mes relations avec autre personnes ». Sa réponse était : (ne me ressemble), ce qui déduit qu'Ahmed n'a pas de bonnes relations avec les autres.
- **Sur l'échelle familiale** : Ahmed présente un niveau bas par rapport à la moyenne ($3 < 6,88$) ce qui démontre que notre sujet est mal soutenu par sa

famille ce qui est démontré dans l'item n°6 : « je suis souvent contrarié par ma famille » sa réponse était : (me ressemble)

- **Sur l'échelle professionnelle :** il a obtenu aussi un niveau Bas par rapport à la moyenne ($05 < 6,72$). Ce qui indique qu'Ahmed trouve du mal à s'adapter dans le milieu professionnel. On peut donner l'exemple de l'item N°33 : « je suis fière de mon activité professionnelle » la confirmation de la réponse le prouve.
- **Sur l'échelle de mensonge :** il affiche un score supérieur par rapport à la moyenne ($5 > 3,22$) ce qui indique que notre sujet a une grande attitude défensive vis-à-vis du test et un désir de donner une mauvaise image de soi.

Synthèse :

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

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

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

La présentation de sixième cas « Achour »

Achour est un homme âgé de 44 ans, marié, père de deux enfants, il à un niveau d'étude bac+5 en chimie il travaille comme contrôleur de qualité de l'laboratoire chimie. Leur situation socio-économique est moyenne.

Les résultats de l'entretien :

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 souci.

Au début de notre entretien on a essayé de récolter quelques informations sur la maladie du psoriasis de Mr Achour.

Lorsqu'on a interrogé Achour sur le début de sa maladie il nous répond « ivdayid lhlak ayi depuis 2011, assmi is3igh 33 ans, llant les période anda iyytrouhou complètement ».

« J'avais cette maladie depuis 2011, à l'âge de 33ans, il avait eu des périodes où il a complètement disparu ».

Puis on a demandé à Mr Achour le type du psoriasis qu'il présente, il a déclaré qu'il a « un psoriasis vulgaire, « yella lwa9th anda, ittkssiyi mais ite9aled une fois par 2 ans, » « j'ai un psoriasis vulgaire, AU niveau des pieds, il y a des moments où cette maladie disparaît complètement et revient une fois tous les deux ans ».

Il annonce aussi que cette maladie, ne l'inquiète pas vraiment en disant « cette maladie ne me dérange pas car il y'a des maladies pires que le psoriasis ».

En parlant sur l'origine et les causes qui ont déclenché sa maladie, il nous a répondu « je ne sais pas, izmar d la pression lkhdma, ousth3faygh ara ak » « Peut-être c'est la pression, je travaille souvent et je n'ai même pas le temps de me reposer ».

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

La réaction de Achour lors de l'annonce de sa maladie c'était un dégoût où il a dit que « dégoûtiḡh chwiya midina tviv que lehlakiw chronique ». « Lorsque le médecin m'a informé que c'est une maladie chronique ça ma dégouter un peu ».

Ensuite, on a interrogé le cas s'il y'a des membres du sa familles qui sont atteintes du psoriasis et il nous a répondu par : « non, ulach uma dhed ak, siwa neki ». « Non, Y'a personne, sauf moi » ensuite il déclare que le psoriasis conditionne un peu sa vie de tous les jours en disant « ial9 attloussagh des baskets confortable et des chaussettes en couton a 100% ». « Je dois porter des chaussures confortables et des chaussettes 100% en coton ».

On a commencé à s'intéresser à l'estime de soi de cas, Achour dit que « ila9 an9vel la maladie aken tella avant ak an9na3 d'autres personnes ».

« Il faut d'abord s'accepter pour pouvoir convaincre les autre, et il faut accepter la maladie tel qu'elle est ». On comprend que Achour accepte de vivre avec cette maladie, et de s'habituer avec. Il est un homme courageux avec une forte personnalité.

Il déclare aussi « malgré lhlak ayi mais jamais thoussough sn9ss gmaniw » « Malgré cette maladie, je ne me sens pas différent des autres » Il se fait confiance et n'a pas honte de cette maladie.

En disant « je ne me critique pas parce qu'il y a des gens qui souffrent plus que moi et j'ai des amis qui souffrent de maladies graves et parce que ma maladie ne me cause aucun désagrément au travail ou ailleurs ».

Après avoir interrogé Achour sur le regard de l'autre par rapport à sa pathologie, il dit que « yiwen ouyidis9ssa akhatar udittvanara » « Personne ne le voit » il rajoute qu'il donne aucune importance aux regards, ni à l'apparence des autres dont il dit : « je m'en fou de ce qu'il pense les autres, Et ça m'intéresse pas de ce qu'ils parlent ».

Sur le côté relationnel, le cas Achour atteste « t3ichegh bien tmetothiw wahi la falmille daghen, lahlak ayi ne me dérange pas, tous les gens me respects sans aucun problèmes ».

« Je suis bien avec ma famille et j'ai des bonnes relations avec mon entourage, j'ai une femme qui m'aime et qui me respecte et qui m'accepte tel que je suis et ça me suffit ». On a constaté que le patient est sociable et aimable et il a le soutien familial.

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

Les résultats obtenus de l'inventaire le tableau de Cooper Smith pour le cas de Achour seront présentés dans le tableau comme suit : D'après le tableau ci-dessus de l'échelle de « Cooper Smith » le patient a obtenu un score de (41) points sur (50); cela désigne qu'elle présente un niveau d'estime de soi élevé.

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

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

Tableau n°12 : Résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas Achour

Sous échelles	général	social	familial	professionnel	total	mensonge	Niveau d'estime de soi
Résultats de l'échelle	23	07	06	08	44	04	Moyen

Analyse de l'inventaire de l'estime de soi du cas « Achour » :

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

- **Sur l'échelle générale :** Achour a eu 23 points donc le score est supérieur à la moyenne (23 > 22,16) ce qui est confirmé dans l'item n° 12 : « c'est très dur d'être moi », sa réponse était (me ressemble), et dans l'item n°13 : « Tout est confus et embrouillé dans ma vie », sa réponse était (me ressemble).
- **Sur l'échelle sociale :** sur l'échelle sociale, il affiche un score de (07) qui est supérieur par rapport à la moyenne (6,70), ce qui est résultats à un entourage social favorable, équilibré et un bon signe des relations avec autrui, tout cela est approuvé en cochant la case « me ressemble » dans l'item n°05 « on s'amuse bien en ma compagnie » ; aussi dans l'item n°28 « je plais facilement ».
- **Sur l'échelle familiale :** le cas a obtenu (06) points, ce qui marque un climat de stabilité telle qu'il a souligné en cochant la case « me ressemble », dans l'item n°20 « ma famille me comprend bien », et dans l'item 29 « je passe de bons moments en famille ».
- **Sur l'échelle professionnelle :** le score de cette échelle est supérieur par rapport à la moyenne (8 > 6,72) ce qui signifie que Achour ne trouve pas de soucis pour s'adapter avec le milieu professionnel. On peut donner l'exemple de l'item n° 42 : « au travail, j'aime quand on vient me trouvé pour me demander quelque chose ». Sa réponse positive le confirme.
- **Sur l'échelle de mensonge :** il affiche un score supérieur par rapport à la moyenne (4 > 3,22) ce qui indique une attitude défensive vis à vis du test. Cela en indiquant la case « me ressemble » ; « je dis toujours la vérité »

Synthèse :

A partir de nos observations et l'entretien semi-directif et l'application de l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith, Achour présente un niveau d'estime de soi moyen parce que sa maladie n'a pas influencé vraiment sur son estime de soi car il se voit utile, autonome, capable de réaliser ses projets.

Achour était très Dou, motivé et généreux, il était facilement intégré avec nous et se mise à parler librement et clairement, rien n'était difficile pour lui en tant que psoriasis ; il n'a jamais considéré sa pathologie comme obstacle au milieu de travail. Il aime avoir des gens nouveaux comme amis et être toujours en groupe.

Le patient manifeste une forte présence et une confiance en soi, ce qui est distingué dans le sous échelle générale ; il dispose aussi de bonnes relations et interactions avec son entourage, amis et proche ; il a cité qu'il partage le tout avec ces derniers et ne cesse jamais à s'amuser et s'occuper de ses tâches quotidiennes.

Ce qui est éprouvé dans le sous échelle sociale ; comme à un milieu favorable au sein de sa famille .ce derniers l'offre de bon soutien ; ce qui est vu dans le sous échelle familiale.

Nous concluons, que Achour arrive à vivre avec sa pathologie le plus normalement du monde et tout comme les autres sans complications, Alors, on constate que le psoriasis, n'a pas une grande influence sur l'estime de soi de Achour et même sur ses relations en générale.

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

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

Résultats du test	Général	Sociale	Familiale	Professionnelle	Total	Mensonge	Niveau d'estime de soi
Les cas							
Zahira	13	03	04	06	26	06	Très-bas
Samira	20	05	07	02	34	07	Bas
Sabrina	22	06	07	06	41	03	Moyen
Fouad	06	06	03	03	18	01	Très bas
Ahmed	09	05	03	05	22	05	Très bas
Achour	23	07	06	08	44	04	Moyen
Moyenne	15.5	5.8	5	05	30.8	4.3	Très bas

❖ Interprétation du tableau

Ce tableau représente des résultats de l'inventaire de l'estime de soi obtenu de nos six (06) cas.

On remarque que la moyenne général de chaque sous échelle du test d'estime de soi de nos cas sont inférieures à la moyenne. Ce qui signifie un niveau général d'estime de soi très bas de nos cas.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

D'après les résultats présentés dans ce tableau, on remarque aussi que la majorité des cas ont une évaluation négative de soi (01/06 bas, 03/06 très bas), les autres cas (02/06) ont un niveau d'estime de soi moyen, ce qui veut dire qu'ils se caractérisent par une évaluation négative de soi, et que le psoriasis influe négativement sur l'estime de soi des personnes atteintes de cette maladie de la peau. (Voir le tableau n°13).

Discussion des hypothèses :

A partir de tous ce qui a été recueillis tous au long de notre travail de recherche, et grâce aux entretiens élaborés avec notre échantillon qui comporte les six (06) cas âgés de 19 à 59 ans, et grâce à la passation de l'échelle de « Cooper Smith », on a disputé nos hypothèses émises au départ comme suit :

Hypothèse N°01 : le regard d'autrui exerce une influence sur l'estime de soi 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), (4) et (5) qui sont mal vu par leur milieu social.

L'exemple de cas de « Zahira » : quand elle a dit « kerhegh adrouhagh ar les fêtes parce que irenouyid lehlak, l3ibad nni reglen felli, mba3 ite9rahiyi lhal 9legh tsethigh adrouhagh ar les fêtes même ar la famille dayen 3yigh g les critiques nsen ». Et cela signifie que Zahira présente un sentiment de dégoût, tristesse et de honte car elle n'a pas un corps parfait comme toute les femmes en disant « « Je déteste me voir dans le miroir, surtout en voyant ses plaques rouges sur mon corps et la pellicule tombe sur mes épaules et sur mon dos, et j'ai vraiment perdu du poids et je suis devenu très mince, j'aimerais avoir une belle peau » donc le regard d'autrui influence sur la personnalité de Zahira elle se sent en dérangement par rapport aux commentaires des gens.

Selon l'analyse des données qu'on a pu obtenir de l'entretien de recherche semi directif et de l'entretien semi directif et de l'échelle « Cooper Smith », on affirme notre première hypothèse pour ce premier cas.

Concernant le cas « Samira » : en fonction de notre entretien de recherche semi directif, madame Samira présente des indices indiquant que le regard de l'autre influence sur son estime de soi, « achehal othibigh ara mayedse9ssayen dachou kemyoughen, parce que l3ibad nnegh renound g te9la9, donc amek ikhedmegh pour éviter lehdor nssen swa ahentefregh nagh ma gessif khedmeghassen sparadra ma gechethwa tlossagh les gants » Samira se cache sa maladie pour éviter les commentaires des gens.

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Selon l'analyse des données qu'on a pu obtenir de l'entretien de recherche semi directif et de l'entretien semi directif et de l'échelle « Cooper Smith », on affirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas.

Le cas de Fouad : en suivant les informations récoltées à partir de notre entretien de recherche semi directif, Fouad souffre au niveau de ses relations sociale et familiale malgré le soutien de ses parents, et se trouve de difficultés de s'intégrer avec l'entourage, «nkrah ki ychoufou fiya ennas, ntwsewss bzaf , man9darch nssma3 kach wahed yehdar fiya, kayen liys9ssouni wchnou had les plaques , rak mahrou9 ou quoi ? » cela signifie le regard des autres influe négativement sur son estime de soi « le psoriasis khrbli l3ala9at dyali m3a shabi ,had lyamat nkrah nrouh l'école nchouf shabi , nhss rouhi mdirangi bhad lmard »

Selon l'analyse des données qu'on a pu obtenir de l'entretien de recherche semi directif et de l'entretien semi directif et de l'échelle « Cooper Smith », on affirme notre première hypothèse pour ce quatrième cas.

Ensuite le cas « **Ahmed** » : suite aux informations recueillies de l'entretien de recherche semi directif Ahmed, expose une influence de regard de l'autre sur son estime de soi, « shlakniyi, itghidiyi lhal mara detwalin akken ghor wadhadren feli, qarnas : wali kan ar wihin, wali kan amek igmoug »il est vraiment touché par les jugements des autres ainsi sur le plan familial.

Selon l'analyse des données qu'on a pu obtenir de l'entretien de recherche semi directif et de l'entretien semi directif et de l'échelle « Cooper Smith », on affirme notre première hypothèse pour ce cinquième cas.

Contrairement le troisième cas « **Sabrina** »et le sixième cas « **Achour** » ne portent pas d'importance au regard de l'autre et à leurs jugement ce qui les a permet de vivre une vie normal, équilibrés, aucun problème avec leur pathologie.

Selon l'analyse des données qu'on a pu obtenir de l'entretien de recherche semi directif et de l'entretien semi directif et de l'échelle (Cooper Smith), on infirme notre première hypothèse pour le troisième cas « Sabrina » et le sixième cas « Achour ».

Synthèse :

D'après les résultats obtenus dans l'analyse de l'entretien semi directif et du questionnaire de l'échelle « Cooper Smith » notre première hypothèses est confirmer pour les 4 cas (Zahira, Samira, Fouad, Ahmed) et infirmé pour deux cas (Sabrina, Achour).

Nous constatons à travers l'échelle sociales et familiales de (S.E.I) de Cooper Smith que le regard social et familial influence sur la majorité de nos cas, ce qui a été démontré par les cas (1, 2, 4,5) qui sont confrontés à de mauvais regard par leur milieu social, qui trouvent certaine difficultés à maintenir de bonne relations avec leur entourage, cela est relatif à un environnement déséquilibré, avec un faible contact avec les autres. Ce qui a été remarquable l'ors des entretiens et suite à leurs dires, Chose qui les conduit à un comportement d'évitement à l'égard de leurs proches, de leurs familles et leurs partenaires à cause de leurs maladie qui est le psoriasis.

Ce qui confirme « P. Dupont » : les plaques du psoriasis touchant souvent des zones du corps découvertes et exposées au regard des autres, ce qui gêne les patients et les empêche de sortir, cette isolement est causé par de terribles préjugés ». **(Dupont. P, 2018, P. 49)**

Hypothèse N°02 : Les personnes atteintes de psoriasis ont une estime de soi faible

Afin de vérifier la fiabilité de notre deuxième hypothèse nous nous sommes référés aux résultats obtenus de l'entretien semi-directif de recherche et celle de l'échelle de Cooper Smith.

Concernant cette hypothèse qui stipule que «les personnes atteintes du psoriasis ont une estime de soi faible » Est confirmés pour quartes (4) cas (cas 1, 2, 4,5) ce qui signifie que ; leurs estimes de soi est donc au-dessus de la moyenne, dont Zahira présente a une estime de soi basse avec un score de (34point) ,(Samira) avec un score de(26points) cela indique qu'elle a un niveau d'estime de soi très bas , ensuite Fouad avec un score (16oints) qui possède une estime de soi basse , Ahmed qui a un score de (22points) qui présente des symptômes d'une estime de soi basse, Ce qui témoigne qu'ils sont incapables de s'engager de leurs activités, ils portent aussi des jugements négatifs sur soi- même et ils aiment s'isoler.

Le stressé constitué l'un des symptômes majeur vécu pour le cas de Ahmed, ce qui a contribué à altérer sa santé, à accroître sa fatigue et son épuisement « je me reconnais plus, je

Chapitre IV Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

ne suis plus moi-même, je retrouve mon lit a une heure tardive, complètement épuisé, je n'arrive pas à dormir, souvent stressé ya des jours ou je passe des nuits blanches, je ne peux plus me tenir. »

L'exemple du cas de Fouad « « man9darch nkemel hyati hakda ,ani diprimit ,ma3ndich confiance frouhi » cela signifie que notre cas ne peut pas faire face à ses soucis.

Tandis que cette hypothèse devient infirmée pour les deux autres cas qui sont le cas de « Sabrina » et le cas de « Achour »

Hypothèse N°03 : les personnes atteintes de psoriasis ont une estime de soi forte

Passons à la troisième hypothèse qui présage que «les personnes atteintes de psoriasis ont une estime de soi forte » semble être confirmée dont les deux cas .le troisième cas qui est « Sabrina »et le sixième cas « Achour »dont ces derniers présents une forte personnalité malgré leur pathologie qui est le psoriasis. Cela signifie que les patient ont une confiance en soi ainsi des tendances à faire face aux autres ; à l'absence d'une peur d'être jugés.

Exemple Achour : « malgré lhlak ayi mais jamais thoussough sn9ss gmaniw »il se fait confiance. Pareil pour le cas de Sabrina qui ne ressent pas de manque d'elle-même. On constate que ces deux cas ont une estime de soi forte.

Synthèse :

D'après les résultats obtenus dans l'analyse de l'entretien semi directif et du questionnaire de l'échelle « Cooper Smith » , nous avons retenu que la majorités de nos cas caractérise par une évaluation négative de soi représentent certains sentiments tell que le stress, dégoût, désespoir, manque de confiance en soi, détresse et un sentiment de honte, ce qui montre clairement que le psoriasis a vraiment influencer sur leurs estime de soi.

Conclusion

L'estime de soi est alimentée par les conceptions positives qu'un individu possède à son sujet. Elle est indispensable pour le bien être psychologique et physique d'un individu.

A travers cette recherche, on a essayé d'aborder la question de l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis, et la nature de l'estime de soi : forte ou faible. On se basant sur la revue de la littérature et un ensemble d'observations repérées sur le terrain d'étude lors de la pré-enquête, ce qui nous orientés afin de formuler des hypothèses. Durant l'enquête réalisée au sein d'un cabinet médical de dermatologie qui se trouve à Dawadji- Bejaia, on a obtenu, en adoptant la méthode clinique, à partir de l'application de l'entretien semi-directif et la passation de l'inventaire de l'estime de soi de « Cooper Smith », et cela afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses.

Tout au long de notre travail de recherche, on a réussi à atteindre notre objectif qui est de s'intéresser à l'une des maladies chroniques de la peau telle que le psoriasis, mais aussi d'avoir un aperçu sur la conception de l'estime de soi. Et pour la réalisation de ce travail nous avons choisis un échantillon de six (06) cas. Donc ce travail nous à permis d'acquérir une meilleure compréhension et d'approfondir nos connaissances sur les deux volets théorique et pratique.

Le contexte théorique dans cette recherche a tenté d'illustrer que le psoriasis est une maladie chronique mais pas contagieuse qui nécessite à la fois un traitement médical soigneux et un soutien psychologique étant donné que le psoriasis détériore la qualité de vie de ses personnes. On apprend aussi que l'estime de soi est une attitude positive ou négative envers soi même. Il englobe l'amour du soi ; la confiance en soi et la vision de soi. Une haute estime de soi exprime un sentiment de satisfaction. Ce volet théorique à démontré la valeur de cette estime de soi, et les jugements que la personne porte sur elle-même peut influencer l'ensemble des domaines de vie de la personne ; et qu'elle est durable ou changeante.

Dans le contexte pratique, et à l'aide de l'entretien élaboré et un guide d'entretien qui contient plusieurs questions, on a arrivé à rassembler plusieurs informations souhaitées pour chaque cas ; mais aussi à faciliter la tâche afin de mieux comprendre les vécus de leurs maladies ainsi leurs complications.

Le choix de l'échelle de l'estime de soi de « Cooper Smith » comme un instrument de mesure repose sur la différenciation de ses sous échelles qui mesure l'estime de soi dans quatre domaines différents : général, social, familial, et professionnel, alors cette différenciation nous a permis de mieux répondre aux présupposés théoriques des composantes de l'estime de soi.

A partir de tout ce qui été détecté, combiné et recueillis durant notre recherche, on a constaté que l'évaluation de l'estime de soi qui diffère d'un cas à un autre, selon sa personnalité, les stratégies d'adaptation ou les mécanismes de défense, et que la plupart de nos cas ont un niveau d'estime de soi bas. Cela peut expliquer que la maladie du psoriasis influe énormément sur l'estime de soi des personnes psoriasique ; ces personnes peuvent ressentir des sentiments d'infériorité envers leur propre corps, et sont stressés, altérés et détruits dans leur présentation de soi.

Notamment le regard des autres qui s'éloignent de ses personnes en croyant que cette maladie est contagieuse, et ceux qui demandent de savoir c'est quoi cette maladie d'une manière cynique, tout ça entraîne également un isolement, et provoquant à son tour un estime de soi faible.

Enfin, a partir des résultats obtenus de l'entretien et du test de l'estime de soi de « Cooper Smith », nous sommes arrivés à confirmer nos hypothèses de recherche ; la première, sollicite que le regard de l'autre est un facteur qui exerce une influence importante sur l'estime de soi des personnes psoriasiques, la deuxième, Les personnes atteintes de psoriasis ont une estime de soi basse ensuite la troisième qui est Les personnes atteintes de psoriasis ont une estime de soi forte.

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

- Est-ce que le psoriasis affect-il la vie quotidienne des personnes atteintes du psoriasis ?
- Quelle sont les facteurs de risque qui provoquent la maladie de psoriasis ?

Bibliographie

Ouvrages

- 1 André.C et Lelord, F. (1999). « L'estime de soi s'aimer pour mieux vivre avec les autres ». Odile Jacob, Paris.
- 2 Angers. M, (1997). « Initiation pratique à la méthodologie des sciences Humaines ». Paris, Dunod.
- 3 ANZIEU. D, (1995), « Le moi- peau ». Paris, Dunod
- 4 Benony, H. Et Chahraoui, K. (1999). « L'entretien clinique ». Paris, France, Dunod.
- 5 BRUCHON. S, (1999), « Le corps et la beauté ». Paris, Puf
- 6 CHAHRAOUI, K et BENNY H-A. (2003). « L'entretien clinique ». France : Dunod.
- 7 COOPER. S. (1984), « L'inventaire d'estime de soi ». Paris, Centre de Psychologie Appliqué édition (CPA).
- 8 Delphine. M. (1995). « Le soi, les approches psychosociales ». Press Universitaire de Grenoble.
- 9 De Saint. P.J. (1999). « Estime de soi, confiance en soi ». Paris inter édition.
- 10 DUBERTRET. I. (2009), « Le psoriasis : de la clinique au traitement ». Paris, 2em édition.
- 11 Duclos. G. (2010). « L'estime de soi, un passeport pour la vie ». Montréal : Saint-Justine.
- 12 Elisabeth. C. et al. (2012). « S'estimer pour réussir sa vie ».
- 13 Grawitz. M, (2001), « Méthodes des sciences sociales(11) ». Paris : Dalloz.DOI : 22470411329782247041138.
- 14 GROB, J-J. (2004). « Qualité de vie et dermatologie ». France: John Libbey Eurotext.
- 15 HERVE. M. (2011), « Dermatologie ». Paris, 2em édition, Ellipses, Markeling S.A.
- 16 JEROME. P. (2010), « La gestion de stress et de l'aquo-phobie par les TCC ». France, Amazon.
- 17 Josiane de Saint Paul. (1999). « L'estime de soi, confiance de soi ». Inter édition, Paris.
- 18 NICOLAS. J-F et al, (1997), « Psoriasis : de la clinique à la thérapeutique », 1er édition, John Libbey Eurotext.
- 19 POMAREDE. N. (2006), «Psoriasis et eczéma, les solutions : tout savoir sur ces maladies, les nouvelles thérapies ». France, Edition Alpen, Amazon.
- 20 Revault d'Allonnes. C. (1989). « L'étude de cas : de l'illustration à la conviction. In. C Revault d'Allonnes. La démarche clinique en science humaines. Paris : Dunod.

- 21 Rosenberg. M. (1979). « Conceiving the self ». New York : Basic Books.
- 22 Satir. V. Apprécier ma propre valeur et mon importance.
- 23 Sillamy. N. (1991). « Dictionnaire de psychologie ». Paris, France : Larousse.

THESES :

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

DICTIONNAIRE :

- 1 J, G. *qualité de vie et dermatologie*. france: john libbey Eurotext.
- 2 Petit Larousse de la psychologie, (2005). France, Larousse.

SITES INTERNET :

- 1 <https://flamigel.J,1997:P.38>
- 2 <Https://www.Doctissimo.fr>
- 3 <Https://www.Toposante.com>
- 4 <Https://Psoriasis.Solution.fr>

Annexes

ANNEXE N° 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Axe N°01 : Informations sur la vie personnelle :

- Quel est votre nom ?
- Quel est votre âge ?
- Quel est votre profession ?
- Quel est votre niveau d'étude ?
- Quel est votre situation socio-économique ?
- Quel est votre situation matrimoniale ?

Axe N°02 : Informations sur la maladie du psoriasis :

- 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 pour vous les raisons qui ont provoquées votre état actuel ?
- Quelle est votre réaction quand vous avez su que vous êtes atteint du psoriasis ?
- Avez-vous dans votre famille quelqu'un qui souffre de cette maladie ?
- Est-ce que les traitements que vous suivez vous soulagent ?
- Est-ce que votre maladie conditionne votre mode de vie quotidienne ?

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

- Avez-vous pensé déjà d'une manière négative sur vous-même ?
- Est-ce que vous vous sentez différents des autres ?
- Est-ce que vous faites confiance en vos compétences ?

- Pensez –vous que vous êtes digne d’être aimé ?
- Est-ce que vous êtes gêné par votre maladie ?
- Est-ce que votre maladie est un handicap dans votre travail ?
- Pensez-vous que vous êtes utile quand on a besoin de vous ?

Axe N°04 : Informations sur le regard de l’autre envers la personne atteintes du psoriasis :

- Comment trouvez-vous le regard de l’autre ?
- Est-ce que vous trouvez que votre maladie du psoriasis perturbe vos relations avec d’autres personnes ?
- Est-ce que vous êtes soutenu et entouré par vos proches ?
- Est-ce que votre maladie détermine le choix de vos vêtements ?
- Comment réagissez-vous aux commentaires faits par les autres à propos de votre maladie ?
- Comment vivez-vous votre vie conjugale, familiale et sociale ?

Annexe N° 2 : Inventaire d'estime Cooper Smith (Forme adulte) S .E.I

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

AGE:.....

SEXE :..... **NIVEAU D'ETUDE** :.....

PRPFSSION :.....

CONSIGNES

LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REPONDRE

Dans les pages qui suivantes, vous trouvez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lisez attentivement chacune de ces phrases.

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

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

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

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981 by consulting psychologistes presse, Inc., Palo Alto, California Copyrigy de l'édition française 1984 by les éditions du centre de psychologie appliqué, 25, rue de la plaine75980 paris cedex 20.Tous droit réservés.

Achévé d'imprimer par AJ Communication-91

Dépôt légal 1er Trim. L984-Edit 528050

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

23	Je me décourage souvent quand je suis entrain d faire quelque chose.		
24	Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.		
25	Les autres ne me font pas souvent confiance.		
26	Je ne suis jamais inquiète (e).		
27	Je suis assez sur (e) de moi.		
28	Je plais facilement.		
29	Je passe souvent de bons moments en ma famille.		
30	Je passe beaucoup de temps à rêvasser.		
31	J'aimerais être plus jeune.		
32	Je fais toujours ce qu'il faut faire.		
33	Je suis fier(e) de mon activité professionnelle.		
34	J'attends toujours quelqu'un me dise ce que dois faire.		
35	Je regrette souvent ce que j'ai fait.		
36	Je ne suis jamais heureux (euse)		
37	Je fais toujours mon travail du mieux que je peux.		
38	En général, je suis capable de me débrouille tout (e) seul(e).		
39	Je suis assez content (e) de ma vie.		
40	Je préfère avoir des amis plus jeunes que moi.		
41	J'aime tous les gens que je connais.		
42	Au travail, j'aime quand on vient me trouve pour me demander quelque chose.		
43	Je me comprends bien-même.		
44	Personne ne s'intéresse beaucoup à moi-même.		
45	On ne me fait jamais de reproche.		
46	Dans mon travail, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.		
47	Je suis capable de prendre une décision et de m'y tenir.		
48	Cela ne me plaît vraiment pas d'être un homme (femme).		
49	Je suis mal à l'aise dans mes relations avec autres		

	personnes.		
50	Je ne suis jamais intimidé (e)		
51	J'ai souvent honte de moi.		
52	Les autres me cherchent de querelle.		
53	Je dis toujours la vérité.		
54	Au travail, mes responsables me font sentir que mes résultats sont insuffisants.		
55	Je moque de ce qui peut m'arriver.		
56	J'ai le sentiment d'avoir raté ma vie.		
57	Je perds facilement mes moyens quand on me fait des critiques.		
58	Je sais toujours ce qu'il faut dire aux autres.		

G S O F P T M

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

Résumé

Le but de notre travail c'est de vérifier le degré de l'estime de soi chez les personnes atteintes du psoriasis. Pour traiter notre thématique on a choisi six (06) cas âgés entre 19 à 59 ans comme échantillon de notre recherche, et comme terrain de recherche s'est au sein d'un cabinet privé de dermatologie Dr Guadouche et Dr Zaidi à Bejaia.

Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif, ainsi que l'entretien clinique semi-directif, et à l'aide de l'échelle d'estime de soi « Cooper Smith ». Les résultats de notre recherche on conclut que la maladie du psoriasis influence négativement sur l'estime de soi des personnes psoriasiques.

Les mots clés : l'estime de soi, psoriasis, peau.

Abstract

The aim of our work is to check the degree of self-esteem in people with psoriasis. To treat our theme, we chose six (06) cases aged between 19 and 59 as a sample for our research, and as land are in a private practice of dermatology Dr Guadouche and Dr Zaidi in Bejaia.

To carry out this work we opted for the descriptive type clinical method as well as the semi-directive clinical interview and using the "Cooper Smith" self-esteem scale.

The results of our research conclude that the disease of psoriasis negatively influences the self-esteem of people with psoriasis.

Key word : self-esteem, psoriasis, skin