



**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA
DE BEJAIA**

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en

Psychologie

Thème

**Le stress chez les personnes atteintes d'ulcère
gastrique**

Etude de 06 cas au niveau de CHU d'Amizour

Option : Psychologie Clinique

Réalisé par :

- ALLOUT Tassadit
- AISSAT Radia

Encadré par :

Mme BOUCHERMA Samia

Année Universitaire : 2020 - 2021

Remerciement

Dédicaces

Liste des tableaux

Introduction générale.....1

Le cadre générale de la problématique

1. La problématique et hypothèses.....4
2. Les hypothèses de la recherche.....7
3. Définitions et opérationnalisation des concepts clés.....7
4. Définition opérationnelle d'ulcère gastrique.....8
5. Définition de stress.....8
6. La raison du choix du thème.....9
7. L'intérêt du choix de la recherche.....10
8. Les objectifs de la recherche.....10
9. Les difficultés rencontrées.....10

PARTIE THÉORIQUE

Chapitre I : Le stress

Introduction.....14

1. Définition de stress.....14
2. Historique de notion de stress.....15
3. Les types de stress.....16
4. L'étiologie du stress.....19
5. Les phases du stress.....20
6. Les symptômes du stress.....20
7. Les théories de stress.....21
8. Les facteurs de stress.....24
9. Les thérapies de stress.....25
10. Le coping.....27

Synthèse.....28

Chapitre II : L'ulcère gastrique

Introduction.....	30
1. Les définitions.....	30
2. Epidémiologie.....	32
3. Prévalence-incidence-mortalité.....	32
4. La différence entre l'ulcère duodénal et ulcère gastrique.....	33
5. Les symptômes de l'UGD.....	33
6. Les causes de l'UGD.....	33
7. Les facteurs de l'ulcère gastrique.....	34
8. Diagnostic de l'UGD non compliqué.....	35
9. Les formes rares de gastrites chroniques.....	36
10. La prise en charge.....	37
Synthèse.....	38

PARTIE PRATIQUE

Chapitre III : Le cadre méthodologique

Introduction.....	41
1. La pré-enquête.....	41
2. La démarche de la recherche.....	42
3. La présentation d lieu de recherche.....	43
4. L'échantillon d'étude.....	45
5. Les outils d'investigation.....	46
6. Le dépouillement de l'échelle.....	49
7. Consigne.....	49
Synthèse.....	49

Chapitre IV : présentation, analyse, et discussion des hypothèses

I. Présentation et analyse des résultats selon les cas.....	51
1- Cas N° 01.....	51
2- Cas N° 02.....	53
3- Cas N° 03.....	56
4- Cas N° 04.....	59
5- Cas N° 05.....	62
6- Cas N° 06.....	65
II. Discussion des hypothèses.....	69
La conclusion générale.....	72

- La liste bibliographique
- Annexes
- Résumé

REMERCIEMENT

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans le bon dieu qui on tient à remercier profondément pour nous avoir donné la force, le courage, la volonté et la patience pour accomplir ce travail.

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et notre profond respect à notre promotrice Mme BOUCHERMA Samia pour son accompagnement, ses remarques judicieuses et sa disponibilité à encadrer notre travail.

Je tiens à remercier également tous les enseignants de notre faculté pour leurs précieux conseils.

On tient encore à remercier l'ensemble du personnel du service médecine interne de l'hôpital d'Amizour pour nous avoir soutenus et guidés.

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et notre profond respect aux patients qui ont été compréhensifs et ont participé à notre recherche et à qui nous souhaitons la guérison et le bien-être, car sans eux le travail ne sera pas fait.

Enfin, je remercie infiniment tous ceux ou celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

Mes chers parents que mille dédicace ne puissent exprimer mes sincères sentiments, pour leurs patience illimitée, leurs encouragement contenu, leurs aides, en témoignage de mon profond amour et respect pour leurs grands sacrifices.

A mon cher frère KAMEL que j'aime énormément et à ma belle-sœur Sihem et mes neveux Madghis et Moumouh.

A mes trésor que le bon Dieu garde pour moi mes adorables sœurs Sabiha et Kahina et leurs époux, et bien sûr mes petits chouchous d'amour Samy, Maxen, Malicia et Mayline. Mayes et ma petite Massilia.

A toute ma famille cousins et cousines, à mes tantes et mes oncles et sans oublier ma chère cousine Zahra.

A Karim pour ses encouragements, son aide et qui était toujours présent à mes côtés pour accomplir ce travail.

A mes chères chéries : Fouzia, Biha, Drifa, Maya, Nadjet et Syla qui m'ont toujours soutenue, je n'oublierai jamais les moments qu'on a passés ensemble.

A mon binôme Radia et sa famille

Enfin, a tout ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement.

Tassadit

Dédicaces

Avec l'expression de ma reconnaissance, je dédie ce modeste travail à ceux qui, quels que soient les termes embrassés, je n'arriverais jamais à leur exprimer mon amour sincère.

A l'homme, mon précieux offre du dieu, qui doit ma vie, ma réussite et tout mon respect : mon cher père

A la femme qui a souffert sans me laisser souffrir, qui n'a jamais dit non aimes exigences et qui n'a épargné aucun effort pour me rendre heureuse : mon adorable mère

A mes deux frère Halim, Mennad, et mes trois sœurs Hakima et leurs enfants (Lydia, Abdlah, Widad, Zakaria, Abd rauf). Lila, Safa, et ma belle-sœur et leurs enfants (Adem, Meriem, Maria, Lina).

A mes chères amies : Tiziri, Sara, Aicha, Noura, Lynda

Sans oublier mon binôme Sassah pour son soutien moral, sa patience et sa compréhension tout au long de ce projet.

A ma promotrice Mme Boucherma Samia

Enfin je le dédie à tous ceux que j'aime et qui sont loin de moi.

RADIA

Listes des tableaux

Liste des tableaux

Liste des schémas :

N° de schéma	Titre de schéma	Page
Schéma N° 01	L'appareil digestif humain	30
Schéma N° 02	Estomac	31
Schéma N° 03	Représentant la position des ulcères de l'appareil digestif au niveau de l'estomac et du duodénum	33

Liste des tableaux

N° de tableau	Titre de tableau	Page
Tableau N°1	Forme rare de gastrites chronique	40
Tableau N°2	Représente les services de l'hôpital	47
Tableau N°3	Récapitulatif des cas	49
Tableau N°4	Le dépouillement de l'échelle	52
Tableau N°5	Présentation de résultat de l'échelle du cas N°1	55
Tableau N°6	Présentation de résultat de l'échelle du cas N°2	57
Tableau N°7	Présentation de résultat de l'échelle du cas N°3	60
Tableau N°8	Présentation de résultat de l'échelle du cas N°4	63
Tableau N°9	Présentation de résultat de l'échelle du cas N°5	66
Tableau N°10	Présentation de résultat de l'échelle du cas N°6	69

Liste des tableaux

Liste des abréviations :

- AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens
- FOGD : Fibroscopie œsogastroduodénal
- H. Pylori : Hélicobacter pylori
- UD : Ulcère duodénal
- UG : Ulcère gastrique
- UGD : Ulcère gastroduodénal
- PNN : polynucléaires neutrophiles

Introduction générale

Introduction générale

Introduction

Depuis l'existence, l'homme s'est toujours porteur d'une nature pleine d'obstacles, dangers, et de difficultés dans sa manière de déplacer, de manger... Autant sa manière d'adoucir et de diminuer ses peines, ses douleurs et ses maladies.

La maladie est une pathologie qui a souffrit l'être humain depuis son apparition, c'est une conception étudié depuis l'Antiquité jusqu'à nos jours par plusieurs auteurs (Hippocrate, Platon, Galien...).

Malgré les victoires de la médecine contemporaine les nouvelles techniques d'exploration du corps (scanner, résonance magnétique nucléaire, etc...) ne peuvent pas rendre heureuses les personnes malades. Aujourd'hui, plus que jamais, la santé apparaît comme une condition nécessaire pour réussir sa vie. Pourtant, malgré les progrès considérables de la médecine, les maladies, continuent à frapper sans relâche.

Parmi les maladies chroniques et a risque grave de notre temps actuel, on cite l'ulcère gastrique qui est notre thème de recherche, cette maladie est due à une bactérie connue sous le nom de *Helicobacter pylori*. Ce micro-organisme est fréquemment contracté par la bouche, or il est capable de survivre à l'acidité présente dans le tube digestif.

La prise d'anti-inflammatoire-s non-stéroïdiens ou AINS. La combinaison entre une infection avec la bactérie *H. Pylori* et la prise d'anti-inflammatoire-s augmente le risque qui est 60 fois plus grand. Dans une moindre mesure, les ulcères peuvent être créés par une production excessive d'acide par l'estomac due à des facteurs comme le tabagisme, l'alcool, le stress ou une prédisposition génétiques.

Le traitement principal de cette maladie est médical, mais aussi chirurgical indiqué lorsqu'il y a des complications comme l'hémorragie et la perforation.

Cette maladie gastrique a aussi un impact sur le côté psychologique du sujet, ce dernier ressent une tristesse extrême pendant une longue période. Cette sensation est souvent assez grave pour gêner sa vie quotidienne. Elle peut durer pendant des semaines ou des mois et non pas seulement quelques jour.

Introduction générale

Dans notre étude portée sur le thème « le stress chez les personnes atteintes d'ulcère gastrique ». Nous sommes rapprochés de l'établissement public hospitalier « Ben Merad El Meki d'AMIZOUR », et plus précisément dans le service de « la médecine interne ». Nous optons alors. Ce qui explique notre méthode et nos outils de recherche utilisés qui sont: l'entretien semi directif et l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson(1988), pour atteindre notre objectif, nous avons adopté un plan de travail qui comporte les éléments suivants :

Un cadre général de la problématique qui comporte une problématique et des hypothèses.

Une partie théorique divisée en deux chapitres : chapitre (I) intitulé le stress, chapitre (II) intitulés ulcère gastrique.

Une partie méthodologique : ou nous avons abordés les éléments suivants : la méthode appliquée, la population de notre étude et les outils utilisés.

Une partie pratique divisée en deux points : le premier point est destiné à exposer et analyser les résultats et les données recueillies sur le terrain concernant les cas étudiés dans notre recherche et le deuxième point nous renvoie à une discussion des hypothèses à travers les données recueillies et analysées.

Enfin, on termine notre recherche par une conclusion générale on gobant tous les objectifs tracés tout au long de notre recherche suivit d'une liste bibliographique et des annexes.

Problématique et hypothèses

1- Problématique

La maladie altération de l'organisme, affection médicale, problème de santé qui peut être causé par différentes raisons d'ordre génétique, bactérien, viral ou infectieux. Il existe divers problèmes et difficultés qui peuvent changer la vie de l'être humain tel que les maladies chroniques

Dans la présente recherche nous intéressons à l'étude d'une de ces maladie qui s'intitule l'ulcère gastrique est l'une des maladies les plus graves.

Une personne sur dix développe un ulcère d'estomac ou ulcère duodénum au cours de sa vie. Dans le monde 50 à 70% de personnes sont atteintes et en Algérie, cette pathologie concerne 10 à 15% de la population masculine et 4 à 5% de la population féminine cette infection touche plus souvent les personnes âgées de 30 à 45 ans. L'ulcère gastroduodéнал(UGD) est une maladie qui a longtemps été considéré comme chronique.

Près de 90% de la population sont infecté dans les pays en voie de développement. Près de 80% des patients avec UD et 60% avec UG sont infectés par H pylori contre 10% de la population adulte français. Chez les sujets Hpylori positifs l'incidence annuelle de l'ulcère est de 1% contre 0,2 dans la population générale. (Balian et al, 2004)

L'ulcère gastrique Moins fréquent, touche indistinctement les individus des deux sexes. Il évolue vers un cancer dans 3% des cas. (Larousse médical, 2012, p 290)

La maladie ulcéreuse gastroduodéнаle est caractérisée, sur le plan anatomopathologique, par une perte de substance de la muqueuse gastrique ou duodéнаle atteignant la musculéuse et reposant sur un socle sciéro-inflammatoire (marqué selon l'ancienneté de l'ulcère). Ceci distingue donc l'ulcère des pertes de substances plus superficielles (ulcérations, érosions, abrasions). Il s'agit d'une pathologie chronique, évoluant par poussées entre lesquelles il existe une ré-épithéliation superficielle. Cependant, l'efficacité des traitements médicamenteux actuels et surtout la découverte de l'implication d'helicobacter pylori (Hp) et de son traitement ont bouleversé l'épidémiologie et le profil évolutif de cette pathologie, qui, bien traitée, pose beaucoup moins qu'autrefois le problème de sa chronicité et des récives. (Aziz. k. Bonnet. d, Foppa, b, 2012, p, 443).

La problématique

Les principales causes d'ulcère gastroduodéal sont : l'infection par *Helicobacter pylori* : la prise d'aspirine ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens : une autre cause est le stress (post-opératoire, post-infectieux sévère ou toute autre affection générale grave) mais les lésions sont plus superficielles.

Le symptôme majeur de l'ulcère gastroduodéal est une douleur semblable à une brûlure, qui peut être très intense. Située dans l'épigastre (partie haute de l'abdomen), brûlures et douleurs pressantes sous le sternum : en cas d'ulcère gastrique ces douleurs surviennent généralement après les repas ou indépendamment de la prise des repas, pour l'ulcère duodéal les douleurs apparaissent lorsque l'estomac est vide et disparaissent après les repas (Zeitoun, J.D. Chrysostalis, A. Lefevre. J. 2014, p 33).

Cette pathologie évaluée douloureuse, irritable, persistante, incurable...etc. Engendre des troubles psychiatriques : trouble de l'attention, de la mémorisation, difficultés de concentration, trouble de comportement entraînant des comportements addictifs, anxiété, colère frustration, sur consommation d'alcool ou de cigarettes, surconsommation de médicament, dépression, difficulté à s'alimenter et à trouver le sommeil.

L'anxiété l'inquiétude, le stress et la peur sont des facteurs qui contribuent aux ulcères d'estomac chez les personnes prédisposées.

Les scientifiques et les médecins expliquent que l'émotion d'une personne est liée à son estomac par le cerveau, qui joue un rôle de premier plan lors de stress psychologique. L'aspect positif est que le traitement médicamenteux peut aider une personne à supprimer ces troubles physiques, malgré son état psychologique. Mais lorsque l'effet de la drogue s'estompe, les troubles physiques réapparaissent.

Par conséquent, de nouvelles études psychologiques dans un certain nombre d'universités européennes ont confirmé que les traitements psychologiques peuvent aider et résoudre les problèmes d'estomac.

Le stress est l'état de l'organisme dont le bien être est menacé et qui n'a pas de réponse immédiate pour réduire cette menace » (Hans Selye, 1974, p19)

La problématique

D'après l'étude menée par le médecin, le fondateur et le directeur de l'institut de médecine et chirurgie expérimentale Hans Selye qui nous éclaire à propos des causes des maladies actuelles pense que : « nous commençons à comprendre aujourd'hui que beaucoup de maladies courantes sont avantage dues aux manque d'adaptation au stress qu'a des accidents causés par des microbes, des virus, des substances nocives ou tout agent externe » (PEDNIELLI, 2005, p7).

Le stress peut atteindre tout personne épisodiquement ou parfois quotidiennement devant un véritable handicap dans la vie quotidienne ,le corps réagit contre ce qu'il ressent comme une agression ou une pression selon les travaux de Hans Selye datant de 1975, il existe 3 phases dans la réaction au stress que l'on appelle aussi syndrome général d'adaptation :la phase d'alarme ou phase de choc :intense et de courte durée, la phase de résistance :qui survient lorsque la pression se rallonge et pendant laquelle l'organisme s'adapte à la situation, et phase d'épuisement : de décompensation.

Que se passe-t-il dans une situation de stress ? Le rythme respiratoire s'accélére fournissant ainsi plus d'oxygène à l'organisme, le rythme cardiaque augmente, favorisant les divers métabolismes, les rythmes cérébraux deviennent plus rapides. Les muscles sont stimulés par un rapport accru d'oxygène et de sucre, et les défenses immunitaires deviennent plus actives. (Stora. J.B.1991, p 85).

Le fait d'être stress, d'avoir des soucis qu'ils soient de santé, internes ou externes : avoir des idées noires, des difficultés dans le sommeil, des moments de doute ou de questionnement font partie de la vie.

Donc lorsqu'un individu bien adapté dans son environnement, est soumis à un brusque changement, représentant une menace pour son équilibre moral ou psychique, il développe au sein de son organisme une réaction de stress, ou réaction physiologique d'alarme et de défense face à l'agression.

A la lumière de ce qui précède nous t'entrons de répondre aux questions suivante qui ont été élaboré à partir de lecture et de travaux antérieurs sur notre thème de recherche,

Est-ce que les personnes atteintes d'ulcère gastrique présentent un état de stress ? Si C'est oui, quel est son niveau ?

La problématique

Quel sont les facteurs qui provoquent l'état de stress chez les personnes atteints d'ulcère gastrique

2- Les hypothèses de la recherche

Afin de répondre aux questions posées précédemment nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- **Hypothèse générale**

Les personnes atteintes d'ulcère gastrique présentent un état de stress.

- **Hypothèse partielles**

L'état de stress se manifeste à des degrés divers chez les personnes atteintes d'ulcère gastrique.

Les douleurs d'estomac provoquent le stress.

3- Définition et opérationnalisation des concepts clés :

Avant de commencer notre thème, nous devons définir les concepts utilisés dans notre recherche qui vont nous guider dans notre démarche théorique et pratique. Sans entrer dans les détails, on va présenter plusieurs définitions qui sont plus proches de notre thème de recherche et qui traitent les hypothèses que nous avons déjà formulées. Et par la suite nous allons essayer d'opérationnaliser ces concepts afin de les rendre plus concrets et palpables selon notre terrain de recherche.

A. Définition de l'ulcère gastrique :

L'ulcère gastrique se définit comme une perte de substance muqueuse, pouvant entamer la musculature et toute la paroi et parfois même la perforer. (ZINE-CHARAT, 2007).

B. Gastro-duodéal :

Relatif à l'estomac et au duodénum

La principale maladie gastroduodénale est l'ulcère, mais les gastro-duodénites (inflammations aiguës ou chroniques de l'estomac et du duodénum) ne sont pas rares. Les maladies gastroduodénales se manifestent par des douleurs survenant après l'ingestion

La problématique

d'aliments des nausées, des vomissements, des sensations de lourde digestive peuvent y être associés les antiacides (pansements gastriques) et les anti sécrétoires (médicaments réduisant l'acidité de l'estomac) sont utilisés dans le traitement de ces maladies. (la rousse médical, 2012, p 391).

4- Définition opérationnelle d'ulcère gastrique

Douleurs au niveau de l'abdomen ;

Brulures et crampes rythmées par les repas ;

Présence d'éructation et des ballonnements intestinaux ;

Une anorexie (perte d'appétit) avec amaigrissement ;

La pâleur d'une anémie ;

Une diarrhée noirâtre ;

Saignements dans les vomissements et dans les selles (diarrhée noirâtre due à du sang digéré).

5- Définition de stress :

- Selon le dictionnaire de psychologie de Norber sillamy : « le stress désigne l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques ». (Sillamy. N, 2003, p.256).

- Le stress peut être considéré comme une réponse psychologique et somatique complexe à des stimuli différents (biologiques, émotifs, sociaux ou environnementaux), d'origine interne ou externe à l'organisme.

5-1- Définition opérationnelle de stress

Difficulté à se relaxé

Un manque de spontanéité et de joie

Sentiment d'inquiétude permanent

La difficulté de rester en place

La problématique

Difficulté à se concentrer maux de tête,

L'obsession de certaines pensées, surtout des pensées négatives

Les cauchemars chroniques et la répétition des rêves

Le manque répété de souffle et les palpitations fréquentes

Le changement ans l'appétit, la perte de poids ou la prise considérable de poids

Fatigue, dépression, colère, tristes.

Les changements des habitudes de sommeil, tel que les réveils répétés pendant la nuit ou tôt le matin.

Le stress est un état de perturbation qui influe négativement sur l'état psychique ou mentale des personnes et mène a cette égard à certain situation dont on trouve : les crises de colère, un manque de joie et de spontanéité la difficulté de rester en place.

La réponse la réaction du corps à une agression, un état stressant, une menace, qui produit chez le stressé des hormones spécifiques.

Il est à noter que tous ces signes ne sont pas tous présents chez le même cas mais, c'est l'ensemble des signes repérés chez tous les cas.

6- La raison du choix du thème :

Notre thème de recherche porte sur le stress chez les personnes atteintes l'ulcère gastrique par raison : Manque d'étude réalisée sur ce sujet, le stress chez les personnes atteintes l'ulcère gastrique est devenu le sujet d'actualité. Mais d'après nos lectures, on à constater un manque de son caractère discret. C'est ce qui nous à pousser à abordé réel d'études sur le stress chez les personne atteinte l'ulcère gastrique, réel d'études sur le stress chez les personne atteinte l'ulcère gastrique, concernant cette maladie chronique, sans oublier la disponibilité des cas grâce auxquels nous pouvant appliquer notre recherche et l'infirmer ou confirmation de nos hypothèses.

7- L'intérêt du choix du thème de la recherche :

L'étude vise à identifier en général, la relation entre le stress et les ulcères gastriques, et cela peut être détaillé dans les points suivants : la large diffusion des ulcères gastriques et la souffrance psychologique qui en résulte chez les personnes infectées, nous avons donc dû donner à ce sujet une importance dans les études scientifiques qui peuvent contribuer à comprendre l'état psychologique du patient souffrant d'ulcère gastrique afin de le prendre en charge psychologiquement.

La prévalence élevée des ulcères gastriques chez les individus.

Désir personnel d'étudier le sujet de stress et sa relation avec l'ulcère gastriques.

La volonté d'apporter une aide au segment touché par les ulcères gastriques en attirant l'attention sur eux et en clarifiant les problèmes psychologiques auxquels ils sont exposés.

Connaitre l'étendue de la souffrance des personnes souffrant d'ulcère gastrique du coté psychologique.

8- Les objectifs de la recherche :

Notre recherche vise les objectifs suivants : L'objectif principal de ce travail est d'approfondir notre analyse sur le syndrome de stress chez les personnes atteint l'ulcère gastrique au niveau de hôpital d'Amizour -Evaluer et mesuré l'intensité et le niveau du stress chez les personnes atteint l'ulcère gastrique -Décrire les souffrances physiques, psychiques et sociales des patients atteint d'ulcère gastrique.

Décrire les facteurs qui favorisent l'apparition du syndrome de stress chez les personnes qui souffrent d'ulcère gastrique, avoir une expérience sur un travail académique et scientifique.

9- Les difficultés rencontrées :

Dans chaque recherche il existe plusieurs obstacles et déférent difficulté qui entaient le chemin de recherche. L'élaboration de notre projet de recherche sur le stress chez les

La problématique

personnes atteints d'ulcère gastrique ont été confrontés d'une part et d'autre part à plusieurs difficultés.

D'abord sur le plan théorique, la plus grande contrainte qui a été constatée est nul doute

Au niveau de la documentation, le manque local sur le stress en générale, manque de l'étude extérieure sur notre thème de recherche, la difficulté qui nous a rencontrés pour trouver lieu de stage, manque de cas de notre recherche, le manque de culture psychologique chez notre groupe de recherche.

La partie théorique

Chapitre I : le stress

Introduction

« Ce n'est pas tellement la maladie qui compte, mais la réponse du malade à sa maladie. »

Le stress est une réponse de l'organisation soumise aux contraintes de l'environnement. On peut également le définir comme étant un syndrome d'adaptation à un ensemble de perturbations émotionnelles, physiologiques, psychologiques ou sociales. Ce phénomène est l'une des causes les plus nuisibles pour la santé d'un individu et on le trouve présent presque dans de nombreuses pathologies soit comme un facteur déclenchant soit comme un facteur aggravant.

Dans ce chapitre, nous avons tenté d'apprendre plus sur le stress ; en commençant par son origine, ses définitions, ses symptômes et ses causes, ainsi ses facteurs et ses types, et nous terminerons avec la prise en charge.

1. Définition du stress :

Selon le dictionnaire de Norbert Sillamy : « Le stress désigne l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques ». (Trombini. G et al, 2005, p131).

Stress, mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de H. Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. (Sillamy. N, 2003, p256).

Le stress est la réponse de l'homme aux facteurs d'agression organiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions (agréables ou désagréables) qui provoquent la rupture d'un équilibre antérieur et nécessitent, de ce fait, une adaptation. (P. Bouvard, 2003, p10).

Médiatisation du concept ont contribué à ce que la plupart des gens considèrent le stress comme une part intégrale de la condition humaine. (Massoudi. K, 2009, p10).

Selon Selye, le stress est une réponse : il le définit comme « la réponse non spécifique du corps à toute exigence qui s'adresse à lui ». Par « non spécifique ». Il entend que le même schéma de réponse peut être provoqué par différents stimuli ou agents de stress.

Pollock (1988) définit le stress comme un fait social et culturel. Selon l'auteur, l'impressionnante activité scientifique dans ce domaine est l'intense.

D'autres auteurs conçoivent le stress comme un stimulus, un événement ou un ensemble de circonstances exigeant une réponse inaccoutumée.

- **Définition étymologique du stress :**

Le mot « stress » est issu par aphérèse de détresse, qui provient de l'ancien français *detrece* et *estrece*. *Detres* signifiait détresse. *Estrece* signifiait étroitesse et oppression : il est issu du latin classique *stringer* qui signifiait serré, resserré. Aujourd'hui, utilisé dans de nombreux domaines, ce mot occupe une place de plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale. Comme on peut le constater d'après les différentes définitions, ce mot est souvent attaché à quelque chose qui le définit : stress physiologique ou systémique, stress psychologique, et stress social. Le sens du terme stress reste néanmoins aussi complexe que vague. (PEDINIELLI. J.I, 2005, p 10).

- **Définition du stress selon l'OMS :**

Le stress apparaît chez une personne dont les ressources et stratégies de gestion personnelles sont dépassées par les exigences qui lui sont posées. (OMS, Arck et al. 2001)

- **Définition psychologique :**

Il renvoie aux multiples difficultés auxquelles l'individu a mal à faire face (les événements stressants de la vie, encore appelés événements vitaux) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes (les stratégies d'ajustement). (Lôo. P et al, 2003, p26)

2. Historique de la notion de stress :

C'est en 1936 que Selye, venu de l'université de Prague et travaillant à Montréal, décrit chez le Rat un syndrome non spécifique apparaissant au cours de la phase initiale de ce qui s'appellera plus tard le stress : il constate que les mêmes lésions (en particulier hypertrophie des surrénales, atrophie et hémorragies du thymus et des ganglions lymphatiques, ulcérations gastriques) sont provoquées par les facteurs d'agression les plus variés. Selye cite la contrainte, l'injection d'huile de croton ou des infections, les hémorragies, les brûlures, le froid, l'anoxie, les fractures et les radiations. A côté des

réactions tissulaires spécifiques aux divers agents agressifs apparaît toujours une série de phénomènes non spécifiques. En 1946, Selye parlera de syndrome général d'adaptation évoluant en trois phases : réaction d'alarme (mort par choc) ; phase de résistance (pathologie ou mort par excès de résistance) ; phase d'épuisement (mort par épuisement).

Déjà, W.B. Cannon avait adopté la même perspective en proposant le terme d'homéostasie : pour lui, comme pour Selye, les réactions de l'organisme agressé constituent avant tout un phénomène favorable visant à maintenir un équilibre avec l'environnement. Cannon insistait sur l'évaluation des taux catécholamines en situation d'agression.

L'école chirurgicale française, avec R. Leriche, soulignai également l'importance de la réactivité du système adréno-sympathique dans le choc opératoire. Leriche avait recours au blocage localisé du système sympathique par infiltration ganglionnaire de procaïne. C'est en recherchant des composés actifs par voie générale pour contrôler une réaction de stress chirurgical, le choc opératoire, que H. Laborit utilisa la chlorpromazine, en association avec d'autres inhibiteurs du système nerveux. La chlorpromazine sera le premier des médicaments neuroleptiques.

L'originalité de Selye a été de montrer, à côté du système neurovégétatif, le rôle des facteurs endocriniens, hypothalamohypophyso-surréniens, dans les réactions de stress. (Grand Dictionnaire de la psychologie, LAROUSSE, p898).

3. Les types du stress :

D'après les études cliniques qui ont été faite on a déduit qu'ils existent différentes sorte de stress qui se présente comme suit :

3.1. Le stress aigue :

Le stress aigue correspond aux réactions de l'organisme quand nous faisons face à une situation menaçante, ponctuelle ou imprévisible (présentation en public, accident, nouvel apprentissage). Quand cette situation de stress prend fin, les symptômes de stress s'arrêtent généralement peu de temps après. Il peut donc être utile afin de nous aider à faire face à une situation.

Le stress aigu ou isolé est la réponse de notre corps à une agression souvent violente et ponctuelle. C'est la réponse de survie de notre organisme : exemple le gain de la super cagnotte au loto, l'exposition brutale à une différence de température. Cela entraîne le plus souvent des troubles psychosomatiques, tels des ulcères à l'estomac ou des maladies cardiovasculaires. (FLEISZMAN. N, Marcy. M, p15).

3.2. Le stress aigu répété :

Les personnes atteintes de stress aigu répété font souvent preuve d'un tempérament irritable, d'anxiété et de nervosité. Elles se décrivent souvent comme étant une boule d'énergie nerveuse en mouvement. Toujours dans l'urgence, leur état irritable peut se transformer en colère. Les relations sociales se détériorent alors rapidement avec les autres et le lieu de travail devient souvent un endroit de stress pour ces individus. Les médecins caractérisent ces personnes comme ayant un sens aigu de la compétition et faisant preuve d'agressivité et d'impatience en étant toujours dans l'urgence.

Une autre forme de stress aigu répété provient d'un sentiment d'inquiétude permanent. Cela revient à imaginer des désastres à chaque coin de rue. A être pessimiste sur l'avenir et à penser que le pire va se produire dans chaque situation. Le monde est un endroit dangereux dans lequel quelque chose d'horrible est toujours en train de se produire. Généralement les personnes ayant ce modèle de pensée présentent les premiers symptômes d'un état de trouble anxieux et de dépression. (Elisabeth. G, 2009, p. 18).

Bien que, le style de vie des personnes atteintes de ce type de stress devient si habituel qu'elles n'arrivent pas à distinguer ce qui ne va pas ce rythme de vie. Il peut même arriver qu'elles reportent la faute sur leur entourage ou sur des événements externes. Le problème pour ces individus est qu'ils perçoivent leur style de vie et leur mode de comportement comme partie intégrante de leur personnalité et de leur monde, ce qui rend particulièrement difficile pour eux l'identification de la prise de conscience des origines de leur stress et de leur anxiété. Seule la promesse du soulagement des douleurs qu'ils peuvent ressentir peut les persuader du bien fondé de suivre un traitement ou d'apporter des changements dans leur monde de vie. (Ibid, p 18).

3.3. Le stress chronique :

L'état de stress chronique s'installe lorsque la situation de stress se prolonge et/ou se répète. Notre système n'est pas fait pour maintenir un état de sur excitation continu et doit avoir des périodes de récupération.

Le stress chronique maintient les mécanismes physiologiques mis en jeu pour faire face à une situation de stress ce qui épuise le système et entraîne des effets néfastes pour la santé. (Lebel. G, 2011, p12).

Le stress chronique ou répétitif est l'adaptation de notre corps à des agressions répétées et rapprochées dans le temps. C'est une suite de petits stress qui amènent notre corps à dépasser son seuil de résistance. C'est lui qui entraîne à long terme un épuisement psychologique et physiologique. Il est responsable de l'usure prématurée des organes. (FLEISZMAN. N, Marcy. M, p16).

Enfin les conséquences du stress chronique peuvent être des accès de violence, des maladies cardiaques, et même le suicide. Les symptômes du stress chronique étant à la fois physique et psychologique, ils peuvent nécessiter un accompagnement à la fois médical et psychologique. (Elisabeth. G, 2009, p19).

Après avoir identifié les différents types de stress on déclare qu'elles recouvrent deux situations différentes qui sont « le bon et le mauvais stress » on note que certaines personnes décrivent le stress comme un phénomène agréable et bénéfique, une stimulation car elle se sent tout à fait apte à affronter et à maîtriser quasiment n'importe quelle situation, se lancer des défis, entreprendre des activités intéressantes, et stimulantes, faire preuve de créativité tout en étant productif, il s'agit du bon stress. (Ridouch B, Abbes Z, Santé mag, KHIAR (MR), Canal Algérie, 4 mai 2011, 21h).

On trouve, en effet l'autre désagréable c'est le « mauvais stress », où l'on est débordé, déprimé, frustré, mais de toute façon incapable de gérer ou contrôler les événements. Nous faisons ainsi références à des situations d'échec, des difficultés familiales, un deuil, ou encore à une situation de surendettement. Ces descriptions correspondent en effet à un stress néfaste. Lorsqu'il persiste de manière incontrôlée ce mauvais stress provoque une baisse d'efficacité et de productivité, mais aussi des problèmes de santé. (Choque. S, 2007, p36).

On constate qu'il a plusieurs types de stress et chaque individu réagit différemment à ce phénomène de stress, et aussi selon le degré du stress.

4. L'étiologie du stress :

Nous sommes quotidiennement confrontés à une multitude d'événements stressants de différents types et d'intensité variable. Il peut s'agir de situation plutôt stimulante, d'imprévus ou encore d'obligations diverses.

On peut rassembler les sources de stress en 04 groupes : Les événements de vie, l'environnement externe, entourage (Autre), nos pensées et nos représentations

1- Les événements de vie : La vie est remplie d'événements marquants que la personne doit gérer, ces événements marquent des tournants importants dans la trajectoire d'une vie chacun de nous, et généralement tout ce qui est important et nouveau est une source de stress, comme le mariage, le décès d'un être proche, la naissance, perte au changement d'emploi, déménagements...etc.

2- L'environnement externe : Certains événements peuvent ne pas durer longtemps mais quand même peuvent être très stressant, bruit, météo, pollution ; la sensation de ne pas pouvoir échapper au bruit est une véritable source de souffrance et de stress.

3- Entourage (Autre) : les personnes qui nous nous entourent, et qui interagissent avec nous, eux aussi représente une source potentielle de stress ; nos conjoints, familles, collègues, amis...etc. Parfois nous mettent dans des situations stressantes.

4- Nos pensées et nos représentation : mais au-delà des facteurs externes qui nous stressent, nous même, nous nous représentons une source de stress à ne pas négliger, et ce par les buts qu'on a tracés dans la vie, les attentes qu'on a de nous même, l'estime de soi, perception et autres. (<https://www.compagnie-des-sens.fr/stress-definition/>)

Chacun de ces éléments peut nous mettre sous tension et augmenter notre niveau de stress.

5. Les phases de stress :

Il est prouvé que les réactions de stress passent en trois étapes :

- **La phase d'alarme :**

Elle correspond au stress aigu, elle se caractérise par une courte durée, pouvant aller de quelques minutes à quelques heures. Elle ne dépassera pas les 48 heures cependant.

C'est une étape émotionnelle importante, associée à des réactions psychologiques intense. A ce niveau-là, les ressources de l'organisme sont grandement mobilisées.

Cette phase peut permettre à l'individu concerné de se surpasser.

- **La phase de résistance :**

Elle correspond à l'adaptation la plus durable face à la situation stressante. A ce niveau, il y a un apaisement psychologique lié probablement au contrôle des émotions.

L'individu manifeste des réactions physiologiques qui se prolongent plus au moins, adaptées aux nécessités de défense. S'il y a défense contre l'élément stressant, il y a risque de vulnérabilité.

- **La phase d'épuisement :**

Elle correspond au moment où les ressources de l'individu ne lui permettent plus de s'adapter à la situation.

Cette phase est caractérisée :

Par un état d'indifférence, voire de dépression, Le moral de l'individu est au plus bas, Le corps est épuisé, Le mental et le corps étant lié, l'individu s'écroule.

Ces trois phases ne sont pas sans incidence sur le plan corporel. (Lentini. P, 2009, p 62-63-64)

6. Les symptômes du stress :

Plusieurs symptômes survient lorsqu'une personne vit une situation de stress, toutefois les symptômes peuvent varier d'une personne à une autre en fonction de sa capacité à gérer ces situation données ;

6.1. Symptômes physique

Douleurs, tension musculaires, problèmes digestifs, problèmes de sommeil ou d'appétit, maux de tête, vertiges, souffle court, fatigue. (Lebel. G, 2011, p 13).

6.2. Symptômes émotionnels

Agitation, anxiété, colère, culpabilité, impatience, irritabilité, perte d'intérêt, pleurs injustifiés. (Clémente. I, 2011, p42)

6.3. Symptômes cognitifs

Difficulté de concentration, erreurs, oublis, la perception de la réalité. (Lebel. G, 2001, p13)

6.4. Symptômes comportementaux

Modifications des comportements alimentaire, comportements agressif, violent, isolement sociale, consommation de produit calmant ou excitant (café, alcool) (Hebdo. R, 2010, p9).

7. Les théories de stress :**7.1. Les théories biologiques :**

Cannon (1928-1935) est le premier qui à démontrer que les manifestations somatiques accompagnant le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger sont dues à la libération dans le sang d'une hormone, l'adrénaline, en provenance de la glande surrénale. Il décrit un pattern de réponses particulier, le syndrome d'urgence, mis en place de façon « stéréotypée » face à toute menace pour l'individu pour éliminer ou éviter un éventuel état de souffrance. L'organisme en permanence à maintenir un équilibre constant (homéostasie) et tolère des modifications limitées. Le stress est alors cette réponse activée par toute sollicitation excessive qui permet l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme, Reilly et all. (1934). Comme Cannon, considère que la réaction organique en réponse au stress, est non spécifique et commune à des agents d'agression très variés.

Selon H. Selye, la surcharge des capacités de défense de l'individu suit à une agression psychique ou physique menaçant l'équilibre interne déclenche une contre réaction visant à restaurer l'équilibre rompu.

Selye décrit en 1936 le syndrome générale d'adaptation (SGA) et dans les années qui suivent, continue ses expériences (Selye 1946, 1950) de ce syndrome retrouvée chez l'animal quel que soit l'agent nocif et qui se développe en trois étapes : phase d'alarme, de résistance et d'épuisement. (Graziani. P et Swendsen. J, 2005, p 19- 20).

7.2. Les théories cognitives :

Les théories du stress physiologiques n'ignorent pas l'importance des facteurs psychologiques ou sociaux, mais elles insistent sur les processus ou mécanismes biologiques de l'individu face au stress. De la même manière les théories cognitives du stress reconnaissent la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais elles se centrent davantage sur le rôle des pensées ou des attributions spécifiques ou sur les processus cognitifs qui influencent ces dernières. Si les théories cognitives dans ce domaine sont aussi très nombreuses, elles ont toutes en commun l'appréciation du rôle des interprétations personnelles des événements comme déterminants principaux de leur caractère stressant. Les plus importantes on cite : la théorie de l'attribution, celle de la théorie des constructions personnelles de Kelly, et celle de la théorie cognitive de Beck.

Et parmi ces théories on cite comme exemple :

7.2.1. La théorie des constructions personnelles de Kelly :

La théorie des constructions personnelles de Kelly (1955, 1963) est importante dans la compréhension de la réponse au stress parce qu'elle cherche à appréhender la manière dont l'individu construit le sens de son expérience et adapte son mode de perception du monde au fur et à mesure des transactions avec l'environnement.

Pour Kelly, faire une construction personnelle signifie donner une interprétation et comparer les événements sur la base des différences et des similitudes.

L'anticipation est le processus central, Kelly considère ainsi l'individu comme un être en mouvement, plutôt qu'un objet passif, motivé à l'action, qui doit anticiper les

événements en privilégiant les alternative qui, dans l'ensemble de ses propres constructions mentales, semblent capables de fournir la base la plus adéquate pour prévoir la suite des événements.

7.2.2. Le modèle cognitif de Beck :

Beck (1984) reprend le modèle interactionnel de Lazarus et l'approche des constructions personnelles de Kelly. Il considère une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu, qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière. Les stimuli sont nocifs s'ils sont interprétés comme tels par le sujet. Selon le type d'évaluation et la situation donnée, le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel autre comportement.

7.3. Les théories transactionnelles :

Les théories transactionnelles voient le stress comme une interaction entre la personne et son environnement. Explique que le stress ne réside ni dans la situation, ni dans la personne, mais dans la transaction entre l'environnement et la personne. Lazarus est le principal représentant de cette approche.

7.3.1. Le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman :

Le modèle transactionnel du stress focalise l'attention sur des éléments psychologiques centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et plus précisément sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu), et met en place des stratégies de coping.

Des travaux de Cox et Lazarus émergent un concept mettant en relation l'individu et son environnement. Face à un obstacle, le sujet évalue la menace ou le défi par rapport à ses propres possibilités de réponse. C'est l'adéquation ou non entre la demande extérieure perçue et les ressources également perçues ou auto-évaluées par le sujet qui déterminera l'apparition ou non de stress.

Il revient à Lazarus et Folkman d'avoir parlé pour la première fois de modèle transactionnel. Il s'agit tout d'abord d'un modèle qui conçoit la personne et l'environnement dans une relation dynamique, mutuellement réciproque et bidirectionnelle. Des caractéristiques séparées du sujet et du milieu convergent pour donner de nouvelles significations via le processus impliquant des changements au fil de temps, en différenciant les conséquences immédiates des conséquences à long terme du stress sur l'adaptation (aspect temporel). En outre, le stress est conçu comme un processus constamment réitéré au fur et à mesure des situations des confrontations rencontrées dans la vie quotidienne. Enfin, Lazarus et Folkman ont beaucoup insisté sur les trois niveaux du stress inclus dans une perspective transactionnelle : le niveau social, psychologique et physiologique. (Graziani. P et Swendsen. J, 2005, p 47).

8. Les facteurs de stress :

- Les facteurs généraux du stress

Dans certain condition psychologique peuvent participer à l'apparition de la condition de stress chez un individu. Cependant, on constate que dans le stress psychologique est déterminer par l'évaluation de la situation par l'individu :

- Les facteurs de stress liés à la personne elle-même

-Selon le sexe : les femmes sont plus stressées que les hommes. On dit que c'est à cause de leur double vie, professionnelle et domestique qu'elles ont plus d'occasions de stresser, ce qui tombe sous le sens.

-Selon la personnalité : implication émotionnelle élevée, caractère perfectionniste, attentes peu réaliste ceux qui présentent ces traits, un caractère propice à être plus stressés que d'autre malgré des causes identique.

-Selon les compétences : qualification insuffisante, surqualification.

-Selon l'âge : les jeunes sont plus stressées que les personnes âgées (Dominique, 2001, p.75).

- Les facteurs psychologiques

Pour George L. Engel (1962) les événements qui prennent une valeur psychologiquement stressante pour la grande majorité des êtres humains sont liés aux causes suivantes :

-Une perte (ou une menace de perte) : la perte d'un objet (dans le sens psychologique d'une personne, d'une chose, d'une fonction ou d'une idée qui sont devenues une partie de soi ou ont pris un rôle irremplaçable dans l'assouvissement des besoins) peut se dérouler dans la réalité ou dans l'imaginaire.

-Un préjudice (ou une menace de préjudice) : d'un point de vue psychologique, la menace d'un préjudice, fut-il symbolique, est généralement plus importante que la préjudice lui-même, car s'activent autour de lui les mêmes réactions psychiques et symboliques que celle induite par l'évènement réel.

-La frustration d'une pulsion : quand un besoin ne trouve pas la possibilité d'être satisfait, il engendre chez l'individu une tension qui le pousse à des comportements afin de diminuer le malaise intrapsychique et de satisfaire le besoin lui-même. (Giancarl. T et Franco. B, 2005).

9. Les thérapies de stress :

Chaque être humain ressent les changements psychiques et corporels engendré par le stress et depuis toujours, il essaye avec différentes méthodes de s'en adapter pour faire face à la vie quotidienne.

9.1. Les thérapeutiques médicamenteuses

Les traitements médicamenteux du stress s'inscrivent dans une relation d'aide ou lors d'une prise en charge psychothérapeutique structurée. Ils ne se conçoivent que lorsque les capacités adaptatives du sujet sont dépassées. C'est-à-dire le cadre des manifestations du stress pathologique.

a. Les anxiolytiques

Lors des réactions de stress durable, les anxiolytiques améliorent les possibilités rationnelles en réduisant la symptomatologie. Leur prescription est établie dans le cadre d'un contrat à durée limitée avec le projet d'arrêter la thérapeutique au bout de trois semaines à un mois.

b. Les antidépresseurs

Les indications préventives : la prescription préventive des antidépresseurs est indiquée pour éviter les réactions de stress récidivants sous forme de recrudescences anxieuses rappelant la symptomatologie du trouble de panique. Les antidépresseurs sont indiqués pour prévenir certaines réactions phobiques de stress.

Les indications curatives : lors de manifestations de stress pathologique durable apparaissent des éléments dépressifs qui peuvent s'organiser en une dépression franche. Ces troubles thymiques nécessitent dès leur apparition un traitement antidépresseur. (Stora. J.B, 1991, p 111).

9.2. Thérapies comportementales et cognitives de stress

Dans ce type de thérapie, le patient et le thérapeute réfléchissent, d'une part, aux moyens de modifier l'environnement de malade de façon à diminuer le nombre de « stressseurs » auxquels il pourrait être confronté et, d'autre part, au développement de nouvelles stratégies de coping afin de faire face aux « stressseurs » incontournables.

Les thérapeutiques les plus utilisées dans les pays anglo-saxons font appel aux méthodes cognitivo-comportementales pour l'élaboration de programmes de gestion du stress :

- L'auto-observation et analyse de la motivation du patient.
- L'analyse des croyances concernant la situation stressante.
- La mise en place des facteurs de protections : la gestion du stress par la connaissance des comportements qui favorisent une baisse des tensions.
- L'hygiène de vie (activité physique régulière, sommeil régulier et en quantité suffisante).
- Le développement des activités de loisir et de plaisir.

- La diversification du soutien social et affectif.
- Restaurer la capacité d'autocontrôle : rétablir l'autocontrôle de l'individu dans un environnement mobile, tel est le projet thérapeutique des techniques de gestion du stress.
- La gestion du temps : dans le cadre d'une réorganisation du temps chez les sujets dominés par la célérité et la compétition, une place est volontairement réservés aux activités de détente, notamment physique.
- L'affirmation de soi : l'affrontement de la situation stressante au travers de la méthode des jeux de rôles est la technique la plus utilisée. (Jean C, 2011, p 63)

9.3. Les thérapies corporelles

La relaxation induit une réponse physiologique qui se traduit par une réduction de la consommation d'oxygène, un ralentissement du rythme respiratoire et cardiaque, une diminution de la tension artérielle et de flux sanguin viscéral avec répartition au profit des muscles périphériques et une réduction de la tension musculaire et sphinctérienne.

-La méthode de Schultz : le « training autogène » Cette méthode consiste à amener le patient à se maitre dans un état qualifié d'hypnoïde, obtenu par une détente musculaire et vasculaire et fruit d'un entraînement répété.

-La méthode de Jacobson : « la relaxation progressive » Cette méthode est beaucoup plus analytique que la précédente dans la mesure où elle s'intéresse à chaque séance à tous les groupes musculaires. L'induction de la relaxation débute par la sensation de la contraction du muscle avant d'arriver à la détente de ce dernier par la suite, ce relâchement est obtenu sans contraction initiale. (Schower. M, 1999, p99-107)

10. Le coping :

La réponse à un stresser dépend de chacun : les expériences antérieures, l'auto appréciation de ses propres capacités, la motivation influence ce processus actif d'adaptation. Le terme coping désigne cette manière de faire face à une situation stressante et de la maîtriser. Le coping peut consister en une réponse directe : élimination de la source de danger, mais également en une réponse palliative : simple réduction de la perception du danger (déli, parcours à des médicaments anxiolytiques, etc.)

Pour H. Ursin et S. Levine, trois paramètres influencent le coping : Le contrôle, le feedback et la prédiction.

Le coping est un mécanisme avant tout d'ordre psychologique qui influence les réponses du système nerveux et du système endocrinien. Il peut se perfectionner avec l'apprentissage. Parallèlement à cet apprentissage, la répétition de stimuli stressants identiques conduits à l'habituation (Sokolov) : l'intensité des réponses hormonales diminue. (Grand Dictionnaire de la Psychologie, LAROUSSE, p902).

Synthèse :

« Ce qui est important, ce n'est pas ce qui nous arrive, mais la manière dont on le prend » Hans Selye

Aujourd'hui le stress s'intègre dans la vie quotidienne, par ailleurs ce concept a été considéré parfois en termes de conditions environnementales. Le problème majeur est certainement lié au manque de connaissance des mécanismes psychologique et physiologique mis en jeu lors de la confrontation à un stress.

Chapitre II : Ulcère Gastrique

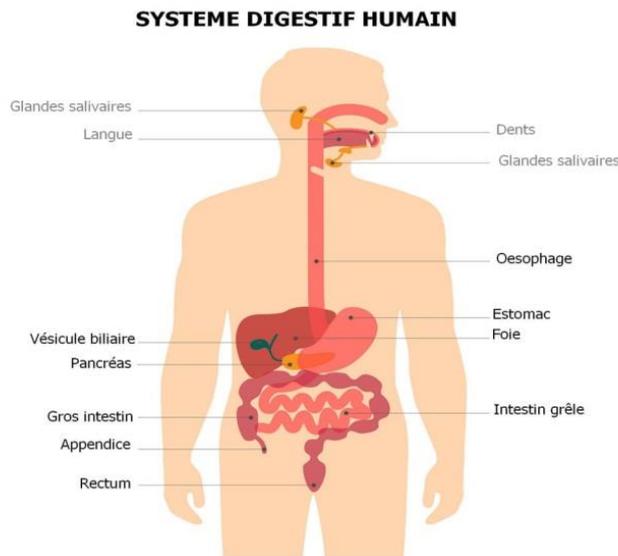
Introduction :

Le stress est donc pour lui la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est imposée, que l'effet soit mental ou somatique comme l'ulcère gastrique.

L'ulcère gastrique est l'une des maladies les plus courantes dans le monde, et malheureusement, il provoque de nombreuses complications graves, telles que : l'anémie, le cancer de l'estomac et d'autres complications.

I. Les définitions :

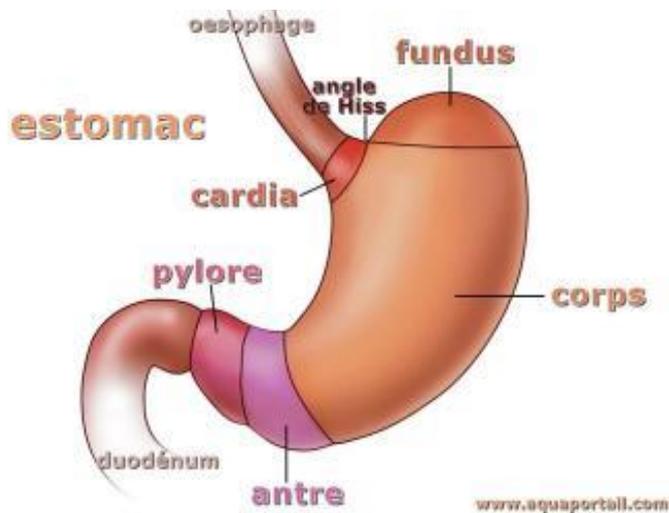
1- **L'appareil digestif** désigne l'ensemble des organes dont la fonction est transformation des aliments, leur assimilation et leur absorption dans l'organisme .Les aliments, d'abord mâchés dans la bouche, passent ensuite dans différents organes de l'appareil digestif humain sont la cavité buccale, l'œsophage ,l'estomac et les intestins .ils sont réduits à chaque étape en des molécules de plus en plus petites, envoyées dans la circulation sanguine .Les déchets, sous forme de matières fécales, sont rejetés par l'anus.¹



Schéma° 01 : L'appareil digestif humain

¹ <https://Sante.journaledesfemme.fr> Consulté le 7 septembre 2021 22 : 36

- 2- **L'estomac** : fait partie du système digestif. C'est un organe en forme de sac d'une contenance de 1,5 litre, situé dans la partie supérieure de l'abdomen. L'estomac assure le stockage et le broyage des aliments.²



Schéma° 02 : L'estomac

- 3- **Ulcération** : 1 .Processus pathologique aboutissant à la formation d'un ulcère.2- l'ulcère lui-même, notamment lorsqu'il est voie de constitution. (Dictionnaire médical, p, 291).
- 4- **L'ulcère** : perte de substance du niveau du peu ou d'une muqueuse sans tendance à la cicatrisation spontanée et dévolution chronique. (Dictionnaire médical, 2010 p, 959).
- 5- **Gastrique** : relatif à l'estomac. Le suc gastrique est un liquide sécrété par les glands de l'estomac qui participe au processus de la digestion une tumeur gastrique.
- 6- **L'ulcère gastrique** : se définit comme une perte de substance muqueuse entamant la sous muqueuse ; mais il peut intéresser toute l'épaisseur de la paroi gastrique voir la perforer. (Zin-charat. A, 2001, p 278).

² <https://www.fondation-arc.org> consulté le 7septembre 21 23 :05

7- L'ulcère gastroduodéal :

L'ulcère gastroduodéal dit chronique est défini comme une perte de substance reposant sur un socle scléreux et qui atteint la musculuse.

Les ulcères aigus atteignent la musculuse mais ne reposent pas sur un socle scléreux. Les érosions sont des pertes de substance limitées à la muqueuse. Les ulcérations sont des pertes de substance limitées à la sous-muqueuse.

En microscopies, il existe un bourgeon charnu très vascularisé avec des lésions d'en artérite fibreuse. La muqueuse péri-ulcéreuse est le siège d'un infiltrat inflammatoire de lymphocytes et de polynucléaires neutrophiles. (Balian, et al, 2004).

II. Épidémiologie

Affection fréquente. Près de 2% de la population aura au cours de sa vie un UG et 7% un UD.

Sex-ratio homme/Femme : 3 /1 pour l'UD, 3 /2 pour l'UD. Sex-ratio homme /femme : 3 /1 pour l'UG .Aux Etats-Unis, la mortalité annuelle liée aux complications gastro-intestinales (majoritairement des ulcères) des ANIS est de 16500.La mortalité en cas d'hémorragie des ulcères) des AINS est autour de 10%. (Balian, et al, 2004).

III. Prévalence-incidence-mortalité

La prévalence des UGD est de 5% en occident tend à diminuer.

Le rapport ulcère duodéal /ulcère gastrique est de 4 pour1

Age : pathologie du sujet mur ou âgé, plus jeune pour l'ulcère duodéal. La moyenne d'âge élevée est liée à un effet de cohorte(les patientes âgées sont plus souvent infectées par HP) et au fait qu'il s'agit de la population consommatrice d'anti-inflammatoires non stéroïdiens(AINS).

Mortalité : 1%de mortalité vie entière chez les patients atteints d'UGD. (Aziz et al, 2011)

IV. La différence entre l'ulcère duodénal et l'ulcère gastrique

1. L'ulcère duodénal : Est le plus fréquent, il touche préférentiellement les individus males, et ne présente pas de risque de cancérisation.
2. L'ulcère gastrique : Moins fréquent, touche indistinctement les individus des deux sexes. Il évolue vers un cancer dans 3% des cas. (Larousse médical, 2012, p, 290)

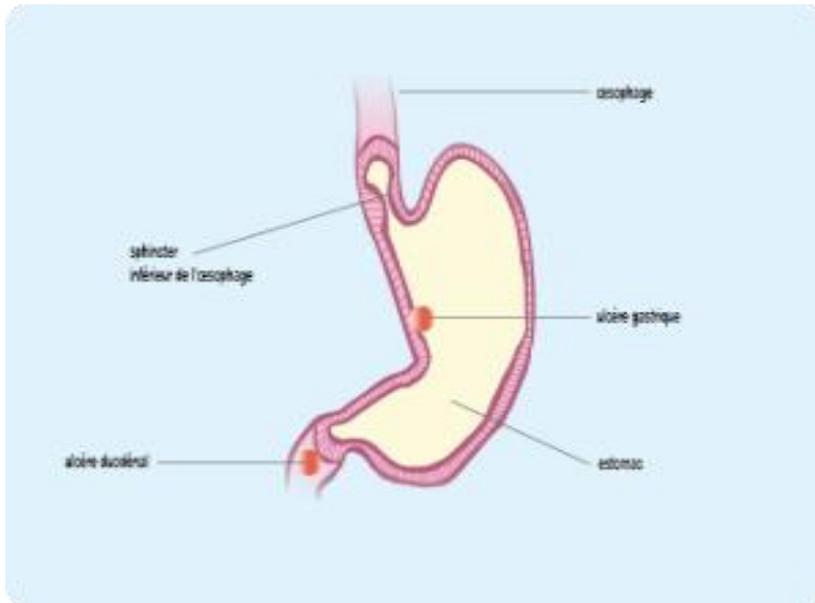


Schéma 03 : Représentant la position des ulcères de l'appareil digestif au niveau de l'estomac et du duodénum

V. Les symptômes :

Syndrome ulcéreux, lourdeurs, nausées, ballonnements, brûlures, crampes nocturnes sur la partie haute de l'abdomen (Crampe souvent calmée par l'alimentation), Hémorragie, Perforation.

VI. Les causes :

Aujourd'hui, on estime que cette bactérie est à l'origine de 60 à 80 % des ulcères duodénaux. Grâce à sa résistance, elle peut envahir la couche de mucus qui protège l'estomac et l'intestin grêle de l'acidité et perturber ce mécanisme

La deuxième cause la plus fréquente d'ulcère est la prise d'anti-inflammatoires non-stéroïdiens ou AINS.

VII. Les factures de l'ulcère gastrique

a) Factures étiopatho géniques :

Il sont dans l'ensemble identique à ceux de l'UD .Deux points à souligner : l'aspirine et l'acétaminophène peuvent être à l'origine souligner : l'aspirine et l'acétaminophène peuvent être à l'origine d'UC authentiques ;la prévalence d'Helicobacterpylori est la même que dans l'UD ,une fois exclues les ulcérations aiguës dues aux AINS ,plus fréquentes dans l'estomac que dans duodénum. L'infection est en règle étendue au fundus, d'où une hypochlorhydrie d'autant plus marquée que l'ulcéré siège plus haut. Les ulcères pré pyloriques se comportent à l'inverse comme des UD. (Jean-Claude Rambaud, yoramBouhnik, p208).

b) Facture exogènes :

Infection chronique par Helicopacterpylori (hp) retrouvé dans : 95% des ulcères duodénaux. 70% des ulcères gastriques (alors que la prévalence d'Hp dans la population générale est de 30%) ; consommation d'aspirine et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (ANS) ; tabagisme ; les corticoïdes ne sont plus considérés comme un FDR d'UGD.

c) Facture endogènes :

Hypercalcémie, notamment en cas d'hyperthyroïdie ; certaines pathologies chroniques : la dénutrition, l'insuffisance rénale chronique, la pancréatite chronique, la cirrhose, les pathologies cardiovasculaire ces comorbidités participent à altérer la barrière muqueuse gastrique. Stress : l'ulcère aigu de stress est une entité à part. il est observé chez le patient de réanimation. (Aziz, et al, 2011).

d) Facture psychologique :

1- Evénement de la vie :

Tout médecin à partir d'observation personnelle est convaincu du rôle de certains événements dans l'évolution de l'ulcère. Ainsi sans une série de 37 cas étaient franchement entretenus par des tensions familiales ,professionnelles ou autres (guerre d'Algérie) .Le petit nombre de cas souligne l'inconstance de cette influence, laquelle d'ailleurs n'est pas nombre de cas souligne l'inconstance de cette influence, laquelle d'ailleurs n'est pas propre à l'ulcéré et se retrouve dans d'autre pathologies .Il est attribué au stress l'augmentation de

l'incidence ulcéreuse chez les habitants des pays à mouvements massif .La prévalence d'UD est plus élevée chez les

Travailleurs soumis à de nombreux stress (travail prolongé, accidents ...) .Le questionnaire relatif aux événements de la vie a donné des résultats contradictoires, il semble que, plus que l'événement lui-même, ce soit la manière dont il est vécu par l'ulcéreux qui importe. La survenue d'événements inhabituels

Manière dont il est vécu par l'ulcéreux qui importe. Inhabituels n'est ni nécessaire ni suffisante pour déclencher un ulcère .Mais de tel évènement jouent un rôle chez certains sujets ; leur reconnaissance ou la résolution des problèmes qu'ils ont engendrés seront un moyen thérapeutique pour tenter d'influencer le cycle de la maladie.

2- Personnalité de l'ulcéreux :

L'ulcéreux se caractérise du point de vue de son organisation psychologique par la prédominance d'un système défensif qui s'exprime dans un jeu de bascule entre dépendance/indépendance, activité/ passivité. La forme de ce système défensif et son expression dans la vie socio-familiale permettent de distinguer quatre types clinique psychosomatique : hyperactif, équilibré, instable, passif. Chez la femme le typage est moins aisé que chez l'homme, le groupe passif est plus important et la désadaptation familiale (époux ou enfant) constante. (CHE, 1990, P15).

VIII. Diagnostic de l'ulcéré gastroduodénal non compliqué

Il s'agit de faire le diagnostic positif d'UGD, suspecté sur la clinique et confirmé par Digestive haute plus d'en faire le diagnostic étiologique.

1- Diagnostic clinique

La susception diagnostique d'UGD repose sur l'interrogatoire car l'examen physique Est le plus souvent normal.

A. Syndrome ulcéreux typique :

Douleurs épigastriques pas de position antalgique, pas de vomissement (sauf si sténose) pas d'inhibition respiratoire, pas d'amélioration par les antispasmodiques.

B. Syndrome ulcéreux typique :

Syndrome ulcéreux atypique, en réalité plus fréquent par son siège (hypocondre, dorsal) ; par son type : brûlure par son intensité : pseudo-chirurgical, hyperalgique ou simple gêne ; par l'absence de rythmicité alimentaire.

C. Examen clinique :

Il recherche : des FDR d'UGD : antécédents personnels d'UGD, prise d'AINS /aspirine, des signe de complication : toucher rectal au moindre doute (méléna) ; L'examen physique en retrouve en général qu'une simple sensibilité épigastrique

2- Diagnostique endoscopique

La fibroscopie œsogastroduodénale(FOGD) est l'examen clé du diagnostic. Tout syndrome ulcéreux doit conduire à la réalisation d'une FOGD. Toute autre symptomatologie digestive haute (dyspepsie, gêne, épigastrique). Doit faire facilement réaliser cet examen, d'autant plus que : persistance des symptômes le temps, âge mur, FDR d'UDG, symptômes d'alerte (vomissements, amaigrissement). La FOGD est réalisée sous anesthésie locale (fond de gorge) ou sous anesthésie générale. Chez un patient : Strictement à jeune depuis au moins 6 heures, elle permet **une description macroscopique** de la lésion :

- **Sièges** : la plus souvent petite courbure si ulcère gastrique, bulle si ulcère duodénal.
- **Aspect** : l'aspect habituel de l'ulcère peptique est une perte de substance arrondie, à bords réguliers érythémateux, à fond fibrineux (blanchâtre) ou parfois nécrotique (noirâtre). (Aziz et al, 2012).

IX. Les formes rares de gastrites chroniques :

Type de gastrite	Histologie	Etiologie-caractéristiques
Gastrites granulomatoses	Macrophage en amas avec aspect	Infection (mycobactéries, syphilis), maladie de Crohn, sarcoïdose, corps étrangers
Gastrites à éosinophiles	Infiltration de profondeur	Immunologique .Eliminer une

	variable transmurale par des éosinophiles	parasitose, un syndrome hyperéosinophilique .Chercher une atteinte du reste du tube digestif
Gastrites lymphocytaires	Infiltration lymphocytaire (surtout T) de l'épithélium de surface et des cryptes avec un nombre de lymphocytes intra-épithéliaux >30%	Association à une maladie cœliaque dans 30%des cas. Avec souvent efficacité du régime sans « gastrite varioliforme », nodules ombiliqués ayant à leur sommet des ulcérations aphtoides
Gastriques chimiques	Hyperplasie cryptique Mucodéplétion	ANIS
Gastrites réactionnelles	Hyperplasie fovéolaire. Œdème superficiel	Reflux biliaire après gastrectomie distale

Tableau I : formes rares de gastrites chroniques

X. La prise en charge :

La prise en charge thérapeutique de l'ulcère gastrique associé à une infection par H .pylori repose en première intention sur l'éradication, et de son succès dépend l'évolution de la maladie ulcéreuse .Une endoscopie de contrôle, un mois après arrêt du traitement est obligatoire ; elle permet d'une part d'apprécier la cicatrisation de l'ulcère et d'autre part de réaliser de nouvelles biopsies sur la cicatrice afin d'éliminer un cancer.

Prise en charge en milieu spécialisé, chirurgical et réanimatoire.

A. Prise en charge réanimatoire :

correction des défaillances viscérales, mise en condition de patient : Mise à jeun stricte, sonde nasogastrique en déclive avec compensation des pertes digestives, Surveillance des constantes par scope, urinaire (surveillance diurèse), Oxygénothérapie (si choc septique), Antalgie adaptée (morphine si nécessaire), L'antibiothérapie de choix ; sa durée est brève(48), à adapter à l'évolution clinique), elle est secondairement adaptée aux résultats prélèvements bactériologiques sanguins et péritonéaux

B. Prise en charge chirurgicale :

Qui ne doit pas être retardée même si les signes de choc persistent :

Laparotomie ou coelioscopie selon l'opérateur exploration complète de la cavité péritonéale (aéro-anaérobies).

Traitement de la cause de la péritonite : suture simple de l'ulcère si l'ulcère est duodénal, excision-suture de l'ulcère s'il est gastrique avec examen anatomopathologique de la pièce opératoire. (Aziz et al, 2012).

Synthèse :

L'ulcère gastrique est considéré comme l'une des maladies les plus répandues à notre époque, et parmi différents segments, une personne souffrant d'ulcère gastrique peut être exposée à de graves complications qui ont un impact négatif sur sa vie psychologique et sociale.

La partie pratique

Chapitre III :
La méthodologie de la recherche

Introduction

La partie méthodologique est très importante dans l'étude scientifique car elle nous rapporte des informations sur la réalité sociale et psychologique, mais pour sa réalisation il faut suivre une méthode bien précise et structurée car il n'existe pas une méthode unique pour étudier un thème, mais selon la complexité du thème et la nature des informations demandées.

Avant d'approfondir le terrain d'étude, la pré-enquête doit être réalisée en vue de recueillir le maximum de connaissance et d'informations relatif à notre sujet de recherche.

Notre étude sur le stress et les ulcères gastriques nous oblige de faire appel à une démarche pluridisciplinaire soit sur le plan méthodologique ainsi que le plan théorique, dans ce chapitre III on présente les méthodes utilisées pour cerner notre thème.

1. La pré-enquête :

On note que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête, afin de préparer l'enquête proprement dite. Elle se révèle très utile pour enrichir notre problématique, affirmer nos hypothèses, et construire notre guide d'entretien.

La pré-enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche ainsi que sur la population visée.

Chauchat définit la prés-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 est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs ». (Chauchat, 1999, p 63).

Il est donc indispensable, dans notre démarche de travail de s'assurer de la fiabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien, les conditions de l'étude mais aussi la possibilité d'obtenir le consentement des patients atteint d'ulcère

gastrique nécessaire pour la construction de notre population d'étude avant d'entamer cette dernière relative au problème posé dans notre thème.

La près enquête que nous avons réalisée, a pour objectif la connaissance du terrain d'étude, de la population et des caractéristiques personnelles des personnes atteintes d'ulcère gastrique au sein de CHU d'Amizour de la wilaya de Bejaia.

Avec le consentement verbal des patients concernés à participer dans notre recherche, on a pu assister à plusieurs séances d'observation, pour ensuite formuler notre guide d'entretien qui est constitué de 3 axes. Cette recherche nous a permis d'établir un bon contacte.

2. La démarche de la recherche :

La méthodologie de recherche est « un ensemble de méthodes et des techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et guide la démarche scientifique » (Angers. M, 1997, p 367).

- **La méthode descriptive :**

« Etude de cas, observation systématique ou naturaliste, méthode corrélationnelle, méthode normative développementale, enquête », font partie principalement de la méthode descriptive que les chercheurs de psychologie clinique font appel.

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 et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (Chahraoui. K et Benony. H, 2003, p 125).

2.1. L'étude qualitative :

Une étude qualitative a pour but de comprendre ou d'expliquer un phénomène (comportement de groupe, un phénomène, un fait ou un sujet).

Il s'agit d'une méthode de recherche plus descriptive et qui se concentre sur des interprétations, des expériences et leur signification.

Ce type d'étude s'appuie sur une collecte de données obtenues grâce à deux méthodes principales : observations et entretiens.

Ces données, qui ne sont pas mesurables statistiquement, doivent être ensuite interprétées de façon subjective. Les résultats d'une étude qualitative se concentrent sur des interprétations et leur signification. Ils sont en générale exprimés avec des mots.

Le but de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants. (Mays et Pope, 1995, p. 43).

3. La présentation du lieu de recherche :

Le plus important pour toute recherche scientifique est le terrain La source de données et d'informations de base pour le mémoire. Notre recherche au CHU BENMERAD EL MAKKI d'Amizour qui est définit comme suite :

L'établissement Public Hospitaliser d'Amizour, baptisé « Hôpital BENMARAD EL MAKKI », est créé suite à la nouvelle carte sanitaire mise en application en 2007 (date d'ouverture remonte à 1992).

Implanté à 24Km au sud du chef-lieu de la Wilaya de Bejaia. Sa capacité d'accueil est de 200 lits techniques, la population couverte s'élève à environ 160.000 habitants issus de huit communes de l'ex secteur sanitaire d'Amizour ainsi que la population relevant des communes, des wilayas limitrophes. (Sétif, Bouira...).

L'hôpital est composé d'un plateau technique et des services d'hospitalisation.

1. Plateau technique comprend :
 - Le Pavillon des urgences médico-chirurgicales (20 lits organisés)
 - Le Bloc Opératoire (04 salles Opératoires)
 - Réanimation chirurgicale : 05 lits
 - Deux Salles de Radiologie.
 - Un Laboratoire d'analyse médicale.
 - D'une Pharmacie Centrale.

- Une Banque de sang.
 - Un Bureau des entrées.
2. Services d'hospitalisation :

Service	Nombre de lits Unité	Unité
Chirurgie Générale	60	01-Hospitalisation Hommes 02-Hospitalisation Femmes
Gynécologie Obstétrique	30	01-Gynécologie 02-Obstétrique
Médecine interne	56	01-Hospitalisation Hommes 02-Hospitalisation Femmes
Oncologie Médicale	12	01-Hospitalisation 02-Consultations
Pédiatrie	22	01-Pédiatrie 02-Néonatalogie
Urgences Médicochirurgicales	20	01-Accueil, Tris et mise en observation 02-Réanimation

Outre les services sus cités, l'hôpital dispose d'un service d'épidémiologie et d'un service de médecine de travail.

Notre recherche s'est effectuée au niveau du service de la médecine interne qui est composé de :

- 20 chambres, dix au côté homme et dix au côté femme, dont le nombre de lits est 56
- Une pharmacie qui répond au besoin du service sur le plan médicamenteux
- Bureau des médecins
- Salle de réunion

- Salle de radiologie

Et comprend :

- Trois médecins généralistes
- Un médecin interne
- Deux pneumologues (convention)
- Un neurologue
- Un nutritionniste
- Psychologue
- Trois infirmiers de chaque côté femme et homme
- Equipe de nuit qui contient deux infirmiers de chaque côté
- Deux surveillants médicaux

Nombre de lits dans le service de médecine interne est de 56.

4. L'échantillon d'étude :

Notre population d'étude contient six (06) cas de personnes atteintes d'ulcère gastrique admis au niveau de l'hôpital « BENMARAD EL MAKKI » à Boukhelfa, Amizour.

On a fait des entretiens avec eux et on leur a fait passer le test de stress de Cohen et Williamson dans deux séances pour mesurer le niveau de stress chez eux, ainsi confirmer ou informer nos hypothèses.

Tableau récapitulatif des cas :

Cas	Age	Lieu de résidence	Situation matrimoniale	Situation professionnelle	Niveau d'instruction
Farida	50ans	Sidi-aich	Divorcé	Femme au foyer	Illettré
Drifa	66ans	Amizour	Mariée	Femme au foyer	Illettré
Fatiha	46ans	Amizour	Mariée	Couturière	6AP
Fatima	46ans	El kseur	Divorcé	Femme au foyer	BAC
Malek	44ans	Bejaia	Marié	Sans profession	BAC
Mokrane	62ans	timezrit	Marié	Retraité	3AP

Par respect, on a du changé les noms de nos cas, on leur a donné des pseudonymes qui les qualifient. Aussi, comme la plus part d'entre eux sont illettrés, on a du traduire leur discours kabyle en français.

5. Les outils d'investigation :

Dans la réalisation de notre modeste recherche on s'est appuyés sur un entretien clinique de recherche et l'échelle de stress de Cohen et Williamson :

5.1. L'entretien clinique :

« L'entretien du psychologue avec le sujet est souvent considéré comme la technique clinique par excellence ».

On peut recevoir l'entretien comme le moment ou peut se produire, la rencontre, au sens phénoménologique, du psychologue et du sujet, on peut s'établir ce champ d'intersubjectivité qui est, pour certains, le domaine d'application de la méthode clinique. (M. Reuchlin, 1969, p 113-114).

Ce qui font la spécialité de l'entretien clinique du recherche, c'est le terme clinique qui renvoie à :

-Un champ de pratiques et d'interventions du psychologue clinicien qui intéresse généralement le domaine des soins.

-Une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (Chahraoui. K et Bénony. H, 2003, p 141).

Donc, on peut dire que l'entretien clinique est le discours qui se déroule entre le psychologue et le patient à propos d'un côté de patient lui-même, et d'autre côté, à propos de son problème ou de son trouble. Et cela à travers l'ensemble des questions posées, et des outils d'investigations.

L'entretien clinique est de trois types, l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi-directif.

Dans le cadre de notre recherche on a opté pour l'entretien semi-directif de la recherche, qui semble le plus adéquat pour vérifier les hypothèses de notre étude, et laisse le sujet répondre aux questions posées en toute liberté.

▪ **L'entretien semi-directif :**

Est une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu, pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. (Engers. M, 2007, p144).

L'entretien semi directif ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son écrit. (Cysau. C, 2003, p 65).

Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est

moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien cherche un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui. K et Bénony. H, 2003, p 143).

5.2. Le guide d'entretien :

L'entretien semi-directif nécessite la réalisation d'un guide d'entretien. Notre guide d'entretien est composé de 27 questions répartie en trois axes. Le premier axe englobe des informations personnelles de sujet examiné : le prénom, l'âge, niveau d'instruction, la situation matrimoniale et professionnelle. Le deuxième axe concerne les renseignements sur l'aspect médical : l'apparition de cette maladie gastrique, le diagnostic, le traitement, le régime alimentaire, d'autres douleurs, et la prise en charge. Et le troisième axe correspond aux renseignements sur l'aspect psychologique : la réaction et le changement de sujet après avoir cette maladie, si l'ulcère gastrique rend le sujet stressé, la relation avec sa famille, son niveau du stress.

5.3. L'échelle de stress de Cohen et Williamson :

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations dans la vie sont stressantes, elle permet d'évaluer « l'importance avec laquelle des situations de la vie sont généralement perçues comme menaçantes, c'est-à-dire comme non prévisible, incontrôlables et pénibles ». L'échelle de stress perçu (la P.P.S), a été validée à partir d'un échantillon de 2347 sujets (960 hommes et 1427 femmes), représentatifs de la population américaine au niveau de sexe, l'âge, des revenus, de l'origine ethnique et de statut professionnel.

Il existe trois versions de cette échelle : la PSS 14 qui comprend 14 items, la PSS 10 et la PSS 4. Pour ce qui est de la cotation, l'échelle comprend 05 réponses, pour chaque item, le sujet estime sa fréquence d'apparition sur une période récente (le mois écoulé). (Quintard. B, 2011, p 56).

Echelle de fréquence en 05 points (de « jamais » à « très souvent ») :

- Très souvent : 04 points
- Assez souvent : 03 points

- Parfois : 02 points
- Rarement : 01 point
- Jamais : 00 point

Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 sont notés en sens inverse. (Très souvent : 0 point, assez souvent : 1 point, parfois : 2 points, rarement : 3 points, jamais : 4 points)

Le temps de passation, administration rapide : environ 5 minutes pour la version à 14 items. (Langevin. V et all, 2011, p 118).

6. Le dépouillement de l'échelle :

00 à 23	(pas de stress)
24 à 31	(peu de stress)
32 à 50	(hyper stress)

7. Consigne :

Je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ses sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : jamais/ rarement/ parfois/ assez souvent/ très souvent.

Synthèse :

Dans le domaine de la recherche scientifique, le chercheur doit toujours se référer à une méthodologie bien fondée pour qu'il arrive à réaliser un meilleur travail scientifique dans tous les mesures.

De ce qui concerne les outils d'investigation on a fait recours à une collecte de données composées d'un entretien semi directif et une échelle de stress perçue de Cohen et Williamson. Les résultats obtenues seront analysés et discutés dans le chapitre qui suit dans le but de confirmer ou d'informer nos hypothèses proposées au début de notre recherche.

Chapitre IV :
Présentation, l'analyse, et
discussion des hypothèses

I. Analyse des entretiens et interprétation des résultats

1. Présentation et analyse de l'entretien du cas N° 1 :

a) Présentation du cas N° 1 :

Farida est une femme âgée de 50 ans, n'a jamais été scolarisée, elle vient de Sidi-Aich, souffrant d'ulcère gastrique depuis 1ans, divorcée en 2005, elle a des yeux bleus, obèse et bien habillée.

Elle s'est montrée ambitieuse durant l'entretien et nous parle avec abondance.

b) Résumé et analyse de l'entretien du cas N° 1 :

Notre patiente est le seule membre de sa famille atteinte d'ulcère gastrique. Non seulement elle suit un traitement pour son ulcère mais aussi en suit un pour son tension et un autre pour excès de cholestérol dans son sang et a été déjà hospitalisé à Tizi Ouzou.

Elle a découvert sa maladie d'ulcère durant une dispute qui s'est déroulée avec ses belles sœurs, **« j'ai entendu mes belles sœurs se disputaient devant ma chambre et quand je suis sortie voir quel est le problème et essayé de le régler aucune ne m'écoutait et elles ont commencé à crier de plus en plus... ça m'a tellement énervé ou point de perdre ma conscience et quand je me suis réveillée j'ai vomi, du coup je voyais du sang dans ma bouche »**.

Notre sujet a difficilement accepté sa maladie, elle a ressenti des changements dans ses comportements après l'annonce de sa maladie gastrique à ce jour, elle nous a dit : **« quand le docteur m'a annoncé cette maladie maudite, je n'ai prononcé aucun mot je me mettais qu'a pleuré chez moi, je souffre déjà d'autres maladies pourquoi encore une autre ? Et jusqu'à maintenant j'évite toute communication, même avec ma mère, et toute contact avec les autres »**.

Face à sa maladie madame Farida est un peu désespérée **« ma santé a reculée d'un coup et je me sens tout le temps fatiguée et malade, il y a plein de chose que je n'exerce plus comme avant, comme manger ce que je désire vu que je dois suivre un régime alimentaire, le ménage, sortir voir mes cousins et pleins d'autre choses »**.

c) Présentation des résultats de l'échelle du cas N° 1 :

Au cours du dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1/... Avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2/... Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			X		
3/... Vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?				X	
4/... Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5/... Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		X			
6/... Vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
7/... Vous êtes-vous senti que les choses allaient comme vous vouliez ?	X				
8/... Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?			X		
9/... Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?			X		
10/... Vous êtes-vous senti que vous dominiez la situation ?					X
11/... Vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				X	
12/... Vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13/... Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		X			

14/... Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?			X		
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------	--	--

Score : 32

degré de stress : Hyper stress

d) Interprétation de l'échelle du cas N° 1 :

Lors de passation de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, Farida a mis 05 minutes pour répondre à toutes les questions concernant les items de l'échelle.

L'analyse des résultats montre que Farida manifeste un stress sévère (hyper stress) d'un score de 32 selon le dépouillement de l'échelle de stress de Cohen et Williamson qui est classé selon le seuil de cette échelle entre 32 à 50 « Hyper stress ».

L'analyse des résultats de stress perçu de Cohen et Williamson a démontré que Farida a 02 réponses de degré (4) dans les items (07) « ... Vous êtes-vous senti que les choses allaient comme vous vouliez ? » et (10) « ... Vous êtes-vous senti que vous dominiez la situation ? ». Et elle a coté 07 réponses de degré (03) dans les items (01, 03, 05, 06, 11, 13), comme elle a 05 réponses de degré (02) dans les items (02, 04, 08, 09, et 14).

Synthèse du cas N° °1

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de stress perçu on a constaté que madame Farida vit dans un état de stress de degré sévère avec un score de 32 ce qui a influée sur sa vie quotidienne négativement.

2. Présentation et analyse de l'entretien du cas N° 2 :

a) Présentation du cas N° 2 :

Madame Drifa est une femme âgée de 66ans d'Amizour, souffrante d'ulcère gastrique depuis 4 ans. Mariée, mère d'un garçon et trois filles. Notre sujet est femme au foyer, elle est petite de taille aux yeux noisettes, souriante, calme et timide.

Madame Drifa venait avec son mari et une de ses filles, la seule qui a cette maladie d'ulcère gastrique dans sa famille.

b) Résumé et analyse de l'entretien du cas N° 2 :

Drifa est souffrante d'un ulcère gastrique depuis 4ans, elle trouve beaucoup de difficulté pour son régime alimentaire qu'elle doit suivre pour sa maladie ulcéreuse.

Cette maladie la rend très tendue, au vu les conséquences qu'elle lui provoque : ballonnement, vomissement, éructation, saignements ainsi que d'autres douleurs au courant de la journée.

Madame Drifa nous a fait part de beaucoup de choses et d'évènements de sa vie, elle nous a parlé de son fils, ses filles, de ses patiences, comme elle nous a dit aussi : « **j'aime travailler, je fais le jardinage, je couds, tout le temps je bouge** », malgré la maladie notre patiente n'a pas arrêter de faire ses tâches et ses activités, elle était toujours satisfaite et contente par ce qu'elle avait, elle nous décrit que : « **j'aime faire planter les plantes et nettoyer mon jardin je me sentais calme et à l'aise parce que je pense à rien quand je travaille, mais maintenant avec mes douleurs au niveau d'estomac j'ai pas arrêté complètement mais je travaille pas comme avant** ».

Notre sujet n'a pas perdu l'espoir après l'innocement de sa maladie, elle s'accroche à la vie et à ses tâches quotidiennes, elle dit que : « **je suis en bonne santé par rapport aux femmes ayant même âge que moi, hamdollah avant tout** ».

Cette maladie ulcéreuse n'a pas beaucoup affecté sur elle vu qu'elle est courageuse et entourée de sa famille. Notre patiente est un peu stressée et c'est à cause de la maladie qui l'empêche de faire ses activités quotidiennes, elle déclare : « **quand j'ai mal je ne fais rien, je déteste me coucher car cela me fatigue plus** ».

c) Présentation des résultats de l'échelle du cas N° 2 :

Au cours du dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1/... Avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?		X			
2/... Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	

3/... Vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?		X			
4/... Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5/... Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6/... Vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					X
7/... Vous êtes-vous senti que les choses allaient comme vous vouliez ?		X			
8/... Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	X				
9/... Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?				X	
10/... Vous êtes-vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11/... Vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				X	
12/... Vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13/... Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					X
14/... Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?			X		

Score : 24

Degré de stress : Peu de stress

d) Interprétation de l'échelle du cas N° 2

Lors de passation de l'échelle de stress perçu par Cohen et Williamson, Drifa à mis 06 minutes pour répondre à toutes les questions de l'échelle, comme elle ne maîtrisait pas la langue française on a été dans l'obligation de traduire cette échelle en kabyle, et nous l'avons aidé à comprendre quelques items.

D'après l'analyse de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson on peut déduire que Madame Drifa est peu stressée et cela est marqué beaucoup plus dans les items (01, 03,

04, 05, 10, 14) qui ont des degrés variables entre (1 et 2) et 03 réponses de degré (4) dans les items (06, 08, et 13).

Synthèse du cas N° 2 :

En guise de conclusion, et d'après l'analyse de l'entretien et des résultats retirées de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson on déduit que madame Drifa manifeste un stress moyen par rapport à sa maladie, vu qu'elle ne souffre pas d'autres maladies chroniques et aussi le soutien de sa famille a influencé positivement sur sa santé psychique.

3. Présentation et analyse de l'entretien du cas N° 3:

a) Présentation du cas N° 3 :

Fatiha est une femme âgée de 46ans d'El-kseur, mariée, mère de deux garçons, souffre d'un ulcère gastrique depuis 2ans et demi. Notre sujet est une couturière, elle est de taille moyenne, avec yeux marrons, c'est une personne très calme et souriante.

Madame Fatiha vit avec son mari et ses enfants, c'est la seule atteinte de cette maladie dans sa famille.

b) Résumé et analyse de l'entretien du cas N° 3 :

Ça a commencé à l'âge de 43ans, quand notre sujet a souffert de l'ulcère gastrique, elle a dit : « **à cet âge-là je n'imaginai être atteint d'aucune maladie, je suis assez jeune non ?** (elle a fait un sourire) **mais je supporte mieux** ».

Notre sujet a été déjà hospitalisé une fois à cause de l'aggravation de l'accouchement de son deuxième enfant, sinon notre patiente n'a souffert d'aucune autre maladie apart la maladie gastrique. Elle nous décrit son état par : « **malgré les douleurs, vomissement, ballonnement et éructations, je ne veux dépendre de personne, je ne veux pas que mon mari me voit comme une incapable et que mes enfants aient peur.** »

Fatiha quand on lui a annoncé de sa maladie, elle n'avait pas compris quelle conséquence et quel risque elle pouvait avoir, mais avec le temps elle a dû renoncer à un certain nombre de ses activités et elle est désespérée de sa situation présente elle dit :

« maintenant je réalise à quel point cette maladie peut me bloquer, j'ai arrêté ma couturière, et je pense sans cesse sur comment mes enfants arriveront à se nourrir si ma maladie s'aggrave encore plus, car avant je gagne beaucoup d'argent avec la couturière et j'aide mon mari, la vie est trop cher maintenant et les demandes de mes enfants son illimitées »

La maladie de l'ulcère gastrique désespère et inquiète notre patiente de plus en plus, elle nous a dit : « quand j'apprends le décès d'une jeune femme j'ai mal au cœur et je pense à mes enfants toute la nuit ».

Et la fin de notre entretien avec, Madame Fatiha terminait ses propos par : « mais y a de l'espoir de guérir, je suis si jeune ».

c) Présentation des résultats de l'échelle du cas N° 3:

Au cours du dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1/... Avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2/... Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3/... Vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					X
4/... Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	X				
5/... Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?	X				
6/... Vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7/... Vous êtes-vous senti que les choses allaient comme vous vouliez ?		X			
8/... Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				X	

9/... Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10/... Vous êtes-vous senti que vous dominiez la situation ?	X				
11/... Vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12/... Vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13/... Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?				X	
14/... Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X

Score : 43

Degré de stress : hyper stress

d) Interprétation de l'échelle du cas N° 3 :

Madame Fatiha a mis 04 minutes pour remplir l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, ce dernier a bien montré que madame Fatiha souffre du stress avec un niveau de 43.

On peut confirmer cela avec les résultats obtenus dans les items (03, 04, 05, 09, 10, 11, et 14) qui est égale à un degré de (04), comme elle a 05 réponses de degré (03) dans les items (01, 02, 07, 08, et 13), une réponse de degré (02) dans l'item 6 « ... Vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ? », et c'est l'item 03 qui appuie plus son affirmation quand madame Fatiha a déclaré durant l'entretien : « je suis toujours nerveuse et stressée... ».

Synthèse du cas N° 3 :

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de stress perçu on a constaté que madame Fatiha souffre d'un stress sévère présenté par plusieurs symptômes tel que la fatigue, la peur, l'inquiétude...etc.

4. Présentation et analyse de l'entretien du cas N° 04

a) Présentation du cas N° 04 :

Fatima, femme au foyer âgée de 46 ans, niveau d'instruction bac, obèse, sans profession.

b) Résumé et analyse de l'entretien du cas N° 4 :

Durant l'entretien a été coopérative, souriante, elle a acceptée de répondre à nos questions avec plaisir pour une durée 40 minutes.

Fatima a divorcé à l'âge de 26 ans, sa relation avec son premier mari a duré 20 jours, elle n'a pas pu vivre avec lui elle a épousé par un mariage traditionnel à cause de la pression de sa famille après cela, elle devenu déprimée à cause de son état, puis elle s'est remariée et elle a eu trois enfants

Nous l'avons interrogé sur la durée de sa maladie, elle a répondu quelle vient juste de découvrir, elle dit : « **c'était au mois d'avril que j'ai découvert ma maladie** ». Juste après cet événement, la dame elle nous a dit « **je ne peux plus ni manger, ni dormir, ni prendre soins de mes enfant** » elle a perdu le goût de la vie.

Ainsi que nous allons demander est ce qu'elle a une autre maladie « **j'ai déjà atteint le fibrome j'étais hospitalisée pour une période qui a duré une semaine j'ai souffert, j'ai galérée et j'ai ressentis que ma vie à était gâchée**).

Face à son état Fatima souffre de divers symptôme que nous pouvons décrire comme signe clinique de stress, elle dit « **J'étais stressée à fond ... Silence ...pleurs** » Durant l'entretien on a constaté que les perceptions de l'entourage influence négativement sur elle.

Fatima dénonce : « **les gens me blessent avec leurs paroles et leurs regards envahissants ainsi que leurs interrogations parce que j'étais obèse et durant ma maladie j'ai perdu de poids** ».

Offert de trouble de sommeil et de la perte d'appétit « **je ne dors pas bien, quand je dors je fais des cauchemars** », et n'ai pas d'appétit ».Aussi elle offre de maux de tête

D'après elle : « j'ai toujours avoir peur que ma maladie devient un obstacle pour éteindre mes objectifs à l'avenir mais toujours il faut rester optimiste et ne pas perdre l'espoir dans la vie parce que personne ne vit comme il veut ».

La dame a ou du courage .Elle nous a dit que « je veux changer ma vie et je veux oublier ma maladie » et la dame est allé consulter un psychologue qui l'aide à surmonter sa peur. Fatima voit que le futur va être mieux pour elle et aussi pour sa famille

c) Présentation des résultats de l'échelle du cas N° 4 :

Au cour du dernier mois	jamais	Rarement	parfois	Assez souvent	Très souvent
1...avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?			X		
2 ...vous a-t-il semble difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3 ...vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					X
4...avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5...avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?	X				
6 ...vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	X				
7 ...vous êtes-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?		X			
8...avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	X				

9 ...avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10...vous êtes-vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				X	
12...vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14...avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?			X		

Score : 35

Degré de stress : Hyper stress

d) Interprétation de l'échelle du cas N° 4 :

D'après l'évaluation de l'échelle du stress, notre cas a eu une note de 35 qui se situe à la classe de (32à50) (stress, hyper-stress) ce qui signifie que Fatima présente un degré de stress élevé provoqué par son maladie

L'analyse des résultats de stress perçu de Cohen et Williamson a démontré que Fatima a 05réponses de degré(04) dans les items (3, 5,6 ,8 ,9) et il a coté 03 réponses de degré (0 3) dans les items (2 ,7 ,11) comme elle a 05 réponses de degré(02) dans les items (01) «...avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ? ,et(04) « ...avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?, et(10) ...vous êtes-vous que vous dominiez la situation ?,et,13 ,14)

Synthèse du cas N° 4 :

Selon l'évaluation de l'échelle du stress de Cohen Williamson et analyse de l'entretien clinique semi-directif ainsi que nos observation, on peut dire que Madame Fatima présente un taux élevé de stress et cela selon les signes cliniques de stress dégagé d'après

l'entretien ainsi ses réponses aux items de l'échelle qui se voit (trouble de sommeil, fatigue, la peur, l'inquiétude etc.)

5. Présentation et analyse de l'entretien du cas N° 5 :

a) Présentation du cas N° 5 :

Malek à 44 ans, résident à Bejaia père de trois garçons, son niveau d'instruction bac il est marié depuis 18 ans, sans profession.

b) Résumé et analyse de l'entretien du cas N° 5 :

Malek lors de l'entretien était très anxieux, il était à la fois compréhensif et utilisait beaucoup son langage corporel, avalant parfois de salive, parfois soupirant, serrant parfois la main, répondant aux questions, prolongeant la conversation, et sortant du sujet.

Le patient nous a affirmé que la découverte de sa maladie est liée à certains symptômes suivants : maux d'estomac et sensation de satiété fatigue fièvre, vomissements. Ce qui l'a incité à consulter le médecin et après avoir effectué des examens médicaux, afin de déterminer sa maladie et qui n'est autre que l'ulcère gastrique.

Il s'est décrit avec beaucoup d'anxiété, en raison des problèmes dont il souffre avec sa femme à cause du travail car il n'a pas d'emploi stable pour subvenir aux besoins de sa famille .il nous a dit : « **je souffre beaucoup de mon environnement familial surtout avec ma femme et mes enfants** »

Malek il souhaite d'avoir un travail stable il déclare : « **si j'avais un travail stable, je me soulagerais des problèmes** ».

Il a mentionné qu'il évite d'entendre les cris des enfants il affirme : « **Les enfants et leurs cris m'inquiètent** ».

Quand il s'inquiète beaucoup la douleur à l'estomac augmente, et quand l'estomac lui fait mal s'inquiète de sa douleur.

Il est rapporté qu'il est fatigué de cette situation, d'autant plus que son sommeil est interrompu et souffre d'insomnie, il fait des cauchemars lui font peur pour dormir.

Il a mentionné qu'il mangeait de la nourriture à l'extérieur de la maison en raison de son travail et que manger des huiles augmentait sa douleur en disant : « **les huiles et manger à l'extérieur de la maison augmente ma douleur.** »

Parfois, il Ya une sensation de plénitude dans l'estomac, et la douleur dans la tête (maux de tête) et le malaise viennent facilement du stress.

Durant notre entretien on peut remarquer quelques signes de stress manifestes chez Malek, la fatigue, maux de tête il déclare : « **je suis tout le temps fatigué, je suis complètement désespéré** ». On constate ici que le patient se sent toujours fatigué et stressé et même désespéré à cause de sa maladie.

c) Présentation des résultats de l'échelle du cas N° 5 :

Au cour du dernier mois	jamais	Rarement	parfois	Assez souvent	Très souvent
1...avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?				X	
2 ...vous a-t-il semble difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?		X			
3 ...vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					X
4...avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5...avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		X			
6 ...vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7 ...vous êtes-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	X				

8...avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	X				
9 ...avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?			X		
10...vous êtes-vous senti que vous dominiez la situation ?				X	
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?			X		
12...vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13...avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		X			
14...avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	

Score : 28

degré de stress : peu stress

d) Interprétation de l'échelle du cas N° 05

Lors de passation de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, Malek a mis 6 minutes pour répondre à toutes les questions concernant les items de l'échelle.

L'analyse des résultats montre que Malek manifeste un peu de stress d'un score de 28 selon le seuil de cette échelle entre 24 et 31 « peu de stress ».

Nous avons retiré les résultats suivants : Dans le degré(04) on a les items 03-7-et 8 ; dans le degré(03) on a les items 01-02-05-10-et14 ; dans le degré (02) on a les items 04-06-09-et 11.

Synthèse du cas N°5 :

D'après l'analyse de l'entretien et des résultats retirées de l'échelle de stress perçu on déduit que Malek manifeste un stress moyen manifeste par une fatigue et maux de tête.

6. Présentation et analyse de l'entretien du cas N° 6 :

a) Présentation du cas N° 6 :

Monsieur Mokrane, âgé de 62 ans résident à Timezrit mariée père de trois filles et un garçon, d'un niveau d'étude primaire, actuellement à la retraite.

b) Résumé et analyse de l'entretien du cas N° 6 :

Première vue on a l'impression qu'il est souffrant, c'est un patient d'un abord désagréable, qui ne sourit pas, il répondait qu'aux questions qu'on lui posait d'une façon très brève en prenant beaucoup de temps, on dirait que même pour parler il fournissait beaucoup d'effort ; il ne nous regardait pas quand on lui parlait et quand il nous répondait.

Au cours de l'entretien avec Mokrane il nous a affirmé qu'il atteint de l'ulcère gastrique depuis 32 ans, hypertension depuis 3 ans et une maladie psychiatrique depuis 13 ans, en 2017 il est était hospitalisé au coma puisque il a atteint l'hypertension et un choc qui a duré 20 jour .il est le seul de sa famille qui est atteint L'ulcère gastrique

Il trouve beaucoup de difficulté pour le régime alimentaire qui doit suivre pour sa maladie ulcéreuse et pour son hypertension.

Notre sujet a difficilement accepté ses maladie, il a ressentis des changements dans son comportement après l'annonce ment de sa maladie gastrique à ce jour, il nous a dit : **«au moment où on m'a annoncé cette maladie, je n'ai prononcé aucune mot je me mettais qu'a pleuré et je n'accepte pas que quelqu'un me parle, et jusqu'à maintenant j'évite tout communication, même avec ma femme, et tout contact avec les autre ».**

Il trouve beaucoup de difficulté pour le régime alimentaire qui doit suivre pour sa maladie ulcéreuse et pour son hypertension.

On constate chez le patient une tristesse et une détresse psychologique importante et un sentiment de profonde lassitude.

Face à son état, Mokrane souffre de divers symptômes que nous pouvons décrire comme signes clinique de stress comme les maux de tête, la fatigue et il a même des problèmes de sommeil il affirme **« je ne dors pas bien, je suis toujours stressé et**

désespéré »on constate que le patient se sent toujours fatigué et stressé à cause de cette maladie.

c) Présentation des résultats de l'échelle du cas N° 6 :

Au cour du dernier mois

	Jamais	Rarement	Parfois	Assez Souvent	Très souvent
1...avez-vous été dérangé par un évènement inattendu ?				X	
2...vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes ?					X
3...vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?			X		
4...avez-vous affronté avec succès les petits problème et ennuis quotidiens ?				X	
5...avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			X		
6 ...vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels				X	
7...vous êtes-vous senti que les choses allaient comme vous vouliez ?	X				
8...avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				X	
9...avez-vous été capable de maitriser votre énervement ?		X			
10 ...vous êtes-vous senti que dominiez la situation ?		X			
11...vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?		X			
12...vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13 ...avez-vous été capable de contrôle à la façon dont vous passiez votre temps ?		X			
14... Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	

Score : 30

Degré de stress peu stress

d) Interprétation de l'échelle du cas N° 06 :

D'après l'analyse de l'échelle de stress de Cohen Williamson on peut déduire que Monsieur Mokrane présente un degré (peu de stress) d'un score de 30 selon le dépouillement de l'échelle de stress de Cohen et Williamson qui est classé selon le seuil de cette échelle entre 24 à 31 (peu de stress).

L'analyse des résultats de stress perçu de Cohen et Williamson a démontré que Mokrane a 3 réponses de degré(04) dans les items (2 , 7 , 13) et il a coté 05 réponses de degré (0 3) dans les items (1 , 4 , 6 , 8 , 14) comme elle a 04 réponses de degré(02) dans les items (3 , 5 , 9 , 10)

Synthèse du cas N° 6 :

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de stress perçu on a constaté que Mokrane vit dans un état de stress de degré sévère à cause de maladie de l'ulcère gastrique.

On peut relever chez notre patient quelque symptôme de stress tels que la peur, la fatigue etc.

La discussion de l'hypothèse

La discussion de l'hypothèse

Discussion des hypothèses :

Cette partie est consacré à la discussion des hypothèses de nos variables sur lesquelles est focalisée notre étude qu'on a effectué sur un groupe de six (06) cas d'une fourchette d'âge de 44 ans à 66 ans et qu'on a réalisé au niveau du service médecine interne du CHU « Bennemrad El Makki ».

Suite aux résultats obtenus par l'analyse des entretiens et des échelles de stress perçu de Cohen et Williamson, nous avons relevé que les personnes atteint l'ulcère gastrique développent un stress même si avec des degrés différents. Durant notre modeste travail, nous avons expérimentés 06 cas des personnes atteintes l'ulcère gastrique. Ces personnes répartir en deux groupes selon le niveau de leurs stress « hyper stress, peu de stress».

Les patient atteint l'ulcère gastrique souffrent des symptômes suivantes : la fatigue, inquiétude, insomnie, maux de tête, crises de larmes, ...etc.

Et par là on confirme notre première hypothèse qui formulée comme suit : « **L'état de stress se manifeste à des degrés divers chez les personnes atteintes d'ulcère gastrique** ».

Effectivement parmi nos 06 cas on a 03 cas qui confirment notre première hypothèse. Pondant l'élaboration de notre recherche nous avons remarqué que 03 cas dans l'ensemble de 06 cas présent un hyper stress, tandis que on à 03 cas qui manifestent un peu de stress. Par là on peut dire que le niveau de stress se varier et il n'est pas de degré élevé pour toutes les personnes. A Travers cette étude, qui a été menée pour étudier les variable suivantes : le stress, ulcère gastrique, on peut dire que nous ne pouvons pas généraliser les résultats à tous les cas infectés d'ulcère gastrique, en raison des différences individuelles.

Cas	Score	Degré de stress
Cas N° 1	32	Hyper stress
Cas N° 2	24	Peu de stress
Cas N° 3	43	Hyper stress
Cas N° 4	35	Hyper stress

La discussion de l'hypothèse

Cas N° 5	28	Peu de stress
Cas N° 6	30	Peu de stress

Tableau Présentation des résultats de l'échelle de Cohen et Williamson

A partir des résultats du tableau ci-dessus, et les résultats retirés par l'interprétation des échelles de stress perçu de Cohen et Williamson montre que le cas **Fatiha** la plus stressante de cette maladie avec un score de de 43 Selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu, en suite on les cas madame **Razika** et **Farida** et qui souffre aussi d'un stress élevée avec un score de 35 et 32 selon le dépouillement de cet échelle. Après on les cas, **Drifa**, **Malek** et **Mokrane** qui manifestent un peu de stress avec des score de 24,28 et 30 selon le dépouillement de l'échelle de stress perçu. Puisque les première et deuxième hypothèses ont été remplies, hypothèse générale a également été remplie. Notre deuxième hypothèse qui dit que « **les douleurs d'estomac provoque le stress** ».

Le cas de Malek répondre à la deuxième hypothèse quand il s'inquiété beaucoup la douleur à l'estomac augmente, et quand l'estomac lui fait mal s'inquiet de sa douleur.

A travers les données d'entretiens et les résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, nous constatons que tous les cas confirment l'existence d'une relation entre l'émergence de stress et l'incidence de l'ulcère gastrique, et cela a également été confirmé par les résultats d'échelle de stress.

Conclusion générale

Conclusion générale:

L'ulcère gastroduodéal, aussi appelé ulcère gastrique s'il est situé dans l'estomac et qui se nomme ulcère duodéal lorsqu'il se forme dans le duodénum. La principale maladie gastroduodénale est l'ulcère, mais, les gastro duodénites (inflammations aiguës ou chroniques de l'estomac et du duodénum) ne sont pas rares les maladies gastroduodénales se manifestent par des douleurs survenant après l'ingestion d'aliments des nausées, des vomissements, des sensations de lourdeur digestive peuvent y être associés les antiacides(pansements gastriques) et les anti sécrétoires(médicaments réduisant l'acidité de l'estomac) sont utilisés dans le traitement de ces maladies

Cette maladie entraîne des conséquences sur le plan psychologique et social de la personne. Le stress chez les patients atteints l'ulcère gastrique est un thème très important et très sensible à traiter, à raison de son importante influence la moitié de vie, l'adaptation et sur la personnalité des malades.

Nous sommes tous exposé au stress, ce phénomène aussi complexe qu'elle devenu banale surtout ces derniers temps, avec les multiples changements qui touchent notre société. Dans cette étude nous avons tenté d'aborder la question de stress lié à l'ulcère gastrique.

Nous avons réalisé une étude clinique de six (06) cas des personnes atteints l'ulcère gastrique exposées au stress. Pour mener à bien notre recherche nous avons référés à un entretien semi directif et une échelle de stress perçu de Cohen et Williamson. D'après les résultats de l'échelle de stress perçu, nous avons relevé que les personnes atteints l'ulcère gastrique manifestent un stress ce que confirme notre première objectif par cette recherche. Notre recherche est faite au CHU BENMERAD EL MEKKI d'Amizour. Grace à ce qui a été présenté précédemment, les résultats ne peuvent pas être généralisés à tous les cas infectés par l'ulcère gastrique, pour des raisons telles que les différences individuelles.

Par ailleurs, si on retourne aux résultats on voit que la douleur d'estomac provoque le stress et après l'analyse des résultats, il a été constaté qu'il existe plusieurs factures à l'origine des ulcères gastriques, selon chaque cas parmi lesquels on trouve des facture émotionnels, psychologique, endogènes ...etc. Le travail dans des conditions de tension ou de pressions psychologiques et nerveuses, et des troubles psychologique, la frénésie mangé et non-respect de l'heure des repas. Cette maladie entraîne des conséquences sur le plan psychologique et social de la personne. La prise en charge d'un patient atteints l'ulcère gastrique nécessite un traitement complexe, un suivi médical spécialisé est essentiel, qui doit être dans l'idéal.

Une prise en charge thérapeutique psychologique des patients souffrants d'ulcère gastrique est nécessaire pour que les signes (la fatigue tristesse, pleurs, maux de tête modifications dans le sommeil et l'appétit).

Conclusion Générale

Ceci s'adresse à un psychologue, dans lequel l'accent est mis sur les causes de la maladie et travaille sur la résolution des conflits psychologiques et des aspects de la pressions de la vie et de réduire le stress de manière réaliste, sans recourir à des astuces pathologiques. de psychothérapie sous ses diverses formes en fonction de l'état du patient.

Enfin, le stress chez les personnes atteintes l'ulcère gastrique est un thème aussi important. On espéré que ce petit travail vous apporterons quelques informations concernant la souffrance des patient atteints l'ulcère gastrique et leur stress afin de les aidées a le surmonté par vos soutient et vos encouragement.

La liste bibliographique

❖ Les ouvrages :

1. Angers. M, (1997), « **initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines** », Ed Casbah université, Alger.
2. Aziz. K, Bonnet. B, (2012), « **hépatogastro-entérologie chirurgie digestive** », Ed B. frappa
3. Chahraoui. K et Bénony. H, (2003), « **méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** » Ed Dunod, Paris.
4. Charat. Amir-Z, (2005), « **pathologies gastriques et infection à helicobacter pylori** ».
5. Chauchat. H, (1999), « **l'enquête en psychologie** », 2ème éd, puf, Paris.
6. Choque. S J, (2007) « **soignant : stress apprendre à le gères** », Ed wolters klower, France.
7. Dive. C, (1990), « **la maladie ulcéreuse : progrès hépatogastro-entérologie** », Ed, Dain., Paris.
8. Elisabeth. G, (novembre 2009), « **le stress social et de la famille** », Ed, France.
9. Graziani. P, Swendsen. J, (2005), « **le stress, émotion, et stratégie d'adaptation** », Ed, Armand colin, Paris.
10. Hoareau. D, (2001), « **Apprivoisez votre stress** », Ed, Paris.
11. Jean. C, (2011), « **les thérapies comportementales et cognitives** », Ed, Masson.
12. Jean. C.R, Yaram. B, (2001), « **gastro-entérologie** », Ed Paris
13. Lôo. P et al, « **le stress permanent, réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels** », Ed, Masson, Paris.
14. Massoudi. K, (2009) « **le stress professionnel** », Peter Lang SA, Ed, scientifiques internationales, Allemagne.
15. OMS, Arck et al, (2001), « **stress et maladie chronique** », Ed, Genève.
16. PEDINNIELLI. J-L et COLL, (2005), « **les états dépressifs** », Ed, Armond colin, Paris.
17. Quintard. B, (2011), « **Concept, stress, coping** », Ed, Nathan, Bordeaux.
18. Schwor. M, (1999), « **le stress et maladie chronique** », Ed, Flammarion, Paris.
19. Stora. J.B, (1991), « **le stress, que sais-je ?** », puf, Paris.
20. Trombini. G et al, « **stress et santé** », Ed, Social & Behavioral Science, Italy.

❖ **Les dictionnaires :**

1. Henriette. B, Chemama. R, & al, (2003), « **Grand Dictionnaire de la psychologie** », Ed LAROUSSE, Paris.
2. Sillamy. N, (2003) « **Dictionnaire de psychologie** », Ed Paris.

❖ **Les articles :**

1. Gaspard Claude, « **Etude qualitative : définition, techniques, étapes et analyse** », Scribbr. Publié le 14 octobre 2019, mis à jour le 28 mai 2020.
2. Langevin. V et al, (2011), « **catégorie évaluation du stress perçu** », in documents pour le médecin du travail N° 125, 1^{er} trimestre 2011.

❖ **Sites internet :**

- 1- . (<https://www.compagnie-des-sens.fr/stress-definition/>). Consulté le 27 juin 2021 à 18h.

❖ **Emission télévisé :**

1. Ridouche. B, Abbes. Z, Santé mag, KHIAR (MR), Canal Algérie, 4 mai 2011, 21h.

Les annexes

Annexes N° 01 :

Guide d'entretien :

Axe I : Information personnelles

1. Prénom :..... Age :..... Sexe :.....
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Quel est votre situation matrimoniale ?
4. Quel est votre situation professionnelle ?

Axe II : Informations liées à l'aspect médical

1. Depuis quand vous avez cette maladie ?
2. Avez-vous déjà souffert d'autres maladies gastriques ? Si c'est oui lesquelles ?
3. Depuis quand votre maladie est diagnostiquée ?
4. Prenez-vous d'autres traitements apart ceux destinés à votre maladie d'ulcère ?
5. Vous les prenez régulièrement ? Ou ça vous arrive de les oublier ?
6. Suivez-vous votre régime alimentaire ?
7. Avez-vous des éructations ?
8. Avez-vous des ballonnements ?
9. Avez-vous des saignements ? Dans les selles ou dans les vomissements ?
10. Ressentez-vous des douleurs ? Si c'est oui, est ce que ça vient après le repas ou c'est intermédiaire ?
11. Fumez-vous ? Consommez-vous de l'alcool ?
12. Arrivez-vous à vous prendre en charge ? Ou vous dépendez de quelqu'un d'autre ?
13. Avez-vous quelqu'un de votre famille déjà atteint de cette maladie ?
14. Etes-vous déjà hospitalisé (e) ? Quand ? Pour quelle raison ?

Axe III : Informations liées à l'aspect psychologique

1. Sentez-vous du changement dans votre comportement après avoir cette maladie à ce jour ?

2. Avez- vous consulté un psychologue ?
3. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?
4. Etes-vous souvent préoccupé (e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?
5. Stressé vous sans raison ?
6. Sentez-vous que le niveau de votre stress augmente pendant les douleurs ?
7. Cette maladie vous rend-t-elle stressé ?
8. Vous sentez-vous soutenues et entouré par vos proches ?
9. Pensez-vous que votre maladie soit un obstacle pour affronter votre avenir ?

Annexe N° 02 :

Echelle de stress perçu de Cohen et Williamson (1988)

Au cours du dernier mois	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Très souvent
1/... Avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?					
2/... Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3/... Vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					
4/... Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5/... Avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					
6/... Vous êtes-vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7/... Vous êtes-vous senti que les choses allaient comme vous vouliez ?					
8/... Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					
9/... Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
10/... Vous êtes-vous senti que vous dominiez la situation ?					
11/... Vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					
12/... Vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13/... Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
14/... Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					

Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 sont notés en sens inverse.

Le score de stress a été calculé sur 13 items (sans la question 12).

Résumé :

Ce travail a comme but de mettre l'accent d'éclaircir la complexité psychopathologique des maladies somatiques chroniques, telles que l'ulcère gastrique. Cette contribution réalisée sur six patients au sein de l'hôpital d'Amizour dans le service de la médecine interne, met en exergue les corrélations et comorbidités qui existent entre l'ulcère gastrique et le développement d'un trouble de l'humeur comme « le stress ».

A partir d'un entretien semi directif ainsi que l'échelle de stress de Cohen et Williamson, nos résultats mettent en évidence que la rencontre de cette maladie chronique est grave. Plusieurs épreuves mettent l'état psychique du patient en question, notamment cette maladie ulcéreuse qui bouscule et secoue leurs vie normal et touche leurs mode de vie habituel, ce qui les paralyse sur plusieurs activités, et menace leur intégrité corporelle et psychique.

A cause du stress, tous les plans de la vie psychique s'effondrent, toutes les fonctions vitales s'anéantissent, si bien qu'aucune hyperbole ne suffit à traduire ces bouleversements. Nous avons néanmoins constaté une souffrance globale, à la fois psychique, sociale, psychologique et spirituelle.

الملخص

يهدف هذا العمل إلى التركيز على تسليط الضوء على التعقيد النفسي المرضي للأمراض الجسدية المزمنة ، مثل قرحة المعدة .هذه المساهمة ، التي أجريت على ستة مرضى داخل مستشفى أميزور في قسم الطب الباطني ، تسلط الضوء على الارتباطات والأمراض المصاحبة الموجودة بين قرحة المعدة وتطور اضطراب المزاج مثل " الإجهاد".

بناءً على مقابلة شبه منظمة بالإضافة إلى مقياس الإجهاد كوهين وويليامسون ، تظهر نتائجنا أن هذا المرض المزمن خطير .عدة تحاليل تضع الحالة النفسية للمريض موضع تساؤل ، لا سيما مرض التقرح الذي يزعج ويهز حياتهم الطبيعية ويؤثر على أسلوب حياتهم المعتاد ، مما يشلهم في كثير من الأنشطة ويهدد سلامتهم الجسدية والنفسية.

بسبب الإجهاد ، تنهار جميع مستويات الحياة النفسية ، ويتم تدمير جميع الوظائف الحيوية ، بحيث لا يكون هناك مبالغة كافية لترجمة هذه الاضطرابات .ومع ذلك، فقد لاحظنا معاناة عالمية، نفسية اجتماعية و وروحية.

Abstract

This work aims to focus on shedding light on the psychopathological complexity of chronic somatic illnesses, such as gastric ulcer. This contribution, carried out on six patients within the Amizour hospital in the internal medicine department, highlights the correlations and comorbidities that exist between gastric ulcer and the development of a mood disorder such as " the stress " .

Based on a semi-structured interview as well as the Cohen and Williamson stress scale, our results show that this chronic illness is serious. Several tests put the mental state of the patient in question, in particular this ulcerative disease which upsets and shakes up their normal lives and affects their usual way of life, which paralyzes them in many activities, and threatens their bodily and psychological integrity.

Because of stress, all the planes of psychic life collapse, all vital functions are destroyed, so that no hyperbole is enough to translate these upheavals. We have nevertheless observed a global suffering, at the same time psychic, social, psychological and spiritual.