

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et sociales
Département : sciences sociales
Option : psychologie clinique

***Mémoire de Fin de Cycle en vue d'obtention du diplôme
de Master en psychologie clinique***

Thème

**Les stratégies de coping chez les
femmes atteintes de polyarthrite
rhumatoïde**

Etude de huit (8) cas

Présenté par

- Meziant Kahina
- Mouhoubi Ryma

Encadrées par

- Docteur : Sahraoui. I

Année universitaire 2014-2015

Remerciements

Tout d'abord, nous remercions Dieu, le tout puissant, de nous avoir donné la santé, le courage et la patience pour achever ce modeste travail.

Aussi nos très chers parents, toujours présents pour nous encourager quand on en a besoin.

Nous remercions tout particulièrement notre encadreur Dr I. Sahraoui, sans qui cette recherche n'aurait pas vu le jour, pour son suivi attentif, sa disponibilité, sa patience tout au long de la réalisation de ce projet.

Nos remerciements sincères pour nos enseignants qui ont contribué à notre formation.

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

Nous tenant à remercier Dr Admam et Dr Henniche, qui nous ont permis d'effectuer un stage au sein de leur cabinet.

Nous adressons notre gratitude pour Dr Dabouz pour son aide précieuse.

Un très grand merci aux patientes, qui ont accepté de participer à notre recherche, pour la richesse de leur récit et leur confiance.

Il nous est agréable d'exprimer notre reconnaissance pour tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste projet.

Merci pour tous ceux qui ont été notre source d'inspiration

Dédicaces

Je tiens à dédier ce modeste travail à ceux qui me sont très chers :

A mes parents et grand parents qui m'ont soutenu tout au long de mon cursus.

A mes deux frères Karim et Ahmad.

A ma sœur Linda et son mari Amar, et leur enfants Tarik et Salima.

A ma sœur Nassima et son mari Karim, et leur enfants Younes, Lina, et Ali.

A ma sœur Lydia.

A mes amies qui ont été présentes pour m'encourager et partager avec moi les moments de joie et de peine : Nabila, Wassila, Samia, Zouina.

A mes copines de chambre Warda et Nawal.

A tous ceux qui m'ont soutenu de près ou de loin.

Kahina

Dédicaces

Je dédie ce travail à ceux qui me sont très chers :

A mes très chers parents qui sont l'exemple de ma vie, surtout ma douce mère qui est la lumière de mes yeux.

A ma grande mère que dieu vous gardera pour nous.

A mes chers frères Azzedine, Khaled et Yanis.

A ma chère sœur unique Soraya et son mari Bachir, et leur enfants : Islam, et la petite Roumaïssa.

A mes tantes.

A mon cher mari Yacine Badereddine.

A ma belle mère Hayat et à mon beau père Aziz.

A ma chère belle sœur Kahina.

A la famille Amroud, Ben Ali, Dikimeche et Brahimi

A mes amies filles : Sabrina, Sara, tikinessse, Kahina, zouina.

A tous ceux qui m'ont soutenu de près ou de loin.

RYMA

SOMMAIRE

Remerciements

Dédicaces

Introduction général	01
----------------------------	----

Partie Théorique

Chapitre I : L'aspect médical de la polyarthrite rhumatoïde

Introduction	05
1- Définition	05
2- La symptomatologie clinique	05
3- Evolution	09
4- Facteur de risque	09
5- Diagnostic	09
6- La prise en charge	12
Conclusion	15

Chapitre II : L'aspect psychologique de la polyarthrite rhumatoïde :

Introduction	17
I / La douleur chronique	17
1. Définitions	17
2. Les composantes de l'expérience douloureuse.....	19
3. La perturbation de l'image du corps	20
4. L'épreuve d'adaptation	22
5. La polyarthrite rhumatoïde et le système familial	23
II/ stress et stratégies de coping	25
1. Le stress	25
1.1 Définition de stress	25
1.2 Les facteurs de stress	26
1.3 Les symptômes de stress	26
1.4 Les étapes de stress	27
1.5 La relation entre le stress et le coping	28
2. Les stratégies de coping	
2.1 Définitions du coping	28
2.2 L'évolution du concept de coping	29
2.3 Les différents modèles du coping	30

2.4 L'évaluation du coping	31
2.5 Les déterminants du coping	32
2.6 Les types de coping	34
2.7 L'efficacité des stratégies de coping	35
2.8 Les mesures de coping	36
2.9 La relation entre la santé et le coping	38
Conclusion	39

Chapitre III :

I. Problématique et hypothèse	41
-------------------------------------	----

Partie Méthodologique

Chapitre IV : Démarches de la recherche et la population d'étude

Introduction	49
I. La démarche de la recherche	49
1.1. La pré-enquête	49
1.2 Le déroulement de la recherche.....	50
1.3. La méthode clinique	50
1.4 Le lieu de la recherche.....	52
2. Population d'étude	52
2.1. La sélection de notre population d'étude	53
• Critères d'homogénéité retenus	53
• Critères non pertinents de sélection	53
• Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude	54
II. Les techniques utilisées	55
1. Entretien clinique	55
2. Echelle Toulousaine de coping	61
III. L'analyse des techniques utilisées	65
1. Les données de l'entretien clinique	65
2. L'analyse de l'échelle Toulousaine	65

Partie Pratique

<u>Chapitre V :</u> Présentation et analyse des résultats	69
--	----

<u>Chapitre VI :</u> Discussion des hypothèses	121
---	-----

Conclusion générale	128
---------------------------	-----

Bibliographie

Annexes

Introduction générale

Introduction

La santé de l'être humain peut être définie par un état de bien-être physique, psychologique et sociale. Elle est déterminée par le fonctionnement de trois systèmes dans l'organisme, le système nerveux, le système endocrinien et le système immunitaire. Ce dernier joue un rôle essentiel dans le maintien de l'homéostasie de l'organisme. Il concerne l'ensemble des cellules, des tissus et des organes ayant pour rôle de défendre l'organisme contre de nombreux éléments pathogènes tels les bactéries. Ces agents ayant la capacité d'entraîner une réaction de ce système appelée réponse immunitaire, sont nommés antigènes.

Pour des raisons inconnues, le système immunitaire se dérègle et développe une réponse dirigée contre l'organisme. Ce qui engendre les maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïde par exemple. Cette maladie survient lorsque la réponse immunitaire se dirige contre les articulations, ce qui provoque des douleurs intenses et conduit peu à peu à la déformation des articulations.

La polyarthrite rhumatoïde est une maladie invalidante atteignant préférentiellement les femmes, en pleine période de projets d'existence. En Algérie, sa prévalence étant d'environ 0,9% à 1,4%, en effet, entre 300 000 et 600 000 le nombre d'Algériens atteints. Son incidence annuelle est de 150 cas / 1000 000. 2000 cas sont enregistrés au niveau du service de rhumatologie de Ben Aknoun.

Ainsi, la polyarthrite rhumatoïde évoque à la fois la déformation de certaines parties du corps et la douleur. Elle est considérée comme une maladie chronique particulièrement dévastatrice et caractérisée par l'incertitude de l'avenir. Son impact négatif est réel et retentit sur la qualité de vie physique et psychologique de la femme, ainsi que sa relation avec son entourage. C'est pourquoi le fait d'avoir une polyarthrite rhumatoïde est un événement de vie hautement stressant et émotionnellement intense.

Introduction générale

L'imprévisibilité évolutive de la polyarthrite rhumatoïde rend plus compliqués les engagements dans les projets de vie. Le cheminement psychique de la femme nécessite une installation des stratégies de coping pour gérer les difficultés de la maladie. Ces stratégies variantes d'une femme à une autre dépendent des ressources de la femme, des événements de vie, des paramètres de la polyarthrite rhumatoïde.

Ainsi, notre intérêt pour ce thème est issu de préoccupations scientifiques, mais également d'interrogation voire d'incompréhension : comment la femme s'ajuste à la polyarthrite rhumatoïde devant les incertitudes concernant son origine et son évolution, et devant les remaniements et la mutilation du corps provoqués par la douleur. Or, notre objectif de recherche est de cerner l'impact psychologique de cette maladie, d'identifier les stratégies de coping qu'utilisent la femme atteinte de polyarthrite rhumatoïde, et de déterminer le rôle du soutien social dans l'amélioration ou la détérioration de l'état émotionnel et fonctionnel de la femme. En fait, notre étude portant sur les stratégies de coping n'est pas inédite, plusieurs recherches ont été consacrées aux stratégies de coping, mais la nouveauté du thème, c'est qu'il aborde les stratégies de coping chez les femmes atteintes d'une maladie peu connue, qui est la polyarthrite rhumatoïde.

Notre étude portant sur « les stratégies de coping chez la femme atteinte de polyarthrite rhumatoïde », nécessite l'adoption de l'approche cognitivo-comportementale comme arrière-plan théorique, afin de mettre en lumière les pensées et les cognitions de la femme autour de sa maladie, et les stratégies employées les femmes face à la maladie.

De ce fait notre recherche s'est appuyée sur un plan de travail qui se présente comme suit :

Premièrement, une introduction générale qui cerne notre étude.

La première partie ; théorique subdivisée en quatre chapitres qui sont comme suit :

Chapitre I : Consacré pour l'aspect médical.

Introduction générale

Chapitre II : Consacré pour l'aspect psychologique et les stratégies de coping

Chapitre III : Consacré pour la problématique et les hypothèses.

La deuxième partie ; méthodologique comporte un chapitre qui est comme suit :

Chapitre IV : Consacré pour la démarche de la recherche et la population d'étude, les outils et leur analyse.

La troisième partie ; pratique subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre V : Porte sur la présentation et l'analyse des résultats.

Chapitre VI : Porte sur la discussion des hypothèses.

Enfin, une conclusion générale qui terminera notre étude avec des questions de perspective.

Introduction

Ce chapitre vise l'illustration des différents concepts médicaux, qui permettent d'identifier et de comprendre la maladie de la polyarthrite rhumatoïde qui reste à nos jours d'origine inconnue. Cette maladie est plus fréquente chez les femmes est la plus fréquente des rhumatismes inflammatoires chroniques, les symptômes qui la caractérisent sont des douleurs intenses et des déformations importantes au niveau des articulations, pouvant non seulement entraîner un handicap physique, mais donner naissance à d'autres pathologies.

1-Définition de la polyarthrite rhumatoïde

C'est un rhumatisme inflammatoire chronique à prédominance distale destructeur, déformant et invalidant, son expression clinique est polymorphe.

Il s'agit d'une maladie inflammatoire du tissu conjonctif essentiellement poly articulaire, d'évolution chronique et progressive, à tendance extensive symétrique, elle est associée à de nombreuses perturbations immunologiques. (L. Simon, 1989, P. 228).

La polyarthrite rhumatoïde est la fréquente des rhumatismes inflammatoires chroniques, elle peut apparaître à n'importe quel âge, mais on l'observe surtout entre 35 et 60 ans, elle est essentiellement féminine (4 femmes pour un homme). (Ibid. P 229).

2- La symptomatologie clinique

a. **La période du début** : elle est d'installation progressive et insidieuse.

La plus souvent, c'est une oligo-arthrite intéressant les mains, les poignets, une ou plusieurs articulations inter-phalangiennes, surtout des 2^e et 3^e doigts ; les avants pieds, les genoux sont souvent intéressés et d'autres articulations comme : les hanches, les épaules. (L. Simon, 1989, P. 229).

Ces atteintes articulaires sont fixes et symétriques, les douleurs sont au rythme inflammatoire : réveil nocturne et dérouillage matinal supérieur à 30mn.

Le début Teno-synovial peut être inaugural, un syndrome du canal carpien en rapport avec une ténosynovite des fléchisseurs.

L'état général peut être altéré avec discret amaigrissement et asthénie, mais ceci est inconstant. La période du début s'étend de quelques mois à un an. (Ibid. P. 229).

b. La période d'état : Les déformations surviennent, les plus caractéristiques à la main étant la déviation cubitale des doigts “ en coup de vent ”, la déformation en “ col de cygne ” qui touche plus particulièrement l'index et le médus, la déformation en boutonnière, la déformation du doigt en “ maillet ” ou en marteau est plus rare, enfin l'atteinte du pouce prenant soit l'aspect du pouce en “ Z ” liée à l'arthrite métacarpo-phalangienne, soit l'aspect en pouce adductus secondaire à une arthrite trapézo-métacarpienne. Au niveau des poignets, une luxation de la styloïde cubitale peut survenir avec un risque de rupture de l'extenseur du V. L'atteinte des pieds est très fréquente avec des arthrites métatarso-phalangiennes souvent inaugurales, entraînant progressivement un avant-pied plat puis rond avec subluxation ou luxation plantaire des métatarsiens.

Toutes les autres articulations peuvent être touchées à l'exception du rachis dorsolombaire, des sacro-iliaques. Le rachis cervical est surtout atteint dans les polyarthrites sévères, érosives et nodulaires. L'arthrite de la charnière cervico-occipitale est la plus classique. Il peut s'agir d'une arthrite occipito-atloïdienne et surtout atloïdoaxoïdienne qui peut se traduire par des douleurs cervicales hautes.

Les téno-synovites sont pratiquement constantes à la phase d'état de la PR, essentiellement à la main où elle favorise les déformations et peuvent se compliquer de ruptures tendineuses, notamment sur les extenseurs et les

Chapitre I L'aspect médical de la polyarthrite rhumatoïde

fléchisseurs des doigts. Les téno-synovites sont également fréquentes au pied en particulier au niveau des fibulaires.



-Autres atteintes

Les nodules rhumatoïdes : sont fréquemment retrouvés (10 à 20 %) des malades au bout de quelques années d'évolution. Ils siègent surtout à la face postérieure de l'avant-bras et du coude ou en regard de l'olécrane, parfois au sein d'un hygroma du coude, aux doigts où ils sont souvent multiples.

Les syndromes canaux : avec en particulier la compression du nerf médian au niveau du canal carpien), ou encore du sciatique poplité externe par un kyste poplité.

L'ostéoporose : avec des études récentes qui prouvent que la densité minérale osseuse diminue significativement au rachis lombaire dans la PR et ceci dès la première année d'évolution. Cette ostéoporose favorisée par la polyarthrite rhumatoïde semble indépendante de l'ostéoporose cortico-induite.

Les bronchiectasies : ou dilatation des bronches sont plus fréquemment rencontrées chez les sujets atteints de PR que dans la population générale.

La vascularité rhumatoïde : complique surtout des polyarthrites anciennes. Les manifestations cutanées sont pratiquement constantes et très hétérogènes dans leur présentation avec des micro-infarctus digitaux péri-unguéaux caractéristiques, des ulcères profonds “ à l'emporte-pièce ” d'apparition brutale, une éruption maculo-papuleuse, un purpura vasculaire, des nécroses digitales ou des orteils. La vascularité rhumatoïde semble être due à des dépôts de complexes immuns dans la paroi vasculaire habituellement retrouvés en immunofluorescence sur les biopsies cutanées. Une corticothérapie doit être proposée rapidement pour éviter l'évolution vers des ulcérations délabrantes.

Les manifestations cardiaques : sont surtout représentées par la péricardite avec un risque de tamponnade nécessitant un drainage. Mais rare. Le pronostic de l'insuffisance aortique est particulièrement sévère. L'atteinte de l'endocarde est classique

L'amylose est une complication classique de la PR. Il s'agit d'une amylose AA dite “ secondaire ” qui se manifeste au début par une protéinurie puis,

Chapitre I **L'aspect médical de la polyarthrite rhumatoïde**

secondairement, un syndrome néphrotique et enfin une insuffisance rénale progressive. (CH. Marcelli, 2008, P .234).

C .La période terminale : après une évolution par poussées, entrecoupées de rémission, l'affection peut se stabiliser, on arrive au stade cicatriciel ; Les articulations restent déformées, disloquées, enraidies, détruites. Les manifestations douloureuses, la gêne fonctionnelle, sont alors essentiellement de type mécanique ; les douleurs ont tendance à s'abrèger, l'état général s'améliore, le malade grossit et l'augmentation pondérale peut être un facteur d'aggravation du handicap. (L. Simon, 1989, P .232).

3-Evolution de la polyarthrite

La polyarthrite rhumatoïde se développe de façon continue ou par poussées s'étalant sur des très nombreuses années : le nombre des articulations atteintes augmente, tandis que s'aggravent progressivement les lésions au niveau de chaque articulation touchée ; plus ou moins rapidement s'installent des raideurs et des déformations articulaire (Y. Powlotsky, 1998, P.15).

La diminution de l'espérance de vie de la polyarthrite rhumatoïde varie en moyenne de cinq à dix ans (essentiellement pour les formes sévère) de population général.il s'agit donc non pas d'une maladie bénigne mais d'une maladie grave, handicapante et conduisant à un décès prématuré

4-Les facteurs de risque

Comme beaucoup de maladies auto-immunes, la polyarthrite rhumatoïde est une maladie poly factorielle relevant de facteurs psychologiques, hormonaux, environnementaux, génétiques, immunologiques : le ou les agents déclenchant restent inconnus :

❖ **Psychologiques** : comme les traumatismes affectifs, la plupart des auteurs ont trouvé chez ces malades une personnalité à tendance agressive, cherchant à dominer, à contrôler son entourage, des traits obsessionnels-compulsifs : recherche de maîtrise, d'indépendance, goût de l'austérité et de l'épargne. Aussi bien les décharges de la motricité que celle de l'agressivité sont inhibées. En même temps, une structure masochiste dépressive conduirait ces malades à se sacrifier pour les autres. On les a caractérisés par les termes de « modestie méchante » ou de « tyrannie pleine de bonne intention », ce qui décrit bien l'association d'agressivité et sacrifice. (A. Haynal et coll., 1997, P. 175).

❖ **Hormonaux** : péri ménopause, une rémission est fréquente pendant la grossesse et les poussées au décours de l'accouchement ;

❖ **Environnementaux** : agents infectieux ;

❖ **Génétiques** : il existe une prédisposition génétique en faveur de laquelle on retient deux ordres d'arguments :

- L'existence des formes familiales ;
- L'association avec un antigène tissulaire prédisposant HLA. DR4 retrouvé chez 70% des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde contre 30% chez les témoins.

❖ **Immunologiques** : Abruzzo (1971) est récemment réaffirmé l'importance des processus auto-immunes dans l'entretien des réactions inflammatoires, l'organisme devient intolérant à ses propres cellules. (C.B. Bollabice, 1974, P. 72).

Des facteurs déclenchant sont signalés : ménopause, exposition prolongée au froid et à l'humidité, infection non spécifique (angine,...etc.) mais l'étiologie est pour l'instant inconnue.

5-Le diagnostic

en 1987 l'Américain collège of rheumatology a proposé des critères qui permettent le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde, 4 critères sur 7 permettent le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde :

- 1- Raideur matinal de durée supérieure à une heure durant un minimum de 6 semaines ;
- 2- Gonflement des parties molles, touchant au moins 3 articulations simultanément ;
- 3- Gonflement d'au moins une articulation des mains durant au moins 6 semaines ;
- 4- Atteinte articulaire simultanée symétrique ;
- 5- Atteinte radiologique typique de polyarthrite rhumatoïde des mains, avec présence d'érosion touchant les articulations atteintes de façon exclusive et dominante ;
- 6- Nodules sous cutanés rhumatoïdes (saillies osseuses, faces d'extension, régions juxta-articulaires) ;
- 7 - Sérologie rhumatoïde positive.

-La radiologie : Durant les premiers mois, il faut rechercher avec attention non pas des lésions destructrices mais des signes ayant suffisamment de valeur pour orienter le diagnostic :

- Une grisaille des parties molles témoin de l'inflammation péri articulaire ;
- Une ostéoporose hétérogène, carpienne ;
- Parfois un pincement articulaire avec un aspect érodé, encoché, grignoté des surfaces articulaires.

Toute fois ces derniers signes, généralement tardifs, peuvent frapper une seule articulation revêtant alors une grande importance diagnostique.

Au cours de la période d'état on observe la triade suivante :

- La décalcification épiphysaire ou juxta-épiphysaire est un des signes les plus fréquents ;
- Le pincement articulaire, les lacunes épiphysaires, témoins de la lyse osseuse sous chondrale représentent le 2^e signe radiologique ;
- L'ostéolyse des extrémités avec image de télescopage, de désaxation, de luxation.

-La biologie : Le laboratoire est décevant mais il existe dans 90% des cas un syndrome inflammatoire non spécifique, par exemple une augmentation de la vitesse de sédimentation, parfois de la CRP. (A. Monorche, 1977, P.61-64).

6- la prise en charge

6-1-Traitements médicaux de la polyarthrite rhumatoïde

Les médicaments utilisés dans la PR comprennent des traitements symptomatiques (anti inflammatoire non stéroïdiens (AINS), corticoïdes) et les traitements de fond, les traitements non médicamenteux. (P.Durez, 2003, P.25).

Les objectifs du traitement sont ;

- soulager les douleurs.
- stopper l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde
- prévenir l'invalidité et dommage de la maladie sur d'autres organes.

A- les traitements symptomatiques

Les médicaments anti-inflammatoire diminuer la douleur et la raideur des articulations. Ils sont obligatoires ils comprennent les antalgiques simple (Paracétamol, aspirine à faible dose), ils sont surtout utilisés au début de la maladie.

- **Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) :** Les AINS utilisés dans la polyarthrite rhumatoïde sont nombreux et très utiles du fait de leur effet anti-inflammatoire et antalgique (contre la douleur). Cependant, ils ne font que soulager les symptômes et ne ralentissent pas l'évolution de la maladie. Leur administration ne se justifie donc que dans les phases aiguës de la maladie. (Y. Powlotsky, 1998, P.25).

- **Les corticoïdes :** Les corticoïdes sont des substances anti-inflammatoires de la famille de la cortisone. Ils ont un intérêt majeur au cours de la polyarthrite rhumatoïde. À faible dose, ils sont prescrits lors des premiers mois de la maladie pour soulager les symptômes rapidement et efficacement (plus efficacement qu'avec les AINS). Ils pourraient également freiner et retarder la progression de la polyarthrite rhumatoïde. (Ibid. P.26).

B- les traitements de fond

C'est un médicament qui a un effet symptomatique retardé et théoriquement un effet sur l'évolution de la maladie notamment sur la progression radiographique articulaire. (J. Morel et B. Combe, 2007, P. 11).

6-2- les traitements non médicamenteux

- a) **L'éducation thérapeutique du patient :** La démarche d'éducation du patient est pleinement justifiée. La première étape, l'information, est pour les patients une attente, un besoin et un droit. Personnalisée, claire, complète, évolutive, elle permet de dédramatiser et d'aller de l'avant. Élément-clé de la relation médecin- malade, elle aboutit au consentement éclairé et à la décision partagée. L'éducation proprement dite vise à faire acquérir au malade savoir, savoir-faire et savoir être, pour mobiliser toutes ses ressources et réussir son coping. (J. Foucaud et coll. 2010, P.305).

Au total, l'éducation du patient dans la polyarthrite rhumatoïde passe du rang

De traitement orphelin à celui d'outil thérapeutique à part entière. Outre une meilleure communication dans la relation de soin, elle doit aboutir à une auto-prise en charge de la maladie et à une meilleure qualité de vie.

b-Rééducation fonctionnelle : Lors des phases inflammatoires, la physiothérapie antalgique, en particulier par le froid (vessie de glasses), et identique, ainsi que la prévention des attitudes vicieuses (attelle de repos) à distance des poussées, le renforcement musculaire se fait en technique isométrique (économie articulaire) : il vise à récupérer les amplitudes articulaires. Le maintien du mouvement est bénéfique.

Dans la polyarthrite rhumatoïde évoluée ; une attention particulière sera accordée aux préventions des déformations et à l'adaptation du geste, des ustensiles et du domicile par l'ergothérapie.

C- Traitement chirurgical : Il vise surtout à soulager les malades. Cependant, à un stade précoce, il permet par ailleurs de prévenir les destructions articulaires, il peut se faire à plusieurs techniques :

- ❖ la synovectomie arthroscopique ou chirurgicale est indiquée en cas de synovite persistante malgré le traitement médical général et local ;
- ❖ l'arthroplastie : permet d'apporter l'indolence et de rendre la fonction à une articulation détruite, telle que la hanche ; le genou ou l'épaule ;
- ❖ l'arthrodèse arthroscopique ou chirurgicale permet d'apporter l'indolence et la stabilité à une articulation détruite lorsqu'une arthroplastie est difficilement réalisable (poignet, cheville, arrière-pied) (C. Marcelli, 2008, P.186).

Conclusion

La polyarthrite rhumatoïde pose un problème de santé publique, c'est une affection invalidante pouvant ramener les malades à abandonner leur activité professionnelle. À ce jour aucun traitement ne permet d'entraîner une guérison prolongée. Mais le diagnostic précoce de la maladie peut être préventif et éviter les déformations et le handicap, ainsi que la prise en compte de l'aspect psychologique de cette maladie est indispensable pour comprendre la souffrance et le vécu émotionnel de cette maladie. Ce que nous prétendons développer dans le chapitre suivant.

Introduction

Ce chapitre a pour objectif d'explorer dans un premier temps, la composante psychique de la polyarthrite rhumatoïde, en démontrant ses répercussions sur la femme, avec le poids important de la douleur chronique qui s'incruste comme un corps étranger, l'altération de l'image corporelle, pouvant entraîner des perturbations de relations de la femme avec sa famille et son entourage. Dans un deuxième temps, nous abordons le concept de stress, dans le but d'appréhender la façon dont les femmes font face à des situations stressantes. On parle de coping pour désigner la façon de s'ajuster aux situations conflictuelles

I. La douleur chronique : expérience subjective d'un désordre physique

L'apparition d'une maladie chronique telle que la polyarthrite rhumatoïde est un événement annonciateur de douleurs, de grande fatigue et parfois d'interventions chirurgicales. On va aborder la douleur chronique en rendant compte de ses différentes composantes.

1. Définitions

La douleur chronique n'est pas un signal d'alarme, mais une maladie en soi qui fait de l'individu qui en souffre un véritable exilé, un exclu du monde des biens portants. La douleur, et bien plus la douleur chronique que la douleur aiguë, limite les possibilités d'action, assombrit l'horizon. Au-delà de la caricature, façonnée par la douleur, de la personnalité, le trait psychologique dominant des patients douloureux chroniques est la dépression, corollaire de la perte de l'espoir de guérison (A. Muller et coll., 2007, P. 32).

Tous les malades identifient des sources physiques à leur souffrance, dans certains cas, ces sources dominant le tableau. Quand les malades abordent les sources somatiques de la souffrance, ils parlent surtout de la douleur physique, puis de la fatigue liée à la limitation de la mobilité et aux multiples pertes

d'autonomie qui découlent de la maladie, et d'autres symptômes causés le plus souvent par les traitements qu'ils reçoivent. (J- C- Fondras, 2009, P. 15).

Lorsqu'elle est rapportée, la douleur physique occupe une place prépondérante dans l'expérience des malades, si bien que pour beaucoup, elle devient synonyme de souffrance. Pour ceux qui souffrent de douleur physique, il apparaît clair que ce phénomène agit comme une métaphore de la maladie et même de la mort.

Strang (1998) rapporte qu'une douleur non traitée donne naissance à l'apparition d'anxiété et de troubles de concentration, interférer avec les activités quotidiennes et la socialisation et diminuer la résilience des patients qui en sont affectés. Aussi une douleur affecte même les facultés cognitives.

La douleur représente un phénomène central lié à la plupart des éléments qui constituent l'expérience de la souffrance. (J- C- Fondras, 2009, P. 23-25).

On peut dater de 1953 l'émergence de la médecine de la douleur, avec la publication de la 1^{ère} édition de « the management of pain » de JOHN BENICA, ce médecin américain se spécialise en anesthésiologie. Il pratique des techniques d'infiltration et de blocs nerveux pour soigner des douleurs chroniques. Il est confronté comme médecin militaire aux douleurs des blessés de guerre. Il rend compte des limites de sa technique et demande l'avis de ses collègues neurologues et rhumatologues. C'est ainsi qu'il en vient de théoriser la douleur chronique non pas comme un symptôme résiduel, mais comme une maladie et à proposer une approche multidisciplinaire. (J-C-Fondras, 2009, P.17).

Une citation de cet auteur nous permettra de définir le cadre conceptuel de son approche « la douleur comprend deux processus principaux : la perception des impulsions nocives donnant naissance à la sensation de douleur, et la réaction en réponse à celle-ci, la réaction à la douleur est un processus physio-psychologique complexe qui inclut les plus hautes fonctions cognitives de l'individu. C'est un état de sentiment ou ce qu'Aristote appelait « la passion de l'âme ».

L'expérience douloureuse est aussi une expérience émotionnelle. Pour les neurobiologistes, les émotions sont des schèmes de réponse à un stimulus, schèmes stéréotypés et complexes qui peuvent se décomposer en :

- Emotions primaires : tristesse, peur, colère, surprise et dégoût ;
- Emotions secondaires et sociales : jalousie, orgueil, culpabilité ;
- Emotions d'arrière plans : malaise, calme, tension (J-C-Fondras, 2009, P. 25-26).

2. Les composantes de l'expérience douloureuse

a) La composante sensori-discriminative : elle correspond aux aspects qualitatifs et quantitatifs de la sensation douloureuse, aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage et la qualité (torsion, pique, etc.), de la durée (brève, longue, ...etc.), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs ;

b) La composante affectivo-émotionnelle : elle correspond aux aspects désagréables de la douleur. En d'autres termes, à la manière dont le sujet la ressent. Cette composante affective fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui confère sa tonalité désagréable, pénible, horrible, fatigante, déprimante. Elle motive la quête d'un soulagement. Cette composante est liée au caractère et à la personnalité de la personne atteinte. Sous l'influence de la douleur elle-même, elle est déterminée également par la signification de la maladie, l'incertitude générée sur son évolution, l'anxiété et la dépression. C'est cette composante qui est le plus souvent mise en avant en situation de douleur chronique et qui peut donner lieu à la décompensation psychopathologique ;

c) La composante cognitive : cette composante est dépendante des facteurs socioculturels ainsi que de l'histoire personnelle et familiale de la personne atteinte. Elle correspond aux processus mentaux susceptibles d'influencer une perception de la douleur et aux réactions comportementales qu'elle détermine. En

d'autres termes, à la signification consciente ou non, qu'y accorde la personne soignée. Depuis les observations de Beecher (1956-1959) qui insiste sur l'importance de la signification accordée à la maladie sur le niveau d'une douleur. Lors de la seconde guerre mondiale, Beecher observe une population de soldats blessés sur le front Italien. Il est frappé par l'apaisement de ces hommes après leur évacuation du champ de la bataille. Il décide au cours de son étude de comparer deux cohortes de blessés, militaires et civils présentant des traumatismes identiques en apparence même sévèrement atteints, seul un tiers des blessés militaires demandent des analgésiques pour soulager une douleur trop aigue. Alors que les blessés civils (avec des liaisons moindres) ont des demandes plus insistantes et des plaintes sans commune mesure. Pour Beecher, l'explication de cette différence serait que dans les deux groupes le traumatisme et son contexte revêtent des significations différentes :

- Signification positive et honorable pour le groupe des blessés militaires : vie sauve, fin des risques du combat, bonne considération du milieu social ;
- Signification négative pour le groupe des blessés civils : perte d'emploi, pertes financières, désinsertion sociale.

d) La composante comportementale : elle correspond à l'ensemble des manifestations verbales ou non verbales observable chez la personne qui souffre (postures antalgiques, plaintes, cris, pleurs,...). C'est une forme de communication avec l'entourage. Manifester sa douleur, c'est faire part aux autres de sa souffrance, demandé ou non une reconnaissance et un soulagement. (N. Peoc'h, 2012, P. 84-86).

3. La perturbation de l'image du corps

L'image du corps et son altération constituent un problème crucial dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde, la femme confrontée craint la perte de son intégrité corporelle, la déchéance et la mutilation du corps sous l'effet de la douleur.

L'image du corps est un concept forgé par Paul Schilder en 1935 qui la définit comme « la représentation à la fois consciente et inconsciente du corps, désignant non seulement une connaissance physiologique mais renvoyant également à la notion de libido et à la signification sociale du corps ». Cet auteur précise que « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon dont notre corps nous apparaît à nous-mêmes ». (M. Reich, 2009, P. 248).

L'image du corps est propre à chacun et liée à son histoire, elle est imaginaire et s'est construite avec notre vie affective. Golse souligne qu'elle « est à la fois narcissique et interrelationnelle ». Elle est chargée de notre identité, de nos identifications. Elle nous donne le sentiment d'exister, d'être soi. Nous avons le besoin d'être reconnu et aimé, nous le vivons avec notre image du corps. Notre image du corps est liée au miroir visuel et sonore donné par nos parents. L'être humain a à chaque instant une notion vague et diffuse, souvent inconsciente de l'état de son corps. Dans ces circonstances, des sensations multiples, inhabituelle font l'irruption dans le corps, alimentent l'imaginaire, les fantasmes du sujet et ont besoin de prendre sens. (E. Farragut et coll., 1995, P. 64).

L'atteinte de l'image du corps constitue un trouble clinique caractérisé par « l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu ; cette différence, en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels, a des conséquences émotionnelles et

comportementales, et peut affecter significativement la qualité du fonctionnement occupationnel, social et relationnel ». (M. Reich, 2009, P.248).

La polyarthrite rhumatoïde induit un bouleversement profond dans la façon de se percevoir et de se ressentir. Particulièrement mise à mal par cette maladie rhumatismale, l'image du corps est à reconstruire après l'annonce du diagnostic et tout au long du traitement de cette polyarthrite. Cet élément implique des étapes clés tant sur le plan somatique que psychologique :

- Sur le plan somatique, on distingue l'annonce de la maladie et de l'éventuelle déformation et la destruction de l'organe ;
- Sur le plan psychique, l'annonce de la maladie fait réaliser à la femme sa déformation, sa perte de féminité. L'apparition d'une telle maladie est vécue comme une blessure physique mais aussi narcissique, les conséquences sur ce plan ne seront pas négligeables : troubles anxieux et dépressifs. la destruction d'organe aboutit ou non à l'acceptation irréversible du passé avec le processus du travail de deuil ; la reconstruction renvoie au travail d'incorporation de l'organe modifié ;
- La polyarthrite rhumatoïde va transformer le regard au corps pour la femme elle-même mais aussi pour les autres, surtout dans une société où le paraître domine l'être.

4. L'épreuve d'adaptation

Dans l'apparition d'une maladie, la femme vit une remise en question très profonde confrontée à des modifications intérieures, corporelles, psychiques et extérieures (relation avec l'entourage) qui peuvent la pousser à s'interroger sur le sens de sa vie, son futur, comment vivre dans ce corps déformé, voire handicapé.

Cette maladie installe la femme dans un statut qui lui donnera une identité avec laquelle il s'instaura un nouveau système relationnel avec les autres, avec les Douleurs qu'elle engendre, elle peut mener la femme à déplacer ses conflits psychiques, son agressivité latente sur la scène médicale, le conjoint, l'entourage.

Parfois tyrannisé par cette femme qui investit son mode de vie autour de sa maladie. La douleur chronique accompagne la femme durant toute sa vie, une réaction anxieuse et dépressive et entraîne une incapacité à lier à des problèmes socioprofessionnels, même au niveau de la vie privée sexuelle de la patiente.

Le diagnostic de la pathologie signifie l'entrée dans une phase de deuil, Lorsqu'il est annoncé, les réactions émotionnelles sont fréquentes (choc, déni, stress intense, désespoir). Ce sont des réactions psychiques qui informent que le corps réagit face au changement.

Pour Maisonneuve, « Tout changement implique la transformation plus ou moins brusque et profonde d'un certain système d'équilibre, donc une phase de rupture jusqu'à l'apparition d'un nouvel équilibre. Ce processus s'accompagne d'un état de tension psychologique où se mêlent une certaine anxiété et la nostalgie d'un ordre passé, mais aussi la pression d'une urgence ou même d'une contrainte, sans oublier cependant une certaine espérance et le sel de l'aventure. » (Maisonneuve J. 1982, p. 236).

Le changement, quel qu'il soit, révèle la présence et l'interdépendance de phénomènes d'ordre cognitif, affectif et comportemental à la fois, permettant au sujet de s'adapter ou de s'ajuster au mieux, à toute situation difficile. (F. Sordes-Ader et coll., 1997, P. 133).

L'acceptation de ce changement est importante, sinon ce sont les émotions qui vont prendre la relève et venir amplifier la maladie.

5. La polyarthrite rhumatoïde et le système familial

La polyarthrite rhumatoïde implique le plus souvent un travail d'adaptation de la femme, de son conjoint et de sa famille, de nombreuses réactions constituent des façons saines de s'adapter à cet état chronique. Mais elle cesse de l'être dès lors qu'elles commencent à interférer avec les tâches courantes de la vie quotidienne. Les relations au sein de la famille peuvent être bouleversées ayant

pour conséquence un stress important chez chacun, risquent d'entraîner des complications psychologiques qui, à leur tour, peuvent influencer sur les relations conjugales et familiales. Dans ce sens, les problèmes de couple constituent un sérieux facteur d'aggravation de la maladie, et inversement, les conséquences potentielles de cette maladie sur la qualité des relations affectives et sexuelles sont notables et complexes, à cause d'un handicap physique, d'une douleur chronique et d'une fatigue importante.

Un sentiment de dépaysement peut frapper le mari de manière plus intense encore, dès que la femme est condamnée à une période d'alitement ou à une activité limitée. Il peut y avoir une inversion des rôles plus dure à accepter par un homme. Au lieu d'être servi, il peut être mis en demeure de servir. Il est aussi important de voir que la maladie ne bouleverse pas totalement la marche d'un foyer ; au contraire une maladie peut permettre une adaptation progressive (E. Kubler Ross, 1975, P. 164-165).

II. Le stress et stratégies de coping

1. Le stress

1.1 Définition du stress

Le stress vient du latin « stringere, qui veut dire : tendu, raid, c'est un phénomène complexe qui implique des dimensions biologiques et comportementales. (G.N.Fischer 2002, P.115).

Aldwin(1994) décrit le stress comme une qualité d'expérience, produit par une transaction personne-environnement, et qui, par le biais d'une activation d'éveil excessive ou insuffisante, se traduit en une détresse soit psychologique, soit physiologique, soit les deux. (H.CHabrol, S.Callahan, 2004, P.108).

Pour Lazarus et Folkman le stress est défini comme étant « une transaction particulière entre un individu et l'environnement, dans laquelle la situation est

évaluer par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant menacer son bien-être ». (Lazarus et Folkman, 1984a, P.19).

Selon eux, le stress n'est ni un stimulus ni une réponse, mais un processus dynamique, singulier (une transaction) élaboré activement par un individu confronté à une situation menaçante. (CH. Razurel, 2011, P.48).

1.2 Les facteurs du stress

✓ **Le milieu professionnel** : L'environnement du travail est certainement responsable de malaise et l'agression que constituent certaines activités professionnelles, comme le travail en milieu agressifs sont considérés comme des professions à risque.

✓ **La vie familiale** : toute les familles traversent des périodes difficiles, dont certains sont particulièrement stressantes ; décès, maladies de l'un des parents. les relations familiales peuvent être extrêmement troublantes, dans le cas où ses membres ne s'entendent pas, particulièrement s'il y a des conflits entre eux. (M. Boudarene, 2005, P12-13).

1.3 Les symptômes du stress

a) Troubles physiques : D'abord la fatigue, qui n'est pas toujours avouée, ou même camouflée par une hyperactivité compensatrice et qui referme le cercle vicieux, douleurs divers et variées, touchant n'importe quel niveau de l'organisme, douleurs digestives, rhumes, états grippaux, etc.

b) Troubles psychiques : Troubles de comportement comme agressivité, nervosité, troubles du sommeil soit par excès soit par défaut, troubles du comportement alimentaire avec son corollaire de prise ou de perte de poids, consommation élevée de tabac, d'alcool, et quelque fois de substances pires.

c) Troubles psychosomatiques : Des affections dermatologiques chroniques (psoriasis, eczéma...etc.), de certaines affections digestives ; le cas de l'ulcère d'estomac qui résulte d'une réduction de la production de mucus servant à protéger les parois de l'estomac contre l'action du suc gastrique sécrété en excès, par des bactéries spécifiques et endocrinienne (hyperthyroïdie, diabète). (M. Boudarene, 2005, P.3).

1.4 Les étapes du stress

Selye nomme agents stressants tout stimulus persistant et anormal (choc traumatique, brûlure, froid...) qui contraint l'organisme à rétablir un équilibre homéostatique. Selon Selye, le SGA (Syndrome Général d'Adaptation) se compose de trois phases :

a- La réaction d'alarme : Il s'agit des phénomènes non spécifiques provoqués par une exposition soudaine de l'organisme à un facteur nocif. Elle se compose du choc (tachycardie, la baisse du tonus musculaire) et du contre-choc (l'organisme se ressaisit puis met en jeu des moyens de défenses actives).

b- La phase de résistance : Selon Aubert et Pagés (1989) c'est « l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par l'exposition prolongée de l'organisme à des stimuli nocifs, auxquels, il s'est adapté au cours de la réaction d'alarme ». (M.Lourel, 2006, P.5). Lors de cette phase, il y a persistance des phénomènes produits durant le contre –choc de la phase d'alarme.

c- La phase de l'épuisement : Le sujet cesse toute tentative de résistance. Il y a un affaiblissement des défenses du sujet qui peut aller jusqu'à la mort clinique. (M. Lourel, 2006, P.6).

1.6 La relation entre le stress et le coping

Le coping agit comme facteur médiateur entre la source(le stresser) et la réponse émotionnelle de stress. Pour Lazarus , le stresser constitue une situation de vie inconfortable que la personne désire changer, tandis que le coping représente un effort de la personne afin de gérer la situation et les émotions induites par cette situation, dans le but de diminuer les effets néfastes sur les plans physiques et psychologiques , et favoriser le bien-être ainsi que la vie de la personne.(G-N.Fischer, 2002, P262-263).

2. Les stratégies de coping

2.1 Définitions du coping

Élaboré par Lazarus et Launier en (1978), le coping désigne « l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique ». (I. Paulhan, 1992, P.545).

Pour Coyne et al (1981), il s'agit d'effort cognitifs et comportementaux pour gérer les conflits environnementaux et internes qui affectent un individu et dépassent ses ressources. (J-Coyne & al, 1990, P.439).

Selon Lazarus et Folkman(1984) le coping est actuellement définit comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (B.Schweitzer, 2001, P.70).

Cette définition souligne bien que le coping est un processus (spécifique et constamment changeant) et non une caractéristique générale et stable, elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à une situation)avec leur effets(fonctionnels ou non).Ainsi on ne peut considérer à priori une stratégies de coping comme adaptée ou inadaptée, une

stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres. (Lazarus & Folkman, 1984, P.141).

De manière générale le coping se réfère à tout ce qu'une personne met en œuvre pour faire face à une situation stressante. De nombreuses définitions ont été données à ce concept, qui diffèrent les unes des autres.

2.2 L'évolution de la notion du coping

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIX^e siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIX^e siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à perspective évolutionniste de Darwin en particulier). Le concept de défense date de la fin du XIX^e siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique et de l'ego psychologie. Breuer et Freud observent que des idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience. Dans les premiers textes de Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Dans un texte de Freud de 1926 « Inhibition, symptômes et angoisse », le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels. (B.Schweitzer, 2001, P.69).

A partir des années 60, au cours des recherches consacrées aux mécanismes de défenses, les auteurs utilisaient le terme de « coping » pour désigner les mécanismes de défenses les plus « adaptées » telle que la sublimation et l'humour. Plus précisément, il était apparenté aux défenses du moi, c'est-à-dire aux processus cognitifs inconscients dont la finalité est de faire face ou réduire toutes les exigences qui peuvent provoquer et accroître l'angoisse de l'individu. (A. Dinca, 2008, P.28).

D'autres auteurs, comme Haan et Vaillant, ont montré qu'il y avait des différences entre le coping et les défenses. En conséquence, ils ont élaboré plusieurs modèles hiérarchiques des mécanismes de défense dans lesquels le coping serait un processus plus mature et plus adaptatif que les défenses. Ainsi, l'étude du coping devient un domaine de recherche indépendant de celui portant sur les mécanismes de défense. (A. Dinca, 2008, P.28).

2.3 Les différents modèles du coping

✓ **Le modèle animal** : Le coping a été conçu comme une réponse comportementale acquise face à une menace vitale par exemple, la fuite ou l'évitement induit par la peur ou bien la confrontation ou l'attaque induit par la colère. Ainsi des rats placés dans une cage à deux compartiments (un compartiment où ils reçoivent le choc et un autre où ils ne reçoivent rien) apprennent rapidement à fuir, voire à éviter le choc en se déplaçant dans l'autre compartiment dès que retentit le signal sonore avertissant l'arrivée du choc. Le critère essentiel du coping réussi chez l'animal est la survie (Dantzer 1989). (I. Paulhan, 1992, P.546).

✓ **Le modèle de la psychologie du Moi** : Le coping est se rapproché aux « défense de moi » c'est-à-dire un ensemble d'opérations cognitives inconscientes dans la finalité est de diminuer ou supprimer tout ce qui peut susciter le développement de l'anxiété, plusieurs processus cognitifs destinés à diminuer l'anxiété induit par un événement ont été identifiés, comme le déni (le sujet perçoit et constate la réalité tout en niant certains de ces éléments dévalorisants ou insupportables tels que la gravité de la maladie par exemple), l'isolation (le cours de la pensée se bloque autour d'une idée ou d'une représentation empêchant ainsi la compréhension de ce qui arrive) ou bien l'intellectualisation (le sujet cherche

une explication cohérente, logique à ce qui lui arrive.(I. Paulhan ,M Bourgeoise,1998, P.41).

✓ **Le modèle transactionnel** : Le stress ne réside ni dans l'événement, ni dans l'individu, mais dans une transaction entre l'individu et l'environnement. Lorsqu'une situation est évaluée par l'individu comme débordante ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être, la réponse de stress est le résultat d'un déséquilibre entre les exigences internes ou externes et les ressources de l'individu pour faire face à ces demandes (Folkman et Lazarus 1986).

Selon le modèle transactionnel du stress, les stressors passeraient à travers une série de « filtre »qui auraient pour fonction de modifier l'événement stressant et donc d'amplifier ou du diminuer la réaction de stress .Trois filtre principaux ont été identifiés :

- 1- La perception du stressors est influencée par les expériences antérieures avec des stressors similaires, le soutien social et la religion ;
- 2- Les mécanismes de défense du moi (dénier, répression) qui agissent inconsciemment ;
- 3- Les efforts conscients : mise en place de plan d'action, recourt à diverses techniques (relaxation, exercice physique, médication).

Ces différents filtres agiraient comme des médiateurs de la relation événement stressant-détresse émotionnelle (Folkman et Lazarus 1988). (I. Paulhan ; 1992, P.548).

2.4 L'évaluation du coping

Le coping est donc un processus durable et changeant qui ne peut être réduit à un phénomène linéaire du type stimulus- réponse, il est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des évaluations incessantes par le sujet de sa relation à son environnement.

L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante et ses ressources pour y faire face.

a- L'évaluation primaire : L'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation et quel impact elle peut avoir sur lui. De sa façon d'évaluer la situation dépendant des cognitions et émotions particulières. Un même événement peut par exemple être évalué par certains comme une perte (affective, matérielle corporelle) et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une menace (perte potentielle) et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçu comme un défi (un challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie.

b-L 'évaluation secondaire : Le sujet se demande ce qu'il peut faire pour faire face à cette situation, de quelles ressources et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives.

De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (recherche des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide). (M.Bruchon-Schweitzer, 2001, P.41).

2.5 Les déterminants du coping

Selon l'approche transactionnelle du stress et de coping (Lazarus et Folkman ; 1984) le coping est un ensemble de réponses à des situations stressantes spécifiques. C'est un processus dynamique qui change en fonction des situations et en fonction de la façon dont l'individu les évalue. Pour certains auteurs, les déterminants du coping sont dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu) pour d'autre, le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (nature de problème, contrôlabilité, etc.).(M.Bruchon-Schweitzer, 2001, P.72).

a) Les déterminants dispositionnels

Selon Costa et al, les stratégies de coping ne sont pas spécifique, mais générales, car elles sont déterminées par certaines caractéristiques stable des individus (traits des personnalités). Il existerait des styles de coping propres à chaque individu, chacun mobilisant préférentiellement certain stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie.

Il a été montré en effet ; ces caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, qui dépende des caractéristiques cognitives et conatives de chaque personne, ainsi que de son histoire. (Cohn et al, 1983). (M.Bruchon-Schweitzer, 2001, P.72).

- **Les déterminants cognitifs :** Parmi les déterminants cognitifs il ya les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes, etc.) Et les motivations générales (valeur, but, intérêt, etc.), ainsi le lieu de contrôle (interne /externe). les personnes croyants que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités et leurs comportements (internalité) plutôt que par des causes externes (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème que des personnes ayant un lieu de contrôle externe. Il ya beaucoup d'autre antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping (auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise, attribution causale, etc.).

- **Les déterminants conatifs :** Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins une partie, les évaluations (primaire et secondaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. L'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion, a contrario la

résilience, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable et le fait d'être consciencieux sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies de coping centré sur le problème. (M.Bruchon-Schweitzer, 2001, P.73).

b) Les déterminants situationnels

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celle des situations rencontrées.

L'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques, réelles et perçues, de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée d'ambiguïté, contrôlabilité du stressors, disponibilité et qualité de soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin.

c) Les déterminants transactionnels

Lazarus et Launier (1978) avaient proposé de classer les événements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisaient des individus, or ils découvrirent qu'indépendamment de leur propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçue comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents.

Dans deux études différentes, Mc Crae (1984) a montré en effet que « c'est l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, P.73).

Un événement vécu comme une perte induit plutôt l'expression émotionnelle et le fatalisme ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter divers stratégies : résolution de problème, pensée positive, humour, etc. (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, P.73).

2.6 Les types de coping

Selon Lazarus et ces collègues, le coping a deux fonctions principales : Il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre **de** réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème (Lazarus et Folkman, 1984b ; Lazarus et Launier, 1978). On distingue généralement trois stratégies principales :

- **Le coping centré sur le problème** : Il vise à réduire les exigences de la situation et /ou augmente ses propres sources pour mieux y faire face. Il comprend deux facteurs plus petit, la résolution du problème (recherche d'information, élaboration de plans d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et action direct pour modifier le problème). certain auteurs le dénomment coping « vigilant » (Suls et Fletcher, 1985), d'autre l'appellent stratégie d'approche ou encore coping « actif ».

- **Le coping centré sur l'émotion** : Il vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. la régulation des émotions peut se faire de divers façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). (M.Bruchon-Schweitzer, 2002, P.357).

- **Le coping centré sur la recherche de soutien social** : La recherche de soutien social apparait comme une troisième stratégie générale. Elle correspond aux efforts du sujet qu'il établit afin d'obtenir la sympathie et l'aide d'autrui, il ne doit pas être confondu avec le réseau social ni avec le soutien social. Or ici il s'agit de tentatives affectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle. C'est donc bien une stratégie de coping qui précède l'activité du sujet et non une ressource simplement existante ou perçue. (H.CHabrol, S.Callahan, 2004, P .111).

2.7 L'efficacité des stratégies de coping

Les stratégies de coping sont efficaces si elles permettent à l'individu de maîtriser la situation stressante et/ou diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. Ceci implique que l'individu arrive à contrôler ou résoudre le problème, mais aussi qu'il parvienne à réguler ses émotions négatives et sa détresse (Lazarus & Folkman, 1984a, P.188).

Les premières recherches consacrées à l'efficacité relative aux stratégies de coping semblaient indiquer que les stratégies centrées sur le problème étaient plus efficaces que les stratégies centrées sur l'émotion.

Dans l'ensemble, des recherches récentes ont montré qu'un coping centré sur le problème réduisait la tension subie par l'individu en éliminant le stress. Le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et la dépression d'après plusieurs études.

L'efficacité des stratégies dépend des caractéristiques de la situation (la durée, la contrôlabilité du stress).

2.8 La mesure du coping

Il existe un nombre important d'outils élaborés pour mesurer les stratégies adoptées dans différentes situations qui servent à mesurer le coping et proposent des solutions communes à toutes les échelles.

Nous avons choisi de décrire quelques outils les plus utilisés, les plus connus, et ceux dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes ;

a - Ways of coping : D'après Lazarus et Folkman, le ways of coping checklist (WCCL) qui est devenu plus tard le ways of coping questionnaire (WCQ) visent à évaluer deux types de stratégies de coping : celle centrées sur l'émotion et celle centrées sur le problème.

Le WCCL, élaboré pendant les années 1970 dans le but d'encourager la recherche sur le stress et le coping ; était composé de 68 items de réponse type « oui/non », avec 40 items sur l'échelle de stratégies centrées sur le problème et 24 items concernant l'échelle de stratégies centrées sur l'émotion.

Vitaliano (1993) a proposé une modification du WCCL qui est aujourd'hui utilisé. Ce test propose 5 échelles de stratégies dérivées par les analyses factorielles : centré sur le problème, recherche de soutien social, autoblâme, prendre ses désirs pour des réalités et évitement. (H.CHabrol, S.Callahan, 2004, P .126).

b - Le coping Inventory for Stressful Situations : Endler et Parcker (1990), ont élaboré le coping Inventory for Stressful Situation (CISS).Ce test a été créé empiriquement et logiquement par une approche « multidimensionnelle »de l'évaluation de coping. Le questionnaire de 44 items, généré à partir des analyses factorielles, mesure 3 styles de coping : centré sur la tâche (19 items), centré sur l'émotion (12 items), centré sur l'évitement (13 items).

Les échelles « centrée sur le problème » et « centré sur l'émotion » semblent corrélérer avec les échelles correspondantes sur le WCQ, ce qui suggère une validité théorique. L'échelle « centrée sur l'évitement »correspond à l'échelle « recherche de soutien » sur le WCQ.

c - COPE : Le COPE est un test dérivé d'une théorie du coping. Elaboré par Carver et al. (1989) ; il a été élaboré à partir d'arguments théoriques, en intégrant les propriétés plus ou moins fonctionnelles du coping. Les auteurs commencé avec 11 domaines distincts, et les premières analyses factorielles en ont établit14 :Coping actif, planification, suppression des activités concurrentes, coping restreint , recherche de soutien pour information , recherche de soutien émotionnel, reformulation positive, acceptation , coping religieux, attention aux autres et expression des émotions, déni, désengagement comportemental, désengagement mental et désengagement par le biais des drogues/alcool.

Les alphas de ces sous échelles sont satisfaisants, sauf pour le désengagement mental implique un processus multidimensionnel et qu'il ne se prête pas facilement à la notion d'une constance interne. Par ailleurs, il y a très peu d'inter corrélations des sous-échelles.

Les auteurs ont comparé le COPE à un certain nombre d'échelles de personnalité ; les traits examinés étaient les suivants : L'optimisme, le contrôle, l'estime de soi, l'internalisation, l'anxiété et la désirabilité sociale. Le COPE fournit aussi un aperçu des réponses de coping de la personnalité, ce qui nous permet de comprendre la relation entre la personne et ses choix de coping. (H.CHabrol, S.Callahan, 2004, P. 127).

d - Le Coping Stratégies Questionnaire : Le(CSQ) est un outil qui propose un portrait très clinique des stratégies utilisées par le patient et il permet d'évaluer les changements à travers le temps au niveau des choix des stratégies.

L'outil original, élaboré par Rosentil et Keef a été largement critiqué parce que les qualités psychométriques n'étaient pas suffisantes pour certaines sous-échelles et pour sa longueur (42 items) ainsi que la formulation des items qui posait problème aux patient.

Leur analyse des 42 items originaux a donné lieu à une réduction radicale de nombre d'items. Les 23 items retenus sont coté sur une échelle likert de 7 points.

La nouvelle version de (CSQ) propose un outil rapide et efficace, surtout pour l'utilisation de coping dans les situations douloureuses telles que la douleur chronique. (H.CHabrol, S.Callahan, 2004, P .130).

Nous avons utilisé dans notre recherche, l'échelle de coping toulousaine de Sylvie Espabès, Florence Sordes-Ader et Pierre Tap.

2.9 La relation entre la santé et le coping

La relation entre la santé et le coping est un domaine très étudié en psychologie, et les chercheurs ont tendance à invoquer l'un des modèles suivants pour conceptualiser cette relation :

- La présomption que les stratégies de coping ont un effet claire et net sur les variables de santé (par exemple, la pression sanguine) ;
- Le coping a un effet indirect sur la santé dans la mesure où il provoque un changement sur un comportement qui porte sur la santé (par exemple, manger de manière équilibrée, consulter régulièrement un médecin, etc.) ;
- Les stratégies de coping modèrent ou bien apaisent le stress provoqué par un problème de santé.

Ainsi, les questionnaires créés pour ce domaine de recherche portent non seulement sur la situation spécifique, mais aussi sur la manière de conceptualiser la relation stress-santé (Parker et Endler, 1996).

L'approche de Klauer et al. (1989) distingue trois échelons de réponse qui ont été confirmés par des études empirique dans le contexte de la maladie :

- La cible de l'attention : elle serait dirigée, entre autres, vers la situation stressante ;
- La sociabilité : elle déterminerait si la personne recherche le soutien des autres ou non ;
- Le niveau de réponse permet de savoir si la personne mobilise des stratégies comportementales ou cognitives. (H.CHabrol, S.Callahan, 2004, P. 124).

Conclusion

L'apparition de la polyarthrite rhumatoïde est vécue par la femme comme une rupture du quotidien et de l'avenir, nécessitant une reconstruction, cette détresse oscillait entre les facteurs de stress, la réaction de l'entourage et les ressources destinées à faire face à cette maladie. D'où l'intérêt du concept de stratégies de coping, pour rendre compte des tentatives de la femme pour s'ajuster à la maladie et à différentes situations pouvant la rencontrer et avoir une connotation stressante pour elle.

Au cours de son existence, l'individu est exposé à de multiples situations qui peuvent menacer momentanément ou durablement son intégrité physique ou psychique. Parmi ces situations, on retrouve l'apparition d'une maladie chronique qui représente une expérience cruciale, marquant une rupture avec tout mode de vie antérieur, elle impose des changements dont l'individu doit mobiliser des ressources pour faire face à cette adversité, qui diffèrent d'un individu à un autre.

La polyarthrite rhumatoïde est un rhumatisme articulaire inflammatoire qui touche principalement les femmes, il se distingue des autres rhumatismes inflammatoires par son apparition brutale et insidieuse, ainsi que sa relation avec le système immunitaire. Cette maladie se caractérise par des gonflements et des raideurs des articulations qui conduisent peu à peu à leur destruction. La polyarthrite rhumatoïde est considérée actuellement comme une affection multifactorielle complexe. Relevant de facteurs biologiques, génétiques, immunologiques et psychologiques étant difficile à estimer. Cette maladie engendre des conséquences négatives du fait de l'handicap physique qu'elle entraîne, en réduisant les capacités du travail du sujet et en limitant son autonomie, sa vie conjugale se trouve potentiellement affectée, en terme de qualité des relations affectives et sexuelles. Ajoutant à cela, le bouleversement des relations au sein de la famille donnant naissance à un état de stress intense chez chacun de ses membres.

D'un point de vue psychosomatique, l'importance des facteurs émotifs dans le développement des maladies des articulations et des muscles squelettiques a été mise en évidence, particulièrement par Alexander qui insère la polyarthrite rhumatoïde parmi les maladies psychosomatiques classiques en supposant qu'elle est liée à un schéma dynamique spécifique caractérisé par un état chronique d'inhibition hostile, agressive, une révolte contre toute forme de

pression, qu'elle vienne du dehors ou de l'intérieur.(G.Trombini et F. Baldoni, 2005, P. 218).

D'un point de vue biopsychosocial, le stress est un phénomène complexe, il a été l'objet d'études, surtout dans les années 50, quand beaucoup de chercheurs s'intéressaient à l'influence des facteurs environnementaux sur le développement des troubles émotifs et corporels qu'il provoque. Les différentes études sur le stress ont mesuré les modifications corporelles qu'il provoque, mais également les aspects émotifs et les aspects comportementaux qui en dépendent. (G.Trombini et F. Baldoni, 2005, P. 132).

La persistance de l'atteinte douloureuse chez les polyarthritiques et la perturbation du schéma corporel, entraîne tout un ensemble de conséquences, colorées par une expression dépressive et anxieuse résultante de la perte de l'espoir de guérison. Imposant à la femme de faire face, face au déséquilibre ou aux perturbations occasionnées, notamment au niveau familial et social. La femme ne reste pas passive, mais tente de s'ajuster à la situation afin de limiter ses répercussions.

Le stress est actuellement reconnu pour être impliqué dans de nombreuses maladies, dans lesquelles il peut jouer le rôle que certains qualifient de permissif, d'autres comme déclencheur de la maladie.

Issu de la théorie du stress, le concept de coping a beaucoup évolué depuis les années soixante. En effet Freud (1933) et Haan (1974) le considèrent comme un mécanisme de défense réduisant la tension. Moos (1974) le définit comme une prédisposition relativement stable à répondre aux événements stressants.

Le concept de coping élaboré par Lazarus et Launier (1978), désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu

comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique.

Le coping dans la littérature scientifique française est connu sous le terme de stratégies d'ajustement, ses stratégies peuvent aussi bien consister en une activité qu'en un processus de défense. En effet, selon Steptoe, cité par Paulhan (1991) ; « les réponses déployées par l'individu pour faire face à des situations stressantes peuvent être de nature totalement cognitive ou affective, mais également revêtir des formes de comportements plus directs » (I. Paulhan, 1992, P. 546). Par exemple : affronter le problème, éviter...

L'hypothèse théorique la plus accréditée sur les stratégies de coping est actuellement celle développée par Lazarus et Folkman (1984). Selon ce modèle, qui a été qualifié de transactionnel, la relation entre coping et stress est décrite selon cette séquence :

- a) Un ou plusieurs événements stressants apparaissent dans un environnement particulier de la vie d'une personne ;
- b) Ces événements sont évalués d'un point de vue cognitif ;
- c) Une stratégie particulière de coping est choisie ;
- d) D'après l'adoption de cette stratégie, l'événement est réévalué afin de décider s'il en constitue encore une menace, un défi ou s'il est transformé en une condition favorable.

Ces stratégies sont réparties en trois types et dimensions ; stratégies focalisées sur le problème (réflexion et intervention), stratégies focalisées sur l'émotion (contrôle et expression de la détresse émotionnelle), stratégies focalisées sur la recherche du soutien social.

Concernant la revue de la littérature sur notre thème de recherche qui est la polyarthrite rhumatoïde, de nombreux chercheurs ont cherché à identifier les

stratégies de coping qui contribuent à préserver ou à améliorer l'état de santé des sujets polyarthritiques, et celles qui peuvent, au contraire s'avérer nocives. Les résultats des diverses études menées sur la question sont concordants : les stratégies de coping centrées sur l'émotion, passives ou évitantes sont généralement associées à un moins bon ajustement émotionnel que les stratégies d'ajustement centrées sur le problème. (B. Schweitzer et B. Quintard, 2001, P. 123).

Une étude menée par Manne et Zautra (1989) montre que les femmes polyarthritiques jugeant très insatisfaisant le soutien dispensé par leur partenaire, ont tendance à mettre en place des stratégies d'ajustement dysfonctionnelles (coping centré sur l'émotion). Au contraire, les femmes satisfaites du soutien que leur apporte leur conjoint élaborent d'avantage des stratégies de coping actives (coping centré sur le problème), beaucoup plus fonctionnelles. (B. Schweitzer et B. Quintard, 2001, P.122).

Dans notre recherche nous avons fait recours à l'approche transactionnelle de Folkman et Lazarus, qui fait partie de la théorie cognitivo-comportementale, parce que cette approche traite notre thème de recherche. Ce modèle transactionnel est basé sur une conception que chaque sujet n'est pas passif à des influences environnementales et biologiques, mais comme un organisme pensant et actif face aux situations, et qui interagit avec son environnement. Les processus transactionnels jouaient un rôle fondamental en modulant l'impact des situations éprouvantes sur l'état de santé ultérieur.

Notre rencontre avec les femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde s'est organisée dans le cadre d'une pré-enquête menée au sein de deux cabinets médicaux de rhumatologie à titre privé. Cette étape a été pour nous une étape qui nous a permis d'avoir plus d'informations sur les caractéristiques de notre

population d'étude, et de maîtriser l'application de nos outils, et notamment d'apporter des modifications à notre guide d'entretien.

Vu l'importance de l'impact de cette maladie sur la vie de la femme, nous tenons à contribuer par notre participation en apportant des réponses aux questions suivantes :

- Quelles sont les stratégies de coping utilisées par la femme atteinte de polyarthrite rhumatoïde ?
- Est-ce que le soutien social peut avoir un impact sur l'état émotionnel et fonctionnel des femmes polyarthritiques ?

Les hypothèses :

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

L'hypothèse générale

Nous nous sommes intéressées aux patientes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, qui est la variable indépendante, ces patientes utilisent des stratégies de coping qui représentent notre variable dépendante et qui sont des moyens utilisés pour faire face à cette maladie.

Les hypothèses partielles

La première hypothèse

Les femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde utilisent des stratégies de coping centrées sur le problème, qui est orienté vers l'action qui consiste à chercher des solutions adaptées à la maladie, comme la recherche de l'information médicale, la prise des médicaments. Des stratégies centrées sur l'émotion ou elles adoptent des stratégies qui ne modifient pas la situation mais

plutôt l'attitude envers la situation, il s'agit des tentatives de la femme de réguler les tensions émotionnelles comme le recours à la réévaluation de la situation stressante ou à l'évitement-fuite. Des stratégies centrées sur le soutien social qui consiste à demander l'aide et le soutien des autres, comme l'écoute et la reconnaissance.

La deuxième hypothèse

Le soutien social a des effets directs et indirects sur l'état émotionnel et fonctionnel de la femme. Un soutien social perçu comme insuffisant de la part des proches facilite le développement et le maintien des comportements douloureux chez les femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde. Cependant, celle qui perçoivent le soutien social comme adéquat ont un meilleur ajustement émotionnel, et élaborent des stratégies actives.

L'opérationnalisation des concepts :

- **La polyarthrite rhumatoïde :**

- Maladie rhumatismale inflammatoire chronique qui touche préférentiellement les femmes ;
- Elle est multifactorielle ;
- Elle cause des douleurs intenses ;
- Elle est caractérisée par des raideurs matinales pendant au moins une heure ;
- Elle engendre des déformations importantes des articulations ;
- Dans un stade avancé, elle crée un état d'handicap physique qui empêche la femme d'accomplir certaines tâches ;
- Elle entraîne des conséquences psychologiques comme l'anxiété, les troubles du sommeil...etc ;
- Elle engendre des perturbations de relation avec autrui.

- **Les stratégies de coping :**
 - Moyens utilisés pour faire face à une situation perçue comme menaçante ;
 - Elles visent à maîtriser ou réduire les effets de la situation ;
 - Elles peuvent être de nature positive ou négative ;
- **Le coping centré sur le problème :**
 - C'est un type de coping qui est dirigé vers l'action
 - Faire face, aller directement au problème ;
 - Rassembler les informations pertinentes et factuelles sur le problème ;
 - Élaborer un plan réaliste de résolution de problème ;
- **Le coping centré sur l'émotion :**
 - consiste à détourner l'attention de la source du stress ;
 - Vise à réguler l'émotion associée à l'événement stressant ;
 - tenter de donner une nouvelle signification à la situation afin de s'améliorer ;
 - Tendance à fuir le problème.
- **Le coping centré sur le soutien social :**
 - Consiste à obtenir la sympathie et l'aide d'autrui ;
 - Il s'agit d'un soutien moral, affectif ;
 - Il s'agit d'une recherche de conseil, d'information, d'aide matériel ;
 - Il concerne aussi un besoin de coopération, de travailler avec les autres.

Chapitre IV **Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.**

Introduction

La méthodologie en recherche clinique est simplement le moyen de tester les hypothèses, le plus souvent issues de la rencontre de travaux antérieures et d'idées originales (M. Bouvard et J. Cottraux, 2005, P. 7). Dans cette perspective, cette partie illustre les étapes mises en œuvre pour réaliser notre travail et vérifier nos hypothèses. Pour cela, nous avons subdivisé notre travail en trois axes : le premier axe définit les démarches de la recherche et la population d'étude ; le second axe est consacré à la présentation des techniques utilisées dans notre recherche ; le troisième axe a pour objectif l'analyse des techniques utilisées afin de répondre aux questions posées.

I. Démarches de la recherche et population d'étude

1. 1 La pré-enquête

Dans toute recherche, la pré-enquête est très importante, comme son nom l'indique, elle précède l'enquête et constitue à la fois une phase de rodage et une précaution nécessaire, elle est une reconnaissance du terrain et permet la formulation du guide d'entretien.

En effet on a débuté notre recherche de travail par une pré-enquête qui a été effectuée du 22 décembre 2014 au 22 janvier 2015 dans un cabinet médical de rhumatologie à titre privé à la daïra Akbou, et à partir de 2 Février jusqu'au 2 Mai 2015 dans un autre cabinet médical à la wilaya de Bejaia.

A travers laquelle nous avons eu la possibilité de rencontrer des femmes atteintes de la polyarthrite rhumatoïde. Cette procédure nous a été utile, car

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

nous avons effectué des entretiens cliniques préliminaires avec les femmes concernées et dégagé un certain nombre d'observations que nous qualifions de points communs entre elles comme par exemple le surinvestissement de la douleur au profil des déformations, la présence des traumatismes et d'un deuil dans leur vie, la culpabilité.

Les informations recueillies lors de la pré-enquête nous ont permis d'apporter certaines modifications dans l'élaboration de notre problématique et hypothèses, et aussi elles nous ont aidés à fonder notre guide d'entretien.

1.2 Le déroulement de la recherche

Pour mener notre recherche, nous nous sommes présentées au cabinet de rhumatologie pour avoir l'accord du médecin. Nous nous sommes présentées en tant étudiantes en master 2 psychologie clinique, ayant pour sujet des femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, et en lui expliquant le cadre dans lequel notre recherche va se dérouler.

Après son accord, nous avons commencé nos entretiens avec les femmes qui sont motivées et ont collaboré tout au fil des entretiens. Vu le nombre important des questions du guide d'entretien, nous avons jugé utile de répartir l'entretien en deux séances.

1.3 La méthode clinique

Pour atteindre les objectifs de notre étude et vérifier nos hypothèses, nous avons choisi la méthode clinique qui est conçue comme une pratique avant tout.

la méthode clinique se propose comme une démarche d'application, centrée sur l'analyse d'un cas concret, singulier, en s'appuyant sur plusieurs dispositifs comme l'entretien clinique et l'étude de cas qui permettent d'avoir des

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

informations dans une perspective exploratoire, afin d'effectuer un travail d'analyse, de réflexion à partir du discours des sujets. Tout en préservant le cadre déontologique relatif à cette démarche.

Le terme clinique regroupe un ensemble de techniques qui ont en commun de produire des informations sur la personne ou la situation posant un problème. Sa spécificité repose sur son refus d'isoler ces informations et sa tentative de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle (J. L. Pedinielli, 2012, P. 34-35). La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas.

Cette méthode est également définie par Daniel Lagache, 1949, comme « envisage la conduite dans sa perspective propre, relative aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet au prise avec cette situation, cherché à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, p. 11).

En somme, on peut déduire que la méthode clinique est une pratique pertinente qui repose sur le principe de singularité de l'individu dans sa langue, ses pensées, ses réactions, son histoire. En outre, il est impossible d'aborder ces éléments en niant leur contexte et la manière dont le sujet les saisit.

- **L'étude de cas**

Le mot étude désigne l'effort intellectuel orienté vers l'observation et la compréhension. Parler d'étude de cas implique que la singularité et l'originalité ne se suffisent pas à elles-mêmes, mais qu'elles doivent faire l'objet d'une action, d'une méthode pour les faire apparaître : étudier un cas, c'est bien le

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

découper parmi les autres, comme représentant d'une caractéristique, d'une essence, de lui faire subir une analyse (L. Fernandez et A. Bonnet, 2007, P.51).

L'étude de cas est au cœur de la méthodologie clinique, et les cliniciens y font souvent référence. Elle permet de décrire le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passées. (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, p. 126).

Dans la pratique, le recueil des éléments et leur interprétation s'opèrent en référence à l'histoire singulière de l'individu. Dans le domaine de la recherche ou de la théorie, l'étude de cas est un des moyens de constitution et de validation des hypothèses (J. L. Pedinielli, 2012, P. 65).

L'étude de cas se compose de deux temps : le recueil des informations et leur mise en forme.

-Le recueil des informations : porte sur la recherche des informations par des moyens standardisés permettant de comparer le sujet à une norme. Ainsi que l'écoute d'un sujet qui parle à son rythme, cette écoute porte sur le contenu manifeste mais aussi, elle est attentive aux ruptures, aux répétitions, incapacité à lier des sentiments, des faits, aux mécanismes de défenses...etc. (L. Fernandez et A. Bonnet, 2007, P.55-57).

-La mise en forme des informations : c'est un travail qui représente un exercice particulier, il s'agit d'interprétation du sens du discours du sujet. (L. Fernandez et A. Bonnet, 2007, P. 55-57).

1.4 Le lieu de la recherche

La partie pratique de notre travail a eu lieu au niveau du cabinet de rhumatologie à titre privé situé à Bejaia. Dans ce cabinet, on a pu se rapprocher

Chapitre IV **Démarches de la recherche et population** **d'étude, les outils et leur analyse.**

des femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde au cours d'une période de trois mois, entre le 2 Février au 2 Mai 2015.

Notre choix d'effectuer un stage dans un cabinet privé est justifié par la difficulté d'accès à la population dans les services hospitaliers. La polyarthrite rhumatoïde est une maladie qui ne nécessite pas une hospitalisation, sauf dans des cas graves, ou dans la coexistence d'autres maladies comme l'insuffisance rénale, les problèmes cardiaques, ou une intervention chirurgicale. Tout en certifiant l'existence de conditions et du cadre qui nous permettent d'effectuer le stage comme un bureau.

2. la population d'étude

Pour mener un entretien avec les femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde, on demande d'abord leur consentement suivant l'éthique de la recherche en psychologie clinique. Au cours de l'entretien, on pose les questions aux femmes puis on leur laisse la liberté d'exprimer à leur manière, et selon leur niveau d'institution. Notre intervention varie en fonction de leurs attitudes et de leurs aptitudes discursives. Afin d'avoir les informations, nous procédons à la clarification et à la reformulation des questions si elles sont mal comprises par les femmes.

2-1 La sélection de notre population d'étude

Notre population est composée de huit cas (8 cas) avec lesquels on a travaillé dans l'anonymat et en tenant compte des critères suivants :

Chapitre IV **Démarches de la recherche et population** **d'étude, les outils et leur analyse.**

- **Critères d'homogénéité retenus**

- Tous les cas sont à l'âge adulte, car à cet âge la personnalité des individus sera structurée, inamovible ;
- Tous les cas sont des femmes, car cette maladie touche principalement les femmes, ainsi que l'étude porte sur les femmes ;
- Tous les cas sont atteints d'une polyarthrite rhumatoïde.

- **Critères non pertinents de sélection**

- Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération, car cette maladie peut toucher toutes les couches sociales ;
- L'âge de l'atteinte pour la première fois de cette maladie n'était pris en considération lors du choix ;
- La phase de la maladie n'est pas prise en considération.

- **Tableau(I) : Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude**

Nom	Age	Profession	Situation matrimoniale	L'année de l'apparition de la maladie
Fadhila	53 ans	Sans emploi	mariée	1997
Fatima	47 ans	Sans emploi	mariée	2009
Mabrouka	52 ans	Sans emploi	mariée	1987
Louiza	25 ans	Sans emploi	mariée	2013
Hakima	47 ans	Sans emploi	mariée	2002

Chapitre IV **Démarches de la recherche et population** **d'étude, les outils et leur analyse.**

Saida	40 ans	Sans emploi	mariée	2007
Salima	50 ans	Agent d'administration	mariée	2005
Hassina	40 ans	Sans emploi	mariée	2006

Le tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés dans notre recherche, englobant l'âge, la profession, la situation matrimoniale et l'année d'apparition de la maladie. Concernant les prénoms des cas, nous avons tenus à les changer pour garder la confidentialité et conformer à la déontologie de la recherche en psychologie clinique.

II- Les techniques utilisées

Les techniques mises en œuvre dans notre pratique sur le terrain sont l'entretien clinique de recherche de type semi directif et l'échelle de coping Toulousaine.

L'entretien clinique

L'entretien clinique est un des outils privilégiés de la méthode clinique, il permet d'accéder à des informations subjectives témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet (L. Fernandez et A Bonnet, 2007, P.23).

L'entretien clinique de recherche est fréquemment employé comme méthode de production dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

aux informations subjectives des individus : biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc. (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, P.141).

Il existe différents types d'entretien qui se différencient sur ces points ;

- Le degré de liberté ;
- Le niveau de production ;
- Le niveau de complexité et de richesse ;
- Le niveau de précision de réponse. (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, P.143).

Le premier type est l'entretien clinique non directif, dont l'expression a été introduite par Carl Rogers qui conçoit une théorie de la personnalité qui intègre une tendance à l'épanouissement entravée par les obstacles extérieurs. Cette tendance d'épanouissement va se trouver libérer grâce à l'entretien non directif. Le chercheur pose une question de départ, puis il s'efface pour laisser parler le sujet, en l'encourageant, en observant ses réactions. Il s'agit toujours de chercher derrière le discours manifeste, le discours latent (M. F. Castarède, 2003, P. 92).

Le deuxième type est l'entretien directif correspond d'avantage au questionnaire dans lequel les questions sont préparées, ordonnées et posées de manière hiérarchisée. Il comprend des questions ouvertes où le sujet ne répond qu'à la question sans développer les réponses, des questions fermées où le sujet coche la ou les bonnes réponses (KH. Chahraoui et H. Bénony, 2003, P.143). Le troisième type est l'entretien semi directif qui est exigé d'être utilisé dans notre étude.

Chapitre IV **Démarches de la recherche et population** **d'étude, les outils et leur analyse.**

1-1 l'entretien semi directif

Il s'agit d'un compromis entre l'entretien directif et l'entretien non directif, l'enquêteur construit préalablement une grille de thèmes à aborder avec le sujet. L'entretien est dirigé au minimum, le sujet est libre d'aborder les thèmes qu'il veut. Il ne doit pas se sentir privé de son initiative, ni de sa liberté d'expression. Les objectifs poursuivis sont expliqués au sujet au début de l'entretien. Le chercheur invite le sujet à parler de chacun des thèmes préétablis, il intervient peu et de la manière la plus neutre possible. Ne posant que quelques questions, si les points qu'il souhaite éclaircir ne sont pas directement abordés par le sujet, pour lui faire préciser sa réponse, approfondir certains éléments (A. Leplège et coll. 2001, P. 125).

1-2 l'attitude du clinicien

Le clinicien doit se situer dans une position de neutralité bienveillante, ce qui signifie que son avis ou ses jugements ne doivent pas intervenir, que son attitude ne doit être ni rigide, ni distante. Par ailleurs, ses interventions ne doivent pas avoir d'effets préjudiciables, ses réactions émotionnelles ne doivent pas peser sur le déroulement de l'entretien (J. L. Pardinielli, 2012, P.41).

1-3 Le guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien, il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. (KH. Chahraoui

Chapitre IV **Démarches de la recherche et population** **d'étude, les outils et leur analyse.**

et H. Bénony, 2003, P. 144).

Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, ainsi d'une série de questions auxiliaires afin de recueillir des informations utiles comme l'âge, la profession, la situation matrimoniale...etc.

Il est nécessaire que ce guide soit bien intégré avant la réalisation de l'entretien, une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour qu'elles soient adaptées au sujet ou au contexte de l'échange.

En ce qui nous concerne, notre guide d'entretien est composé de 3 axes

- Informations personnelles

- - Quel est votre âge ?
- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- Avez-vous des enfants ? si oui, combien ?
- Quel est votre niveau d'instruction
- Travaillez-vous ? si oui quelle profession ?

Axe I : Informations concernant la maladie

Notre objectif dans cet axe est d'avoir des informations concernant la maladie, ses complications ainsi que les antécédents familiaux.

- Depuis quand que vous êtes malades ?
- Avez-vous souffert d'une maladie dans votre enfance ou avant que vous soyez atteinte de la polyarthrite rhumatoïde ?
- Quels types de soins avez-vous subi ?
 - ✓ Uniquement des médicaments ;
 - ✓ La rééducation fonctionnelle ;
 - ✓ Intervention chirurgicale ;

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

- ✓ Un accompagnement psychologique
- Avez-vous des complications de cette maladie ?
- Avez-vous d'autres maladies à part cette maladie ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé suite à cette maladie ?
- Avez-vous quelqu'un de vos proches qui souffrent de la même maladie ?
- Est-ce que vous suiviez les traitements et les consignes indiqués par le médecin ?

Axe II : Informations concernant la perception de la maladie et ses conséquences

Notre objectif dans cet axe est de cerner la représentation que fait la patiente de sa maladie, ainsi que la qualité de la relation qu'elle entretient avec son entourage.

- Que pensez-vous de cette maladie ?
- Selon-vous votre maladie est due à quoi ?
- Qu'est-ce que cette maladie a suscité chez vous ?
- Comment représentez-vous votre corps ?
- Avez-vous des difficultés de sommeil ?
- Avez-vous déjà vécu des événements traumatiques ou des pertes ?
- Cette maladie a-t-elle engendré des perturbations de relation avec votre conjoint, notamment sur le plan sexuel ?
- Est-ce que cette maladie a engendré des perturbations de relation avec votre entourage ?

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

- Cette maladie a-t-elle influé votre vie quotidienne ou professionnelle ?
- Ressentez-vous de la fatigue lors de certaines activités à cause de la douleur ?
- Quelles sont vos préoccupations par rapport à votre santé ?
- Quelle est votre vision du futur ?

Axe III : Informations concernant les stratégies de coping employées face à cette maladie

Cet axe nous aide à identifier les stratégies de coping élaborées par les patientes pour faire face à la maladie.

-Cognitive

- Vous savez que cette maladie peut avoir des complications plus tard, qu'est-ce que vous en pensez ?
- Est-ce que vous pensez sur les choses susceptibles de vous aider pour faire face à votre maladie ?
- Est-ce que vous évaluez vos dispositions et vos insuffisances pour faire face à la maladie ?
- Est-ce que vous pensez de vous déplacer à l'étranger en raison de soins ?

-Le comportement

- Lors de l'annonce du diagnostic comment vous avez réagi ?
- Lors de douleurs insupportables, comment vous vous comportez ?
Est-ce que vous évitez de faire des activités jugées utiles pour vous soulager ?
- Est-ce que vous engagez une activité reposante en réponse à la

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

douleur ?

- Est-ce que vous faites le sport pour protéger votre tenue du corps ?
- Est-ce que vous augmentez la consommation des antalgiques ?

-Les émotions

- Sentez-vous capable de faire face à cette maladie ?
- Est-ce que vous réglez vos émotions pour ne pas vous paniquez ?
- Est-ce que vous priez dieu pour que la maladie disparaisse ?
- Est-ce que vous vous culpabilisez ?
- Est-ce que vous accusez les autres d'être responsables de votre maladie ?
- Est-ce qu'il vous arrive d'être agressive à l'endroit des autres ?
- Est-ce qu'il vous arrive de vivre des moments d'anxiété et de tristesse ?
- Est-ce qu'il vous arrive de penser que cette maladie n'est pas chronique ?

• Le soutien social

- Est-ce que vous recherchez des informations sur cette maladie ?
- Est-ce que vous vous renseignez au sujet de vos traitements et de leurs effets indésirables ?
- Eprenez-vous le besoin de partager vos émotions avec quelqu'un, d'être écoutée ?
- Sentez-vous que vous êtes soutenu et compris par les membres de votre famille dans tout ce qui vous arrive ?

Chapitre IV **Démarches de la recherche et population** **d'étude, les outils et leur analyse.**

- vers qui vous tourner pour vous soutenir et s'occuper de vous quoi qu'il arrive ?
- Êtes-vous satisfaite du soutien que vous receviez ?

Remarque

Si la patiente a anticipé spontanément sur des réponses à des questions prévues par nous psychologues, nous éviterons de les poser ultérieurement.

2. l'échelle de coping Toulousaine de Sylvie Esparbès, Florence Sordes-Ader et Pierre Tap

2-1 Définition

Le test de coping Toulousaine est un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer la façon dont les individus font face et réagissent à une situation stressante, il est composé de 54 items.

2-2 Historique

Le recensement des travaux sur le coping met en évidence une évolution quantitative (nombre) et qualitative (nature) des dimensions proposés pour décrire ce processus.

Pour Lazarus et Folkman(1984), le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre, deux dimensions interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques :

- ✓ une focalisation sur le problème (réflexion et intervention)
- ✓ une focalisation sur les émotions (contrôle et expression de la détresse)

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

émotionnelle causée).

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésés par les tensions auxquelles elles sont confrontées. A la différence des auteurs précédents, ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions. La première fait référence aux tentatives pour changer la situation (éliminer les sources de tension), la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation du stress (réduire l'impact de l'événement par la signification), et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de détresse (gestion de stress) ; d'autres auteurs (Billings et Moos, 1981 ; Seiffge-Krenek, 1984) proposent aussi un modèle à trois dimensions.

Par contre, Carver, Scheier et Weintraub (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies. Dans un souci de compréhension, nous les avons regroupées selon cinq champs comportementaux (résolution de problème et retrait comportemental), le champ cognitif (stratégie de planification), le champ émotionnel (débordement, envahissement des émotions), les mécanismes de défense (dénier, additivité) et les rapports sociaux (stratégies de demande d'aide). Ces auteurs ont proposé une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux (behavior), informationnel (cognitif) et affectif (émotion).

2-3 La construction

Cette échelle permet une passation individuelle mais aussi collective. Elle est composée de 3 champs : l'Action (champ conatif), l'Information (champ cognitif) et l'Emotion (champ affectif) dont l'articulation permet l'émergence

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

de six stratégies (Focalisation, Support Social, Retrait, Conversation, Contrôle et Refus), chaque champ est constitué de 6 dimensions et chaque stratégie comprend 3 dimensions. L'échelle est donc constituée de 18 dimensions. Chaque dimension est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle en cinq points.

2- 4 Présentation des stratégies

- **La focalisation active et cognitive** : implique de se concentrer sur le problème et sur les modes de résolution. La focalisation affective (émotionnelle) implique en fait l'envahissement d'émotions spécifiques (agressivité et culpabilité).

- **Le support social** : implique une demande d'aide en terme cognitif (conseils, informations) ou affectif (besoin d'écoute et de reconnaissance). Il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme moyen de lutte contre le stress.

- **Le retrait** : le sujet se replie sur lui-même, essaie de ne pas penser au problème en se réfugiant dans le rêve ou dans l'imaginaire ou en adoptant des conduites de compensation (nourriture, drogue, tabac, médicaments...).

- **La conversion** : implique le changement, la transformation des comportements, des positions cognitives (acceptation) ou des valeurs (se tourne vers Dieu, se donner une philosophie de vie, plaisanter sur le sujet).

- **Le contrôle** : implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements ou des activités et la contention des émotions.

- **Le refus** : le sujet fait comme si le problème n'existait pas, il se distrait

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

en faisant quelque chose de plus agréable. Il a des difficultés à décrire ses émotions

2-5 L'administration

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test. Après les remarques introductives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les instructions de la première page, pour son compte personnel et en prenant son temps. La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence aux consignes du test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1(pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage). Dans notre recherche nous allons passer cette échelle individuellement.

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. L'administration de ce test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées.

III- L'analyse des techniques utilisées

1- Les données de l'entretien clinique

I. La santé physique

1. La santé antérieure (l'enfance) et actuelle (facteurs héréditaires) et complications de la maladie ;
2. Les évènements importants et relation entre le trauma et quelques

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

maladies ;

II. la confrontation de la maladie

1. La perception de la maladie ;
2. La vie relationnelle de la femme ;
3. La représentation du corps et vie sexuelle de la femme.

III. Les stratégies de coping

1. Les stratégies d'ajustement de la femme (cognition, comportement, émotion) ;
2. La qualité et l'importance du soutien social

2. Analyse de l'échelle de coping Toulousaine

- La notation

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement 1 en suivant les phrases de 1 à 54 dont l'ordre du test. Ensuite 5 types de notes finales sont possibles, au choix :

Avec la feuille de dépouillement 1, on obtient :

1) Une note par dimension : c'est la somme des 3 phrases constituant la dimension. Il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (ex : pour la dimension A : additionner les scores obtenus au phrases 1, 19,37).Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisés par un individu dans une situation donnée .Ce sont les réponses les plus « fines » de l'échelle.

2) Une note par champ : c'est la somme des 6 dimensions constituant le champ(cas blanche non grisée).Il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la cas appropriée(ex : pour le

Chapitre IV

Démarches de la recherche et population d'étude, les outils et leur analyse.

champ Action : additionner A,B,C ,D,E,F et inscrire la somme dans la case total).

Ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée du sujet dans les 3 champs.

3) Une note générale de coping : c'est la somme des 3 notes des 3 champs, il suffit de rapporter la note dans la case Total G.

4) Une note de coping positif et une note de coping négatif : Il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées Positif, Négatif et dans les cases blanches. En faisant la somme des 9 dimensions positives du coping, on obtient une note de coping positif qu'il suffit d'inscrire dans la case Total de cette ligne (il en est de même pour le coping négatif).

Avec la feuille de dépouillement 2, on obtient :

1) Une note totale par stratégie : Il suffit de rapporter par ligne (ex : Action A,B,C,D,E,F) les notes obtenues aux dimensions (feuille de dépouillement 1), de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement 2 et de faire la somme par ligne (ex : Focalisation : additionner A,G,M). On obtient ainsi une note pour chaque stratégie.

Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée. (S. Sylvie et col, 1989, P.90-99).

Conclusion

Tout travail scientifique exige de suivre une méthodologie rigoureuse permettant de répondre aux questions posées, ainsi que vérifier les hypothèses élaborées. Pour cela, il est important de définir les différentes démarches suivies, et les techniques de recueil de données pour procéder à leur analyse.

Chapitre IV **Démarches de la recherche et population**
d'étude, les outils et leur analyse.

Introduction

Ce chapitre sera consacré dans son ensemble pour la présentation et l'analyse des résultats obtenus, à partir des entretiens cliniques semi directifs qu'on a effectué avec nos huit cas cliniques, en se basant sur leur propos ; nous procédons aussi à l'analyse des résultats de l'échelle de coping.

1. Cas Fadhila**1. Les données de l'entretien clinique**

Fadhila âgée de 53 ans, elle a une taille moyenne, voilée, brune aux yeux marron. Elle est l'aînée d'une fratrie de six garçons, mariée, mère de cinq enfants, femme, illettrée. Fadhila est une femme discrète, réservée, sa voix est à peine perceptible. Au début elle s'est montrée hésitante, mais elle a fini par coopérer au fil de l'entretien.

I. La santé physique**1. La santé antérieure (enfance) et santé actuelle**

L'enfance de la patiente a été marquée globalement par une bonne santé. A l'âge de 35 ans, après l'accouchement de sa dernière fille, elle a eu des douleurs insupportables au niveau des mains, qu'ils l'ont obligé de consulter immédiatement le médecin, qui fait le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde. En 2000, elle découvre qu'elle est également atteinte d'un autre rhumatisme dégénératif qui est la sciatique. En 2012, elle a subi une intervention chirurgicale pour ablation du goitre.

2. Le facteur héréditaire et complications de la maladie

Selon la patiente, sa maladie a pour cause le facteur génétique car sa mère est aussi atteinte de la même maladie.

Fadhila déclare qu'elle ressent une fatigue importante lors du moindre effort qu'elle fournit, ainsi qu'elle ne peut pas saisir des objets avec ses mains. Elle signale également qu'elle souffre de brûlures dans l'estomac, et d'incontinence urinaire suite à la prise de médicaments. Ajoutant à cela, qu'elle est devenue nerveuse, elle se stresse souvent sans la moindre raison, elle souffre des insomnies et d'une fatigue permanente, surtout avec la survenue des déformations.

3. Les évènements importants et relation entre le trauma et quelques maladies

Au cours de l'entretien la patiente n'a pas vraiment parlé d'évènements traumatisants, pouvant être les causes de ses maladies. Elle déclare qu'elle a épousé à un âge précoce un homme qui est pauvre, et qui était responsable de ses frères. Trois ans après le mariage, la belle-mère de Fadhila décéda, cet événement l'a beaucoup affecté car elle l'a considéré comme sa propre mère.

II. La confrontation à la maladie

1. La perception de la maladie

Fadhila déclare que la polyarthrite rhumatoïde est une maladie pénible, et nécessite que la personne atteinte dispose de moyens matériels, pour la vaincre car elle est couteuse, elle dit ; « j'ai perdu tout mon argent dans les analyses et les radios, alors que je suis pauvre »¹. Elle était obligée de faire des travaux forcés pour aider son mari et se soigner, en déclarant ; « je travaille plus que ma santé me permette, je fais la couture toute la nuit »². Cette maladie a influé le psychisme de la patiente.

روحن اذرمنو الكل ف لي زاناليز ذلي راديو او نكي تراولييث 1
خدمغ كثر ترمرو توت لا نوي ذنك تخطف 2

Concernant les préoccupations de la patiente par rapport à sa santé, elle avoue que les déformations lui font peur, elle craint de devenir handicapée complètement, de devenir un fardeau quand ses filles vont se marier.

Par rapport à l'avenir, elle exprime son incertitude en disant ; « je ne sais pas, nous sommes des malades, que dieu soit avec nous »³.

2. La vie relationnelle de la femme

Durant l'entretien, Fadhila parle de sa famille avant de tomber malade et après la maladie. Quand elle a évoqué sa mère, elle l'a décrit comme méchante et que des fois elle éprouve de la rancune envers elle. A l'âge de dix-sept ans, ces parents ont arrangé son mariage avec un homme qu'elle n'a jamais connu. Ce comportement est justifié par l'évitement du déshonneur qu'elle peut ramener à sa famille, si elle noua une relation libre avec un homme.

Après le mariage, elle se trouve confrontée à la pauvreté et aux mauvaises conditions de vie, ainsi qu'au caractère de son mari qui est un homme rigide, incompréhensif, et dominant. Concernant sa relation avec ses filles, elle a une bonne relation avec elles, pour ne pas être comme sa mère, elle justifie ; « pourvu que je ne sois pas comme elle »⁴.

3. La représentation du corps et vie sexuelle de la femme

Fadhila décrit son corps comme déformé, et elle déclare qu'elle ne doit pas vivre dans un corps pareil, en disant ; « je me demande pourquoi dois-je vivre dans un corps déformé »⁵.

Concernant sa vie sexuelle, la femme, selon elle, est faite pour conformer au plaisir de l'homme. Elle dit qu'elle n'a jamais connu l'orgasme, et que ce sujet

³ از رغا اقلاغ ذمطان اذل ربي ذذنگ

⁴ باش كن اتلغرا امتناث

⁵ قرغاس اواشو اعشغ ق لكور اعوجن

est tabou. Elle était submergée par un sentiment d'infériorité, et qu'elle a peur d'exprimer ses désirs devant son mari qui est rigide.

III. Les stratégies de coping

1. Les stratégies d'ajustement de la femme (cognition, émotion, comportement)

L'évaluation cognitive de la polyarthrite rhumatoïde, sert à déterminer le défi qu'elle représente sur le bien-être et sur les moyens de soins de Fadhila. Les croyances religieuses de la patiente interviennent comme modératrices de l'acceptation et l'adaptation à cette maladie, elle disait ; « c'est le dieu qui peut me guérir »⁶. Cette expression rend compte des ressources jugées insuffisantes pour faire face à la maladie.

L'évaluation de la polyarthrite rhumatoïde par la patiente, laisse émerger des stratégies de coping centrées sur les émotions, justifiées par une détresse émotionnelle, surtout lorsqu'elle pense au manque de moyens matériels. Fadhila est une femme qui est discrète, qui n'aime pas partager avec les autres ses émotions, pour qu'elle ne soit pas mal vue surtout par son mari.

Quant aux stratégies de coping centrées sur le problème, elles sont argumentées par l'observance des médicaments, l'application des massages à l'huile d'olive. Elle a cherché si elle peut bénéficier de soins gratuits auprès des services de l'assurance sociale.

2. La qualité et l'importance du soutien social

Le soutien que la patiente a reçu est d'ordre émotionnel, elle se contente sur ses filles qui la soutiennent et font leur mieux pour la voir heureuse. Cette femme valorise le regard de ses filles et d'autres amies, qu'elle qualifiait comme levant la dévalorisation injustement ressentie au contact de son mari. Ce type de

⁶ ذربي كان اريسجن

soutien a poussé la patiente à s'estimer malgré sa déformation, ainsi qu'à surmonter le stress qu'elle ressent.

2. Analyse de l'échelle de coping Toulousaine

- **Présentation des résultats de l'échelle**

Tableau (I) : La feuille de dépouillement n°1

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	5	1	2	2	5	4	4	2	4	2	4	4	3	5	2	4	4		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	4	5	2	1	5	4	2	2	1	2	2	5	2	4	1	5	1	5		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	5	1	1	2	3	1	5	3	2	4	1	4	1	3	5	2	3	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	To tal	Total . G
Action	14			5			11			10			7			9			57	167
Information		11			10			9			5			10			8		53	
Emotion			4			10			5			13			11			14	57	
Positif	14	11		5				9	5		5					9	8	14	80	
Négatif			4		10	10	11			10		13	7	10	11				86	

D'après ce tableau de la feuille de dépouillement n°1, Fadhila a eu une note totale de (167) des champs et une note (86) de coping négatif (centré sur les émotions), ajoutant une note de coping positif (centré sur le problème) qu'est (80), et une note(53) de soutien social.

Tableau (II) : La feuille de dépouillement n°2

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 14	G 8	M 11	33
Support social	B 5	H 11	N 14	30
Retrait	C 11	I 10	O 4	25
Conversion	D 10	J 9	P 10	29
Contrôle	E 7	K 5	Q 5	17
Refus	F 9	L 10	R 13	32

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note de (33) de focalisation, suivit d'une note de refus qu'est(32), et une note (30) de support social, une note(29) de conversion, suivant d'une note (25) de retrait, et enfin une note de (17) concernant contrôle.

- **Analyse des résultats de l'échelle :**

On a pris 13 minutes pour remplir l'échelle de coping concernant le cas de Fadhila.

D'après les résultats obtenus à partir de premier tableau, on trouve que Fadhila utilise les stratégies de coping négatives (centré sur l'émotion), justifiées d'une note (86). Ce type de coping laisse Fadhila envahie dans ses émotions (item n°51), elle ne peut pas contrôler ses émotions (item n°27).On peut expliquer cette stratégie par la note des dimensions : une note élevée de stratégie de refus(32), et une note (25) de retrait.

Et le coping positif (centré sur le problème), elle a une note(80), et c'est expliquer par la note de focalisation (33), suivant de la note de support social(30), et une note de conversion(29), et à la fin une note de stratégie de contrôle (17).et à la fin la note de(53) concernant le soutien social.

D'après le deuxième tableau Fadhila utilise beaucoup ;

- ✓ Focalisation active avec une note de (14) : j'attaque le problème de front (item n°19), je vais directement au problème (item n°37) ;
- ✓ Support social émotionnel avec une note de (14) :j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens (item n°18), je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété (item n°36) ;
- ✓ Alexithymie (13) justifier par sa réponse quelle trouve des difficultés d'utiliser des mots pour décrire ce qu'elle éprouve face à une situation difficile (item n°12).

Résumé du cas Fadhila

À partir de l'analyse et l'interprétation des résultats de l'entretien et de l'échelle, nous déduisons que Fadhila qui est notre premier cas est stressée, elle a exprimé ses peurs et ses inquiétudes sur son futur surtout lorsqu'elle pense aux mauvais moments qu'elle a vécu, et à sa déformation qui l'a empêché de maintenir une vie normale. Mais en tant que mère, elle montre son optimisme et son courage de vivre et voire ses filles mariées, malgré sa peur de finir seule. Ce qui a modulé son ajustement. Donc, elle a utilisé le coping centré sur l'émotion d'un score de (86), et le coping centré sur le problème d'un score de (80).et à la fin le soutien social avec un score de (53). Ce soutien social est d'ordre émotionnel, permettant à Fadhila de s'estimer et de surmonter son stress.

2. Cas Fatima**1. Les données de l'entretien clinique**

Fatima âgée de 47 ans, elle est d'une taille moyenne, voilée, brune aux yeux noirs. Mariée, mère de cinq enfants ; trois filles et deux garçons, femme au foyer, illettrée. C'est une femme sociable, elle exprime sans hésitations ni complexes, ce qui démontre sa richesse de représentations.

I. La santé physique**1. La santé antérieure (enfance) et santé actuelle**

Durant l'enfance, Fatima a souligné la présence d'angines répétitives. A l'âge de 20 ans, elle a souffert d'une allergie chronique qui a compliqué son cas vers la chute de ses poils. En 2007, elle a subi une intervention chirurgicale de vésicule biliaire. En 2009, elle a présenté une polyarthrite rhumatoïde apparut après l'accouchement de sa dernière fille âgée de 6 ans actuellement. Cette maladie chez elle a coïncidé avec sa ménopause prématurée à l'âge de 41 ans. En 2013, elle a subi une autre intervention chirurgicale pour l'ablation du goitre.

2. Le facteur héréditaire et complications de la maladie

Fatima est la seule dans sa famille à être atteinte de la polyarthrite rhumatoïde, ce qui exclut le facteur héréditaire.

Concernant les complications de la maladie, la patiente présente une anémie sévère, une fatigue importante qui l'a empêché d'accomplir les activités quotidiennes, et des insomnies fréquentes.

3. Les évènements importants et relation entre le trauma et quelques maladies

Fatima a souligné qu'elle a perdu son fœtus au septième mois, lors de sa première grossesse. Cet évènement l'a bouleversé profondément ; d'une part, sa privation d'être mère, d'autre part, sa frayeur par la scène médicale lors du curtage, elle réclame ; « j'ai perdu mon fils, et j'étais choquée par la vue de la table de la salle d'accouchement, j'ai vu l'enfer avec les forceps »¹. Quelques mois après, les symptômes d'allergie ont commencé à apparaître, qu'elle qualifie comme consécutifs aux effets indésirables des médicaments qu'elle a pris suite à la fausse couche. Elle a relaté aussi qu'elle a perdu sa mère qui est sa source d'étayage depuis 3 ans, elle proclame ; « je ne compte que sur ma mère, et la voilà morte »², et l'atteinte de sa sœur aînée par le cancer depuis du sein depuis un an a amplifié sa souffrance.

I. La confrontation de la maladie

1. La perception de la maladie

La patiente a évoqué que la polyarthrite rhumatoïde est une maladie chronique à cause des douleurs qu'elle provoque. Elle pense que sa maladie est due aux effets des médicaments antiallergiques qu'elle consomme.

خسرغ امي يرنا خلغغ امي زريغ لاطابل تخامت تراوٹ زريغ جهنم ذ يكرشين¹
افيمما كان اتكلغ اتان ثموٹ²

Ce qui est discerné chez Fatima, c'est la signification positive qu'elle a donné à sa situation, en le considérant comme la moins dangereuse par rapport à d'autres maladies comme le cancer par exemple. Concernant les préoccupations de la patiente par rapport à sa santé, elle exprime sa crainte de la déformation de ses articulations, ou l'apparition d'autres maladies suites aux effets des traitements.

Par rapport au futur, Fatima anticipe de vivre assez longtemps, pour élever sa dernière fille. Ainsi qu'elle exprime son espoir de guérir en disant ; « je suis sûre qu'ils vont trouver un jour un traitement pour cette maladie »³. On souligne que Fatima a un optimisme dispositionnels.

2. La vie relationnelle de la femme

Durant l'entretien, Fatima nous a parlé de sa famille ; elle était gâtée chez ses parents. Elle a épousé son cousin orphelin par amour, bien qu'il fût pauvre, et sans qu'elle sache qu'il était toxicomane. Après le mariage, elle découvrit cette accoutumance et a vécu beaucoup de conflits, puisque il la frappe et abandonne la maison durant des jours, elle le comprend et le soutient car elle l'aime, en disant ; « bien qu'il se drogue et me frappe, je l'aime, il est le père de mes enfants »⁴. Ainsi qu'il ne la jamais privé de ses droits. Concernant ses enfants, elle dit qu'ils sont obéissants et qu'ils sont source de sa joie.

3. La représentation du corps et vie sexuelle

Fatima semble accorder une importance particulière à sa féminité et son corps, en disant ; « j'aime porter des belles robes, la femme doit attirer son mari pour qu'il ne regarde pas ailleurs »⁵.

À propos de sa vie sexuelle, elle note qu'elle était satisfaite de cette dernière, et qu'elle a eu accès au plaisir malgré tout, en déclarant ; « il m'a procuré le goût

³ سورينغ باش ادافن يقاس دوا الهلاکي

⁴ خاس اکن اندروقي يکائي معنی تحبغت ذنتا آداباس ندریاو

⁵ تحبغ اذلسغ ثقتنديار اشبحن ثمطوث الاق ادجبذ ارقازس اکن ايخزرارا اند نطن

de la vie, des enfants, et le sentiment d'être une femme »⁶. Mais elle réclame que sa ménopause prématurée et ses complications de sécheresse vaginale dont elle souffre l'ont privé d'une part du plaisir, et ont diminué la qualité et la fréquence de ses rapports.

II. Les stratégies de coping

1. Les stratégies d'ajustement de la femme (cognition, émotion, comportement)

La réaction de Fatima à l'annonce du diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde est marquée par une certaine indifférence, à cause de son ignorance de la maladie et de ses complications en disant ; « je n'ai jamais entendu sur cette polyarthrite, ni de déformations, ce qui m'embarrassé c'est la douleur »⁷. Cette expression témoigne l'absence des connaissances préalables chez la patiente sur cette maladie.

Sa préoccupation par le soulagement des douleurs explique chez elle l'utilisation des stratégies de coping basées sur le problème, manifestées par l'observance des médicaments, la visite des hammams, elle s'est même tournée à la médecine alternative par les herbes. Fatima se décrit comme une patiente qui s'autocontrôle, ce qui lui a permis de réfléchir sur les moyens à mettre en œuvre pour éviter les complications de la maladie. Pour cela, elle pense que l'orientation vers les achats et les balades peuvent être des facteurs de protection, en disant ; « j'aime acheter des vêtements, de la vaisselle, les personnes joviales ne tombent pas malades »⁸.

Néanmoins, les stratégies de coping centrées sur les émotions ont également leur part, Fatima décrit des crises de larmes lors de l'échec de ses tentatives de

⁶ يفكاييد لبنة ندونيث سعيغد يذس داريا اتحسغ بلي تمطوث

⁷ قلعمر و اسلغ سلابوليرتريتي نغ سعوج اغسان اين ايجنن ذقرا ح

⁸ تحبغ ادغغ لقش لقلول لعبذ از هوانين اهلكنرا

soulager sa douleur, ces crises selon elle, visent à réduire le degré de son anxiété en disant ; « quand je pleure je me sens à l'aise »⁹.

2. La qualité et l'importance du soutien social

Le soutien social chez Fatima est d'ordre informationnel et émotionnel, elle cherche des informations au sujet de sa maladie, et des traitements disponibles auprès du médecin, elle disait ; « pour que je sache ce qui m'attend »¹⁰. Donc, cette recherche d'informations soulage la préoccupation de Fatima quant à l'évolution défavorable de sa maladie. Ainsi que la sympathie et l'encouragement de ses filles et de sa sœur aînée, ce qui l'a aidé à contrôler son stress lié aux préoccupations concernant sa maladie, Le soutien que Fatima a reçu a un rôle essentiel dans l'adaptation de Fatima à sa maladie, voire d'optimiser la survenue de déformations chez elle. Donc le soutien social chez Fatima a joué le rôle d'une ressource disponible facilitant le coping.

2. L'analyse de l'échelle de coping Toulousaine

• Présentation des résultats de l'échelle

Tableau (I) : La feuille de dépouillement n° 1

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	5	1	2	1	5	5	4	5	5	4	5	4	3	4	4	3	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	5	4	4	4	2	4	4	1	5	4	1	2	1	3	1	4	5		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	4	5	1	4	4	1	3	5	4	3	4	2	1	2	3	4	4	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL.G
Action	14			10			12			13			7			9			65	199
Information		15			9			14			12			6			11		67	
Emotion			6			8			10			8			10			15	67	
Positif	14	15		10				14	10		12					9	11	15	110	
Négatif			6		9	8	12			13		8	7	6	10				79	

⁹ امرتروغ تفغ امنو

¹⁰ باش اذعلمغ داشو ايتراجن

Ce tableau de la feuille de dépouillement n°1, montre que Fatima a eu une note totale de (199) des champs et une note (110) de coping positif (centré sur le problème), ajoutant une note de coping négatif (centré sur les émotions) qu'est (79).et (67) de soutien social.

Tableau (II) : La feuille de dépouillement n°2

Champs Stratégies	I ACTION		II INFORMATION		III EMOTION		Total
Focalisation	A	14	G	11	M	10	35
Support social	B	10	H	15	N	15	40
Retrait	C	12	I	9	O	6	7
Conversion	D	13	J	14	P	8	35
Contrôle	E	7	K	12	Q	10	29
Refus	F	9	L	6	R	8	23

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note de (40) de support social , suivant d'une note de focalisation et conversion qu'est(35), une note(29) de contrôle, suivant d' une note (23) de refus, et enfin une note de (7) concernant retrait.

- **Analyse des résultats de l'échelle**

On a pris 15 minutes pour remplir l'échelle de coping concernant le cas de Fatima.

D'après résultats obtenu par l'échelle de coping toulousaine, on trouve que Fatima utilise les stratégies de coping positives, qui est celui de stratégie centrée sur le problème, avec un score de(110).

Et le coping négatif (centré sur l'émotion), elle a une note(79), expliquée par la note des dimensions : une note de refus(23), et une note(7) de retrait, et enfin une note(67) de soutien social.

A partir le deuxième tableau Fatima utilise beaucoup plus ;

- ✓ Support social informationnel avec une note(15) : Je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecines...) (item n°2), je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.
- ✓ Acceptation avec une note (14) : J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème (item n°44), j'accepte le problème s'il est inévitable, (item n°8).
- ✓ Conversion comportementale avec une note(13) : Je change ma façon de vivre (item n°10).

Résumé du cas Fatima

On note que Fatima a vécu des périodes sinistres, celles de sa fausse couche durant sa première grossesse, ce qui l'a maintenu dans la tristesse et la culpabilité. La mort de sa mère et l'atteinte de sa sœur par le cancer du sein. Mais elle a maîtrisé cette expérience grâce à ses ressources personnelles et de l'environnement. Concernant sa maladie, l'importance de ses croyances personnelles concernant sa capacité à faire face à la douleur sont évidentes. Ainsi, plusieurs caractéristiques comme la confiance en soi, le contrôle perçu, la maîtrise, l'estime de soi, l'optimisme dispositionnel ont permet à Fatima de réévaluer sa maladie différemment et d'utiliser des stratégies de coping plus efficaces.

En ce qui concerne les stratégies de coping que Fatima utilise, on trouve des stratégies de coping centrées sur le problème d'un score de (110), centrées sur l'émotion d'un score de (79), sur le soutien social d'un score de (67). Le soutien social reçu par Fatima est d'ordre informationnel et émotionnel, jouant un rôle majeur dans l'adaptation à la maladie.

3. Cas Mabrouka

1. Les données de l'entretien clinique

Mabrouka âgée de 52 ans, elle est maigre, élégante, voilée, blonde aux yeux bleus. Elle est la dernière d'une fratrie de 5 enfants, mariée à l'âge de 20 ans, mère de 4 enfants, deux garçons et deux filles, femme au foyer, illettrée mais maîtrise bien la langue française. Mabrouka s'est montrée sociable, allègre, coopérative.

I. La santé physique

1. La santé antérieure (enfance) et santé actuelle

Les antécédents médicaux de Mabrouka soulignent la présence d'angines répétées durant l'enfance, ayant par conséquence l'apparition d'un rhumatisme articulaire aigu dès l'âge de 12 ans, guérit après 5 ans de traitement. A l'âge de 24 ans, elle a enregistré l'apparition de la polyarthrite rhumatoïde après 8 mois d'une fausse couche, lors de sa deuxième grossesse.

2. Le facteur héréditaire et complications de la maladie

Mabrouka souligne que sa sœur aînée est aussi atteinte de la polyarthrite rhumatoïde, ce qui met en évidence l'importance du facteur héréditaire dans la genèse de la maladie chez Mabrouka.

Quant aux complications de la maladie, la patiente mentionne la présence d'une anémie sévère chez elle, engendrant des problèmes cardiaques. Elle souffre d'insomnies fréquentes, dues à la douleur, et d'une fatigue importante limitant sa capacité de travail.

3. Les événements importants et relation entre le trauma et quelques maladies

Mabrouka a avoué qu'elle n'a jamais connu sa mère, elle est décédée quand elle avait un an. La patiente fut élevée par sa tante paternelle qu'elle considère comme sa mère. Selon la patiente, la perte de sa mère ne peut pas avoir une connotation traumatique pour elle, puisqu'elle est substituée, elle a déclaré qu'elle a vécu son enfance heureuse en disant ; « j'ai vécu mon enfance heureuse, déjà je l'a connaissais même pas »¹.

II. La confrontation à la maladie

1. La perception de la maladie

Mabrouka indique que la polyarthrite rhumatoïde est une maladie comme les autres maladies, avec des symptômes et des complications. Elle pense que sa maladie a pour cause le climat de la mer lors des vacances, en disant ; « je l'ai ramené de la mer, on dirait un scorpion qui m'a piqué »². Dès l'annonce de la maladie, Mabrouka a mis le voile islamique et a commencé la prière. Donc, Mabrouka perçoit cette maladie comme un châtiment qu'elle doit accepter et faire face toute sa vie, elle souligne ; « je n'ai pas de choix, c'est mon destin, c'est dieu qui me veut ça. Peut-être c'est pour mon bien »³. Les préoccupations de Mabrouka par rapport à sa santé sont limitées sur la douleur qui a l'a envahi.

Par rapport à sa vision du futur, elle rapporte son optimisme de trouver un remède pour la douleur, pour consacrer le reste de sa vie à exécuter ses pratiques religieuses.

¹ même pas سعادغ ثمزي يلهان يكان اتسنغرا

² وغند قلبحر استنط ذغردم ايقسن

³ c'est pour mon bien اسعغرا لختيار ذربي اييغان اكا اهات

2. La vie relationnelle de la femme

Mabrouka décrit sa famille comme étant une famille stable, fondée sur la communication et le soutien entre ses membres. Elle a épousé un homme de son choix, qui est plus âgé qu'elle de 13 ans. Depuis l'apparition de sa maladie, son mari et ses enfants sont mis en œuvre pour la soutenir et prendre soin d'elle.

3. La représentation du corps et vie sexuelle de la femme

La douleur et les déformations n'empêchent pas Mabrouka de construire une représentation stable de son corps, elle avance ; « mon corps est normal, d'apparence jeune, malgré sa déformation »⁴. Pour elle, la féminité de la femme ne se réduit pas à son apparence extérieure, mais elle se cerne par l'éducation, par la voie féminine et la tendresse, et la manière dont la femme s'entretient avec l'entourage, surtout pour une femme âgée. Les propos de Mabrouka peuvent être expliqués par une référence à une précaution morale pour lutter contre la maladie.

La vie sexuelle de la patiente avant sa maladie était satisfaisante, mais après l'atteinte, elle est altérée, en raison de la fatigue et des déformations. Elle réclame ne plus avoir ni l'envie ni l'énergie pour achever un rapport sexuel. Ce qui accroît sa culpabilité envers son mari, bien qu'il la comprenne et la soutienne.

III. Les stratégies de coping**1. Les stratégies d'ajustement de la femme (cognition, émotion, comportement)**

L'annonce du diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde pour Mabrouka n'a pas constitué une percussio n pour elle. Son atteinte antérieure du rhumatisme articulaire aigu, lui avait servi d'expérience pour s'adapter à une maladie

⁴ لكورو يشباح اتباند مزي خاس اكن ادفرمي

semblable. Ce qui met en évidence l'importance des cognitions préalables qu'elle avait sur les rhumatismes. Ainsi que son optimisme dispositionnel, et son auto-efficacité sont essentiels pour diminuer l'impact de la maladie sur son bien être psychique, et pour garantir une bonne adhésion thérapeutique, elle justifie ; « je me dis toujours qu'après chaque épreuve, il arrivera le bonheur »⁵.

Quant aux stratégies de coping centrées sur les émotions, elle note qu'elle se sente parfois envahit par des émotions négatives d'impotence et d'handicap, et par la culpabilité, en se considérant comme responsable de sa maladie.

Ce qui est aperçu, est que Mabrouka se focalise sur le sujet des traitements disponibles appropriés à cette maladie, ce qui met en évidence son recours à des stratégies de coping centrées sur le problème. Ainsi que la primauté de la religion dans ses croyances, elle s'avère comme un moyen de réduire la détresse émotionnelle à laquelle cette maladie est liée. Le recours à des comportements de santé (faire du sport, dormir dans un lit orthopédique, appliquer des massages régulièrement, perdre du poids...) est saisi chez Mabrouka pour améliorer son état de santé.

2. La qualité et l'importance du soutien social

Le soutien social dont Mabrouka dispose est d'ordre informationnel en terme cognitif, reçu par les personnes du milieu professionnel comme les médecins et les pharmaciens, ainsi qu'un soutien matériel plutôt qu'un soutien émotionnel par peur d'être une charge sur les autres ou mal vue, ce qui justifie son propos « je n'aime pas partager mes émotions et mes souffrances avec qui que ce soit, et surtout avec mes enfants »⁶.

⁵ قرعاس دايمن après chaque épreuve il arrivera le bonheur

⁶ اتحبغرا اذشركغ حد سوين اتحسغ اذوين ايقرحن سرتو درياو

Ce soutien paraît comme une des ressources protectrices permettant à Mabrouka de se diriger vers l'affrontement sa maladie, afin de la maîtriser et diminuer ses risques, et adopter un style de vie sain.

2. L'analyse de l'échelle de coping Toulousaine

• Présentation des résultats de l'échelle

Tableau (I) : La feuille de dépouillement n°1

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	5	1	1	3	5	1	4	4	3	2	1	1	1	4	5	5	1		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	4	1	1	2	1	2	1	4	1	2	3	3	2	4	2	4	1	1		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	4	1	1	3	3	1	1	4	4	3	2	3	3	3	1	3	4	1		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	Total. G
Action	13			6			3			8			6			12			48	136
Information		7			7			12			7			8			10		51	
Emotion			3			8			9			7			7			3	37	
Positif	13	7		6				12	9		7					12	10	3	79	
Négatif			3		7	8	3			8		7	6	8	7				57	

Ce tableau de la feuille de dépouillement n°1, montre que Mabrouk a eu une note totale de (136) des champs et une note (77) de coping positif (centré sur le problème), ajoutant une note de coping négatif (centré sur les émotions) qu'est (57). Et enfin une note (51) de soutien social.

Tableau (II) : La feuille de dépouillement n°2

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 13	G 10	M 7	30
Support social	B 6	H 7	N 3	16
Retrait	C 3	I 7	O 3	13
Conversion	D 8	J 12	P 8	28
Contrôle	E 6	K 7	Q 9	22
Refus	F 10	L 8	R 7	25

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note de (30) de focalisation, suivit d'une note de conversion qu'est(28), une note(25) de refus, suivit d'une note (22) de contrôle, et une note (16) de support social et enfin une note de (13) concernant le retrait.

- **Analyse des résultats de l'échelle**

On a pris 10 minutes pour remplir l'échelle de coping concernant Mabrouka.

En se référant aux résultats obtenus par l'échelle, on trouve que Mabrouka utilise les stratégies de coping positives, celles de stratégie centré sur le problème, avec un score de(77). Elle apprend à vivre avec le problème (item n°26), elle attaque le problème de front (item n°19).Elle essaie toujours de se préoccuper pour oublier sa maladie « je regarde la télévision » (item n°34).

Et le coping négatif (centré sur l'émotion) (57), expliqué par la note(25) de stratégie de retrait, et la note(13) de stratégie de refus.et enfin une note(51) de soutien social.

Mabrouka utilise beaucoup plus ;

- ✓ focalisation active avec une note de(13) :j'attaque le problème de front (item n°19), je vais directement au problème (item n°37).
- ✓ Acceptation avec une note de (12) :j'accepte le problème s'il est inévitable (item n°8), j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème (item n°44).
- ✓ Distraction avec une note de(10) : je fais quelque chose plus d'agréable (item n°16), je regarde la télévision pour moins y penser

Résumé du cas Mabrouka

D'après l'entretien clinique, on déduit que Mabrouka contrôle son état de santé, déployé par les caractéristiques de sa personnalité et ses croyances

religieuses. Ajoutant le rôle de son expérience antérieure qu'elle a qualifié de cruciale dans le processus d'adaptation à cette maladie.

Concernant sa famille, elle s'avère stable et la soutient, surtout son mari qui la comprend malgré l'altération de leur vie sexuelle. Ces différentes ressources ont permis à Mabrouka de s'orienter vers les stratégies de coping focalisées sur le problème. Les résultats de l'échelle de coping démontrent une note de (77) pour les stratégies de coping basées sur le problème, et une note de (57) pour les stratégies basées sur les émotions, ajoutant une note de (51) pour le soutien social. Le soutien social reçu est d'ordre informationnel permettant à Mabrouka l'orientation vers le contrôle de sa maladie.

4. Cas Louiza

1. Les données de l'entretien clinique

Louiza est une jeune femme âgée de 25 ans, elle est la dernière d'une fratrie de 5 enfants, deux garçons et trois filles. Elle est d'une taille moyenne, cheveux châtain, blonde aux yeux marron. Elle est issue d'une famille aisée. Femme au foyer avec un niveau de terminal, mariée depuis 5 ans, sans enfants. Durant l'entretien, elle s'est montrée irritée, avec une allure anxieuse.

I. La santé physique

1. La santé antérieure (enfance) et santé actuelle

La santé antérieure de Louiza a été globalement bonne, à l'âge de 23 ans, elle a fait fausse couche causée par l'hypertension artérielle de grossesse. 6 mois après, elle connaît des fièvres nocturnes intenses, et elle atteint la polyarthrite rhumatoïde. Une année après, elle découvre un diabète de type deux.

2. Le facteur héréditaire et complications de la maladie

L'atteinte de Louiza semble due à des facteurs héréditaires, qui soulignent la présence de cette maladie chez sa mère et ses deux sœurs.

Louiza signale différents problèmes engendrés par la maladie de la polyarthrite rhumatoïde, elle souffre des insomnies à cause de la douleur, elle est souvent stressée, son humeur est instable et trouve des difficultés à gérer ses émotions. Elle présente une incontinence urinaire suite aux effets secondaires des traitements qu'elle prend.

3. Les évènements importants et relation entre le trauma et quelques maladies

Louiza n'a pas vraiment abordé des évènements traumatiques, elle était gâtée par ses parents, son échec au bac l'a tremblé, mais elle s'est inscrite à plusieurs formations comme l'informatique, secrétariat sans les achever. Ainsi que sa fausse couche qui l'a effrayé a été déterminante dans l'apparition de sa maladie.

II. La confrontation à la maladie

1. La perception de la maladie

La patiente a avoué qu'elle était toujours dans l'attente de la polyarthrite rhumatoïde, car sa mère et ses sœurs sont atteintes. Mais elle a déclaré son choc lors du diagnostic. Elle juge que les plaintes de sa mère et ses sœurs sur leur souffrance comme cause de sa maladie. Ce qui signifie une auto-accusation et une culpabilisation d'autrui de lui avoir transmis leurs douleurs en disant ; « si je n'étais pas présente pour les écouter, et me voilà dans la liste »¹.

Quant à son futur, elle affirme son incertitude et son inquiétude à propos de la survenue de déformations liées à la polyarthrite rhumatoïde, et exprime ses peurs surtout pour le diabète en soulignant ; « j'ai peur de saigner, ou d'atteindre une insuffisance rénale, c'est difficile »². Concernant les enfants, elle ne veut pas en avoir pour ne pas leur transmettre ses maladies, elle signale ; « je ne veux

¹ لا liste الوكان الاشبي اسلغرا اولركلام نست اقله ثرا ق

² تقذغ ادجرعغ نغ ادظفغ insuffisance rénale ايعر الحال

pas avoir des enfants comme moi, surtout une fille, puisque les femmes tombent malades facilement»³.

2. La vie relationnelle de la femme

Selon la patiente, sa famille est divisée, bien qu'elle soit gâtée parce que c'est la dernière fille de la famille, mais elle éprouve toujours un manque. Depuis sa jeune enfance, sa mère est malade, et son père est toujours absent à cause du travail. Au collège, elle avait des problèmes avec les enseignants qui l'a blâment, pour sa négligence et son manque de concentration.

A l'âge de 20 ans, elle a épousé un homme qu'elle a choisi, et avec lequel elle a noué une relation d'étayage. Elle anticipe toujours sa perte bien qu'il l'aime et fait son mieux pour qu'elle soit heureuse. Elle a avoué qu'elle fouille toujours ses objets comme le portable, pour s'assurer qu'il ne la pas trahit. Ce qui intensifie sa culpabilité envers lui : le priver des enfants, le condamner avec une femme malade, et lui reprocher de trahison.

3. La représentation du corps et vie sexuelle de la femme

Quand la patiente a parlé sur son corps, elle rapporte son ennui, à cause du petit volume de ses seins, qui symbolisent la féminité et représentent un centre d'intérêt des hommes. Alors, la patiente cherche à remplir ce manque par l'exagération des produits cosmétiques qu'elle met sur son visage, et pas l'achat des vêtements chers.

Quant à sa vie sexuelle, elle l'a décrit comme satisfaisante parce que son mari est jeune, elle rapporte ; « si vous savez comment il est tendre, et comment il est viril dans le lit »⁴. Mais elle réclame la présence d'un signe dont elle ne peut pas s'arrêter ; il s'agit de son addiction au sexe, et à la masturbation. La

³ ابغغرا ادسغغ دريا امنك surtout تفششت لخالث هلكنث سسهاله

⁴ لكان اترط امك اقحنين ذومك اذرقز قوسو

patiente a développé un style d'attachement anxieux, rapportant une peur d'être rejetée par son partenaire. Ce qui nous permet de dire que sa conduite sexuelle a pour but de combler son besoin d'attachement, et d'être rassurée de sa valeur aux yeux de son mari, et de favoriser sa proximité.

III. Les stratégies de coping

1. Les stratégies d'ajustement de la femme (cognition, émotion, comportement)

Les cognitions négatives construites par Louiza sur cette maladie, sont justifiées par son expérience antérieure suite à l'atteinte de sa mère et de ses deux sœurs.

L'atteinte de la polyarthrite rhumatoïde et par la suite du diabète, ont un effet de sidération psychique pour Louiza. La période du diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde laisse émerger un vécu d'impuissance, d'une angoisse de mort paroxystique, elle réclame ; « je ne dors pas la nuit, mon cœur battait fortement, j'avais peur qu'il s'arrêtait »⁵. Les traitements représentent par la suite un défi adaptatif par l'effet invasif qu'ils produisent dans le corps. En réponse à ses différents mouvements, la patiente met en avant des stratégies de coping centrées sur les émotions pour tenter de gérer sa situation, manifestées par des larmes, la culpabilité, et le retrait par rapport aux autres. Elle souligne qu'elle ne peut pas exprimer ses émotions pour les autres, surtout pour son mari, par crainte de le perdre.

Le recours aux stratégies de coping centrées sur le problème, est motivé par l'amour qu'elle porte pour son mari, ce qui l'a orienté à la quête de soins, à l'observance des médicaments, et au suivi d'un régime alimentaire strict. Elle note qu'elle pratique le sport régulièrement pour renforcer ses muscles.

⁵ اقتغرا لعشا الو يكاث مليح تقاذغ انحبس

2. La qualité et l'importance du soutien social

Le soutien social que Louiza reçoit est de type informationnel et émotionnel, venant de son mari et de sa famille, qui l'encouragent à faire face à ses maladies, ce soutien est jugé comme satisfaisant par la patiente. L'amour qu'elle porte à son mari et sa peur de le perdre, l'ont poussé à chercher des conseils et des traitements auprès des professionnels et des médecins pour lutter contre ses maladies sans se soucier des dépenses.

2. L'analyse de l'échelle de coping Toulousaine

• Présentation des résultats de l'échelle Tableau (I) : La feuille de dépouillement n° 1

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	1	2	1	1	3	5	5	3	2	2	1	5	2	3	4	1	1	4		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	1	3	1	2	5	4	4	2	2	3	1	1	3	3	5	2	5	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	1	4	1	2	2	1	2	1	4	1	1	3	3	2	4	2	5	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL
Action	3			5			11			6			8			5			38	140
Information		9			10			6			3			8			11		47	
Emotion			3			10			8			9			13			12	55	
Positif	3	9		5				6	8		3					5	11	12	62	
Négatif			3		10	10	11			6		9	8	8	13				78	

D'après ce tableau de la feuille de dépouillement n°1, Louiza a eu une note totale de (140) des champs et une note (78) de coping négatif (centré sur les émotions), ajoutant une note de coping positif (centré sur le problème) qu'est (62), et une note(47) de soutien social.

Tableau (II) : La feuille de dépouillement n°2

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 3	G 11	M 13	27
Support social	B 5	H 9	N 12	26
Retrait	C 11	I 10	O 3	24
Conversion	D 6	J 6	P 10	22
Contrôle	E 8	K 3	Q 8	19
Refus	F 5	L 8	R 9	22

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note de (27) de focalisation, suivit d'une note de (26) du support social, suivant d'une note de retrait (24), et une note (22) de conversion et de refus, et une note (19) et de contrôle.

- **Analyse des résultats de l'échelle**

On a pris 15 minutes pour remplir l'échelle de coping concernant Louiza.

D'après les résultats obtenus à partir de premier tableau, on trouve que Louiza utilise les stratégies de coping négatives (centré sur l'émotion), justifiées d'une note (78). Elle ne peut pas contrôler ses émotions (item n°27).et elle essaie toujours de garder ses émotions. On peut expliquer cette stratégie par la note des dimensions : une note de stratégie de retrait(24), et une note (22) de refus.

Et le coping positif (centré sur le problème), elle a une note(62), une note(47) de soutien social.

D'après le deuxième tableau Louiza utilise beaucoup ;

- ✓ Focalisation cognitive avec une note de (13) : J'analyse la situation pour mieux la comprendre (item n°17), je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation (item n°35) ;
- ✓ Support social émotionnel avec une note de (12) : J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens (item n°18), je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété (item n°36) ;
- ✓ retrait comportemental et social avec une note de (11) : J'évite de rencontrer des gens (item n°7), il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé (item n°25).

Résumé du cas Louiza

En résumé, on peut dire que Louiza est stressée, à cause de ses maladies et des moments pénibles qu'elle a vécus, ainsi que sa fausse couche qui était décisive dans l'apparition de sa maladie. L'atteinte de sa mère et ses sœurs a servi comme une expérience à valence négative pour Louiza, conduisant cette dernière à construire une mauvaise représentation pour cette maladie, celle d'impuissance et du handicap.

La relation conjugale de Louiza était suffisante pour calmer son anxiété, et avoir l'espoir de soulager les douleurs pour jouir de sa jeunesse, bien qu'elle n'ait pas d'enfants. Concernant les stratégies de coping utilisées par Louiza, on trouve qu'elle met en avant des stratégies de coping centrées sur l'émotion d'une note de (78), et des stratégies centrées sur le problème d'une note de (62), enfin, des stratégies centrées sur le soutien social d'une note de (47). Le soutien social reçu par Louiza est d'ordre informationnel et émotionnel permettant le soulagement de son anxiété et l'orientation vers la quête de soins.

5. Cas Hakima

1. Les données de l'entretien clinique

Hakima âgée de 47 ans, brune avec des cheveux châains courts, taille moyenne, elle est la deuxième d'une fratrie de cinq enfants, quatre filles et un garçon. Mère de 6 enfants, quatre garçons et deux filles, femme illettrée, timide et réservée. Elle s'exprime d'une façon très serpentée.

I. La santé physique

1. La santé antérieure (enfance) et santé actuelle

Au cours de l'entretien, Hakima nous révèle qu'elle a vécu une enfance sans maladie. A l'âge de 34 ans, des douleurs intenses ont commencé, alors elle a consulté un rhumatologue qui lui annoncé qu'elle a une polyarthrite. Dès l'âge de 41ans, après l'accouchement de sa dernière fille, elle a eu une fracture au pied gauche et elle est atteinte de diabète depuis environ six mois.

2. Le facteur héréditaire et complications de la maladie

Hakima nous dit que même ses sœurs souffrent de cette maladie, pour elle la polyarthrite est due à un facteur héréditaire. Pour ce qui est des complications de sa maladie, sur le plan physique, elle a souligné qu'elle avait toujours de la fatigue, des somnolences dans la journée car la nuit elle ne dort pas bien à cause des douleurs. En plus des troubles de vision concernant les complications du diabète.

3. Les événements important et la relation entre le trauma et quelques maladies

Suite à notre entretien avec Hakima, on a déduit qu'elle a subi un choc quand elle avait 12 ans, qui est dû à la mort de sa mère, à l'âge de 42ans, elle a perdu aussi son père jusqu'à maintenant, elle n'arrive pas à accepter la mort de ses

parents en disant ; « je n'ai pas imaginé qu'un jour je perdrais mes parents »¹. Juste après la perte de son père, elle a contracté le diabète.

II. La confrontation à la maladie

1. perception de la maladie

Pour Hakima la polyarthrite rhumatoïde est une maladie difficile qui entraîne des douleurs notamment en été, et malgré la souffrance, elle continue à exercer toutes les tâches quotidiennes car elle vit toute seule avec ses enfants et son mari. Hakima craint qu'un jour elle serait déformée et elle resterait au lit et sans pouvoir s'occuper de sa maison et de ses enfants.

2. La vie relationnelle de la femme

Hakima a une bonne relation avec son mari, car il est toujours présent à ses côtés et il la soutient dans son combat contre sa maladie, la patiente déclare ; « il me dit qu'il restera avec moi jusqu'à ce que la mort nous sépare »². Elle n'a pas des perturbations ni avec son mari ni avec sa famille, elle a de bonnes relations avec ses enfants. Mais après sa maladie, elle est devenue timide et discrète.

3. la représentation du corps et vie sexuelle de la femme

Pour Hakima son corps est déformé à cause de sa maladie, mais elle est arrivée à accepter toutes ses déformations en introduisant la dimension spirituelle, elle dit c'est le destin.

Concernant sa vie sexuelle, elle trouve une difficulté dans ses rapports car elle souffre des douleurs et de la fatigue surtout le soir, mais malgré ça elle essaie toujours de satisfaire son mari.

¹ انوغارا اديس واس بلي امولانيو اذمن

² انييد اكمججارا الما افرقغ لموت

III. les stratégies de coping**1. Les stratégies d'ajustement de la femme (cognition, émotion, comportement)**

L'évaluation de la polyarthrite rhumatoïde comme étant maladie difficile, à cause de la douleur qui persiste, a poussé Hakima à établir des stratégies de coping actives, orientées vers sa maladie, ainsi ses croyances religieuses ont été évidentes dans son processus d'acceptation, elle disait ; « c'est le destin c'est dieu qui veut ça »³.

La part des émotions est importante chez Hakima qui ne s'attendait que son médecin l'informe que c'est un rhumatisme passager qui va guérir avec le temps, mais lorsqu' il a annoncé que c'est une maladie chronique qui durera toute sa vie, Hakima était choquée car elle ne s'attendait pas. Elle partage toujours ses émotions avec ses proches et son mari pour se calmer.

Concernant les stratégies centrées sur le problème pour faire face à sa maladie, en appliquant des massages de l'huile d'olive, la visite du hammam, faire des pratiques religieuses, et elle essaie toujours de changer son comportement et sa façon de vivre.

2. La qualité et l'importance du soutien social

Durant l'entretien, on a constaté que Hakima a reçu un soutien d'ordre informationnel par exemple, elle demande les conseils du médecin et même elle a consulté plusieurs médecins. Et le soutien émotionnel elle est satisfaite de son mari qui l'aide et l'encourage durant toute la période de sa maladie.

Ce type de soutien a aidé Hakima à se lutter contre la polyarthrite rhumatoïde, et à continuer sa vie le plus normalement possible comme toutes les

³ ذلمكتوب ايغان اكا

femmes. Hakima trouve toujours sa famille et son mari à ses côté, alors elle se sent soutenu par tout le monde.

2. Analyse de l'échelle de coping Toulousaine

• Présentation des résultats de l'échelle

Tableau (I) : La feuille de dépouillement n° 1

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	5	1	1	3	5	3	3	2	3	3	5	1	2	4	3	3	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	5	5	2	4	2	3	4	3	3	4	3	2	5	5	3	5	5		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	5	5	1	5	1	1	5	5	3	3	3	3	4	5	5	4	4	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL .G
Action	15			8			11			9			7			10			60	192
Information		15			8			12			10			12			12		69	
Emotion			7			8			8			11			14			15	63	
Positif	15	15		8				12	8		10					10	12	15	105	
Négatif			7		8	8	11			9		11	7	12	14				87	

D'après ce tableau de la feuille de dépouillement n°1, Hakima a eu une note totale de (192) des champs et une note(105) de coping positif, qui est celui de stratégie centré sur le problème ajoutant une note(87) de coping négatif qui est celui de stratégie centré sur l'émotion.

Tableau (II) : La feuille de dépouillement n°2

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 15	G 11	M 14	40
Support social	B 8	H 15	N 15	38
Retrait	C 11	I 8	O 7	26
Conversion	D 9	J 12	P 8	29
Contrôle	E 7	K 10	Q 8	25
Refus	F 10	L 11	R 11	32

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note de (40) de focalisation, suivant d'une note de support social (38) 1, et une note (29) de conversion, une note (26) de retrait, et enfin une note de (25) concernant contrôle.

- **Analyse des résultats de l'échelle**

Lors de passation de l'échelle de coping, nous avons mis 12minutes pour le remplir.

D'après les résultats obtenu par l'échelle de coping toulousaine, on trouve que Hakima utilise le coping positif, qui est celui de stratégie centré sur le problème, avec un score de(105).Ce type de coping expliqué par les stratégie utiliser beaucoup plus par Fatima, alors on trouve une not élevé de focalisation (40), suivant de la note de support social(38), et une note de conversion(29), et à la fin une note de stratégie de contrôle(25).

Et le coping négatif, qui est celui de stratégie centré sur l'émotion, elle a une note(87), et c'est expliqué par la note de refus(32), et une note (26) de retrait. Et la note de (69) concernant le soutien social.

D'après le deuxième tableau Hakima utilise beaucoup ;

- ✓ Focalisation active (15) : Je fais face à la situation (item n°1), j'attaque le problème de front (item n°19), je vais directement au problème (item n°37) ;
- ✓ Support social informationnel et émotionnel avec une note de (15) : Je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...) (item n°1), je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes (item n°20), j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens (item n°18), je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété (item n°36) ;

- ✓ Focalisation cognitive(14) : Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation ;
- ✓ Acceptation(12) : J'apprends à vivre avec le problème (item n°26), j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème (item n°44).

Résumé du cas de Hakima

À partir de l'analyse et l'interprétation des résultats de l'entretien et de l'échelle, Hakima utilise le coping centré sur le problème pour faire face à sa maladie. Elle a un score de (105) de coping positif (centré sur le problème), et un score (87) de coping négatif (centré sur les émotions), et (69) concernant le soutien social.

Grâce à ses proches et son mari elle a réussi à dépasser les moments difficiles de sa vie alors le soutien social a influencé sur Hakima.

5. Cas Saida

1. Les données de l'entretien clinique

Saida est une femme âgée de 40 ans, elle est d'une taille moyenne, cheveux noirs, brune aux yeux marron. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux sœurs et d'un seul frère. Femme au foyer, illettrée, mariée depuis 15ans, mère de 2 enfants, une fille âgée de 12 ans, et un garçon âgé de 10 ans. Elle s'est montrée coopérative durant l'entretien, parle sans complexe.

I. La santé physique

1. La santé antérieure (enfance) et santé actuelle

L'enfance de Saida a été marquée globalement par une bonne santé physique, jusqu'à l'âge de 32 ans, où elle atteint la polyarthrite rhumatoïde, 2ans après, elle découvre l'hypertension artérielle. 1 an plus tard, elle atteint le diabète de type 2.

2. Le facteur héréditaire et complications de la maladie

Saida a souligné que ses maladies ont pour cause le facteur héréditaire, sa mère est atteinte de la polyarthrite rhumatoïde, ainsi que son frère est diabétique.

Saida a noté une fatigue importante liée à la douleur et au diabète, ainsi que des insomnies, aussi elle présente une incontinence urinaire.

2. Les événements importants et relation entre le trauma et quelques maladies

Saida a évoqué qu'elle a vécu une enfance misérable, son père a abandonné sa mère à cause de sa maladie, Quand elle avait 7 ans, ce qui a bouleversé la patiente, Elle avoue qu'elle était hospitalisée pendant une semaine, suite à une anorexie qu'elle a développée en réponse à la perte de son père, elle dit ; « je me souviens, à l'hôpital pendant la nuit j'appelle mon père en pleurant »¹.

L'amputation du pied de son frère a constitué un second événement aversif, qui a déclenché chez la patiente le diabète.

II. La confrontation de la maladie**1. La perception de la maladie**

Saida considère la polyarthrite rhumatoïde comme étant une maladie difficile à vivre, mais elle est moins risquée que son diabète qu'elle craigne. Nécessitant juste l'observance des médicaments, et la prise de mesures de précautions contre son évolution défavorable.

Elle a exprimé une incertitude quant à son avenir en disant ; « je ne sais pas, mais je dois prendre soin de moi pour mes enfants »². Tout en espérant vivre assez longtemps pour voir ses enfants heureux et être à leur côtés.

¹ شفيع قسيطار لعشا غرغاس اباباسمطاون

² اعلمغرا معنى الاق اذحذرغ امنو افلجالة ندرىاو

2. La vie relationnelle de la femme

Saida sous-entend que sa famille est solide, malgré l'abandon de son père pour sa mère. Son grand père et ses oncles ont rempli et remplacé le manque du père, par leur soutien financier. A l'âge de 25 ans, elle a épousé un homme aisé et plus âgé qu'elle, bien que sa famille était contre à cause du décalage d'âge. La patiente confirme que sa relation avec son mari est harmonieuse, et remplace son père, elle dit ; « je remercie dieu qui m'a récompensé sur ce que j'ai vu lors de la perte de mon père par mon mari »³. Il apparaît donc évident que son choix d'épouser un homme âgé est occasionné par sa quête de restaurer l'image paternelle.

3. La représentation du corps et vie sexuelle de la femme

Saida semble accorder une importance à son corps, cette importance est manifestée par son attention sur son poids, et par l'excès des produits cosmétiques et anti-âges, afin de garder sa valeur aux yeux de son époux. Mais elle note une peur de déformation de son corps, ou de blessure pouvant avoir un effet néfaste, ce qui la pousse à vérifier d'une manière excessive toute tâche apparut. De ce fait, la représentation de Saida pour son corps est instable

Concernant sa vie sexuelle, elle réclame une insatisfaction liée aux difficultés érectiles de son partenaire, ces difficultés sont apparues suite à une tumeur bénigne dans sa prostate.

³ انٲكرغ ربي ايدعوضن اين سعدغ امى غيجا بابا سورقازو

III. Les stratégies de coping**1. Les stratégies d'ajustement de la femme (cognition, émotion, comportement)**

D'après la patiente, l'annonce du diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde n'a pas vraiment une valence choquante par rapport au diabète. L'atteinte de sa mère était une expérience pour Saida, afin d'enrichir ses idées sur cette maladie. Donc les cognitions de Saida ont une valence positive, permettant à Saida l'orientation vers des stratégies de coping efficaces.

Quant aux stratégies de coping centrées sur le problème, elles sont argumentées par recherche de soins et de soulagement, argumentée par la pratique du sport, du massage, la visite de plusieurs hammams, ainsi que le recours aux pics chinoise.

Par rapport aux stratégies de coping centrées sur l'émotion, elles sont justifiées par l'expression de ses émotions et ses craintes, qu'elle partage notamment avec ses sœurs et son mari en disant ; « quand je me trouve stressée j'appelle mes sœurs, qui viennent immédiatement me secourir »⁴.

2. L'importance et la qualité du soutien social

Saida dispose d'un soutien social d'ordre informationnel et émotionnel, reçu par son mari qui la tient et qui la rassure par sa disponibilité et sa sympathie, et sa famille qui l'encourage et garde ses enfants lors des poussées, ainsi que par le médecin qui l'oriente par ses informations et ses conseils. Ce soutien jugé comme très satisfaisant, est d'une grande importance pour l'adaptation de Saida à ses maladies, et pour son adhésion thérapeutique, ainsi que pour la construction d'une vision optimale concernant l'évolution de ses maladies.

متقلقغ اسغرخ ايسثما ادسنت امر ايعونت⁴

2- L'analyse de l'échelle de coping Toulousaine

• La présentation des résultats de l'échelle

Tableau (I) : La feuille de dépouillement n°1

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	3	5	1	3	2	5	1	4	3	2	3	3	3	1	1	3	2	4		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	3	5	4	3	1	1	3	3	3	3	2	3	5	3	4	3	4	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	4	4	1	2	3	1	1	3	1	2	2	3	4	1	2	3	4	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL .G
Action	10			8			5			7			12			9			51	152
Information		14			7			10			7			4			10		52	
Emotion			6			7			7			9			7			13	49	
Positif	10	14		8				10	7		7					10	10	13	89	
Négatif			6		7	7	5			8		9	12	4	7				65	

D'après ce tableau de la feuille de dépouillement n°1, Saida a eu une note totale de (152) des champs et une note (89) de coping positif (centré sur le problème), ajoutant une note de coping négatif (centré sur l'émotion) qu'est (65), et une note(52) de soutien social.

Tableau (II) : La feuille de dépouillement n°2

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 10	G 10	M 7	27
Support social	B 8	H 14	N 13	35
Retrait	C 5	I 7	O 6	18
Conversion	D 7	J 10	P 7	24
Contrôle	E 12	K 7	Q 7	26
Refus	F 9	L 4	R 9	22

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note de (35) de support social, suivant d'une note de focalisation (27)et une note (26) de contrôle , et une note (24)de conversion ,une note (22) de refus, et enfin une note de (18) concernant retrait.

- **Analyse des résultats de l'échelle :**

On a pris 13 minutes pour remplir l'échelle de coping concernant Saida.

D'après les résultats obtenus par l'échelle de coping toulousaine, on trouve que Saida utilise le coping positif, celui de stratégies centrées sur le problème, avec un score de(89). Justifiée par une note de focalisation(27), et une note de contrôle(26), et à la fin une note de stratégie de conversion(24).

Le coping négatif, celui de stratégies centrées sur l'émotion, elle a une note(65), expliquée par la note de refus(22), et une note (18) de retrait. En trouve aussi que Saida a eu une note(52) de soutien social.

D'après le deuxième tableau, Saida utilise beaucoup plus ;

- ✓ Support social informationnel avec une note de **(14)** : Je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...) (item n°1), je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes (item n°20) ;
- ✓ support émotionnel avec une note de **(13)** : Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes (item n°20), j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens (item n°18), je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété (item n°36) ;
- ✓ Régulation des activités avec une note de **(12)** : Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette ;
- ✓ Acceptation(**10**) : J'apprends à vivre avec le problème (item n°26), j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème (item n°44).

Résumé du cas Saida

D'après l'entretien clinique, on constate que Saida a vécu des événements éprouvants, par l'abandon de son père, et l'amputation du pied de son frère. L'impact de ces événements sur sa santé est décisif. Mais le soutien dont elle dispose reçu de son conjoint, et par sa famille, ainsi que le sens de la maternité,

l'ont motivé à mobiliser ses ressources pour faire face à ses maladies et limiter leur répercussions.

Concernant les stratégies de coping que Saida utilise, on trouve qu'elle utilise en premier lieu des stratégies de coping centrées sur le problème d'une note de (89), et ensuite de stratégies de coping centrées sur les émotions justifiées d'une note de (65), enfin, des stratégies de coping centrées sur le soutien social d'une note de (52).

4. Cas Salima

1. les données de l'entretien clinique

Salima une femme âgée de 50 ans, brune de peau, les cheveux noirs, et les yeux marron foncé, elle est de taille moyenne. Est l'aînée d'une fratrie de trois filles, et mère de deux filles, actuellement elle travaille comme agent d'administration de l'éducation. C'est une femme calme et sociable. Elle répondait aux questions qu'on lui posait sans hésitations.

I. la santé physique

1. La santé antérieure (enfance) et santé actuelle

Durant l'enfance, Salima a eu des fièvres répétitives atteignant les 40°, des allergies, des angines, à l'âge de 30 ans, elle a contracté la fièvre élevée et la douleur au niveau des mains et des pieds, alors elle a consulté le médecin qui a fait le diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde. Concernant son état actuel, elle se plaint toujours des allergies et même des bronchites passagères.

2. Le facteur héréditaire et les complications de la maladie

Salima déclare que le facteur héréditaire n'a aucune relation avec sa maladie. Elle a déclaré qu'aucune personne de sa famille n'a été atteinte de la polyarthrite rhumatoïde.

Elle annonce que la polyarthrite rhumatoïde a déformé complètement ses mains, ses pieds, et elle ressent toujours la fatigue. La déformation de ses pieds l'empêche d'exercer son travail. Salima est devenue trop nerveuse et souvent triste lors des douleurs insupportables. Elle a été hospitalisée plusieurs fois, et rentrée dans un état comateux durant 3 jours.

3. Les événements important et la relation entre le trauma et quelques maladies

Salima a déclaré que toute sa vie était un traumatisme, elle a commencé de parler sur son mari en disant de lui qu'il était comme un drame de sa vie, et qu'il a perdu son travail, ensuite elle a parlé de son mariage à l'âge de 18 ans pour lequel à abandonner ses études malgré sa réussite au bac, elle a déclaré ; « je n'étais pas satisfaite de mon mariage, car je voulais continuer d'abord mes études et jusqu'à présent je n'arrive pas à admettre la mort de mes parents »¹, elle a ajouté qu'elle a perdu sa mère suite à un arrêt cardiaque, et après 7 ans son père est décédé.

II. La confrontation à la maladie

1. Perception de la maladie

Salima considère la polyarthrite rhumatoïde une maladie destructrice car elle est en train de détruire sa vie et elle n'a pas pu réaliser ses ambitions, elle déclare ; « que c'est difficile de vivre avec une maladie qui accompagne une personne durant toute sa vie »². Par manque de moyens matériels et financiers, Salima n'arrive pas à se soigner et à faire des analyses et des scanners que le médecin lui a demandés.

¹ افرحغارا سزواجيو علا خاطر بغينغ اذكملغ لقرينو اوطا امنغرا بلي امولانو امثن

² يوعر ل حال اتعيشت لواحي اذلهلاك اذمن

Salima a peur qu'elle soit handicapée et qu'elle se termine dans un fauteuil roulant. Maintenant elle est en congé de maladie, car elle ne peut pas aller au travail et elle a peur de tomber dans la rue et ne pas trouver de l'aide.

Salima exprime son incertitude quant à l'avenir, elle espère qu'ils vont trouver le traitement qui aiderait les patients de se débarrasser de cette maladie.

2. La vie relationnelle de la femme

Durant l'entretien Salima parle beaucoup sur sa maladie et son traitement. Elle déclare que sa relation avec son mari n'est pas bonne, car un homme en Général n'accepte pas de vivre avec une femme qui n'est pas en bonne santé et Surtout qui est déformée, et métamorphosée. Donc Salima mène une vie perturbée. Malgré tous les aléas de la vie elle sourit, sa relation avec ses filles est bonnes en disant ; « elles me comprenaient dans toutes les choses »³.

3. La représentation du corps et vie sexuelle de la femme

Salima voit son corps comme handicapé, elle savait dès le départ que cette maladie va engendrer plus tard des déformations, mais elle a accepté sa maladie en utilisant des stratégies de coping d'ordre spirituel, et elle dit ; « c'est le destin »⁵.

Concernant la vie sexuelle, elle nous déclare que ses rapports sexuels sont rares et ne sont généralement plus synonyme de plaisir en déclarant ; « quand il se rapproche de moi, je me sens étouffée et je ne ressens aucun désir »⁶.

³ يسي فهمنتييد اقلش

⁵ ذالمكتوب

⁶ اسما ادقرب غوري اتديقغ يرنا اتحسوغ الا ذكرا

III. Les stratégies de coping**1. Les stratégies d'ajustement de la femme (cognition, émotion, comportement)**

L'annonce du diagnostic par le médecin n'a pas choqué Salima car au début elle ne connaissait pas c'est quoi cette maladie. Par la suite, l'évaluation de cette maladie comme étant destructrice a poussé la patiente à réfléchir sur les moyens de faire face, avant la survenue de complications fatales.

Salima utilise les stratégies centrées sur le problème pour faire face situations stressantes engendrées par sa maladie, elle essaya toujours de trouver des solutions efficaces à ses problèmes .Elle prend des médicaments naturels comme la tisane, le vinaigre de cidre.

Quant au coping centré sur l'émotion, ce type de coping laisse Salima envahie dans ses émotions, elle ne peut pas contrôler ses émotions lors des douleurs insupportables, elle l'aime discuter avec ses proches et partager ce qu'elle ressent. Elle pratique du sport et les pratiques religieuses pour ne pas penser trop à sa maladie. Et elle essaie toujours de change sa façon de vivre.

2. La qualité et l'importance du soutien social

Le soutien que Salima a reçu est d'ordre informationnel, elle cherche sur internet et dans les livres sur les traitements qui l'aideraient à diminuer sa maladie, et elle demande des conseils aux médecins. D'ordre émotionnel, elle partage ce qu'elle ressent avec ses proches. Grâce à l'encouragement de ces filles, Salima a pu surmonter sa maladie et vivre avec elle pendant 20 ans.

2. Analyse de l'échelle de coping Toulousaine

• Présentation des résultats de l'échelle

Tableau (I) : La feuille de dépouillement n° 1

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	4	3	1	5	5	5	5	4	2	5	5	5	1	4	4	5	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	5	1	2	2	1	2	5	1	3	5	2	3	5	3	4	5	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	5	5	1	2	5	1	3	4	1	4	5	2	3	5	4	5	4	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL. G
Action	15			5			10			9			11			13			63	196
Information		14			12			14			15			11			14		80	
Emotion			5			7			6			9			12			14	53	
Positif	15	14		5				14	6		15					13	14	14	110	
Négatif			5		12	7	10			9		9	11	11	12				86	

Ce tableau de la feuille de dépouillement n°1, montre que le Salima a eu une note totale de (196) des champs et une note (110) de coping positif qui est celui de stratégie centré sur le problème, ajoutant une note (86) de coping négatif qui est celui de stratégie centré sur l'émotion.

Tableau (II) : La feuille de dépouillement n°2

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 15	G 14	M 12	41
Support social	B 5	H 14	N 14	33
Retrait	C 10	I 12	O 5	27
Conversion	D 9	J 14	P 7	30
Contrôle	E 11	K 15	Q 6	31
Refus	F 13	L 11	R 9	33

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note de (41) de focalisation, suivant d'une note de refus qu'est(33), une note(33) de support social et de refus, suivant d' une note (31) de contrôle, et une note (30)de conversion et enfin une note de (27) concernant retrait.

- Analyse des résultats de l'échelle

Lors de passation de l'échelle de coping, nous avons mis 10minutes pour le remplir.

D'après les résultats obtenu par l'échelle de coping toulousaine, on trouve que Salima utilise les stratégies de coping positif, qui est celui de stratégie centré sur le problème, avec un score de(110).Ce type de coping expliqué par les stratégie utiliser beaucoup plus par Salima, alors on trouve une not élevé de focalisation (41), suivant de la note de support social (33), et une note de contrôle(31), et à la fin une note de stratégie de conversion (30).Salima utilise ce type de coping pour faire face au situation stressante engendré par sa maladie alors elle apprendre à vivre avec sa maladie(item n°29).

Et le coping négatif, qui est celui de stratégie centré sur l'émotion, elle a une note(86), et c'est expliqué par la note de refus(33), et une note (27) de retrait. Et la note de (80) concernant le soutien social.

D'après le deuxième tableau Salima utilise beaucoup ;

- ✓ Focalisation active (15) : Je fais face à la situation (item n°1), j'attaque le problème de front (item n°19), je vais directement au problème (item n°37) ;
- ✓ Contrôle cognitif et planification avec une note (15) : Je fais un plan d'action et je m'y tiens (item n°11), je me donne des objectifs à atteindre (item n°47) ;
- ✓ Support social informationnel et émotionnel avec une note de (14) : je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...) (item n°1), je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes (item n°20), j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens (item n°18), je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété (item n°36) ;

- ✓ Acceptation avec une note (14) :J'accepte le problème s'il est inévitable (item n°8), j'apprends à vivre avec le problème (item n°26).

Résumé du cas de Salima

À partir de l'analyse et l'interprétation des résultats de l'entretien et de l'échelle, nous déduisons que Salima a pu surmonter sa maladie malgré les perturbations et les événements stressants. C'est une femme qui cherche des informations sur sa maladie elle supporte sa souffrance et ses douleurs. Salima utilise les stratégies de coping positif, qui est celui de stratégie centré sur le problème, avec un score de (110). Et le coping négatif, qui est celui de stratégie centré sur l'émotion, elle a une note (86), et enfin un score de (80) concernant le soutien social.

Salima a pu surmonter sa maladie par les encouragements et le soutien de ses fille alors le soutien social jeu un rôle important dans l'état émotionnel et fonctionnel.

8. Cas Hassina

1. Les données de l'entretien clinique

Hassina est une femme âgée de 40 ans, elle est maigre, voilée, brune aux yeux noirs, l'aînée et l'unique fille d'une fratrie de 3 garçons. Elle est issue d'une famille financièrement moyenne. Femme au foyer, avec un niveau d'instruction moyen. Mariée depuis 12 ans, sans enfants. Hassina s'est montrée motivée pour l'entretien, parle sans hésitations, et exprime son besoin d'être pris en charge.

I. La santé physique**1. La santé antérieure (enfance) et actuelle**

Hassina souligne un bon état de santé durant son enfance, jusqu'à l'âge de 31 ans ou elle a perdu son bébé après une semaine de sa naissance, 4 mois après l'évènement, elle a découvert la polyarthrite rhumatoïde. Elle déclare qu'elle est atteinte d'un diabète de type 2 il y a un an.

2. Le facteur héréditaire et complications de la maladie

Hassina est la seule à être atteinte de cette maladie dans sa famille. Ce qui exclut le facteur héréditaire dans la genèse de sa maladie.

Hassina a noté des difficultés de sommeil à cause de la douleur liée à la polyarthrite rhumatoïde, ainsi qu'une fatigue importante, amplifiée par son diabète. Elle mentionne une anxiété permanente sans raison, et des difficultés de gestion de ses émotions.

3. Les évènements importants et relation entre le trauma et quelques maladies

Hassina n'a pas souligné beaucoup d'évènements pénibles auxquels elle aurait dû faire face. Mais le choc de la perte de son bébé était évidente pour l'apparition de la polyarthrite rhumatoïde, elle dit ; « si je l'ai perdu avant de le voir c'est mieux »¹. Elle souligne que son diabète est dû à un choc, suite à un accident de circulation que son père a fait, elle dit ; « j'étais choquée, et quand je lui ai rendu visite visité à l'hôpital j'ai perdu conscience, quand ils ont mesuré la glycémie, ils ont trouvé 4g »².

¹ لوكان اثزر غرا اخيرو

² الغ شكغ امتزرغ قسييطار دوخغ قسني سكر افنت 4 يقرامن

II. La confrontation à la maladie**1. La perception de la maladie**

Hassina décrit la polyarthrite rhumatoïde comme étant une maladie douloureuse et destructrice, qui nécessite toujours un soulagement et des dépenses matérielles, afin de limiter ses répercussions.

L'association de cette maladie avec le diabète rend Hassina anxieuse sur son futur en craignant la survenue des complications fatales.

2. La vie relationnelle de la femme

Hassina est la seule fille dans sa famille, elle a une bonne relation avec ses frères, et présente dès son enfance un attachement particulier pour son père en disant ; « je préfère mon père sur ma mère, et je ne sais pas pourquoi »³, cet attachement persiste jusqu'à aujourd'hui. Ce qui a créé un sentiment de culpabilité envers sa mère justifié par son propos ; « j'aime aussi ma mère, mais pas comme mon père, c'est plus fort que moi »⁴.

A l'âge de 28 ans, elle a épousé un homme choisit par son père, il travaille comme infirmier. Il semble que cet homme reflète l'image du père de la patiente, elle souligne qu'ils ont presque le même caractère. Mais elle avoue qu'elle se sent inférieure devant lui, à cause de la différence du niveau d'instruction entre eux. Ce qui a créé chez elle une crainte de le perdre, surtout avec la survenue de ses maladies, ainsi que sa crainte de ne pas avoir des enfants, du moment où elle s'approche de la ménopause.

³ ذبابا اتحبغ ولا يما اعلمغرا او اشو

⁴ اتحبغ يما معنى ماشي امبابا الله غالب

3. La représentation du corps et vie sexuelle de la femme

Hassina a une représentation stable de son corps, malgré le début de déformations, elle dit ; « mon corps est charmant, malgré ces petites déformations de mes mains »⁵.

La vie sexuelle de Hassina est marquée par un certain dommage, son énergie a diminué, à cause du diabète qui l'a rendu toujours fatiguée. Mais elle trouve la compréhension et le soutien de son époux.

III. Les stratégies de coping

1. Les stratégies d'ajustement de la femme (cognition, émotion, comportement)

Concernant le côté cognitif, les croyances construites par la patiente sur la polyarthrite rhumatoïde, qu'il s'agissait d'une maladie atteignant les personnes âgées, ont joué un rôle important dans les réactions de la patiente face à l'annonce du diagnostic qui a bouleversé la patiente.

Hassina souligne qu'elle a vu plusieurs médecins pour pouvoir accepter qu'elle soit vraiment atteinte d'une maladie chronique. Donc il s'agit d'une réaction de déni de la maladie, qui a mis en œuvre des stratégies de coping centrées sur l'émotion, manifestées par des larmes, un retrait par rapport aux autres.

Par rapport aux stratégies de coping centrées sur le problème. Elle note qu'elle fait du sport régulièrement, et pratique des activités comme la broderie qui peuvent l'aider à se soigner. Il s'agit donc d'une recherche de contrôle de sa santé, encouragée par la disponibilité de son mari, et par son soutien.

⁵ لكورو يشبح خاس اكن عوجن افسنو شوية

2. L'importance et la qualité du soutien social

Le soutien social dont Hassina a bénéficié est de type émotionnel et informationnel, venu de la part de son mari qui l'encourage à faire face à ses maladies, et la rassure par ses informations. Ainsi que par sa famille, notamment ses frères qui apportent pour elle une aide matérielle. Ce soutien a soulagé la crainte de Hassina par rapport aux dépenses financières, ainsi qu'il l'a aidé à s'estimer bien qu'elle n'a pas d'enfants. Il l'a encouragé à prendre des mesures de précaution contre l'évolution de ses maladies.

2- L'analyse de l'échelle de coping Toulousaine

• La présentation des résultats de l'échelle

Tableau (I) : La feuille de dépouillement N° 1

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	2	2	1	2	3	4	2	4	3	2	3	5	2	3	2	1	3	4		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	1	4	2	2	3	3	2	2	1	2	2	1	3	1	2	2	4	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	1	3	1	2	2	1	2	1	3	3	2	4	2	1	5	2	3	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOTAL	TOTAL. G
Action	4			6			6			7			7			5			34	124
Information		9			8			7			7			4			10		45	
Emotion			4			8			7			10			9			12	50	
Positif	4	9		6				7	7		7					5	10	12	67	
Négatif			4		8	8	6			7		10	7	4	9				63	

D'après ce tableau de la feuille de dépouillement n°1, Hassina a eu une note totale de (124) des champs et une note (67) de coping positif (centré sur le problème), ajoutant une note de coping négatif (centré sur l'émotion) qu'est (61), et une note(45) de soutien social.

Tableau (II) : La feuille de dépouillement n°2

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A 4	G 10	M 9	23
Support social	B 6	H 9	N 12	27
Retrait	C 6	I 8	O 4	18
Conversion	D 7	J 7	P 8	22
Contrôle	E 7	K 7	Q 7	21
Refus	F 5	L 4	R 10	19

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée de (27) de support social, suivit de note de conversion (22), et une note (21) de focalisation, et une note (18) de retrait, le contrôle avec une note de (21), et le refus avec une note de (19).

• **L'analyse des résultats de l'échelle**

D'après l'échelle de coping Toulousaine, Hassina a eu une note (67) concernant le coping centré sur le problème (positif), justifiée par une note (23) de focalisation, suivit d'une note de conversion qui est(22) et enfin la note(21) concernant le contrôle.

Elle a eu une note(63) de coping centré sur l'émotion, justifiée par la note(19) de refus, et la note(18) de retrait. En trouve aussi la note(45) de soutien social.

D'après le deuxième tableau, Hassina utilise beaucoup ;

- ✓ Support social émotionnel avec une note de (12) :J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens (item n°18) ;
- ✓ Focalisation cognitive avec une note de (10) : Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation (item n°35) ;
- ✓ Alexithymie avec une note de (10) : Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à la situation difficile. (item n°12).

Résumé du cas Hassina

D'après l'entretien avec Hassina, on déduit qu'elle a vécu une expérience douloureuse avec la perte de son bébé, et qui était déterminante dans l'apparition de la polyarthrite rhumatoïde chez elle. Ensuite son atteinte du diabète suite à l'accident de son père. Heureusement pour elle, elle dispose d'un soutien social satisfaisant, reçu de la part de sa famille et de son conjoint qui la rassure. Ce qui l'a aidé à être optimiste à l'égard de son avenir, et d'avoir l'espoir qu'un jour il y aura un traitement qui éradique cette maladie.

Concernant les stratégies de coping que Hassina emploie, on trouve qu'elle utilise des stratégies de coping centrées sur le problème d'une note de (67), et des stratégies centrées sur l'émotion avec une note de (61), et enfin, des stratégies centrées sur le soutien social avec une note de (45).

- **Tableau (I) : Tableau récapitulatif de scores des stratégies de coping chez tous les cas**

Cas \ S.C	Stratégies centrées sur le problème	Stratégies centrées sur l'émotion	Stratégies centrées sur le soutien social
Fadhila	80	86	53
Fatima	110	79	67
Mabrouka	77	57	51
Louiza	62	78	47
Hakima	105	87	69
Saida	89	65	52
Salima	110	86	80
Hassina	67	61	45
Score des stratégies	87.5	74.87	58

Le tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des stratégies de coping utilisées par les huit femmes atteintes de la polyarthrite rhumatoïde. Les résultats indiquent que les femmes privilégient les stratégies de coping basées sur le problème avec un taux de (87.5). Les entretiens menés, rendent compte d'une souffrance due aux événements de vie pénibles que les femmes ont vécus. De ce fait, elles trouvent un compromis dans leurs expressions émotionnelles, ce qui explique un taux non négligeable de stratégies de coping centrées sur les émotions, d'un score de (74.87).

Quant aux stratégies centrées sur le soutien social, nous pouvons constater qu'elles sont peu utilisées par notre population d'étude, elles sont représentées par un score de (58).

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons essayé d'analyser les résultats obtenus avec notre population d'étude, en s'appuyant sur les travaux théoriques sur le coping, qui nous a servi comme référence. Cette procédure est utile pour la discussion des hypothèses que nous développons dans le chapitre suivant.

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

- **La première hypothèse**

Les femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde utilisent des stratégies de coping centrées sur le problème, qui sont orientées vers l'action qui consiste à chercher des solutions adaptées à la maladie, comme la recherche de l'information médicale, la prise des médicaments. Des stratégies centrées sur l'émotion ou elles adoptent des stratégies qui ne modifient pas la situation mais plutôt l'attitude envers la situation, il s'agit des tentatives de la femme de réguler les tensions émotionnelles comme le recours à la réévaluation de la situation stressante ou à l'évitement-fuite. Des stratégies centrées sur le soutien social qui consiste à demander l'aide et le soutien des autres, comme l'écoute et la reconnaissance.

Effectivement, nos huit cas ont confirmé notre hypothèse, elles utilisent des stratégies de coping centrées sur le problème d'un score total de (87.5), des stratégies centrées sur les émotions d'un score total de (74.87), et des stratégies centrées sur la recherche du soutien social d'un score total de (58). Ces dernières sont peu utilisées, ceci est approprié chez tous les cas de notre recherche. Ci-dessous on va détailler ces dimensions pour chaque cas de notre population d'étude ;

Concernant les cas Fatima, Mabrouka, Hakima, Saida, Salima et Hassina, elles ont privilégiés des stratégies de coping orientées vers le problème, elles sont dans le coping actif.

- **Fatima** : d'après l'entretien avec Fatima, nous déduisons qu'elle dispose de plusieurs caractéristiques personnelles comme la confiance en soi, le contrôle

perçu, l'optimisme dispositionnel, ces caractéristiques permettent la réévaluation de la maladie, en pensant aux moyens d'en faire face. Ce qui explique un score élevé des stratégies de coping focalisées sur le problème (110). Elle utilise aussi des stratégies de coping centrées sur les émotions justifiées par une note de (79), justifiées par des larmes lors de douleurs intenses résistantes aux traitements. Quant à la recherche du soutien social, il est justifié par une note de (67).

- **Mabrouka** : Nous avons constaté dans le cas Mabrouka une importance particulière des croyances religieuses ayant un impact positif sur la patiente, et favorisant une orientation vers les stratégies de coping basées sur le problème d'une note de (77). Ajoutant une note de (57) concernant les stratégies centrées sur les émotions, et enfin une note de (51) concernant le soutien social.

- **Hakima** : Nous avons constaté dans le cas Hakima, qu'elle accorde un intérêt majeur à la douleur, qui motive la quête du soulagement et de soins. Ajoutant l'importance des croyances religieuses dans l'acceptation et l'adaptation à la maladie, cette étape est importante pour la mise en œuvre des stratégies de coping centrées sur le problème d'un score de (105), suivies d'un score de (87) concernant le coping centré sur les émotions, enfin une note de (69) pour le coping orienté vers la recherche du soutien social.

- **Saida** : on a constaté chez Saida une évaluation positive de la polyarthrite rhumatoïde, permettant l'utilisation des stratégies de coping centrées sur le problème d'un score de (89), et une orientation vers les stratégies de coping centrées sur les émotions d'un score de (65), manifestées par l'expression de ses craintes, et enfin une note de (52) pour le soutien social.

- **Salima** : D'après l'entretien avec Salima, nous retenons qu'elle est une femme active, son niveau d'instruction un peu élevé lui a permis de chercher des informations sur sa maladie pour la contrôler, ce qui explique un score élevé des stratégies de coping centrées sur le problème (110). Les événements pénibles qu'elle a vécu, et l'envahissement de la douleur expliquent un taux non

négligeable de stratégies de coping centrées sur les émotions (86). Ainsi une part importante du soutien social d'un score de (80) reçu par ses filles.

Concernant les cas Fadhila et Louiza, elles ont privilégié des stratégies de coping centrées sur les émotions, elles sont dans le coping passif.

- **Fadhila** : D'après l'entretien clinique avec Fadhila, nous déduisons qu'elle présente un état de stress lié aux événements de vie éprouvants qu'elle a vécu dès son jeune âge, ainsi que le manque de moyens de soins ont amplifié sa détresse. Ce qui explique un score élevé des stratégies de coping sur les émotions (86). Ajoutant un score de (80) concernant les stratégies de coping centrées sur le problème, manifestées par l'observance des médicaments, et l'adoption des comportements de santé. Quant aux stratégies de coping orientées vers la recherche du soutien social, justifiées par un score de (53), dirigé vers la réception de la sympathie et de l'écoute de ses filles.

- **Louiza** : D'après l'entretien avec Louiza, nous déduisons qu'elle présente une anxiété élevée liée à ses maladies, ainsi qu'à sa crainte de perdre son mari, ce qui explique un score de (78) des stratégies de coping centrées sur les émotions. Par rapport aux stratégies de coping centrées sur le problème, elles sont justifiées par un score de (62), argumentées par la quête de soins pour optimiser des complications fatales de ses maladies. Quant aux stratégies orientées vers la recherche du soutien social, elles sont justifiées par un score de (47), ces stratégies portent sur la recherche du réconfort et de l'information médicale.

- **La deuxième hypothèse**

Le soutien social a des effets directs et indirects sur l'état émotionnel et fonctionnel de la femme. Un soutien social perçu comme insuffisant de la

part des proches facilite le développement et le maintien des comportements douloureux chez les femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde. Cependant, celles qui perçoivent le soutien social comme adéquat ont un meilleur ajustement émotionnel, et élaborent des stratégies actives.

Incontestablement, nos huit cas reçoivent un soutien social d'ordre informationnel, émotionnel. Ce soutien perçu comme satisfaisant par tous les cas, il intervient comme modérateur des effets négatives de la maladie, et des difficultés qui en liées. Il joue aussi le rôle d'une ressource protectrice permettant l'orientation vers des stratégies de coping actives, les cas sont comme suit ;

- **Fadhila** : Le soutien social dont Fadhila dispose est d'ordre émotionnel, reçu par ses filles qui la soutiennent et la valorisent. Ce type de soutien perçu comme très satisfaisant par Fadhila, lui a permis de réguler ses émotions, de s'estimer et de maîtriser son stress, ainsi qu'il a augmenté sa motivation à la quête de soins.

- **Fatima** : Le soutien social que Fatima dispose est d'ordre informationnel, qui porte sur la recherche des informations et des soins disponibles sur sa maladie, et émotionnel reçu par les membres de sa famille. Ce soutien perçu comme satisfaisant a permis à Fatima de soulager son stress concernant sa maladie, il a joué un rôle important dans l'adaptation de la patiente à la maladie, ainsi que l'élaboration des stratégies de coping basées sur le problème.

- **Mabrouka** : Le soutien social que Mabrouka a reçu est de type informationnel, qui réfère à l'apport d'informations pertinentes destinées à aider la patiente à faire face à la maladie, et aux différentes situations stressantes liées. Ce type de soutien perçu comme satisfaisant par Mabrouka, lui a permis d'accepter sa maladie, et de s'orienter vers des stratégies de coping centrées sur le problème.

- **Louiza** : La patiente reçoit un soutien social d'ordre informationnel qui consiste en la recherche de l'information médicale, et émotionnel venu par les membres de sa famille, ce qui a encouragé la patiente à la quête de soins, et à la prise des mesures de précaution contre une évolution défavorable de ses maladies.

- **Hakima** : La patiente dispose d'un soutien social informationnel qui consiste en la recherche des conseils des médecins, et émotionnel qui implique la décharge émotionnelle lors des situations de stress. Ce soutien perçu comme satisfaisant par Hakima, lui a permis de soulager son stress, et d'adopter des stratégies de coping efficaces.

- **Saida** : on note que Saida dispose d'un soutien social de type informationnel qui implique la recherche de l'information médicale et des conseils des médecins, et émotionnel reçu par ses proches. Ce soutien perçu comme satisfaisant, a permis à Saida de maîtriser les situations de stress, et à mobiliser ses ressources pour faire face à la maladie.

- **Salima** : Le soutien social dont la patiente dispose est d'ordre informationnel, manifesté par la recherche de l'information médicale, et émotionnel reçu par ses proches, qui implique la réassurance et l'empathie. Ce soutien perçu comme satisfaisant, a été déterminant dans l'adaptation de Salima à sa maladie, il lui a permis d'améliorer ses perceptions concernant sa capacité à faire face aux exigences imposées par la maladie, et il a facilité l'élaboration des stratégies de coping basées sur le problème.

- **Hassina** : On note que Hassina dispose d'un soutien social de type informationnel et émotionnel, reçu par son mari et par les membres de sa famille qui la rassurent. Ce soutien perçu comme satisfait par Hassina, lui a permis de réguler ses émotions, d'être optimiste à l'égard de son avenir, et d'augmenter les ressources matérielles en lien avec les conditions de vie, ce qui a permis à Hassina d'élaborer des stratégies de coping centrées sur le problème.

Nos hypothèses concernant les stratégies de coping et les effets du soutien social sur l'état émotionnel et fonctionnel des femmes atteintes de polyarthrite rhumatoïde sont réfutables et non absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représente pas la population mère, de tous les malades atteint par cette maladie.

Conclusion générale

La question des stratégies de coping demeure très importante, pour rendre compte de l'ajustement de l'individu, que ce soit dans des situations traumatiques ou non.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons tenté d'identifier les stratégies de coping utilisées par les femmes atteintes d'une polyarthrite rhumatoïde, cette maladie qui change la vie de la femme, et produit une perte d'autonomie et de capacité de travail. Nous avons tenté également de déterminer le rôle du soutien social qui présente des effets directs ou indirects sur l'état émotionnel et fonctionnel de la femme.

Afin d'aboutir aux objectifs de notre recherche, et vérifier nos hypothèses, nous avons adopté la méthode clinique qui se centre sur la singularité de l'individu, en s'appuyant sur plusieurs dispositifs comme l'entretien clinique semi directif, qui fait partie de l'étude de cas, afin d'avoir des informations et effectuer un travail de réflexion et d'analyse à partir des données des interviewés et de leurs comportements. Ainsi nous avons appliqué l'échelle Toulousaine de coping, à travers laquelle nous avons obtenu des résultats permettant d'identifier les stratégies de coping utilisées par chaque cas.

Cette recherche menée auprès de femmes atteintes d'une polyarthrite rhumatoïde, nous a permis d'apercevoir la méconnaissance de cette maladie par le grand public, et par les femmes qui nomment cette maladie rhumatisme du sang. Ajoutant l'absence d'une prise en charge psychologique, et d'une éducation thérapeutique prétendues pour le domaine de l'algologie (la médecine de la douleur) dans notre société. Cette procédure est indispensable pour rendre compte des préoccupations des sujets, et voire aboutir à la mise en œuvre de stratégies de coping efficaces.

Encore, il est à reconnaître l'importance de cette étude pour nous, sur le plan personnel, humain, et notamment sur le plan scientifique. Toutefois, il est à reconnaître que nos hypothèses sont relatives, et non statiques, qui est due à

Conclusion générale

notre population restreinte ne dépassant pas huit cas du sexe féminin, et qui ne représentent pas la population mère.

Pour conclure notre travail, il est à souligné que notre thème de recherche recouvre un domaine très vaste, c'est pour cette raison que nous invitons d'autres étudiants à approfondir ultérieurement ce sujet, ou d'effectuer des recherches sur la même catégorie de malades.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être abordées par nos collègues étudiants, qui sont comme suit :

- Est-ce que le coping religieux peut avoir une fonction adaptative et protectrice face aux situations stressantes ?
- Est-ce que les femmes atteintes d'une polyarthrite rhumatoïde souffrent-elles de troubles anxieux ?

La liste bibliographique

- 1- Bollabice. C. B, (1974), « **Rhumatologie** », Italie, Ed Milan.
- 2- Boudareme. M, (2005), « **le stress entre bien être et souffrance** », Alger, Ed Berti.
- 3- Bouvard. M et Cottraux. J, (2005), « Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie », Paris, Ed Masson.
- 4- Bruchon-Schweitzer. M, (2001) « **stress, coping et ajustement**», Paris, Ed Dunod
- 5- Bruchon-Schweitzer. M, (2001), « **psychologie de la santé**», Paris Ed Dunod.
- 6- Bruchon-Schweitzer. M et Quintard. B, (2001), « concept, stress, coping », **in revue de recherche en soins infirmiers**, N°67, pp.69-71.
- 7- Castarède. M. F, (2003), « **Introduction à la psychologie clinique** », Paris, Ed Armand Colin.
- 8- Chabrol. H et. Callahan. S, (2004), « **mécanisme de défense et coping** », Paris, Ed Dunod.
- 9- Chahraoui. KH et Bénony. H, (2003), « **Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique** », Paris, Ed Dunod.
- 10- Esparbes- Ader. F et coll. (1997), « adaptation et stratégies de coping à l'adolescence » **in revue de recherche en éducation**, N° 20, PP. 131- 154.
- 11- Fernandez. L et Bonnet ; A, (2007), « **Les méthodes et la pratique en psychopathologie et en psychologie clinique** », Paris, Ed In Press.
- 12- Ferrgut. E, (1995), « **La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique** », Paris, Ed Masson.
- 13- Fischer. G. N, (2002), « **Traité de psychologie de la santé** », Paris, Ed Dunod.
- 14- Fondras. J. C, (2009), « **La douleur : expérience et médicalisation** », Paris, Ed les belles lettres.

- 15- Foucaud. J et coll. (2010), « **Education thérapeutique du patient : modèles, pratiques et évaluation** », Saint Denis, Ed Inpes.
- 16- Haynal. A et coll. (1997), « **Médecine psychosomatique** », Paris, Ed Masson
- 17- Hoareau. D, (2002), « **Apprivoisez votre stress** », Paris, Ed d'organisation.
- 18- Kubler-Ross. E, (1975), « **Les derniers instants de la vie** », Genève, Ed Labor et Fides.
- 19- Lazarus. R et Folkman. R. S, (1984), « **stress appraisal and coping**», New York, Ed Springer.
- 20- Leplège. A et coll. (2001), « **Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications** », Paris, Ed ESTEM.
- 21- Marcelli. CH, (2008), « **Rhumatologie : connaissance et pratique** », Paris, Ed Masson.
- 22- Maribou. B, (2001), « **Personnalité et maladie, stress, coping et ajustement** », Paris, Ed Dunod.
- 23- Monorche. A, (1977), « **Eléments de rhumatologie** », Paris, Ed médica les et universitaires.
- 25- Morel. J et coll. (2007), « **Journée Montpelliéraine de rhumatologie** », France, Ed Sauramps Médical.
- 26- Muller. A et coll. (2007), « **Soins infirmiers et douleur** », Paris, Ed Masson.
- 27- Paulhan. I, (1992), « Le concept de coping » **in revue de l'année psychologique**, N^o 92, PP. 545-557.
- 28- Paulhan. I et Bourgois. M, (1998), « **stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité** », paris, Ed PUF.
- 29- Pardinielli. J ; L, (2012), « **Introduction à la psychologie clinique** », Paris, Ed Armand Colin.

- 30- Peoc'h. N, (2012), « **Les représentations sociales de la douleur chez les personnes soignées** », Paris, Ed l'Harmattan.
- 31- Powlotsky.Y, (1997), « **Rhumatologie : diagnostique et conduites thérapeutiques** », Paris, Ed Ellipses Marketing.
- 32- Simon. l, (1989), « **La rhumatologie** », Paris, Ed Masson.
- 33- Trombini. G et coll. (2005), « **La psychosomatique** », Paris, Ed In Press.

Traduction de l'échelle de coping de Sylvie Espabè, Florence Sordes-Ader et Pierre Tap.

La consigne

اسما اتفرننتيت يوث الحالة ايوعرن اتقبلتت سلفص تمخلف

اسما اتختيرت يوث الحالة ايوعرن اتعشت ثورا نغ خاطي سيس اتحست بلي ثعناك ألواحي اتقلقك
بزاف برسزید, امك أتواجهت الحالي ايوعرن اقسترسن

سجلد الحالة ايوعرن ثنا اتختارت فسطر أمنزو.

انترې لشفر الكلقن.

أتفت 5 نلشيفر ادبينن فندا ألقيس اتسخدمت لننس اقترحن من 1 (اولاش اك) ألما 5(يلا).

الاق ادربندت لزنونس اكيث.

خثر الحالة ايوعرن

ازاٹ الحالة ايوعرن اذوجهغ سال حليني

يلا لكثرا		اولاش أكث			
5	4	3	2	1	1-اذقابلغ الحالي
5	4	3	2	1	2-اذطلبغ اراي نطبيب
5	4	3	2	1	3-تسييغ اذحسغ اخر اسما اذشاغ-
5	4	3	2	1	4-اذخدمغ ذلمعونا انويطنين اكن اذهوغ
5	4	3	2	1	5-اتسييغ اتخمغارا افوقور
5	4	3	2	1	6-اذطلبغ لمعونا نربي
5	4	3	2	1	7-تبعدغ اف لعباذ
5	4	3	2	1	8-اذقبلغ اقور ميلا ايحتميث لحا-
5	4	3	2	1	9-تسييغ اكن اخلعغارا
5	4	3	2	1	10-اذبدلغ امك اتعيشاغ
5	4	3	2	1	11-خدمغ لبل وذتغغ سبيس
5	4	3	2	1	12-ترعني امسليين اسما اذلييغ كلحالة او عرن
5	4	3	2	1	13-اتخمغارا افمشكل الما احذرذ
5	4	3	2	1	14-اقبل غرا او قور
5	4	3	2	1	15-تراغ از عافيو فويطنين
5	4	3	2	1	16-ذخدمغ كرا لحاجة اسفراحن-

5	4	3	2	1	17-ادسلضغ افلحاني اوكن اتففهمغ
5	4	3	2	1	18-اتحسوغ احواجغ أيشارك وذاك ايقربن سويني اتحسوغ
5	4	3	2	1	19-ادطكيغ اوقور اكن سمت-
5	4	3	2	1	20-ادهضرغ افوقور لواحي ذمولانو نغ ذمقرانن نطن
5	4	3	2	1	21-سهوغ اوقور اسما ادسوغ أدوا
5	4	3	2	1	22-ادحوفغ لشغال يسلهن
5	4	3	2	1	23-رقلغ ارثرقث لخيال
5	4	3	2	1	24-اتبغ لمثول ندنيث اكن ادغلبغ اوقور
5	4	3	2	1	25-اسما ادحضر اوقور اخدم غارا أين اسنيغ ادخدمغ
5	4	3	2	1	26-ادعشاغ لوحى وقور
5	4	3	2	1	27-ادحكمغ قين اتحسوغ
5	4	3	2	1	28-ادبدلغ امك اتعيشاغ-
5	4	3	2	1	29-علمغ داشو ادخدمغ یرن رنو غ لمجهود باش اضوطغ أوين ابغي
5	4	3	2	1	30-ارتحسغ والو اسما ادحضر وفورني
5	4	3	2	1	31-تراغ أطار اميسمحي لحال
5	4	3	2	1	32-خدمغ أمكن أوقرني اولاشيئ
5	4	3	2	1	33-اتحسوغ أمكن ذنكي ادسبا
5	4	3	2	1	34-ترحغ اسنما نغ تفرجغ لاتيلي اكن اتخممغارا
5	4	3	2	1	35-اتخم مغر أوين ايعونن اكن ادقابلغ لحالة
5	4	3	2	1	36-اتحفغ لمعوننا نيمدوكاليو اكن ايعونن
5	4	3	2	1	37-ادروحغ اروقورني
5	4	3	2	1	38-طلبغ لعباذ اقسعان امقورو ايعونن
5	4	3	2	1	39-تساغ دخان ناغ لكيف اكن ادرساغ
5	4	3	2	1	40-تعونغ لعباذ اكن ابغينغ ايعونن
5	4	3	2	1	41-تسييغ اكن يبيغلي ادخدمغ فلحاجة نطن
5	4	3	2	1	42-تتاغ فالحالة أيلي
5	4	3	2	1	43-تراغ امانيو قالريف فالعباد
5	4	3	2	1	44-ادقبلغ بلي الاق ادفروغ اوقور
5	4	3	2	1	45-تجاغ أين اتحسوغ إيمانيو
5	4	3	2	1	46-اتبدلغ أين خدماغ على حساب وفورني
5	4	3	2	1	47-سغوغ لحوايغ ابغينغ اضوطغ غور نست
5	4	3	2	1	48-أين اتحسوغ أتروح اكن أدیس
5	4	3	2	1	49-اتيسغارا ادخدمغ كرا سلعجلان
5	4	3	2	1	50-قرغاس إيمانيو اوقوريي يسعرا لمعنى
5	4	3	2	1	51-اغليبي وأين ايتحسغ
5	4	3	2	1	52-خدماغ لحوايغ نطن يسلهن
5	4	3	2	1	53-تخدمغ أوين زمرغ ادخدمغ اكن ادفروغ اوقور
5	4	3	2	1	54-تحفغ لموعظة ذلمعوننا نويط.

La feuille de dépouillement n°1

[illegible]

La feuille de dépouillement n°2

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION	Total
Focalisation	A	G	M	
Support social	B	H	N	
Retrait	C	I	O	
Conversion	D	J	P	
Contrôle	E	K	Q	
Refus	F	L	R	

L'échelle du cas Fadhila

	Pas du tout				Très souvent
1-Je fais face à la situation	1	2	3	4	✓ 5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	✓ 5
3-J'essaie de me sentir mieux en mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4-Je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	✓ 2	3	4	5
5-J'essaie de ne pas penser au problème.	1	✓ 2	3	4	5
6-Je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5
7-J'évite de rencontre des gens.	1	2	3	✓ 4	5
8-J'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	✓ 4	5
9-J'essaie de ne pas paniquer.	1	✓ 2	3	4	5
10-Je change ma façon de vivre.	1	2	3	✓ 4	5
11-Je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	✓ 2	3	4	5
12-Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	✓ 4	5
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	1	2	3	✓ 4	5
14- Je refuse d'admettre le problème.	1	2	✓ 3	4	5
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	✓ 3	4	5
16-Je fais quelque chose plus agréable.	1	✓ 2	3	4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	✓ 4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	✓ 4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	✓ 4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	3	4	✓ 5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	✓ 2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	✓ 1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	✓ 4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	✓ 4	5
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.-	1	✓ 2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	✓ 2	3	4	5
27- Je contrôle mes émotions.	✓ 1	2	3	4	5
28- Je change la façon de me comporter.	1	✓ 2	3	4	5

29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	✓ 3	4	5
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	✓ 5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me la permette.	1	✓ 2	3	4	5
32- J'agis comme si le problème n'existe pas.	1	2	3	✓ 4	5
33- Je me sens coupable.	✓ 1	2	3	4	5
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	4	✓ 5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	✓ 1	2	3	4	5
36- Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	✓ 5
37- Je vais directement au problème.	1	2	3	4	✓ 5
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	✓ 1	2	3	4	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	✓ 1	2	3	4	5
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé. (e)	1	✓ 2	3	4	5
41- J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	✓ 3	4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓ 1	2	3	4	5
43- Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	✓ 5
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	✓ 3	4	5
45- Je garde pour moi mes sentiments.	1	✓ 2	3	4	5
46- Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	✓ 4	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre.	✓ 1	2	3	4	5
48- Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	✓ 4	5
49- Je me retiens d'agir trop rapidement.	✓ 1	2	3	4	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	✓ 3	4	5
51- Je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	4	✓ 5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	✓ 2	3	4	5
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	✓ 2	3	4	5
54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	✓ 5

L'échelle du cas Fatima

	Pas du tout				Très souvent
1-Je fais face à la situation	1	2	3	4	✓ 5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	✓ 5
3-J'essaie de me sentir mieux en mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4-Je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	✓ 2	3	4	5
5-J'essaie de ne pas penser au problème.	✓	2	3	4	5
6-Je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5
7-J'évite de rencontre des gens.	1	2	3	4	✓ 5
8-J'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	✓ 4	5
9-J'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	4	✓ 5
10-Je change ma façon de vivre.	1	2	3	4	✓ 5
11-Je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	3	✓ 4	5
12-Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	✓ 5
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	1	2	3	✓ 4	5
14- Je refuse d'admettre le problème.	1	2	✓ 3	4	5
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	✓ 4	5
16-Je fais quelque chose plus agréable.	1	2	3	✓ 4	5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	✓ 3	4	5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	4	✓ 5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	4	✓ 5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	3	4	✓ 5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	✓ 4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	3	✓ 4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	✓ 2	3	4	5
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.-	1	2	3	✓ 4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	✓ 4	5
27- Je contrôle mes émotions.	✓	2	3	4	5
28- Je change la façon de me comporter.	1	2	3	4	✓ 5

29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	✓ 4	5
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	✓	2	3	4	5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me la permette.	1	✓ 2	3	4	5
32- J'agis comme si le problème n'existe pas.	1	✓ 2	3	4	5
33- Je me sens coupable.	1	2	✓ 3	4	5
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	✓	2	3	4	5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	✓ 4	5
36- Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	✓ 5
37- Je vais directement au problème.	1	2	3	✓ 4	5
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	✓ 5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	✓	2	3	4	5
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé. (e)	1	2	3	✓ 4	5
41- J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	✓ 4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓	2	3	4	5
43- Je me mets en retrait par rapport aux autres.	1	2	✓ 3	4	5
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	✓ 5
45- Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	✓ 5
46- Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	✓ 3	4	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	✓ 4	5
48- Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	✓ 2	3	4	5
49- Je me retiens d'agir trop rapidement.	✓	2	3	4	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	✓ 2	3	4	5
51- Je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	✓ 3	4	5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	✓ 4	5
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	✓ 4	5
54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	✓ 5

L'échelle du cas Mabrouka

	Pas du tout				Très souvent
1-Je fais face à la situation	1	2	3	4	✓ 5
2-je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecines,...).	1	2	3	4	✓ 5
3-J'essaie de me sentir mieux en mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4-Je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	✓ 1	2	3	4	5
5-J'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	✓ 3	4	5
6-Je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5
7-J'évite de rencontre des gens.	✓ 1	2	3	4	5
8-J'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	✓ 4	5
9-J'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	✓ 4	5
10-Je change ma façon de vivre.	1	2	✓ 3	4	5
11-Je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	✓ 2	3	4	5
12-Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	✓ 1	2	3	4	5
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	✓ 1	2	3	4	5
14- Je refuse d'admettre le problème.	✓ 1	2	3	4	5
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	✓ 4	5
16-Je fais quelque chose plus agréable.	1	2	3	4	✓ 5
17-J'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	✓ 5
18-J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	✓ 1	2	3	4	5
19-J'attaque le problème de front.	1	2	3	✓ 4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	✓ 1	2	3	4	5
21-J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	✓ 1	2	3	4	5
22-Je cherche des activités collectives pour me dépenser.	✓ 1	2	3	4	5
23-Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	✓ 1	2	3	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	✓ 2	3	4	5
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.-	✓ 1	2	3	4	5
26-J'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	✓ 4	5
27- Je contrôle mes émotions.	✓ 1	2	3	4	5
28- Je change la façon de me comporter.	1	✓ 2	3	4	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	✓ 3	4	5
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	2	3	4	✓ 5

31-Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me la permette.	1	2	✓ 3	4	5
32-J'agis comme si le problème n'existe pas.	1	2	3	✓ 4	5
33- Je me sens coupable.	1	✓ 2	3	4	5
34-Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	✓ 2	3	4	5
35-Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	✓ 1	2	3	4	5
36-Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	✓ 1	2	3	4	5
37-Je vais directement au problème.	1	2	3	✓ 4	5
38-Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	✓ 1	2	3	4	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	✓ 1	2	3	4	5
40-J'aide les autres comme j'aimerais être aidé. (e)	1	2	✓ 3	4	5
41- J'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	✓ 3	4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓ 1	2	3	4	5
43-Je me mets en retrait par rapport aux autres.	✓ 1	2	3	4	5
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	✓ 4	5
45- Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	✓ 4	5
46- Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	✓ 3	4	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre.	1	✓ 2	3	4	5
48- Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	✓ 3	4	5
49- Je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	✓ 3	4	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	✓ 3	4	5
51- Je suis envahi(e) par mes émotions.	✓ 1	2	3	4	5
52-Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	✓ 3	4	5
53-Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1		3	✓ 4	5
54-Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	✓ 1	2	3	4	5

L'échelle du cas Salima

	Pas du tout			Très souvent		
1-je fais face à la situation	1	2	3	4	✓ 5	
2-je demande des conseils à des professionnelles (professeure, médecines,..)	1	2	3	✓ 4		5
3-j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	1	2	✓ 3	4		5
4-je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	✓ 1	2	3	4		5
5-j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	3	4	✓ 5	
6-je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5	
7-j'évite de rencontre des gens.	1	2	3	4	✓ 5	
8-j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	4	✓ 5	
9-j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	3	✓ 4		5
10-je change ma façon de vivre.	1	✓ 2	3	4		5
11-je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	3	4	✓ 5	
12-il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	✓ 5	
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	1	2	3	4	✓ 5	
14- je refuse d'admettre le problème.	✓ 1	2	3	4		5
15- il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	✓ 4		5
16-je fais quelque chose plus agréable.	1	2	3	✓ 4		5
17-j'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	3	4	✓ 5	
18-j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	4	✓ 5	
19-j'attaque le problème de front.	1	2	3	4	✓ 5	
20- je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	3	4	✓ 5	
21-j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	✓ 1	2	3	4		5
22-je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	✓ 2	3	4		5
23-je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	✓ 2	3	4		5
24- je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	✓ 1	2	3	4		5
25- il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.-	1	✓ 2	3	4		5
26-j'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	4	✓ 5	
27- je contrôle mes émotions.	✓ 1	2	3	4		5
28- je change la façon de me comporter.	1	2	✓ 3	4		5

29- je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	4	✓ 5
30- j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	1	✓ 2	3	4	5
31-je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me la permette.	1	2	✓ 3	4	5
32-j'agis comme si le problème n'existe pas.	1	2	3	4	✓ 5
33- je me sens coupable.	1	2	✓ 3	4	5
34-je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	3	✓ 4	5
35-je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	✓ 5
36-je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	✓ 4	5
37-je vais directement au problème.	1	2	3	4	✓ 5
38-je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	✓ 5
39- je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	✓ 1	2	3	4	5
40-j'aide les autres comme j'aimerais être aidé.	1	✓ 2	3	4	5
41- j'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	3	4	✓ 5
42- je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓ 1	2	3	4	5
43-je me met en retrait par rapport aux autres.	1	2	✓ 3	4	5
44- j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	✓ 4	5
45- je garde pour moi mes sentiments.	✓ 1	2	3	4	5
46- je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	✓ 4	5
47- je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	✓ 5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	✓ 2	3	4	5
49- je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	✓ 3	4	5
50- je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	2	3	4	✓ 5
51- je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	✓ 4	5
52-je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	3	4	✓ 5
53-je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	✓ 4	5
54-je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	✓ 5

L'échelle du cas Hakima

	Pas du tout		Très souvent		
1-je fais face à la situation	1	2	3	4	✓ 5
2-je demande des conseils à des professionnelles (professeure, médecines,...)	1	2	3	4	✓ 5
3-j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4-je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	✓ 1	2	3	4	5
5-j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	✓ 3	4	5
6-je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5
7-j'évite de rencontre des gens.	1	2	✓ 3	4	5
8-j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	✓ 3	4	5
9-j'essaie de ne pas paniquer.	1	✓ 2	3	4	5
10-je change ma façon de vivre.	1	2	✓ 3	4	5
11-je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	✓ 3	4	5
12-il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	✓ 5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	✓ 1	2	3	4	5
14- je refuse d'admettre le problème.	1	✓ 2	3	4	5
15- il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	✓ 4	5
16-je fais quelque chose plus agréable.	1	2	✓ 3	4	5
17-j'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	✓ 3	4	5
18-j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	4	✓ 5
19-j'attaque le problème de front.	1	2	3	4	✓ 5
20- je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	3	4	✓ 5
21-j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	4	✓ 5
22-je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	✓ 2	3	4	5
23-je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	✓ 4	5
24- je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	✓ 2	3	4	5
25- il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.-	1	2	✓ 3	4	5
26-j'apprends à vivre avec le problème.	1	2	3	✓ 4	5
27- je contrôle mes émotions.	1	2	✓ 3	4	5
28- je change la façon de me comporter.	1	2	✓ 3	4	5
29- je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	2	3	✓ 4	5
30- j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés	1	2	✓ 3	4	5

interviennent.					
31-je résiste au désir d’agir jusqu’à ce que la situation me la permette.	✓ 1	2	3	4	5
32-j’agis comme si le problème n’existe pas.	1	2	3	4	✓ 5
33- je me sens coupable.	1	2	3	4	✓ 5
34-je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	✓ 3	4	5
35-je pense aux expériences susceptibles de m’aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	✓ 5
36-je cherche l’aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4	✓ 5
37-je vais directement au problème.	1	2	3	4	✓ 5
38-je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu’ils ont fait.	1	2	3	4	✓ 5
39- je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	✓ 1	2	3	4	5
40-j’aide les autres comme j’aimerais être aidé.	1	2	3	4	✓ 5
41- j’essaie à tout prix de penser à autre chose.	✓ 1	2	3	4	5
42- je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓ 1	2	3	4	5
43-je me met en retrait par rapport aux autres.	1	2	3	4	✓ 5
44- j’accepte l’idée qu’il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	✓ 5
45- je garde pour moi mes sentiments.	1	2	✓ 3	4	5
46- je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	✓ 3	4	5
47- je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	✓ 3	4	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu’elles sont apparues.	1	2	✓ 3	4	5
49- je me retiens d’agir trop rapidement.	1	2	3	✓ 4	5
50- je me dis à moi-même que ce problème n’a aucune importance.	1	2	3	4	✓ 5
51- je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	4	✓ 5
52-je me tourne vers d’autres activités pour me distraire.	1	2	3	✓ 4	5
53-je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	✓ 4	5
54-je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	✓ 5

L'échelle du cas Saida

	Pas du tout		Très souvent		
1-je fais face à la situation	1	2	✓ 3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnelles (professeure, médecines,...)	1	2	3	4	✓ 5
3-j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4-je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	2	✓ 3	4	5
5-j'essaie de ne pas penser au problème.	1	✓ 2	3	4	5
6-je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5
7-j'évite de rencontre des gens.	✓ 1	2	3	4	5
8-j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	✓ 4	5
9-j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	✓ 3	4	5
10-je change ma façon de vivre.	1	✓ 2	3	4	5
11-je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	✓ 3	4	5
12-il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	✓ 3	4	5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	1	2	✓ 3	4	5
14- je refuse d'admettre le problème.	✓ 1	2	3	4	5
15- il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	✓ 1	2	3	4	5
16-je fais quelque chose plus agréable.	1	2	✓ 3	4	5
17-j'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	✓ 2	3	4	5
18-j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	✓ 4	5
19-j'attaque le problème de front.	1	2	✓ 3	4	5
20- je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	3	4	✓ 5
21-j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	2	3	✓ 4	5
22-je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	2	✓ 3	4	5
23-je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	✓ 1	2	3	4	5
24- je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	✓ 1	2	3	4	5
25- il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.-	1	2	✓ 3	4	5
26-j'apprends à vivre avec le problème.	1	2	✓ 3	4	5
27- je contrôle mes émotions.	1	2	✓ 3	4	5
28- je change la façon de me comporter.	1	2	✓ 3	4	5
29- je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	✓ 2	3	4	5
30- j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés	1	2	✓ 3	4	5

interviennent.					
31-je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me la permette.	1	2	3	4	✓ 5
32-j'agis comme si le problème n'existe pas.	1	2	✓ 3	4	5
33- je me sens coupable.	1	2	3	✓ 4	5
34-je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	2	✓ 3	4	5
35-je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	✓ 4	5
36-je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	✓ 4	5
37-je vais directement au problème.	1	2	3	✓ 4	5
38-je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	✓ 4	5
39- je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	✓ 1	2	3	4	5
40-j'aide les autres comme j'aimerais être aidé.	1	✓ 2	3	4	5
41- j'essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	2	✓ 3	4	5
42- je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓ 1	2	3	4	5
43-je me met en retrait par rapport aux autres.	✓ 1	2	3	4	5
44- j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	✓ 3	4	5
45- je garde pour moi mes sentiments.	✓ 1	2	3	4	5
46- je modifie mes actions en fonction du problème.	1	✓ 2	3	4	5
47- je me donne des objectifs à atteindre.	1	✓ 2	3	4	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	✓ 3	4	5
49- je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	3	✓ 4	5
50- je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	✓ 1	2	3	4	5
51- je suis envahi(e) par mes émotions.	1	✓ 2	3	4	5
52-je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	2	✓ 3	4	5
53-je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	✓ 4	5
54-je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	✓ 5

L'échelle du cas Louiza

	Pas du tout		Très souvent		
1-je fais face à la situation	✓ 1	2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnelles (professeure, médecines,...)	1	✓ 2	3	4	5
3-j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4-je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	✓ 1	2	3	4	5
5-j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	✓ 3	4	5
6-je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	4	✓ 5
7-j'évite de rencontre des gens.	1	2	3	4	✓ 5
8-j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	✓ 3	4	5
9-j'essaie de ne pas paniquer.	1	✓ 2	3	4	5
10-je change ma façon de vivre.	1	✓ 2	3	4	5
11-je fais un plan d'action et je m'y tiens.	✓ 1	2	3	4	5
12-il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	✓ 5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	1	✓ 2	3	4	5
14- je refuse d'admettre le problème.	1	2	✓ 3	4	5
15- il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	2	3	✓ 4	5
16-je fais quelque chose plus agréable.	✓ 1	2	3	4	5
17-j'analyse la situation pour mieux la comprendre.	✓ 1	2	3	4	5
18-j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	✓ 4	5
19-j'attaque le problème de front.	✓ 1	2	3	4	5
20- je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	✓ 3	4	5
21-j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	✓ 1	2	3	4	5
22-je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	✓ 2	3	4	5
23-je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	3	4	✓ 5
24- je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	3	✓ 4	5
25- il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.-	1	2	3	✓ 4	5
26-j'apprends à vivre avec le problème.	1	✓ 2	3	4	5
27- je contrôle mes émotions.	1	✓ 2	3	4	5
28- je change la façon de me comporter.	1	2	✓ 3	4	5
29- je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	✓ 1	2	3	4	5

30- j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent.	✓ 1	2	3	4	5
31-je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me la permette.	1	2	✓ 3	4	5
32-j'agis comme si le problème n'existe pas.	1	2	✓ 3	4	5
33- je me sens coupable.	1	2	3	4	✓ 5
34-je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	✓ 2	3	4	5
35-je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	✓ 5
36-je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	✓ 4	5
37-je vais directement au problème.	✓ 1	2	3	4	5
38-je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	✓ 4	5
39- je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	✓ 1	2	3	4	5
40-j'aide les autre comme j'aimerais être aidé.	1	✓ 2	3	4	5
41- j'essaye à tout prix de penser à autre chose.	1	✓ 2	3	4	5
42- je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓ 1	2	3	4	5
43-je me met en retrait par rapport aux autre.	1	✓ 2	3	4	5
44- j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	✓ 1	2	3	4	5
45- je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	✓ 4	5
46- je modifier mes actions en fonctions de problème.	✓ 1	2	3	4	5
47- je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	✓ 3	4	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	✓ 3	4	5
49- je me retiens d'agir trop rapidement.	1	2	✓ 3	4	5
50- je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance.	1	✓ 2	3	4	5
51- je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	✓ 4	5
52-je me tourne vers d'autres activités pour me distraire.	1	✓ 2	3	4	5
53-je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	✓ 5
54-je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	✓ 4	5

L'échelle du cas Hassina

	Pas du tout		Très souvent		
1-je fais face à la situation	1	✓ 2	3	4	5
2-je demande des conseils à des professionnelles (professeure, médecines,...)	1	✓ 2	3	4	5
3-j'essaie de me sentir mieux en mangeant.	✓ 1	2	3	4	5
4-je travaille en coopération avec d'autre pour me mobiliser.	1	✓ 2	3	4	5
5-j'essaie de ne pas penser au problème.	1	2	✓ 3	4	5
6-je demande à Dieu de m'aider.	1	2	3	✓ 4	5
7-j'évite de rencontre des gens.	1	✓ 2	3	4	5
8-j'accepte le problème s'il est inévitable.	1	2	3	✓ 4	5
9-j'essaie de ne pas paniquer.	1	2	✓ 3	4	5
10-je change ma façon de vivre.	1	✓ 2	3	4	5
11-je fais un plan d'action et je m'y tiens.	1	2	✓ 3	4	5
12-il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile.	1	2	3	4	✓ 5
13- je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	1	✓ 2	3	4	5
14- je refuse d'admettre le problème.	1	2	✓ 3	4	5
15- il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui.	1	✓ 2	3	4	5
16-je fais quelque chose plus agréable.	✓ 1	2	3	4	5
17-j'analyse la situation pour mieux la comprendre.	1	2	✓ 3	4	5
18-j'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	✓ 4	5
19-j'attaque le problème de front.	✓ 1	2	3	4	5
20- je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	3	✓ 4	5
21-j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments.	1	✓ 2	3	4	5
22-je cherche des activités collectives pour me dépenser.	1	✓ 2	3	4	5
23-je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve.	1	2	✓ 3	4	5
24- je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre.	1	2	✓ 3	4	5
25- il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé.-	1	✓ 2	3	4	5
26-j'apprends à vivre avec le problème.	1	✓ 2	3	4	5
27- je contrôle mes émotions.	✓ 1	2	3	4	5
28- je change la façon de me comporter.	1	✓ 2	3	4	5
29- je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver.	1	✓ 2	3	4	5
30- j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés	✓ 1	2	3	4	5

interviennent.					
31-je résiste au désir d’agir jusqu’à ce que la situation me la permette.	1	2	✓ 3	4	5
32-j’agis comme si le problème n’existe pas.	✓ 1	2	3	4	5
33- je me sens coupable.	1	✓ 2	3	4	5
34-je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser.	1	✓ 2	3	4	5
35-je pense aux expériences susceptibles de m’aider pour faire face à la situation.	1	2	3	✓ 4	5
36-je cherche l’aide de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	✓ 4	5
37-je vais directement au problème.	✓ 1	2	3	4	5
38-je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu’ils ont fait.	1	2	✓ 3	4	5
39- je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	✓ 1	2	3	4	5
40-j’aide les autres comme j’aimerais être aidé.	1	✓ 2	3	4	5
41- j’essaie à tout prix de penser à autre chose.	1	✓ 2	3	4	5
42- je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve.	✓ 1	2	3	4	5
43-je me met en retrait par rapport aux autres.	1	✓ 2	3	4	5
44- j’accepte l’idée qu’il faut que je résolve le problème.	✓ 1	2	3	4	5
45- je garde pour moi mes sentiments.	1	2	✓ 3	4	5
46- je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	✓ 3	4	5
47- je me donne des objectifs à atteindre.	1	✓ 2	3	4	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu’elles sont apparues.	1	2	3	✓ 4	5
49- je me retiens d’agir trop rapidement.	1	✓ 2	3	4	5
50- je me dis à moi-même que ce problème n’a aucune importance.	✓ 1	2	3	4	5
51- je suis envahi(e) par mes émotions.	1	2	3	4	✓ 5
52-je me tourne vers d’autres activités pour me distraire.	1	✓ 2	3	4	5
53-je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	✓ 3	4	5
54-je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	✓ 4	5