

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

Faculté des sciences humaines et sociales

Département : Sciences Sociales

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du
diplôme de master**

Option : psychologie Clinique

Thème

***LA RELATION ENTRE LA DÉPRESSION ET LES
STRATÉGIES DE COPING CHEZ LES ADULTES ATTEINTS
D'UNE TUMEUR CÉRÉBRALE
ETUDE DE 10 CAS***

Préparé par :

Melle AINSERI Djamila

Melle BERKATI Fatiha

Encadré par :

Mme DOUAKH Alima

Année Universitaire 2013- 2014

Remerciement

Avant tout, nous rendons grâce à Dieu de nous avoir accordé santé, courage et patience afin d'accomplir ce modeste travail.

Aussi nous très chère parents pour leur soutien leur amour, et leurs patience, durant toutes nos années d'étude.

Un merci particulier à notre encadreur Madame DOUAKH ALIMA pour son aide, ses orientations, et ses conseils.

Merci à ceux qui prennent le temps d'évaluer notre travail, mesdames et monsieur les membres de jury.

Merci à tous le personnel de service Neurochirurgie de CHU de Bejaia, en particulier le médecin chef, ainsi que les médecins neurochirurgiens qui nous a apporté leurs aides et le partage de leurs connaissances.

Nous remercions ainsi le personnel de service Neurochirurgie, en particulier le psychologue pour sa disponibilité et sa coopération.

Merci aussi à tous les patients.

Enfin, nous dirons Merci à tous ceux qui ont contribués de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Merci pour votre

Attention et soutien

DJAMILA ET FATIHA

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail en particulier :

A mes très chers parents qui ont toujours été un soutien moral et un modèle de labeur et de persévérance ;

Ma mère RACHIDA : Nous sommes fiers de t'avoir comme maman et d'avoir reçu de toi une éducation de qualité. Tu n'as ménagé aucun effort pour nous prouver ton amour maternel et celui du prochain, ces caractères font de toi une maman exemplaire, adorable et aimable.

Mon père MOKTHAR: Ta sagesse et franchise font de toi un père aimable.

Que Dieu vous garde le plus longtemps possible et j'espère que vous trouverez dans ce travail toute ma reconnaissance et tout mon amour.

A mes chers frères et sœurs : chaabane ,idris, kahina, ma petite chère bien aimée Assma, pour leur patience et leur soutien qui n'ont cessé d'apporter au cours de mes années d'étude. , et à mon bon frère Mahdi, et ma belle sœur Siham

A mon chère grand père Hadj Abdelah et ma grand-mère Zohra : Qui nous a prématurément quitté dont je garde l'image. Pour toi, père et mère de ce travail, t'es dédié car c'est vous mon modèle dans ma vie. Que le mal et le bien en soit compensé. Que serait le mal sans le bien et le bien sans le mal. Je sais que vous avez fait beaucoup plus de bien que de mal. Qu'Allah t'accorde toute sa grâce et son pardon. Amen

A mes neveux : Yousef qui est surnommé « Youyou »

A mes grands- parents qui restent : paternel ma grand-mère Taklith ; et maternel mon grand père Hadj Saïd que Dieu vous le garde à nous.

Et je remercie aussi celui qui j'ai partagé beaucoup de chose dans ma vie et qui m'a vraiment aidé et aimé et qui je vous le partage pas avec quelqu'un, qui soit mon moitié inchallah et que je le porte leur nom, à mon guide «Fahem »

**A mes tantes et oncles : qui porte le nom de famille AINSERI et TIGHILET
A mes belles sœurs : Salwa, Nassima, Tinhinane, et la petite Rima et leur parents**

A mes meilleurs amis : Nora, Meriem, Tata, Nawel, Sabrina et mes meilleurs amis et mon binôme Fatima « FOFA », Assia, Nassima , Wissam, Lounis, et la petite Iman Zohra Ridan, Rinas, Lydia , Lyes, et toute l'équipe des infirmiers de Neurochirurgie.

Et à toute l'équipe d'INCOFORSE d'Alger

DJAMILA

Dédicace

Avec ma gratitude et grand amour, je dédie ce modeste travail :

A mes chers parents, pour leurs sacrifices, encouragements et leurs précieux conseils, pour que je réussisse dans ma vie, j'espère que je serai toujours à la hauteur de leurs espérances.

A toutes mes sœurs, leurs enfants et leurs maris.

A tous mes frères, leurs enfants et leurs femmes, je tien a remercié ma belle sœurs Katia qui m'a soutenus durant mes année d'études.

A toi ma sœur Lamia, pour ton soutien et ta patience, ainsi son mari Djahid Berkane.

A toute ma famille BERKATI et HAMMOUR du pré et de loin.

A toi mon oncle DJAMEL, pour ton courage et tes conseils. A ta femme et ses fiels et mes cousines SARA, HORIA, MERIEM.

A mes tantes NAIMA et RBIHA et leurs fils.

A toi mon oncle IKHLEF SMAIL, pour ton tendresse que dieu te considère parmi ses anges.

A toi ma petite sœur KALIMA KABOU, avec qui j'ai partagé ma vie depuis mon enfance, je te remercie pour ton soutien et ton courage, et ton aide pour que je réussisse, je suis fière et contente d'être ma vraie copine, et j'espère que notre amitié continuera jusqu'à la fin de nos jours, et je tien aussi a remercié ton père que je considère un vrai exemple pour moi.

A mon binôme AINSERI DJAMILA, pour ta vrai amitié depuis l'enfance, car le dieu veut quand continu notre chemin ensemble.

A toi notre psychologue FAHEM CHEURFA, pour ton orientation durant notre stage pratique, et pour ton amitié depuis l'enfance.

A toi mon cher BILAL ZAIDI, qui m'a donné un sens à la vie, je te remercie pour ton soutien durant la période de ma recherche, je te remercie pour ton amour, et tes précieux conseils, pour ta disponibilité, ton courage, et surtout ta compréhension, et ta tendresse. Tu m'as appris que la réussite ne se donne pas comme ça, il faut se battre pour réussir.

A toutes mes amies : ASSMA, TATA, NAWEL, SABRINA, NORA, KAHINA, SOURAYA, FARIDA, MERIEM.

FATIHA

Sommaire

Introduction.....	1
Définition les mots clés	3
La Problématique	4
Les Hypothèse.....	7

Partie théorique

Chapitre 1 : la tumeur cérébrale

Préambule

1. Définition de la tumeur cérébrale	11
2. Les causes de la tumeur cérébrale	12
3. Les symptômes du la tumeur cérébrale	13
4. Les types de la tumeur cérébrale	14
5. Gradation des tumeurs selon l’OMS	17
6. Classification des tumeurs cérébrales	18
7. Le diagnostique de la tumeur cérébrale.....	19
8. Le traitement de la tumeur cérébrale	20

Conclusion

Chapitre 2 : la dépression

Préambule

1. Définitions de la dépression	23
2. Aperçue historique de la dépression.....	24
3. Les symptômes de la dépression	25
4. Les causes de dépression	27
5. Les types de la dépression	29
6. Les classifications de la dépression	32
7. La prise en charge de la dépression	33
8. Les théories explicatives de la dépression	36

Conclusion

Chapitre 3 : les stratégies de coping

Préambule

1. L’histoire de coping	43
2. Définition de coping	44
3. Les déterminants du coping	44
4. Les stratégies générales de coping	47
5. Quelque instrument d’évaluation du coping	49
6. Les sources du coping	49

7. L'efficacité des stratégies générales de coping	49
8. Les mécanismes d'action du coping ou l'influence de coping sur la santé	50
9. Les caractéristiques d'évaluation du coping	51
10. Différents modèles de coping	52
Conclusion	

Partie pratique

Chapitre méthodologique

Chapitre 4 : la démarche de l'étude

Introduction	
1. La méthode utilisée	60
2. la pré-enquête	61
3. Présentation le lieu de la recherche	61
4. Présentation de la population d'étude et ses critères	63
5. Les étapes de la recherche	65
6. Les outils de l'étude	65
6.1. L'entretien clinique	65
6.2. Le guide d'entretien	66
6.3. Le DSM IV	67
6.4. L'échelle de la dépression	68
6.5. Le test de coping : La CISS de Endler et Parker (1990)	70

Chapitre 5 : analyse et discussion des résultats

1. présentation des cas et analyse des résultats	77
2. La synthèse des cas	130
3. discussion et explication des résultats	133
Conclusion	
La bibliographie	

Liste des tableaux :

Tableau N°1 : les gradations de la tumeur	17
// N°2 : classification de la tumeur	18
// N°3 : les principales caractéristiques de la population d'étude	64
// N°4 : présentation des résultats de l'échelle de dépression du cas Samir	79
// N°5 : // // de l'échelle de coping du cas Samir	80
// N°6 : // // de l'échelle de dépression du cas Nadjet	84
// N°7 : // // de l'échelle de coping du cas Nadjet	86
// N°8: // // de l'échelle de dépression du cas Boualem	90
// N°9 : // // de l'échelle de coping du cas Boualem	91
// N°10 : // // de l'échelle de dépression du cas Mounir.....	95
// N°11 : // // de l'échelle de coping du cas Mounir.....	96
Tableau N°12 :présentation des résultats de l'échelle de dépression du cas Hafida.....	100
// N°13: // // de l'échelle de coping du cas Hafida.....	102
// N°14 : // // de l'échelle de dépression du cas Linda.....	105
// N°15 : // // de l'échelle de coping du cas Linda.....	107
// N°16 : // // de l'échelle de dépression du cas Athman.....	110
// N°17 : // // de l'échelle de coping du cas Athman.....	111
// N°18 : // // de l'échelle de dépression du cas Samira.....	115
// N°19 : // // de l'échelle de coping du cas Samira.....	116
// N°20: // // de l'échelle de dépression du cas Taous.....	120
// N°21 : // // de l'échelle de coping du cas Taous.....	121
// N°22 : // // de l'échelle de dépression du cas Saida.....	126
// N°23 :// // de l'échelle de coping du cas Saida.....	128
// N°24 : Tableau récapulative des résultats de test de dépression pour les dix cas...	129
// N°25 : Tableau récapulative des résultats de test de CISS pour les dix cas	129

Introduction générale :

L'homme depuis son existence, s'est trouvé dans un milieu plein de dangers, des difficultés, et de déférents obstacles concernant sa manière de vivre, d'habiter, de se déplacer etc., ainsi que sa manière de soulager ses douleurs et ses maladies.

La maladie est une pathologie physiologique ou psychologique, dans lequel la santé et le bon fonctionnement de l'organisme sont affectés, en effet cette dernière menace la vie de l'être humaine depuis son apparition jusqu'à sa mort.

Une maladie correspond à un ensemble de symptôme du a une pathologie organique sous-jacente. Les maladies chronique en fait partie, qui sont des affections incurables, considérées actuellement comme les causes principales de la morbidité et de la mortalité dont on peut citer parmi ces maladies la tumeur cérébrale qui affecte le cerveau humaine, qui est l'organe de la conscience, de la pensée, de la mémoire, de la perception sensorielle et du contrôle de toutes les fonctions de l'organisme. Ainsi cette maladie très dangereuse, même elle conduit jusqu'à la mort.

Nous avons choisi dans ce modeste recherche, de travailler sur cette maladie, qui est la tumeur la plus pressement la tumeur cérébrale qui est la plus fréquente de nos jours.

La tumeur cérébrale, est une structure anormale, apparaissent dans le corps formées d'une multiplication anarchique et pathologique non inflammatoire de cellules insensibles aux contrôles de l'organisme ressemblant au tissu normale dont elle dérive. Les tumeurs apparaissent dans le système nerveux sont généralement constituées de tissus méningée ou de cellules gliales (cellules de soutien des tissus nerveux). Le système nerveux peut cependant être le siège des métastases disséminées à partir d'un cancer touchant un autre organe.

Parmi les répercussions psychologiques qui peuvent se présenter chez un malade atteint d'une tumeur cérébrale, on trouve l'anxiété, stress, trouble de comportement comme l'isolement. A côté de cela, cette maladie par sa gravité et sa chronicité bouleverse la vie du patient sur plusieurs facettes ; sur le plan conjugale pour ceux qui sont mariés, le familial, le professionnel, l'amical et le social en général. Cette souffrance causée par les événements douloureuse de la vie, et aussi l'émergence d'une maladie-t-elle que la tumeur cérébrale peuvent venir perturber les habitudes de chacun, et parmi ces perturbation on trouve la dépression.

La dépression, est un trouble mentale caractérisée par des sentiments de découragement, de culpabilité, de tristesse, d'impuissance et de désespoir. Contrairement à la tristesse normale ou un chagrin causé par la perte d'un être cher, la dépression est une tristesse persistante et profonde, sans raison apparente, elle peut s'accompagner de divers symptômes , trouble de sommeil et de l'appétit, perte de l'esprit d'initiative, retrait social, inactivité et perte du plaisir.

La dépression peut également touchées tous les âges, homme et femme, et toutes les couches de la société, les études antérieurs ont montré que les femmes sont plus souvent les plus touchées par cette pathologie, qui représente un gène importante dans la vie de l'être humain.

L'apparition soudaine de cette dernière, vient souvent en rupture avec le mode de fonctionnement habituels nécessitant la mise en place de nouvelle façon de faire face, ce qu'on appelle les stratégies de coping qu'est comme transaction entre l'individu et l'événement stressant.

Les stratégies de coping, sont un outil de défense, elles jouent un rôle prépondérant dans notre équilibre physique et psychologique, tout particulièrement lorsque nous sommes confrontés à des événements négatifs ou stressants, le coping c'est une réponse à des événements extérieurs stressants ou négatifs plutôt qu'une menace interne.

Les réponses à ces événements externes stressants, ou négatifs impliquent généralement des stratégies ou des styles cognitifs différents, suivant les personnes. Certains personnes utilisent, ces stratégies de coping spécifique à eux pour faire face aux événements douloureux dans la vie, et de les dépasser.

Dans ce travail de recherche, nous nous intéressons à une pathologie qui est la tumeur cérébrale et sa relation avec la dépression et les stratégies de coping, et comment une personne atteinte d'une tumeur cérébrale, qui se sent déprimé peut faire face à cette situation et quelle est sa réaction.

Pour cela, nous avons mené cette recherche, qui se devise en deux parties : La partie théorique et la partie pratique.

La problématique et les hypothèses

La partie théorique se compose en trois chapitres : -

1^{er} chapitre : la tumeur cérébrale,

2eme chapitre : la dépression

3eme chapitre : les stratégies de coping.

La partie pratique constituée des axes suivants :

1^{er} axe la méthodologique : ou on a présenté la méthode suivie, les outils de recherche adoptés

2eme axe présentation, analyse et discussion des résultats

Conclusion générales, et la liste bibliographique.

Définition des mots clés :

- **La tumeur cérébrale** : n'est pas nécessairement un cancer une tumeur est une masse plus ou moins grosse due à la multiplication anormale de cellules.
- **La dépression**: La dépression est une « Etat morbide plus ou moins durables, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté, et souffre de son impuissance, et à l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie » (*Norbert Sillamy, (2003), p 79*)
- **Le coping** :(mot anglais construit à partir de to cope, « tenir tête à quelqu'un », faire face à une situation »), modalité adaptative s'apparentant à une réévaluation d'un problème tenant compte autant des ressources personnelles (cognitives et affectives) d'un individu que de son environnement. Ce concept, popularisé par les Américains R.S. Lazarus et ses collaborateurs (1978, 1984 ,1990), désigne un processus plutôt qu'un état. Il caractérise le compromis ou plutôt la succession d'arrangements mis en œuvre par un sujet pour faire face à une situation éprouvante (maladie grave, deuil ou tout autre stress). (*ibid., p69*).

La problématique :

L'homme par son entité, est différent par rapport aux autres, aux cours de son existence est confronté à des situations qui peuvent menacer momentanément et durablement sa santé, qui est la chose la plus précieuse dans la vie de l'être humain, et parmi les menaces qui peuvent affecter sa santé, les maladies dangereuses qui touchent son intégrité physique et mentale.

La maladie, est conçue comme « une altération de la santé par suite de l'incapacité du corps à utiliser ses défenses organique contre une agression extérieure (traumatisme, toxico-affection, accident ...), ainsi l'état de maladie est une situation nouvelle, dont l'homme se trouve brusquement confronté un avenir flou avec la douleur, l'impuissance et voir la mort.

Et parmi les maladies qu'on qualifie de grave les cancers, qui peuvent perturber la vie d'une personne dont la quelle, il vit des moments de joies, de succès. Plus de 10 million de cas diagnostiqués chaque année. Selon l'OMS(2005), le cancer est une cause majeure de décès dans le monde, au niveau des sociétés, le cancer pose un problème en système de soins de santé dans les différents pays, pauvre et riche, il représente dans les pays développés la seconde cause de mortalité après les accidents.

Parmi ces cancers, les tumeurs cérébrales, c'est un cancer du cerveau, l'organe le plus complexe de tous, contient 100 millions de neurones et dix fois plus de cellules gliales. Les cellules du cerveau se relient et s'organisent en unités fonctionnelles qui jouent des rôles spécifiques pour sentir, percevoir, traiter les données et agir sur les informations internes et externes de la personne, pour permettre la survie et la réalisation d'autres actions chez l'individu.

Chacune de ces cellules, contient le même matériel génétique (génotype). Cependant, chacune de ces cellules utilise activement différentes séquences de ce génotype. De telle sorte que chaque neurone exprime différentes propriétés et fonctions, bien que la cellule, soit l'unité de base de chaque organisme vivant qui sont regroupé en tissus pour constituer les organes et chaque cellule meurt avant d'être remplacée par une autre. Mais il arrive que, certaines entre elle a un dysfonctionnement et continue à se multiplier au lieu d'être morte naturellement, donc ces cellules forment alors une des maladies graves telle que la tumeur, « cancer de cerveau ». (*Danièle BENTUE-FERRER, 2007, p 3*)

La tumeur de cerveau, est susceptible d'apparaître à tous les âges, surtout chez les adultes, qui sont une personne qui a achevé sa croissance pour parvenir à une pleine maturité. Cette maladie, vient perturber les habitudes et le mode de vie de chaque personne, elle affecte le cerveau, dont il est le maître système de toutes les fonctions psychique et organique.

Dans toutes les sociétés, dans la nôtre également, la maladie est perçue comme un désordre : c'est un désordre biologique, mais c'est aussi un désordre au sens psychologique et sociologique du terme. Lorsque la maladie touche l'individu, l'équilibre interne et externe est alors déstabilisé.

Alors face à cette épreuve pénible, le psychisme de ces patients cancéreux doit alors apprendre à gérer ce bouleversement, cela peut provoquer un ressenti, une anxiété et une angoisse permanente, ces sentiments négatifs ressentis par les cancéreux les mènent à développer des symptômes psychopathologique suite à leur maladie, cette détresse va se révéler sous forme d'anxiété, de stress, de dépression ou de traumatisme. A ajouter à cela

l'altération de leur niveau de vie, étant donné que la souffrance psychique rencontrée par de nombreuses patientes confrontées au cancer entraîne un haut risque de répercussions négatives sur leur qualité de vie. Cette rumination, la question sur l'avenir, l'anxiété, et la détresse, qui persiste chez une personne atteinte d'une tumeur, peuvent également engendrer un état dépressif.

La dépression, est considéré essentiellement comme un trouble de l'humeur, la notion de l'humeur (la thymique) est une notion complexe, DELAY JEAN (1946), la définit comme la disposition affective fondamentale, riche de toute l'instance émotionnel et instinctives, qui donne à chacun de nous une tonalité agréable ou désagréable axillant entre les deux pôles extrême de plaisir et de la douleur.

La prévalence des épisodes dépressifs chez les patients atteints d'une affection cancéreuse, est importante, notablement plus élevée qu'en population générale. Ainsi, 20% des patients ayant reçu un diagnostic de cancer au cours des 12 mois précédents souffrent d'un trouble dépressif. (*Emmanuelle CORRUBLE, 2001, p1*)

Plusieurs approches expliquent cette pathologie, en occurrence la psychanalyse, qui voit la dépression comme un état profondément douloureux, qui se traduit par une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, une perte de la capacité d'aimer, une inhibition de toute activité, une diminution de l'estime de soi et des auto-reproches.

Comme S.Freud le disait : « il existe initialement un objet d'amour extérieur avec lequel la relation est rompue, mais au lieu d'être déplacée vers un autre objet, la libido du sujet se replie vers le moi. Une partie du moi est donc identifiée à l'objet perdu et l'autre devient la critique du moi. (*Christel BESCHE-RICHARD, 2002, P 57-P58*)

Bien entendu, que la psychosomatique intervient dans l'explication des conflits psychiques et leur relation avec l'atteinte organique, démontre la relation constante entre le somatique et le psychisme.

Pierre Marty, explique la dépression en terme essentielle, qu'à plusieurs reprise appeler dépression sans objet, serait en définitive mieux nommé dépression essentielle, puis qu'elle constitue l'essence même de la dépression à s'avoir, l'abaissement de tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque. (*Pierre Marty, 1999, P29-P30-P31*)

Dans la suite, des théories qui se sont intéressé à la dépression, nous trouvons aussi les thérapies cognitive-comportementale, qui disent, vivre avec une maladie grave ne va pas de soi. Car la maladie n'est pas seulement une question de prolifération anarchique de cellules et de gènes. C'est aussi une situation vécue qui ébranle quelqu'un au plus profond de lui-même.

Le modèle cognitif de la dépression, sur le plan théorique, fait appel au modèle du traitement de l'information, l'hypothèse centrale est que les sujets dépressifs présentent des schémas cognitifs, inconscients, situés dans mémoire à long terme qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. La perte de l'estime de soi, l'indécision, le pessimisme, le désespoir irréaliste et l'apparition de rêves lugubres l'information par les schémas cognitifs, qui contiennent un ensemble de règles inflexible, ou « postulats silencieux », qui se présentent sous forme impérative. Ces postulats sont implicites, rarement conscients, et guident les jugements que le sujet porte sur lui-même. (*Jean Cottraux, 2004, P80-P84*).

Parmi ceux qui ont expliqué cette pathologie, on trouve aussi Beck, qui expose sa théorie en disant que le cancer est une maladie organique qui provoque l'apparition de la dépression, survenue d'après des idées négatives liées à l'affaiblissement de l'état de santé des patients cancéreux, et que ça apparaît souvent sous forme de manque d'intérêt à la vie quotidienne et active.

Cependant, ce même auteur, à révéler que face à ce vécu, à cette expérience psychique, les personnes touchées d'une tumeur cérébrale, se trouve dans une situation, où il devrait faire face, parce que leurs réactions est peut être très significatif, et qu'elle dépendra de notre manière de faire face aux situations difficiles, et surtout le moment où ils reçoivent leurs diagnostic. Alors on parle de coping pour désigner la façon de s'ajuster aux situations difficiles.

Le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par l'homme pour qu'il retrouve un bien être psychologique et un certain équilibre de vie, ainsi pour dépasser le conflit, la crise, ou la situation difficile qu'il vit, le sujet met en place des stratégies de coping pour s'ajuster à la nouvelle situation, ou de se défendre contre toute emprises.

Le coping désigne, cette manière de faire face à une situation stressante et de la maîtriser. On peut parler du coping comme Lazarus et Folkman le définissent, « un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et /ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (*Lazarus et Folkman, 1984, p14*)

Selon l'approche transactionnelle du stress et du 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'autres, le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (nature du problème, contrôlabilité, etc.).

En effet, les stratégies de coping, dans leurs ensembles, apparaissent comme étant un facteur de protection pour la personne, car elles permettent au sujet de trouver ses propres solutions, de faire ses choix, d'être autonome. (*crispin. 2011, P 9-P19-P22*)

Devant la présence d'une tumeur chez une personne, il sera dans un choix soit d'accepté cette situation et de y faire face, ou bien de refuser cette maladie et qui peut développer plusieurs troubles dont la dépression. Et c'est ce que nous allons essayer de chercher dans ce modeste travail, la dépression chez une population atteint une tumeur cérébrale et sa relation avec les stratégies de coping, cette population, elle s'agit des personnes atteints d'une tumeur cérébrale pour lesquelles nous nous posons les questions suivantes :

Est-ce que tous patients atteints d'une tumeur cérébrale développent nécessairement une dépression ?

Est-ce qu'il y a une relation, entre la dépression et les stratégies de coping chez les patients atteints d'une tumeur cérébrale ?

L'hypothèse générale :

Il y a une relation entre l'utilisation des stratégies de coping et le développement d'une dépression chez les personnes atteints d'une tumeur cérébrale.

Les hypothèses partielles :

- Ce ne sont pas toutes les personnes atteints d'une tumeur cérébrale, qui peuvent développer une dépression.
- Toutes les personnes atteintes d'une tumeur cérébrale, utilisent des différentes formes des stratégies de coping.
- Les patients qui utilisent un coping positive, ne sont pas sujets à développer une dépression.
- Les patients qui utilisent un coping négative, sont sujets à développer une dépression.

PARTIE THÉORIQUE

CHAPITRE I
LA TUMEUR CÉRÉBRALE

Chapitre1 : La tumeur cérébrale :

Introduction

- 1. La définition**
- 2. Les causes de la tumeur cérébrale**
- 3. Les symptômes de tumeur cérébrale**
- 4. Les types**
- 5. La gradation selon LOMS**
- 6. La classification**
- 7. Le diagnostique**
- 8. Le traitement**

Conclusion

Introduction

Grace aux progrès de la science, le fonctionnement du cerveau de plus en plus connu. Il est le maître système de l'organisme, dirige et coordonne notre acte et fonction interne ; comme battement du cœur, et la circulation du sang, il est aussi le siège de notre personnalité, de notre pensée.

Le cerveau représente l'organe de la conscience, de la pensée, de la mémoire et du contrôle de toutes les fonctions de l'organisme, il forme avec la moelle épinière, ce qu'on appelle système nerveux ; il pèse en moyenne 1.4kg, il représente en moyenne 2à3% du poids du corps. Il contient un immense réseau de cellules nerveuses reliées entre elles .Ce sont les neurones, le cerveau humaine renferme environ 100 millions. Alors grâce à ses neurones le cerveau fonctionne, ce sont eux qui transmettent toute les informations d'une zone à l'autre et aussi grâce à ses neurones, le cerveau perçoit le monde extérieur.

Toutes ses connaissances sur le cerveau humain, qu'on a pu comprendre, nous a permet d'aller plus loin, de chercher sur les maladies du cerveau, et on a constaté, qu'il existe des maladies très dangereuses conduisant jusqu'à la mort, tels que, les tumeurs cérébrales ou intracrâniennes, qui représente une pathologie fréquente en neurologie dont l'incidence suit celle des accidents vasculaire cérébraux, et malheureusement la majorité des personnes sont touchées, vivent dans un état grave.

Dans ce chapitre on va présenter en premier lieu les définitions de la tumeur cérébrales, puis on va entamer les causes, puis les symptômes, pour passer au diagnostic et le traitement et ensuite pour parler de différents types, et la gradation selon LOMS, et vers la fin la classification se forme d'un tableau.

1. Définition de la tumeur :

1.1. Une tumeur : n'est pas nécessairement un cancer une tumeur est une masse plus ou moins grosse due à la multiplication anormale de cellules.

La cellule : est l'unité de base de chaque organisme vivant qui sont regroupé en tissus pour constituer les organes, et chaque cellule meurt avant d'être remplacée par une autre .mais il arrive que certaines entre elle a un dysfonctionnement et continuer à se multiplier au lieu d'être mourir naturellement donc ces cellules forment alors une tumeur. (*Daniel Vandendorre, 2012, p 13*)

Définition opérationnel : on peut constater que :

- la tumeur est un phénomène qui apparaisse chez tous les âges de la vie à tout moment.
- On peut déduire que la tumeur n'est pas forcément un cancer.
- la naissance d'une tumeur est due à la reproduction anormale de cellules.

1.2. Définition du la tumeur selon le dictionnaire médical :

Tumeur S.F.(angle .tumor) : production pathologique non inflammatoire de tissu de nouvelle formation, elle peut être formée de cellules normales et reste strictement localisée (t.bénigne), ou être constituée de cellule atypiques et envahis progressivement les tissus

voisins ou se disséminer à distance par métastases (*t.maligne*). (*JACQUE QUEVANVILLIERS ,2007, p480*)

Définition opérationnelle :

- C'est une maladie qui se produit d'une manière pathologique et non inflammatoire
- On peut distinguer deux degrés :
 - a. Les tumeurs qui se développent pas et qui reste localiser sont les tumeurs bénignes.
 - b. Les tumeurs qui se développent progressivement et plus rapide sont les tumeurs malignes.

1.3. Définition de la tumeur cérébrale :**On passe donc à la tumeur cérébrale :**

Une tumeur cérébrale c'est un groupe de cellules anormales à l'intérieur de l'encéphale.

L'encéphale : est une masse de tissus mous et spongieux c'est en quelque sorte le centre de surveillance de tout l'organisme on trois zones principales : le cerveau, cervelet, le tronc cérébrale ces 3applées la méninge enveloppent l'encéphale et ce dernier et également protéger par le crane. (*Tumeurs cérébrales comprendre le diagnostic, ed société canadien du cancer, 2008, P23*)

La tumeur cérébrale : c'est une tumeur localisée dans le crane, sa position peut varies en fonction de la zone concernée, La tumeur cérébrale entraine des troubles différents car chaque zone du cerveau est associée à des fonctions différentes du corps (langage, mémoire, motricité...), donc cette tumeur peut être développée a partir l'import quelles cellules de système nerveux centrale. (*Daniel Vandendorre, 2012, p14*)

Définition opérationnelle :

- La tumeur cérébrale se situe au niveau de cerveau humain sachant que sa position change à travers le fonctionnement des zones touchées ;
- La tumeur engendre beaucoup de troubles toute en tenant compte que chaque zone implique une fonction du corps ;
- Donc elle peut déclencher à partir d'une cellule de système nerveux.

2. Les causes de la tumeur cérébrale :

Les causes des tumeurs de cerveau sont mal connu, où les cellules se multiplient d'une manier incontrôlée jusqu'au former une tumeur, dont des nombreuses études scientifiques ont été menée ou sont en cours, peut tenter de déterminer les facteurs qui favorisent l'apparition d'une tumeur au niveau de cerveau.

Donc les études actuelles à définit 3types :

2.1. Les risque liés à l'environnement : depuis, plusieurs années les études scientifiques cherchent à déterminer l'influence de l'environnement dans l'apparition des tumeurs de cerveau :

Elles porte sur : l'influence de certaines substance chimiques, comme les pesticides ,ces substances sont reconnues comme cancérigènes c'est-à-dire, pouvant favoriser la survenue d'une tumeur cancéreuse de cerveau, ces substances utilisées dans différentes activités professionnelles ,telles que la fabrication de caoutchouc synthétique et de certains médicaments, la production de polyvinyle de pétrole brut et de produits dérivés du pétrole, l'industrie nucléaire et l'armement, et enfin la manipulation de pesticides.

2.1.1. Les conséquences de l'exposition à des champs électro magnétique : ces risque est encore en cours d'évaluation, mais ne sont pas clairement déterminé, et quant à l'utilisation du téléphones portables un principe de précaution s'impose il est conseillé de limiter l'utilisation du téléphone portable et de ne pas garder sur soi pendant la communication.

2.2. Les risque liés à l'hérédité : la grande majorité des tumeurs de cerveau, n'ont aucun lien héréditaire. Ne cela pas forcément qu'une personne touché par la tumeur hérite aux autres membres de la famille. Sauf dans deux cas de tumeur : **le neurinome et le neurofibrome.** Ces types sont classer dans la tumeur bénigne, ils sont souvent liées à une maladie génétique **c'est bien que la neurofibromatose** ce dernier n'entraîne pas systématiquement une tumeur de cerveau ; si vous êtes atteint l'examen clinique peut vous être proposés ainsi au nombre du votre famille, il peut vous déterminer si vous avez un risque de développé une tumeur ou pas.

2.3. Risque liés à des virus : il n'y pas de lien entre les virus et l'apparition d'une tumeur appelé lymphome du cerveau. (*Jürg hoblutzel, 2009, P 18 P19 P20*)

3. Les symptômes du la tumeur :

Les signes et les symptômes décrits ne sont pas nécessairement des annonciateurs d'une tumeur, ils pouvons avoir bien d'autres causes :

Ces tumeurs dus à la pression exercée sur les tissus cérébraux : il dépend de la localisation d'une tumeur et de la rapidité de croissance que de sa nature, les symptômes ont tendance à se manifester graduellement chez les adultes, tandis qu'ils peuvent survenir plutôt brusquement chez les enfants.

3.1. Maux de tête survenant : durant la nuit ou à premières heures du matin, la plupart du temps sont, des douleurs nouvelles et déférentes, des maux habituels

3.2. Nausée et vomissements : sensation vertigineuses c'est une sensation de malaise ou instabilité sont des plants fréquentes, ces plantes restent vague ressentent comme une insécurité ou un sentiment d'étrangeté, dont ce symptôme due à la pression du la tumeur dans le crane (*Reinland Rahkamn, 2005, p254*).

3.3. Perte d'appétit : les patients ne mangent rien durant leurs douleurs.

3.4. Vertige et troubles d'équilibres : avec la tumeur les patients peut avoir la paralyser l'un des côtés gauche au droite, donc ils ne tiennent pas l'équilibre ou bien qu'ils sont alitées peut avoir des vertiges.

3.5. Trouble de la vision : scintillement, perturbation du champ visuelle ou perception d'images dédoublées

3.6. Hallucination : visuelles, auditives ou olfactives.

3.7. Troubles de l'élocution et difficulté pour trouver ses mots : en quelque sorte c'est un trouble du langage. (*Jürg Hoblutzel, 2009, p19*)

3.8. Changement d'humeur, de comportement et de personnalité : les patients se plaignent d'une adynamie, d'une fatigabilité et d'une asthénie. L'entourage familial ou les collègues de travail observent des difficultés de la concentration, des oublis un manque d'initiative. Une négligence dans l'exécution des tâches des difficultés à prendre une décision. au début on évoque souvent une dépression ou une surmenage. au cours de l'évolution, le repli sur soi, l'indifférence et la somnolence s'intensifient et dominent symptomatologie un état confusionnel d'aggravation progressive, une désorientation et une démence pouvant également survenir. (*Reinland Rahkamm, 2005, p254*)

3.10. Crise d'épilepsie : Une crise d'épilepsie est un épisode d'activité cérébrale incontrôlée pouvant se manifester par des convulsions ou une perte de conscience, voire par des hallucinations (visuelles, auditives ou olfactives). Elle peut également induire chez le patient des sentiments irrationnels, de colère ou de peur (*JürgHoblutzel, 2009, p 36*)

Ces crises, focales ou généralisées constituent dans un bon nombre de cas le premier signe de la tumeur, précédant de plusieurs années parfois l'apparition d'une sémiologie permanente. (*J.Cambier, M.Masson, H.Dehen, 2004, p391*)

4. Les types de la tumeur cérébrale :

4.1. Tumeurs bénignes : ce type de tumeurs s'évoluent lentement, elle est moins graves ne sont pas cancéreuses, elles restent localisées une fois traitées elles ne récidivent généralement pas, et comme peut être responsable d'un effet de masse sur les structures de voisinage aboutissant à des déficits majeurs et au décès du patient, elle est composées de plusieurs types tels que. (*Collège des enseignants de neurologie, 2005, P374*)

4.1.1 : Astrocytome : elle se développe à partir des astrocytes blastomateux, des formes bénignes (oms grade 1) et semi-bénignes (oms grade2) repose sur des critères biologiques

- **Astrocytome pilocytique(oms grade1) :** on la trouve souvent chez l'enfant et l'adolescent avec une localisation axiale prédominante (cervelet, nerfs , optique, chiasma, hypothalamus ,pont) , la symptomatologie peut s'évaluée en longue durée du manière aspécifique donc on trouble de la marche, baisse de l'acuité visuelle, diabète , puberté précoce, atteinte des nerfs crâniens)
- **Astrocytome de bas grades (oms grade 2) :** elle se rencontre au niveau des hémisphères, dans les régions front temporales .la symptomatologie ; les crises d'épilepsie, des troubles de comportements.
- **Oligodendrogliomes (oms grade2) :** on l'observe dans la quatrième et lacinquième décade de la vie depuis les régions front temporales
- **Xanthoastrocytomes polymorphe (oms grade2):**elle est rare, localisation temporale, on la trouve chez l'enfant et l'adulte jeune elle se manifeste par des crises d'épilepsie.

4.1.2. Méningiomes (oms grade1) : elles se développent à partir des cellules de l'arachnoïde, peuvent aussi se développer dans toutes les régions du système nerveux

4.1.3. Papillomes des plexus choroïdes (oms grade1) : elle se trouve chez l'enfant au niveau du ventricule latérale gauche, chez l'adulte au niveau des quatrième ventricules la symptomatologie clinique ; une hypertension intracrâniens qui se manifeste par une décompensation aigue en rapporte avec une obstruction des voies d'écoulement de liquide céphalo- rachidienne.

4.1.4. Hemangioblastomes (oms grade1) : elle se développe de la manière férentielle au niveau de cervelet, la symptomatologie ; vertige des céphalées une ataxie du tronc ou de la marche.

4.1.5. Ependymomes (oms grade1, 2) : on la trouve chez les enfants et l'adulte jeune elle se développe au niveau du système ventriculaire avec une localisation particulièrement fréquente au niveau de quatrième ventricule.

4.2. Tumeur régionale :

4.2. 1 : tumeur supratentorielle :

A. kyste colloïde du troisième ventricule : y a deux types de kystes ; des petits kystes restent asymptomatique. Les kystes volumineux sont responsable d'une hydrocéphalie elles peuvent engendrer la perte, de la connaissance.

B. Oraniopharyngiomes (oms grade1) : fréquente chez l'adultes, elle se manifeste par des troubles visuelle, un syndrome hormonale d'une perturbation du la circulation du liquide de céphalo-rachidien (LCR) les tumeurs les plus volumineuse entraînent des troubles de comportement et des crises d'épilepsie.

C. Adénomes hypophysaires (oms grade1) : il y a deux types, les macros adénomes et les micros adénomes ou le trouve dans tous les âges et le 2sexe. La symptomatologie ; les crises d'épilepsie, des céphalées

D. Tumeurs pinéales : il s'agit de germinome (grade3) et parfois du pénéalo-cytomes (oms grade 1) et pénioplacetomes (oms grade 4). La symptomatologie un syndrome parinaude, hydrocéphalie et les signes d'une méningite ?

4.2.2. Tumeur sous tensoriel :

A. neurinome de l'acoustique (oms grade 1) : lorsque le volume du neurinome augmente, le tableau se complète par une atteinte du nerf crâniens, une hydrocéphale obstructive et possible, une atteinte bilatérale peut survenir à la cour d'une neurofibromatose de type 2

B. Chordome : elle se développe en voisinage du clivus et provoque des destructions osseuses, elle est extradurale, donc il peut être responsable d'une compression du tronc cérébrale

C. paragangliomes : elle se développe aux niveaux glomus carotidien

4.3. Tumeurs malignes : elle est cancéreuse évolue plus rapidement ont tendance à envahi les tissus voisins ou éloignés, c'est-à-dire qu'elle contient des cellules qui se multiplient plus vite, leurs contours ne sont pas bien définis, elles donnent

qu'exceptionnellement des métastases systémiques, le décès résulte presque toujours de l'évolution locale des tumeurs

4.3.1. Astrocytome anaplasique (oms grade 4) : elles sont évolutives, elles surviennent entre l'âge de 40- 65ans et se développent d'une manière préférentielle, à l'étage supratentorielle au niveau de la région fronto-temporale

4.3.2. Lymphomes cérébraux primitifs (oms grade4) : on peut les voire atteinte des nerfs crâniens au niveau de l'œil elle peut se manifesté sous forme d'une tumeur isolé au multiple ou d'une atteinte diffuse la symptomatologie ; le trouble psychologique psychose ou démence.

4.3.3. Oligodendrogliomes anaplasique (oms grade 3) ; elle se caractérise sur le plan clinique par sa bonne sensibilité à la chimiothérapie

4.3.4. Ependymomes anaplasique : on le trouve en dehors du système nerveux, car elle se manifeste dans les poumons, foie ovaire).

4.3.5. Tumeur neuro-ectodermiques primitives (PNET, OMS grade 4) : elle se développe en dehors du cervelet.

4.3.6. Sarcomes cérébraux primitif (oms grade4) : ses tumeurs sont très rare ont une tendance à récurrence, localement et donnent très rarement des métastases.

4.4. Métastases : s .f angl. métastasée) apparition d'un ou plusieurs foyers morbide (de cellule cancéreuses d'argent, infectieux ou parasitaire) secondaire à un foyer primitif, avec ou sans d'inspiration de ce du point où il évolue.

4.4.1. Métastases intracrânienne : chez l'homme ou retrouve les tumeurs primitive pulmonaires, digestive, ou urogénitale chez la femme une tumeur du sein, du poumon du tube digestive et un milan nôme cancéreuse du la prostate du lute rieuse et du tube digestive métastase de la manière différentielle vers le cervelet. Les symptômes se manifestent par des douleurs et une atteinte des nerfs crâniens.

4.4.2. Métastase spinales : caractérisé par les symptômes spinaux (douleurs locales et ou radiculaire, para parésie : paraplégie ataxie de la marche) sont souvent la conséquence d'une métastase des corps vertébraux entraînant une compression épidurale.

4.4.3. Métastases leptoméninges (méningite carcinomateuse): la cellule tumorale touche les méninges de manière diffuse ou multifocale, une propagation vers le tissu cérébrale, la moelle spinale, les nerfs crâniens ou les nerfs spinaux est possible (*Reinland Rohkamm, 2005, P256-262*)

5. Gradation des tumeurs selon l'OMS :

Des grades établis par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) permettent une classification des tumeurs en fonction de leur malignité et de leurs caractéristiques.

Le grade d'une tumeur dépend du degré d'anomalie (anaplasie) des cellules cancéreuses et du taux de croissance et d'expansion de la tumeur. La détermination du grade est effectuée lors d'une analyse microscopique des tissus prélevés

grade I Tumeurs bénignes	Tumeurs à croissance lente et circonscrites (limites bien définies).
grade II Tumeurs bénignes	Tumeurs à croissance lente, mais, contrairement aux tumeurs de grade I, leurs limites sont imprécises.
grade III Tumeurs malignes	Tumeurs anaplasique Un ou plusieurs foyers «anaplasique» se sont développés au sein d'une tumeur préexistante de bas grade (I ou II). Leur croissance est plus rapide que celle des tumeurs de bas grade.
grade IV Tumeurs malignes	Les tumeurs de grade IV présentent une anaplasie très prononcée. Leur croissance est plus rapide que celle des tumeurs de bas grade.

Tableau N°1 : les gradations de la tumeur

(JürgHablützel, 2009, P14)

6. Classification des tumeurs cérébrales (d'après Louis et al. , 2007)

Gliomes

❖ Tumeurs astrocytaires :

- Astrocytome pilocytique (grade I)
- Astrocytome diffus (grade II)
- Astrocytome anaplasique (grade III)
- Glioblastome (grade IV)

❖ Tumeurs oligodendrogiales : oligodendrogliome (grade II) et oligodendrogliome anaplasique (grade III)

❖ Gliomes mixtes : oligo-Astrocytome (grade II et III)

Autres tumeurs

- ❖ Tumeurs épendymaires
- ❖ Tumeurs neuronale et glioneurales :
 - Gangliocytome, gangliogliome
 - Tumeur neuro-épithéliale dysembryoplasique(DNET)
- ❖ Tumeurs pinéles
- ❖ Tumeurs embryonnaires :
 - médulloblastome
 - tumeurs neuro-ectodermiques primitives

Tumeurs méningées primitives

- ❖ Méningiome

Lymphome primitif du système nerveux central

Tumeurs de la région sellaie

- ❖ Adénome et carcinome hypophysaire
- ❖ Craniopharyngiome

Métastases intracrâniennes

- ❖ Cérébrales
- ❖ Durales
- ❖ Méningées

Tableau N°2 : classification de la tumeur

7. Le diagnostic :

Le diagnostic d'une tumeur cérébrale s'effectue en plusieurs étapes, qui permettent de déterminer l'origine de symptômes qui décrivent et confirmer ou infirmer la présence d'une tumeur.

Les étapes à suivre pour diagnostiquer la tumeur :

7.1. l'examen physique : lorsque le médecin arrive à suspecter une tumeur cérébrale chez un malade, il procédera à cet examen complet au quel lui permet d'exclure, on diagnostique toute une série d'autres maladies pouvant induire à vos symptômes.

Le médecin, extrait un échantillon de sang pour l'analyse et cela nous permettra de déceler une éventuelle inflammation ; une modification de la formule sanguine, une maladie chronique ou un trouble organique. (*Tumeur de system nerveux central, p21*)

7.2. Examen neurologique ou clinique :

L'examen clinique et neurologique est réalisé au cours d'une Consultation médicale, soit par le médecin traitant, soit par un médecin spécialiste du cerveau il a pour but de :

- Vérifier le bon fonctionnement de system nerveux
- Des exercices musculaires (marcher, serrer la main, sourire pour

Vérifier le bon fonctionnement des muscles du visage...)

- un test des réflexes
- un test de sensibilité (sensation au toucher, réaction au chaud et au froid ou à une légère piqûre...)
- un test d'équilibre et de coordination des mouvements
- un examen de la vue, des pupilles, des mouvements des yeux et du fond de l'œil
- un test d'audition
- un test de langage (capacité à trouver le bon mot par exemple),

De lecture, d'écriture ou de dessin

- des exercices mentaux (calculs simples), tests de mémoire, de compréhension.

Si ses résultats d'examen neurologique renforcent les symptômes de la tumeur cérébrale on va alors recourir aux examens d'imagerie

(*Marie Déchelette, 2010, P 25-26*)

7.3. L'examen d'imagerie :

Permet de détecter la tumeur et aussi de l'infirmer ou bien de la confirmer (mesurer sa taille et d'évaluer la conséquence), en cas de résultats positive de connaître sa propagation et d'identifier les structures atteintes. On cite alors les différentes imageries qui permettent au diagnostic :

- a. scanner ou tomодensitomètre :** s. m. (angl. scanner). Appareil utilisé dans l'exploration radiographique. Des rayons X colmatés et balayant l'organe examiné « en tranches » sont mesurés par des capteurs reliés à un ordinateur qui calcule les différents coefficients d'absorption, ce qui permet d'obtenir l'image complète de

sections transversales successives de la région du corps explorée. Cet examen ne dure que quelques secondes. (*JACQUE QUEVANVILLIERS, 2007, P426*)

- b. l'imagerie par résonance magnétique (IRM) :** cela est basé sur l'observation de tissus soumis à un champ magnétique intense genre d'imagerie est plus élevée que celle du scanner, ou il peut durer jusqu'à 1 heure.
- c. l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle ou (IRMf) :** Permet de localiser les régions du cerveau impliquées dans des fonctions précises, comme le mouvement, le langage ou la mémoire. Ces zones cérébrales sont activées suite à des consignes spécifiques données au patient lors de l'examen.
- d. Angiographie ou artériographie cérébrale :** c'est un examen radiologique de la circulation sanguine cérébrale après l'injection de produit de contraste dans une artère elle se fait sous anesthésie locale est introduite dans l'artère de l'aîne et ensuite dirigée vers les artères du cou. (*Jürg hoblutzel, 2009, p22*)
- e. E. Biopsies.** f. (angle biopsy). Prélèvement sur le corps vivant d'un fragment de tissu ou d'organe en vue d'un examen microscopique ou d'une analyse biochimique. (*JACQUE QUEVANVILLIERS, 2007, p 65*)

Ainsi cette technique permet le diagnostic qui oriente la certitude ou elle donne des informations précises sur le type et le grade de la tumeur ou elle est considérée comme un prélèvement tissulaire suivi d'une analyse microscopique d'après cet examen on distingue deux types de biopsie :

- **la biopsie à ciel ouvert :** qui nécessite une craniotomie et une anesthésie générale.
- **la biopsie du cerveau par la méthode stéréotaxique :** s'effectue après d'un percement d'un petit trou de la boîte crânienne en introduisant une aiguille spéciale dans la tumeur (s'effectue avec la technique d'imagerie médicale). (*Jürg hoblutzel, 2009, p22*)

F. la ponction lombaire : l'acte consiste à introduire une aiguille creuse dans le cul-de-sac rachidien lombaire (partie inférieure de la colonne vertébrale) puis à prélever et à évacuer du liquide cébrospinal et injecter un médicament ou un produit de contraste ce dernier permet de détecter l'éventuelle présence de cellules cancéreuses. (*Larousse médical*)

8. Le traitement :

A. Le choix de traitement : dans le traitement des tumeurs cérébrales plusieurs possibilités ont été proposées en fonction de cas et de sa gravité, des types de tumeurs et de leur localisation et aussi de l'âge et de l'état de santé général.

Parmi ces choix on trouve, la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie dans l'objectif d'éliminer la totalité de la tumeur à contenir le développement de la tumeur à soulager et prévenir les symptômes provoqués par la tumeur.

Ce choix de traitement repose sur une équipe professionnelle qui se réunit en discutant des cas et de proposer un traitement, notamment cette équipe est composée de : neurochirurgien, un neurologue, un oncologue (chimiothérapeute ou radiothérapeute), un radiologue et un anatomopathologiste, en quelque sorte c'est une équipe pluridisciplinaire.

Avant l'application, le médecin doit tenir en compte les points suivants : il doit informer le malade à propos de ses traitement, et l'une risque leurs objectif et leurs déroulements et aussi avantages.

Dans cecas-là le malade doit être accompagné par l'un de ses proches, car il pouvait en discuter et donné l'accord officiel. (*Marie Déchelette, 2010, p 31*)

8.1 .La chirurgie : c'est une opération durant laquelle le chirurgien est assisté par un système de guidage informatique sur ce que voit le neurochirurgien dans son microscope opération l'ordinateur de neuronavigation superpose en temps réel l'imagerie médicale faite avant l'intervention de manière mure, et avec la plus grande précision le chirurgien localise ainsi la lésion et les zones importantes du cerveau à préserver (*Daniel Vandendorre, 2012, p 67*)

8.2. La radiothérapie : (S.F. angl. radiothérapie) c'est un emploi thérapeutique des rayonnements ionisants on utilise souvent le terme radiothérapie pour désigne spécifiquement le traitement par les rayons x. (*JACQUE QUEVANVILLIERS, 2007, p404*)

8.3La chimiothérapie : s.f. (angl. chimiothérapie).À l'origine thérapeutique basée sur l'affinité particulière que possèdent certains composés chimiques pour certains microorganismes, sans léser les tissus organiques. Actuellement, administration d'un produit chimique afin de guérir une maladie ou d'enrayer sa progression. Ex. chimiothérapie du cancer. (*Ibid., p98*)

Conclusion :

La tumeur cérébrale est une maladie très dangereuse, elle touche l'organe le plus sensible chez une personne qui est le cerveau, dont il est responsable de toute les fonctionnes de l'organisme à savoir, la mémoire, la perception, le langage et les articulations musculaires.

En effet, cette maladie menace le psychisme humain, la personne toucher par cette dernière sentait très inquiet, stressé, mal alaise et en état de détresse.et parmi ces perturbation de l'humeur on trouve l'apparition de dépression chez ces malades, ce qu'on va détailler dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

LA DÉPRESSION

Chapitre 2 : La dépression :

Introduction

- 1. Définition**
- 2. Aperçu historique**
- 3. Les symptômes de la dépression**
- 4. Les causes de la dépression**
- 5. Les différents types de dépression**
- 6. Les classifications de la dépression selon DSM IV, et CIM 10**
- 7. La prise en charge**

Conclusion

Introduction

La dépression est une maladie pathologique, due à plusieurs facteurs déclenchant caractérisée, par une perturbation de l'humeur dans le sens négatif, celui de la tristesse, de la souffrance intérieurs.

On entend par « humeur », « disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir, et de la douleur. »(J.Delay). il s'agit du tonus affectif de base, oscillant avec une plus ou moins grande stabilité entre un pôle positif ; celui du plaisir, et un pôle négatif ; celui de la souffrance .mais ni la tristesse ni la souffrance ne constituent en elles-mêmes un épisode dépressif.

Et pour pouvoir parlé d'une dépression ou d'un syndrome dépressif, il est important d'abordé ce sujet, qui représente l'une des pathologies la plus fréquente de nos jours et qui pose un problème an niveau de la santé et d'environnement et pour cela nous allons chercher sur cette pathologie a s'avoir ; ses différentes définitions et les symptômes qui le caractérise puis les différentes formes, et les théories explicative.

1. Définitions de la dépression :

1.1. Selon Sillamy N :

La dépression est une « Etat morbide plus ou moins durables, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté, et souffre de son impuissance, et à l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie » (*Norbert Sillamy, (2003), p 79*)

Définition opérationnel :

La dépression est une maladie pathologique qui touche l'humeur d'une personne, et elle se manifeste par des sentiments pénibles tels que la tristesse, la perte d'énergie mentale qui rend la personne incapable de gérer sa vie et ses émotions.

1.2. Selon le dictionnaire fondamental de psychologie Larousse : N.F (angl.

.dépression) , maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse , de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur ,s'accompagnant généralement d'anxiété , elle entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale de fatalité désespérante et parfois l'entraîne dans des ruminations subdelirante à thèmes de culpabilité, d'indignité d'autodépréciation, qui peuvent le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (*Selon le dictionnaire fondamental de psychologie, 1997, P329*)

Définition opérationnel :

La dépression est une pathologie qui affecte la personne, où il manifeste des perturbations de l'humeur, l'incapacité psychomotrice qui diminue ses activités, et l'amène vers le désespoir, entraîne chez lui des sentiments de tristesse et de culpabilité qui le conduit même ou suicidé.

1.3. Définition selon DSM IV :

La dépression, est une humeur dépressive avec une perte d'intérêt ou de déplaisir pour presque toutes les activités persistant ou moins deux semaines. Chez l'enfant ou l'adolescent, l'humeur peut être plutôt irritables que triste. Le sujet doit de surcroit présenter au moins quatre symptômes supplémentaires à savoir, changement de l'appétit et du poids, du sommeil et l'activité psychomotrice, réduction de l'énergie, idées de dévalorisation ou de culpabilité, difficultés à penser, à se concentrer ou à perdre des décisions, idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicides. (*Machel, Betharold, A.P, DSM IV, 2003, P 399*)

2. Aperçue historique :

La naissance des troubles de l'humeur telle que, la dépression est attribué depuis l'antiquité. Le terme de dépression dérive du latin «déprimer» qui « signifie presser de haut en bas ».

Au X^{eme} siècle et le XIII^e siècle, les père de l'Eglise appel ce mal par «acedia» du grec «négligence», ce que EVAGRE le pontique l'explique par le dégoût et l'anxiété de cœur, ils ont expliqué comment une personne souffre d'une dépression il apparait la tête appuyée sur la main, les pieds posés l'un sur l'autre, le corps replié sur lui-même, il est soumis ce que on appelle «un Fléau pire que la peste qui s'insinue dans l'âme des meilleurs fidèles», et qui leur masque la vois du salut.

En XVII^e siècle, la médecine commence à s'intéresser à la pathologie, elle est soumise aux champs d'investigation. (*Clarisse Fondacci, 2009, p12*)

Les troubles thymiques se fait principalement au tour de trois termes « la mélancolie », « la dépression », « la manie », ayant connu une sort plus chaotique.

La notion de la dépression est lente, ce que Sénèque la qualifier comme une forme de *tædium vitæ* (tristesse) « la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer ».

En 1678, Johannes Hofer publie sa dissertation de nostalgie qui englobe l'ensemble de l'état d'anxiété, d'insomnies, de désespoir, de rêveries douloureuses du pays.

En 1733, Georges Cheyenne invente le « spleen » (rate atrabilaire et morosité de l'humeur), en effet il existe des formes d'une dépression qui se distingue de la mélancolie.

En 1818, Esquirol considère que le spleen (chagrin), et la nostalgie (regret) comme des causes de suicide.

En 1822 J.P.Falret développe son idée « faiblesse nerveuses qui se diffère de la mélancolie.

En 1869 l'apparition de la neurasthénie fut apparaitre les formes dépressives telle que asthénie physique et psychique avec fatigabilité, troubles de l'humeur et de l'émotivité, troubles psychosomatique avec insomnies, douleurs diverses.

La position de Kraepelin et de distinguer aussi la dépression de la mélancolie.

En 1928, J. Langue, sépare le domaine des dépressions en dépression endogène et dépression exogène.

En 1934, la classification américaine rajout la notion de dépression réactionnelle.

En 1945, Fenichel, qui a cherché dans le domaine de la psychanalyse sur les troubles mentaux, il rajout la dépression névrotique.

Le DSM III, et DSM VI ont proposés une classification profonde des troubles de l'humeur qui se présente comme un important problème de santé public. (*J.L.Pedinielli, 2005, p13-15*)

3. Les symptômes de la dépression :

3.1. Symptômes psychiques :

3.1.1 - Humeur dépressive :

Définition de l'humeur : synonyme de la Thymie : disposition affective de base influencée par le vécu émotionnel et instinctif, donnant un éprouvé agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur.

L'humeur dépressive se manifeste le plus spontanément soit par les propos du patient, soit par son attitude vis-à-vis de son entourage familial.

L'humeur dépressive confère au syndrome dépressif tout son degré de souffrance, de douleur morale, parfois d'indicibilité. Elle est une expérience nouvelle qui contient souvent en germe l'inéluctable destin de souffrance, du déprimé qui entrevoit soudain ses rapports à son histoire personnelle, et au monde a travers d'un prisme, dont les différentes facettes ne lui renvoient qu'échec, ratage, impossibilité, dont la logique conduit insidieusement aux idées suicidaires. La tristesse s'installe bientôt, comme en atteste finalement l'impossibilité à éprouver du plaisir (anhédonie).

Le sujet devient timoré, parfois au contraire irritable, voire caractériel.

Les pleurs dépassent par leur fréquence, et leur survenue, les capacités de contrôle du déprimé. Parfois les pleurs vont disparaître : le patient est au-delà des larmes qui vont le soulager au moins transitoirement.

L'état de tristesse est immuable admet quelques variations sous la forme de fluctuations de l'humeur qui oscille, parfois brutalement, de la profonde douleur morale (souvent matinale) à une amélioration (typiquement vespérale). En tout état de cause, le sujet déprimé est dans une expérience de perte totale : perte d'intérêt, du goût aux plaisirs, du sens de la vie, de la sérénité, avec son corrélat, l'irruption de l'anxiété et l'éprouvé de l'angoisse.

3.1.2 État Anxiété :

L'anxiété est la crainte d'un malheur à venir pour le sujet, ou pour ses proches. Dans la dépression, le sujet est angoissé pour un malheur déjà survenu, accompli. L'anxieux ressent plus de l'inquiétude que de la tristesse. Si l'anxieux est triste, cette tristesse l'abandonnera dès que l'anxiété disparaîtra.

Dans les états anxieux, on ne retrouve pas de perte de plaisir, de perte globale des intérêts ou de l'estime de soi. Pour simplifier les choses, dans les cas difficiles, l'anxiété peut s'associer

ou masquer des affects dépressifs en dominant le tableau clinique. Il est dans ces cas essentiel de faire le diagnostic de dépression en recherchant les autres éléments du syndrome dépressif, en raison du risque que l'on court à ne pas traiter un état dépressif. (*Pierre L'evy-soussan, 1994, P139*)

3.1.3 - Troubles cognitifs :

L'état dépressif s'accompagne toujours de troubles cognitifs, ils sont fonctionnels et réversibles (c-à-dire qu'ils disparaissent lorsque l'état dépressif disparaît), l'atteinte mnésique est surtout subjective. Le déprimé est surtout gêné pour les tâches requérant une attention et un effort cognitif soutenus. Il est de plus rapidement fatigable. Mais ce sont les représentations et les contenus de pensée qui sont les plus caractéristiques : ils ont en commun d'être teintés par le pessimisme et le sentiment d'infériorité, qui infiltrent la conviction du patient. Ces troubles cognitifs se manifestent sous forme : de difficultés à se concentrer ou de fatigabilité intellectuelle

La prise de conscience de l'incapacité à agir, des préoccupations engendrées pour les proches renforcent les symptômes et le malaise dépressif. (*D. Cohen, W.decarvatho, 1974, p 4-5*)

3.2. Symptômes psychomoteurs :

Le ralentissement psychomoteur est considéré par certains auteurs comme véritable pierre angulaire de la dépression. Celui-ci va de la perte d'élan vital à la prostration dans une mimique douloureuse, le front cerné de rides soucieuses exprimant la douleur morale.

Tout mouvement devient effort vite épuisant.

Le déprimé se plaint d'un déficit d'énergie. À l'extrême, l'inhibition psychomotrice réalise un tableau de catatonie mélancolique.

Le déprimé se sent incapable de penser, appauvri sur le plan intellectuel : chez le sujet âgé le rétrécissement du champ des intérêts peut faire poser la question d'un processus détérioré. À la différence du dément, le déprimé a conscience d'une perte de ses facultés à penser et il se plaint de sa bradypsychie.

3.3. Symptômes somato-instinctuels :

Parmi les symptômes somatiques les plus fréquents dans les cas de dépression, nous trouvons :

3.3.1. Les troubles du sommeil : les troubles du sommeil à type d'insomnie sont quasi constants insomnie d'endormissement, réveils nocturnes fréquents avec cauchemars ou encore réveils précoces.

L'insomnie matinale est un symptôme souvent corrélé à un risque suicidaire accru.

L'hypersomnie peut avoir la même valeur sémiologique, d'autant que ce sommeil n'est ni réparateur ni susceptible de diminuer la plainte d'asthénie

La polysomnographie montre une diminution de la latence d'apparition du sommeil paradoxal, une diminution du temps de sommeil total, une fragmentation du sommeil, une diminution du sommeil lent profond.

3.3.2. Troubles alimentaires : La perte de poids est parfois sévère, jusqu'à 10 kg en quelques semaines : ce symptôme concerne davantage les femmes que les hommes. Cette perte de poids est directement en rapport avec l'anorexie globale, la perte du goût, l'anxiété et la sensation d'oppression ou de boule dans la gorge. À l'extrême, le mélancolique refuse l'alimentation. Parfois, c'est au contraire des comportements boulimiques qui alertent avec une prise de poids.

3.3.3. Troubles sexuels ou de la libido : dont le déterminisme paraît plus complexe car très lié à la perte de l'élan vital sont très fréquents : diminution du désir ainsi se manifeste par une diminution marquée du bais sexuel, voire une impuissance chez les hommes, frigidité chez les femmes qui renforce le sentiment de dévalorisation, et de culpabilité. (*Guy Besançon, 1993, p50*)

3.3.4. Troubles digestifs : diarrhée ou constipation opiniâtre, état saburral des voies digestives, anorexie.

3.4. Des symptômes gastro-intestinaux : douleurs abdominales, vomissements, gaz, nausées. Fréquemment retrouvées dans l'anxiété somatiques sont : les troubles génito-urinaires : pollakiurie, dysurie voire rétention urinaire, brûlures mictionnelles, douleurs de la région périnéale, aménorrhée ou dysménorrhée.

3.4.1. Les troubles cardiovasculaires : palpitations, bouffées vasomotrices, tachycardie, précordialgies, dyspnée.

Dans les formes de dépression très ralenties, une hypotension et une bradycardie peuvent être observées

3.4.2. Les troubles cénesthésiques : crispations, crampes musculaires, céphalées, vertiges, paresthésies, troubles cénesthopathiques expriment des préoccupations hypocondriaques, à la mesure des traits de personnalité prémorbide. (*D. Cohen, W.decarvatho, 1974, p3-6*)

3.5. Les symptômes selon le DSMIV :

La caractéristique essentielle de la dépression est un de plaisir ou humeur triste perte d'intérêt pour presque toutes les activités, persistant au moins deux semaines. Le sujet doit de surcroît présenter au moins quatre symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante :

- Changement du sommeil
- Changement d'appétit ou de poids
- Changement de l'activité physique et intellectuelle
- Réduction de l'énergie
- Idée de dévalorisation ou de culpabilité
- Difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions
- Idée de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentative de suicide. (*Michel. BET HAROLD, A, P, 2003, P 403*)

4. LES CAUSES DE DEPRESSION :

4.1. Les cause d'hérédité et antécédents familiaux : Les antécédents familiaux de dépression ne signifient pas que les enfants, et les autres membres de la famille souffriront automatiquement de dépression majeure. Cependant, les personnes ayant de tels antécédents courent un risque légèrement plus élevé d'être déprimées au cours de leur vie.

Des recherches en génétique laissent croire que la dépression peut être héréditaire. Des études portant sur des jumeaux élevés séparément ont démontré que si un des jumeaux souffrait de dépression, son frère courait de 40 à 50 %. 100 de risque de développer aussi la maladie. Ces données, bien qu'elles soient modérées, indiquent que certaines personnes peuvent avoir une prédisposition génétique à la dépression.

Toutefois, il est peu probable que la seule prédisposition génétique entraîne la dépression.

D'autres facteurs, comme une enfance traumatisante ou des événements dans la vie adulte, peuvent servir de déclencheurs. Ce que nous avons appris dans notre enfance peut aussi avoir des répercussions sur l'apparition de la dépression. Certaines personnes peuvent avoir constaté des symptômes de dépression chez leurs parents, et avoir appris qu'il s'agissait d'un moyen de réagir à certains problèmes. Dans la vie adulte, ces personnes peuvent recourir à ce moyen pour affronter les facteurs de stress. Un enfant qui a grandi avec un parent ayant souffert de dépression courra 10 p. 100 de plus de risque de souffrir de la maladie.

Si les deux parents ont fait une dépression, leurs enfants courent 30 p. 100 de plus de risque. Il est important de souligner que ces chiffres sont moins élevés que dans le cas d'autres maladies héréditaires (*Christina Bartha, 1999, p 9-11*)

4.2. Les causes psychologiques : le dépressif a un moi relativement fragile qui risque toujours d'être ébranlé par les événements pénibles, ou plus précisément ce qu'il ressent comme tel : les frustrations, les difficultés, les échecs lui font éprouver souffrance intérieure et difficulté à trouver des satisfactions compensatrices dans la vie réelle. Il retire son intérêt au monde extérieur, il éprouve de la douleur de la souffrance intérieure, il n'a plus envie d'agir de faire quoi que ce soit, il a le sentiment de n'être plus digne d'être aimé. La culpabilité du dépressif découle de son ambivalence : l'agressivité dirigée vers l'objet est retournée contre soi. Mais, en même temps, la perte de l'objet, conséquence de cette agressivité, est insupportable.

Chez le dépressif, les relations fondamentales de la prime enfance ont été troublées. En particulier, la perte d'un parent avant l'âge de 15ans est un facteur de risque important, tout comme peut l'être un style éducatif autoritaire et surprotecteur. (*M.Hanus, 2010, P30*)

4.3. Les Causes Biologiques

Parmi les causes connues aujourd'hui de dépression au niveau d'un déséquilibre organique, on peut situer :

- Les carences en vitamine B12 (neurotropes)
- Les carences en magnésium
- Les carences en fer
- Les carences en calcium
- L'hyper- et l'hypothyroïdie
- Les carences en vitamine D (Dépression saisonnière)
- Les carences en vitamine B9 (neurotropes)
- Et plus récemment, l'hypervitaminose de vitamine A (cf. Chapitre X.16).

L'apport d'Oméga 3 est également préconisé lors de dépressions.

De plus, d'autres causes mais beaucoup moins médiatisées apparaissent aujourd'hui comme responsables de dépressions plus ou moins graves :

- L'intoxication des métaux lourds et notamment du mercure (amalgames

Dentaires, alimentation, mère enceinte, ...)

- Les candidoses

- L'aspartame qui détruit le système nerveux et modifie la chimie du cerveau

(Diminution du taux de dopamine et de sérotonine). (*Michel CORTINOVIS, 2010, p 29-30*)

5. Les types de la dépression :

5.1. Dépression typique : les personnes ayant des symptômes typique en tendance à avoir des troubles du sommeil (insomnie, sommeil écourté et réveils fréquent durant la nuit), moins d'appétit et perte du poids, et ils ne réagissent pas beaucoup. *(J.Pedinielli, L, 2005, p52)*

5.2. Dépression atypique : l'humeur est réactive, c'est-à-dire que, lorsque des événements agréables se produisent, le patient va mieux, alors que le mélancolique ne sera pas amélioré par ce qui se passe, même quand c'est très favorable pour lui. Le sommeil qui a souvent des troubles mineurs de la personnalité (TMP).

Selon les facteurs en cause, on opposait autrefois les dépressions endogènes (la mélancolie), c'est-à-dire dont l'origine est interne au sujet, et les dépressions réactionnelles, c'est-à-dire déclenché en réaction aux évènements de vie stressante, dont l'origine est externe. Cette distinction ne tient plus vraiment : il y a une continuité entre les facteurs interne (biologique, psychologique) et externe (familiaux, sociaux, historique).

Certains facteurs organiques peuvent déclencher une dépression ou un épisode maniaque .ce qu'on appelle une forme secondaire (l'accès est déclenché par les causes organique première) La forme mineure mais chronique du trouble unipolaire réalisée une existence dépressive : sévérité modérée, symptôme peut nombreux, mais présente de la façon constante et donc retentissant de façon importante sur l'existence du patient. On parle actuellement de dysthymie, et c'est sans doute la situation qui répond le mieux au terme d'état dépressive. *(M.Hanus, O.Lounis, 2010, P 25-26)*

5.3. Dépression saisonnière : ce type est fréquent chez les personnes qui ont une dépression, qui dépend du temps et de la saison. C'est-à-dire, si la personne est en état de dépression pendant l'automne et l'hiver, il se sent mieux au printemps et en été, ils ont plusieurs symptômes : une tristesse d'une durée de plusieurs mois, et une augmentation de l'appétit (hyperphagie) et de sommeil (hypersomnie).les personnes qui souffrent d'une dépression saisonnière ressentent des symptômes plus fort qui perturbe sa relation avec les autres. *(Christina Bartha, 1999, p 5)*

5.4. Dépression masquée : c'est l'état d'une dépression qui se manifeste avec des signes non dépressifs appelé masquée. *(J.L.Pedinielli, 2005, p52)*

Le concept de dépression masquée est relativement récent (1969-Wolker), elle est caractérisée par le masquage qui veut dire remplacer les symptômes d'un état dépressive (humeur dépressive, ralentissement psychomoteur) par d'autres symptômes, le plus souvent somatiques .il existe actuellement trois types de dépressions :

5.4. 1. Dépression masquée somatique : les manifestations somatiques sont au premier plan, en particulier les symptômes algiques (relatif à la douleur). Les plaintes digestives, lombaires, les céphalées .on trouve aussi les troubles du sommeil persistant aux thérapeutiques hypnotiques et des états asthéniques qualifiés de « fonctionnels ».

Plusieurs caractéristiques aident à rattacher ces troubles à la dépression :

-les plaintes sont vagues, variables d'un jour à l'autre.

- l'absence ou le peu d'anxiété concomitante.
- la disproportion entre la plainte et le ralentissement général considérable.
- la normalité des bilans organiques, l'inefficacité des traitements somatiques.
- le déni « farouche » de toute dépression.

5.4. 2. Dépression masquée par des conduites pathologique : on retrouve des épisodes intermittents de troubles des conduites alimentaires (anorexiques ou boulimiques), toxique ou alcooliques.

5.4. 3. Dépression masquée par des équivalents psychiques : ce sont des troubles névrotiques de tous types d'apparition récente (phobiques, obsessionnels, hypocondriaques, non spécifiques : impuissance) ou des troubles isolés du caractère (dépression hostile).

Parmi les équivalents psychiques, une place particulière doit être faite aux différentes expressions culturelles de dépression. (*Pierre L'evy-soussan, 1994, P138,*)

L'épisode dépressif est facilement reconnu. Il reste alors à en apprécier la sévérité et le cadre nosographique. Mais il existe de nombreux états dépressifs larvés ou masqués derrière un tableau clinique mono symptomatique marquée par la prévalence d'un symptôme ou d'un syndrome : une douleur viscérale non expliquée somatiquement ; une asthénie intense difficilement explicable, la fatigue d'être soi ; des troubles de sommeil inexplicables en apparence, le développement d'une addiction récente à l'alcool ou aux tranquillisants. (*M.Hanus, 2010, P 24*)

5.5. Dépression réactionnelle : C'est une forme de dépression causée par un événement marquant ou une pression psychique excessive, autrement dit; c'est une réaction anormale à un événement traumatisant vécu consciemment par le patient. la réaction à cet événement est une réaction vraie, au sens où l'entendait **K.Jaspers** : **«son contenu a un rapport compréhensible avec l'évènement qui lui a donné son origine, qu'elle ne serait pas survenue sans cet évènement et que son évolution dépend de cet évènement »**

.il peut s'agir d'un fait grave, comme un accident ou un décès ou bien elle peut succéder immédiatement à un traumatisme affectif : deuil, abandons, échec sentimental ou professionnel, conflits conjugaux, solitude et isolement. La durée des dépressions réactionnelles est plus courte que celle des dépressions endogène. (*Pierre L'evy-soussan, 1994, P138 -143*)

5.6. Dépression dysthymie : c'est l'état dépressif chronique caractérisée le manque d'appétit ou l'hyperphagie, l'insomnie ou hypersomnie, la baisse d'énergie et la fatigue, l'estime de soi, le manque de concentration, la difficultés de prendre des décisions, et le sentiment de désespoir. Il suffit deux symptômes d'une durée de deux ans ou plus, et que la personne n'entre pas d'un épisode de dépression majeur, durant cette période on peut poser le diagnostic dysthymie ensuite, s'il entre en dépression majeure on l'appelle **double dépression**. (*Christina Bartha, 1999, p 6*)

5.7. Equivalents dépressifs : c'est des épisodes pathologiques peut-on qualifier la description de dépression a une situation qui ne fait pas apparaître des signes dépressifs. Ce type manifeste deux sorte de symptômes ; **psychique** : trouble de caractère, des troubles d'allure névrotique (la phobie), des perturbations isolée des conduites sexuelles ou alimentaire, des conduites toxicomaniaque somatique : céphalées, asthénie, douleurs. (*J.L. Pedinielli, 2005, p 53*)

5.8. Dépression névrotique : la dépression névrotique succède à un événement dont la valeur traumatique est conférée par le patient. Cela explique la disproportion entre l'événement déclenchant rapporté (minime, parfois même heureux), et son vécu subjectif (effondrement dépressif) : promotion, succès, événement fortement désiré, déménagement, mariage d'un enfant.

Le facteur déclenchant rapporté ne constitue pas un véritable « traumatisme », mais plutôt un « microtraumatisme ».un évènement heureux (réussite professionnelle, mariage) peut être aussi vécu comme un facteur déclenchant.

Le caractère névrotique de cette dépression est caractérisé par la résonance toute particulière de ce microtraumatisme, minime voir quotidien, avec une problématique inconsciente, refoulée. Le conflit névrotique, d'origine ancienne (vécu d'abandon, frustration précoce), se trouve réactivé dans la situation actuelle et entraîne la décompensation de l'individu sur un mode dépressif.

Au niveau théorique, on devrait toujours retrouver ce « complexe inconscient » pour porter le diagnostic de dépression névrotique.

D'une façon pratique, le caractère névrotique d'un facteur déclenchant est évoqué lorsque la dépression survient à la suite d'un événement « **objectivement** » non traumatisant.

5.9. Dépression psychotiques : ici la gravité d'une dépression peut conduire la personne à perdre complètement la réalité et devienne psychotique ; c'est une rupture avec la réalité, qui engendre des hallucinations chez le sujet (il entend des voix par exemples ...), et aussi il peut tomber dans le délire (il peut se qualifier de paranoïaque ou les personnes crois que tout le monde est contre lui).(*Christina Bartha, , 1999,p 6*)

Freud parle d'une dépression anaclitique, ou il explique l'angoisse qui touche l'espace psychique de la femme en effet, l'enfant reste incluse dans le soi maternelle comme une parcelle est indifférencié de ce soi. Il est exclu des représentations de vie et des réalités de sa mère autant qu'objet différencié. Ici dans cette situation l'enfant risque la psychose, il est dans la nécessité de se dégager des identifications maternelles faisant de lui un faux objet perdu. (*Didier Anzieu, et al, 2003,P 143-144*)

5.10. Dépression essentielle : c'est une dépression psychosomatique, autrement dit désigne certains aspects des malades psychosomatiques (affection organique, réelle déterminée par des phénomènes psychologiques). (*L. J.Pedinielli, 2005, p 53*)

6. Les classifications de la dépression :

6.1. La classification selon le DSM IV :

Les troubles de l'humeur sont divisés en troubles dépressifs «unipolaire », troubles bipolaire et deux troubles fondés sur une étiologie, troubles de l'humeur du à une affection médicales générale et trouble de l'humeur induit par une substance.

6.1.1. Les troubles dépressifs majeurs : est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, c'est-à-dire une humeur dépressive ou une perte d'intérêt, ou moins deux semaines associées au moins à quatre autres symptômes de dépression.

6.1.2. Le trouble dysthymique : est caractérisé par une humeur dépressive, représente la majeure partie du temps pendant ou moins deux ans associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur.

6.1.3. Les troubles dépressive non- spécifiques : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répond pas aux critères de trouble dépressif majeur , trouble dysthymique ,trouble de l'adaptation avec l'humeur dépressive en trouble d'adaptation d'humeur mixte anxieuse et dépressive, (on a les symptômes dépressifs pour lesquels l'information est inapproprié on contradictoire).

6.1.4. Trouble bipolaire I : est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagné d'épisode dépressif majeur.

6.1.5. Trouble bipolaire II : est caractérisé par un ou plusieurs épisodes majeurs accompagnés par un ou moins d'épisode hypomaniaque.

6.1.6. Trouble cyclothymique : est caractérisé par des nombreux périodes d'hypomanies ne répondant pas aux critères d'un épisode manique et de nombres périodes dépressive ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur pendant une période d'au moins deux ans.

6.1.7. Trouble bipolaire non spécifié : a été introduit afin de pouvoir codé des troubles avec caractéristique bipolaire qui ne répondent aux critères, d'aucun trouble bipolaire spécifique déjà définit dans cette section (ou des symptômes bipolaire pour lesquels l'information est inapproprié on contradictoire).

6.1.8. Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale : est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée, comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

6.1.9. Troubles de l'humeur induite par une substance : est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieux à un abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition a un toxique.

6.1.10. Troubles de l'humeurs non spécifique : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre Trouble dépressif non spécifié et Trouble bipolaire non spécifié (p. ex., crise d'agitation).(Machel, Betharold,A.P , DSM IV ,2003 ,P 399-400)

6.2. La classification selon CIM10 :

6.2.1. Episode maniaque avec comme subdivision : l'hypomanie, la manie sans symptômes psychotique, la manie avec symptômes psychotique, les autres épisodes maniaques.

6.2.2. Trouble affectif bipolaire avec comme rubrique :

Troubles affectif bipolaire ; épisode actuel hypomaniaque

Troubles affectif bipolaire ; épisode actuel maniaque sans symptômes psychotique.

Episode actuel maniaque avec symptômes psychotique

Episode actuel de dépression sévère sans symptôme psychotique

Episode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotique

Episode actuel mixte

6.2.3. Episode dépressif qui se décompense en : léger, moyen, sévère sans ou avec symptômes psychotique et autres épisodes dépressifs.

6.2.4. Trouble dépressif récurrent (la répétition d'épisodes dépressifs) léger, moyen, sévère.

6.2.5. Troubles de l'humeur qui comprend la cyclothymie, et la dysthymie. (*J. L. Pardinielli, 2005, P74*)

7. La prise en charge de la dépression :

La prise en charge de la dépression repose sur deux piliers complémentaires, la psychothérapie et les traitements médicamenteux. Les approches sont différents en fonction du syndrome dépressif, et de sa gravité, donc le choix de la psychothérapie dépend de la personnalité, des symptômes, de la disponibilité de l'entourage de la vie du patient.

7.1. Les modèles thérapeutiques :**7.1.1. Les thérapies cognitivo-comportementale de la dépression :**

Ce sont des thérapies brèves de la dépression qui se déroule sur environ vingt séances, en générale on effectue une ou deux séances par semaine, ainsi elles durent de trois à six mois.

Elle utilise à la fois des techniques cognitives et des techniques comportementales pour modifier les systèmes de croyances des sujets dépressifs en leur apprenant à différencier les faits de leur appréciation subjective. Le thérapeute a un rôle actif et il met l'accent sur les problèmes concrets et actuels du patient. Il se sert de techniques comportementales et cognitives dont le but est d'apprendre au patient à tester ses distorsions logiques et ses postulats dépressogènes. C'est une thérapie structurée où le thérapeute et le patient se mettent d'accord sur un « agenda » de séance qui précise les thèmes sur lesquels vont porter chaque séance. Le style de la thérapie est directif et l'accent est mis sur une relation de collaboration.

A. Les techniques cognitives :

Le thérapeute met à jour progressivement les contenus dépressogènes des monologues intérieurs en questionnant le patient, lors de moments de fortes émotions, il peut utiliser le jeu de rôle reproduisant les situations génératrices de sentiments dépressifs. Il peut aussi demander au patient de tenir à jour des fiches qui en cas de sentiments dépressifs permettent de noter les circonstances où ils sont accompagnés.

La psychothérapie cognitive de la dépression se base sur l'hypothèse suivante : le déprimé voit la réalité d'une façon erronée, accordant trop d'importance à certains faits, négatifs et méconnaissant d'autres aspects, neutres ou positifs, en particulier concernant l'attitude des autres. Par petites touches successives, la psychothérapie doit modifier ces points de vue. Le déprimé se culpabilise, voit l'avenir de façon catastrophique, pense que les autres le jugent mal. La psychothérapie cognitive vise à rencontrer la réalité donnée, différentes interprétations seront évoquées et le malade peu à peu devra comprendre sa situation.

Il faut surtout en retenir l'esprit qui est de ne pas confronter le patient à son « erreur », mais par un jeu subtil et progressif de questions et de réponses de lui faire prendre conscience du caractère dysfonctionnel, illogique et déficitaire des principes cachés qui régissent son comportement (« dialogue socratique »). Puis le thérapeute développera la capacité d'effectuer des raisonnements alternatifs par rapport à ces postulats. Le but est de permettre au patient submergé par l'affect dépressif et dominé par des pensées irrationnelles de remplacer ses distorsions logiques par des réponses plus en rapport avec la réalité. *(Jean Cottraux, 2004, p 220)*

B. Techniques comportementales :

Dès le début de la thérapie le patient reçoit également un programme d'activités destiné à augmenter le nombre de situations, où il peut prendre du plaisir ou monter son efficacité. Des tâches spécifiques destinées à lui, permettre de tester par des «épreuves de réalité » l'inanité de ses postulats défaitistes sont prescrites à la fin de chaque séance. Le jeu de rôle et d'autres techniques comportementales peuvent être utilisées pour préparer le patient à affronter la réalité. *(Jean cottraux, 2004, p220)*

C. Déroulement typique d'une séance :

Chaque séance est structurée et commence par l'établissement d'un agenda de séance. Il est important en effet aussi bien pour le thérapeute que pour le patient d'organiser le temps.

Le thérapeute résume très fréquemment les points importants qui apparaissent au cours de l'entretien « Si j'ai bien compris, nous avons vu que..... »

A la fin de chaque séance, le thérapeute effectue un feed-back : il demande au patient de résumer ce qu'il a compris de la séance, et le compare à ce qu'il a retenu lui-même. Les deux protagonistes se mettent d'accord sur le contenu de la séance écoulée ; certains points qui n'ont pu être traités sont laissés en agenda pour les séances suivantes. Enfin, le thérapeute demande au patient si quelque chose lui a déplu dans la séance. Ceci de façon à mettre à jour les pensées négatives concernant la thérapie, et également de corriger des erreurs éventuelles de sa part.

Le thérapeute et le patient se mettent d'accord sur des tâches concrètes à réaliser dans le but de développer des expériences de plaisir et de maîtrise, et de rester ainsi les pensées dépressives en les confrontant à la réalité. *(Jean cottraux, 2004, p220-221)*

7.2. Antidépresseurs :

Les médicaments antidépresseurs peuvent soulager et faire disparaître les symptômes de la dépression. Comme la dépression est une maladie complexe, de nombreux psychiatres se spécialisent maintenant dans la biologie de la dépression et la médication. Il est important d'être à l'aise avec le médecin prescripteur afin de pouvoir poser des questions sur les médicaments, leur efficacité et leurs effets secondaires.

Les antidépresseurs sont des psychotropes appartenant au groupe des psychoanaleptiques selon la classification de Delay et Deniker (1953). Il s'agit de substances susceptibles d'améliorer l'humeur déprimée dans ses manifestations cliniques les plus graves, en agissant sur l'ensemble du syndrome dépressif. Ceci les distingue des molécules comme les amphétamines, les anxiolytiques, voire certains hypnotiques, tous produits qui ne modifient que l'une ou l'autre des composantes de la dépression et peuvent parfois aggraver à terme sa symptomatologie. Les troubles dépressifs font partie des troubles mentaux qui peuvent être soignés en psychiatrie. Ils sont liés à une anomalie de deux systèmes majeurs de neurotransmetteurs dans le cerveau. Donc le psychiatre reconnaît aujourd'hui divers groupes d'antidépresseurs : les tricycliques, les antidépresseurs atypiques, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) :

7.2.1. Les thymo analeptiques : et les molécules apparentées, analogues plus ou moins proches du chef de file, est l'imipramine, découvert en 1957, actifs sur divers types de neurotransmission.

Ils seront associés fréquemment à des neuroleptiques anxiolytiques tel que la levomépromazine (nozinan) administré dans la deuxième partie de la journée

Son effet thérapeutique est typique à type de modification de l'humeur retour du sommeil, disparition de l'asthénie... ne se manifeste qu'après une période de latence de 08 à 15 jours.

Les antidépresseurs atypiques, groupe de produits hétérogènes au niveau structural et ne présentant pas toutes les propriétés pharmacologiques classiques des tricycliques (effets indésirables réduits mais efficacité clinique souvent moindre)

7.2.2. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine : (IRS)

D'apparition récente, il y a une dizaine d'années dont le chef de file est Prozac (fluoxétine), les ISRS sont devenus des médicaments de première intention, face à un épisode dépressif

Les ISRS ont permis une nette avancée dans le traitement de la dépression par leur efficacité et par l'absence de contre-indication cardio-vasculaire et prostatique. De faibles taux de sérotonine se manifestent par une humeur dépressive, de l'anxiété, insomnies.

L'action des ISRS en inhibant la recapture de la sérotonine permet d'augmenter les taux de sérotonine dans la fente synaptique. La sérotonine est un neuromédiateur fabriqué à partir d'un acide aminé appelé tryptophane.

i. Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) :

Comme Marsilid, Niamide etc. sont à des doses suffisantes, ils possèdent un effet antidépresseur indéniable. Mais ils sont dangereux en eux-mêmes, même chez les sujets jeunes au cœur sain. Ils agissent sur la tension artérielle donnant lieu de façon paradoxale et difficilement prévisible à des hypo ou hypertensions artérielles notables. Ils ne supportent pas

les interactions médicamenteuses, dont certaines peuvent être très dangereuses en particulier avec les antidépresseurs tricycliques et ISRS.

En bref, ce groupe d'antidépresseurs est peu employé et peu **maniable**. (*J.L.Senon,2002-2003 p 1-3*)

Il est possible de guérir la dépression, aujourd'hui une prise en charge adaptée, une psychothérapie ciblée et des antidépresseurs permettent de briser le cycle infernal pour retrouver la joie de vivre à condition d'être bien entouré et surtout de bien suivre son traitement

7.3. Les autres traitements de la dépression :

Si les psychothérapies et les antidépresseurs sont les traitements de référence face à la dépression, d'autres solutions sont aujourd'hui explorées des approches techniques plus près de la neurochirurgie permettent d'agir directement au cœur du cerveau pour supprimer à la source les causes du syndrome dépressif

7.3.1. Lithium :

Le lithium est un traitement efficace de prévention des récurrences chez les patients présentant un trouble dépressif récurrent unipolaire. Le lithium est une alternative de seconde intention aux antidépresseurs. Les lithiémies efficaces sont peu différentes de celles du trouble bipolaire. Le lithium peut éventuellement leur être adjoint dans les dépressions récurrentes résistantes.

7.3.2.Électro convulsivo thérapie (ECT) :

Les ECT d'entretien peuvent être utilisés dans la prévention des récurrences dépressives, notamment chez les patients intolérants ou résistants aux traitements médicamenteux, pour lesquels des ECT ont été efficaces en phase aiguë. (*E. Corruble, 2005, p142*)

8. Les théories explicatives de la dépression :

Il existe plusieurs théorie qui ont théorisés le troubles psychologique tel que la théorie cognitivo-comportementales, la théorie psychanalytique :

On s'intéresse dans notre étude aux théories cognitivo-comportementales qui sont :

8.1. Le modèle comportementale de la dépression :

Ces théories comportementalistes inspirés du conditionnement opérant, le modèle qui a connu la plus grande diffusion et est celui de l'impuissance apprise : qui s'intéresse à la dépression du sujet qui à perdu le renforcement positif.

Les chercheurs ont tout d'abord souligné que l'absence d'événements plaisants dans l'environnement démotivait le sujet qui progressivement devenait inactif, triste et réactif. un comportement privé de conséquences positives finit par s'éteindre, de même une surcharge d'événements négatifs ou aversifs peut aboutir à un résultat identique.

Le sujet déprimé présente un phénomène d'extinction qui est dû à une grave carence en renforcement social positif. Secondairement, seules les manifestations dépressives sont renforcées, ce qui entretient le comportement.

Pour Seligman (1975) la dépression résulterait de la perte par le sujet de la possibilité de faire une liaison entre l'action et le renforcement positif.

Et pour Abramson, Seligman et Teasdale (1978), un sujet dépressif face à un échec, par exemple, procède à un jugement de causalité (ou attribution) internat, global et stable. Le sujet s'attribue toute la responsabilité de l'échec (internalisé) et considère que celui-ci est définitif (stabilité) et s'étendra à tous les domaines de son existence (globalité)

8.2. Le modèle cognitif de la dépression :

Le modèle cognitif de la dépression, sur la plan théorique, fait appel au modèle du traitement de l'information ; l'hypothèse centrale est que les sujets mémoire à long terme qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. La perte de l'estime de soi, l'indécision, le pessimisme, le désespoir irréaliste et l'apparition de rêves lugubres l'information par les schémas cognitifs, qui contiennent un ensemble de règles inflexibles ou « postulats silencieux » qui se représentent sous une forme impérative, ces postulats sont implicites, rarement conscients, et guident les jugements que le sujet porte sur lui-même. (*Jean Cottraux, 2004, p 80-84*)

8.5. Les théories biologiques :

Ces théories sont faites à la suite de la découverte des premiers traitements antidépresseurs dans les années 1950. Ces théories ont essayé de comprendre les mécanismes d'action de ces médicaments et de poser des hypothèses sur l'existence de dysfonctionnements de certains neuromédiateurs qui favoriseraient la survenue d'un épisode dépressif. Les traitements antidépresseurs se caractérisent par leur capacité à « relever » l'humeur dépressive, pouvant aboutir à la normalisation de l'humeur, mais parfois aussi à une inversion de l'humeur et déboucher sur une excitation thymique. Les antidépresseurs utilisés aujourd'hui sont nombreux, ils n'ont pas tous le même type d'action, ni la même puissance d'action ils n'agissent plus uniquement sur l'humeur et peuvent se montrer efficaces sur des symptômes d'accompagnement comme l'anxiété ou sur des facteurs non spécifiques de la dépression, comme l'inhibition.

A l'heure actuel, la très grande majorité des états dépressifs se soignent bien grâce aux nouveaux traitements pharmacologiques. Cependant la structure sous-jacente de la personnalité du sujet et éventuellement les facteurs favorisant ou déclenchant l'épisode dépressif devraient également faire l'objet d'une prise en charge. A cause de sa souffrance, un sujet déprimé est peu accessible immédiatement à une relation psychothérapique. Le premier temps de la prise en charge doit avoir pour but d'apaiser la souffrance psychique et la douleur du patient déprimé, ce qui est possible avec des traitements antidépresseurs. (*Chrystel BESCHE-RICHARD, 2002, P62*)

8.6. Selon la psychosomatique :

Pierre Marty explique la dépression en terme de dépression essentielle, qui fait ainsi que : « la dépression psychosomatique, qu'à plusieurs reprises j'appelais dépression sans objet, serait en définitive mieux nommé dépression essentielle puis qu'elle constitue l'essence même

de la dépression à s'avoir l'abaissement de tonus libidinal sans contrepartie économique positive quelconque . »

Le tous cette symptomatologie dépressive se définit par le manque ; effacement, sur toute l'échelle, de la dynamique mentale (déplacement, condensations, introjections, projection, identification vie fantasmatique et onirique).cette forme de dépression, on ne trouve pas un raccrochage libidinal son contrepartie libidinal donc ; la désorganisation et le morcellement dépassant sans doute le domaine mental, le phénomène est comparable à celui de la mort où l'énergie vitale se perd sans compensation.

Pierre Marty explique que la dépression est installée dans un contexte économique de mieux en mieux défini, la plus soutenue, dans l'ordre psychosomatique.

Pour lui ; la dépression s'établie lorsque l'évènement traumatique désorganisent un certain nombre de fonction psychique dont ils débordent les capacités d'élaboration (la recherche des manifestations négatives, naturellement peu notables). Donc les angoisse précèdent la dépression, elles traduisent la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements instinctuels non maîtrisés le moi donc submerge et montre sa désorganisation l'angoisse alors représente pas le signal d'alarme mais elle est l'alarme automatique ses angoisse reproduisent un état archaïque de débordement. (*Pierre Marty, 1999, P29, 30,31*)

8.7. La théorie psychanalytique :

C'est en 1916 dans le deuil et mélancolie qu'a présenté sa théorie de la dépression qu'il nomme alors mélancolie, pour Freud l'état mélancolique correspond à un état profondément douloureux, qui se traduit par une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, une perte de la capacité d'aimer, une inhibition de toute activité, une diminution de l'estime de soi et des auto-reproches. Freud souligne que tous ces éléments sont communs au deuil et à la mélancolie .Freud disait : « l'affect qui correspond à la mélancolie est celui du deuil, c'est-à-dire le regret amer de l'objet disparu » ou encore «la mélancolie, il s'agit bien du deuil d'un objet perdu, même si ce dernière n'est pas consciemment repérable.

Tous les psychanalystes qui se sont intéressés à la mélancolie après Feud (Abraham, 1924 ; Klein, 1934, Nacht ,1963) s'accordent pour dire que la perte d'objet est capitale dans la mélancolie. Le deuil normal se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, alors qu'elle se replie dans le Moi du mélancolique. Dans le deuil, la perte de l'objet rend le monde « pauvre de vide » alors que dans la mélancolie c'est le Moi du sujet qui est devenu pauvre et vide. Freud décrit ainsi l'état mélancolique « il existe initialement un objet d'amour extérieur avec lequel la relation est rompue, mais au lieu d'être déplacée vers un autre objet, la libido du sujet se replie vers le Moi. Une partie du Moi est donc identifiée à l'objet perdu et l'autre devient la critique du Moi.

Pour Freud, trois conditions doivent être remplies pour déterminer ultérieurement un état mélancolique : une ambivalence initiale pour l'objet d'amour, suivie d'une perte de cet objet, puis d'une régression de la libido sur le Moi.

L'état maniaque, quant à lui, repose sur la même structure profonde que la mélancolie. La manie est un moyen de défense contre la dépression reposant essentiellement sur la

dénégation tant de la réalité psychique que de la réalité extérieure. la manie apparaît comme un mécanisme de défense qui permet au sujet de se libérer du Surmoi et de l'objet. Mais ce triomphe est artificiel et ne dure pas, laissant place à l'état mélancolique. L'état maniaque est considéré par Freud comme une défense contre la perte d'objet et le deuil. Cette fuite en avant correspond à un déni de la perte d'objet et on assiste à une recherche désordonnée de nouveaux objets à investir (*Chrystelle BESCHE-RICHARD, 2002, P 57-58*)

Conclusion :

Les difficultés rencontrées durant la vie d'une personne peut conduire à des perturbations d'ordre psychologique et d'ordre somatique. La tumeur cérébrale est parmi les maladies graves qui menacent la vie psychique des patients, elle touche leurs humeurs, cette dernière est l'un des impacts redoutés dans ce genre de pathologie.

La dépression est un sentiment profond de tristesse, de découragement, de culpabilité, accompagné d'un ralentissement psychomoteur, elle est caractérisées par plusieurs symptômes tels que ; troubles de sommeil, perdre le gout a la vie, et perte d'appétits. La dépression est l'une des conséquences. Ainsi il existe plusieurs façons de faire face a cette pathologie ce qu'on va découvrir dans le chapitre suivant qui est les stratégies de coping c'est des mécanismes de défense.

CHAPITRE III
LES STRATÉGIES DE COPING

Chapitre 3 : les stratégies de coping

Introduction

- 1. L'histoire de coping**
- 2. Définition de coping**
- 3. Les déterminants du coping**
- 4. Les stratégies générales de coping**
- 5. Quelque instrument d'évaluation du coping**
- 6. Les sources du coping**
- 7. L'efficacité des stratégies générales de coping**
- 8. Les mécanismes d'action du coping ou l'influence de coping sur la santé**
- 9. Les caractéristiques d'évaluation du coping**
- 10. Différents modèles de coping**

Conclusion

Introduction

L'être humain rencontre dans sa vie des événements d'une part agréables et heureux, et d'autre part stressants et gênants, l'individu perçoit ces événements comme menaçant, en lui causant un déséquilibre émotionnel, et des impacts négatifs sur sa santé physique et psychique.

L'individu ne subit pas passivement ces événements, dont il essaye de faire face, et de maîtriser et tolérer les situations aversives, en faisant recourir à plusieurs stratégies notamment celle de coping.

1. L'histoire de coping : historiquement la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIXe siècle par la psychanalyse et à celle de l'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIXe siècle et commune à la biologie, à l'étiologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier)

Le concept de défense date de la fin du XIXe siècle. Il est associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique. 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, puis le concept de défense évoluera et celui de « répression », pour Freud de 1926 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.

La notion de coping n'est apparue que récemment en psychologie, donc cette notion est bien évoluée depuis les années 60, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de « coping » terme qui fut répertorié pour la première fois en 1967 dans les mots clés de *Psychological Abstracts*. Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. De 1960 à 1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense, quelques tentatives de clarification furent publiées selon Haan en 1977. En effet, les différences entre les mécanismes de défense et stratégie de coping sont présentées de la façon suivante : un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens.

Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement, elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se distinguent peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives

conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (ou récents). (*Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002,P353-355*)

2. Définition de coping :

Des nombreuses définitions du coping sont recensées dans la littérature. Pour Coyne et al. (1981), il s'agit d'efforts cognitifs et comportementaux pour gérer les conflits environnementaux et internes qui affectent un individu et dépassent ses ressources.

Lazarus et Folkman définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (*Lazarus et Folkman, 1984, p .14*)

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 la situation) avec leurs effets (fonctionnels ou no).ainsi on ne peut considérer a priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres. (*Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002, P .356*)

3. Les déterminants du coping :

Selon l'approche transactionnelle du stress et du 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'autres, le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (nature du problème, contrôlabilité, etc.)

3.1. Les déterminants dispositionnels du coping :

Selon divers auteurs, les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales (Trans-situationnelles) car déterminées par certaines caractéristiques dispositionnels des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. Il existerait des styles de coping relativement stables, chaque individu mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. (*Costa et al., 1996 ;Lu, 1996 ;Schwartz et al., 1999*).

Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, qui dépend des caractéristiques cognitives et conatives de chaque personne, ainsi que de son histoire (*Cohen et al. 1983*).

a) Les déterminants cognitifs :

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation, il y a les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes) et ses motivations

générales (valeurs, buts intérêts, etc.). Un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le lieu de contrôle (interne/ externe). Les personnes croyant que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités et leurs comportements (internalité) plutôt que par des causes externes, comme la chance, le hasard ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates.

Donc elles vont élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe (Van Heck, 1997). Il y a beaucoup d'autres antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping (auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise, attribution causale, etc.).

b) les déterminants conatifs :

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaire et secondaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. Ainsi, l'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion (Van Heck, 1997). A contrario, la résilience, le lieu de contrôle, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable (agreeableness), le fait d'être consciencieux (consciencieuses) sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrée sur le problème. C'est aussi le cas de l'endurance (hardiness), style décrit par Kobasa et al. (1982), qui consiste à la fois à s'impliquer dans les diverses activités quotidiennes (engagement), à croire que l'on maîtrise les situations (contrôle perçu) et que les problèmes qui se présentent sont des défis à relever (plutôt que des menaces).

3.2. Les déterminants situationnels du coping :

Beaucoup d'autres 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 celles des situations rencontrées.

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

3.3. Les déterminants transactionnels du coping :

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

Dans deux études distinctes, 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 ». un événement vécu comme une perte induit plutôt une stratégie émotionnelles comme le fatalisme ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la

réévaluation positive ou la réactivation des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter diverses stratégies : résolution de problème, pensée positive, humour, etc.

Donc, des facteurs personnels, environnementaux et transactionnels contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping. En fonction des effets plus ou moins fonctionnels du coping, il pourra y avoir des rétroactions en boucle avec des réévaluations. (*Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002, P361-363*)

4. Les stratégies générales de coping :

Selon Lazarus et ses 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 et donc de ce modifier soi-même. (*Lazarus et Folkman, 1984b. Lazarus et Launier, 1978*).

4.1. Le coping centré sur le problème :

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et / ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme, par exemple, négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans domaines, construire un planning, recherche des informations, etc.

A l'origine, Lazarus et Folkman (1984a) ont appliqué une échelle de 67 items ; la WCC (Ways of Coping Checklist), a 100adultes qui devaient y répondre chaque mois pendant un an, en pensant à un événement récent qui les avait perturbés et à la façon dont ils avaient réagi. Ils obtiennent, en regroupant ces réponses par des analyses factorielles, huit petits facteurs se regroupant en deux stratégies générales, le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Le coping centré sur le problème comprend deux dimensions plus spécifiques, la résolution du problème (recherche d'informations, élaboration de plan d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directs pour modifier le problème). Certains auteurs le dénomment coping « vigilant » (Suls et Fletcher, 1985), d'autres l'appellent stratégie d'approches ou encore coping « actif ».

4.2. Le coping centré sur l'émotion :

Il comprend les diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation. La gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie. (*Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002,P357-359*)

Donc ce type comprend, des stratégies cognitives qui ne modifieront pas la situation mais plutôt l'attitude de la personne envers ladite situation on parle souvent du « recadrage » en thérapie comportemental et cognitives, mais ce n'est pas le seul type de changement émotionnel possible. La décharge émotionnelle serait un exemple du coping centré sur l'émotion, le plus souvent mal comprise ou bien dévalué. On pourrait aussi imaginer un individu qui manifeste une attitude émotionnelle appropriée selon la situation ; comme par

exemple un individu qui est, normalement, vivace (résistant) et optimiste, et se trouve déprimée devant le décès d'un proche. . (*Henri Chabrol., 2004,P111*)

On peut bien entendu utiliser à la fois à un coping centré sur le problème et centré sur l'émotion face au même événement (ou n'utiliser ni l'un, ni l'autre). Un automobiliste victime d'un accident de la circulation peut avoir envie d'insulter ou de frapper son adversaire mais se dire que cela n'arrangera pas la situation et se mettre à constater les dégâts et à rédiger une déclaration d'accident. (*Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002, P359*)

4.3. La recherche de soutien social :

Cette recherche apparaît parfois comme troisième stratégie générale. Elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondue avec le réseau sociale ni avec le soutien social, notions déjà présentées ci-dessus (et qui sont les caractéristiques réelles ou perçues de l'entourage social). Or ici, il s'agit de tentatives effectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle. C'est donc bien une stratégie de coping (qui suppose l'activité du sujet) et non une ressource (simplement existante ou perçue). (**Ibid.**)

Paulhan et Bourgois (1995) définissent le coping actif comme une action qui consiste à modifier directement les termes même de la relation personne-environnement par la mise en place d'efforts comportementaux actifs, consistant à affronter le problème pour le résoudre.

A l'opposé du coping actif (coping centré sur le problème), on trouve le coping passif, (coping centré sur l'émotion), qui consiste à ne rien faire ouvertement. Cette inactivité face à un stresser est souvent liée à un état émotionnel négatif, tel que la dépression, ainsi qu'à une attitude de déni.

Le coping évitant consiste à détourner l'attention de la source du stress (évitement). Cette stratégie est la plus utilisée. Elle se traduit par la pratique d'un sport, de la relaxation, ou le refuge dans les loisirs, etc. : l'individu a l'impression que ces activités anéantissent la tension émotionnelle et éprouve un sentiment de bien-être. Ceci dit, le coping évitant peut engendrer une catégorie d'activité plutôt négatives, notamment des addictions (fumer, boire de l'alcool, prendre des médicaments) dans le but de fuir la détresse émotionnelle.

Contrairement au coping évitant, le coping vigilant focalise l'attention de la personne sur le problème afin de mieux le contrôler. Il inclut des stratégies telles que la recherche d'informations supplémentaires et la mise en place d'une solution pour résoudre le problème. Encore une fois, la vigilance peut aussi conduire la personne à adopter une attitude négative, quand elle devient obsédée par son problème sans trouver une solution efficace et qu'elle est prise dans une sorte d'hyper vigilance. (. (*Henri Chabrol., 2004, P112*)

5. Quelque instrument d'évaluation du coping :

Il existe beaucoup des échelles du coping plus de vingtaine à ce jour, nous avons choisi de ne décrire ici que quelques-uns des outils les plus utilisés, parmi les plus connus, les plus prometteurs et ceux dont les qualités psychométriques sont satisfaisantes. Ce bilan ne concerne que les stratégies générales de coping utilisées face à une situation stressante :

- La CISS d'Endler et Parker (1990)
- La WCC-R de Vitaliano et al. (1985)
- Le COPE de Carver et AL. (1989)

6. Les sources du coping :

Le sexe semble influencer l'emploi des stratégies de coping. Les femmes sont décrites comme utilisant plus de réponses émotionnelles dans la confrontation au stress, utilisant peu de stratégies de résolution de problèmes, et ayant peu de ressources de coping (Pearlin et Schooler, 1978)

Les recherches qu'été faite tendent à montrer que les femmes expérimentent plus de souffrance et utilisent un coping qui est moins efficace. Elles emploient moins de coping culturellement désirable, comme la résolution de problème, et plus de coping émotionnel, comme la recherche de support social ou des stratégies d'évitement.

La religion intervient aussi comme modérateur de l'adaptation. Le coping religieux peut être défini comme l'emploi de techniques comportementales et cognitives, face à des situations stressantes, qui sont suggérées par sa propre religion, ou spiritualité. Des exemples d'activités de coping religieux incluent le fait de prier, confesser ses péchés, rechercher force et réconfort en Dieu face à un événement particulier.

Le sport aussi modère l'impact de l'agression stressante. Une activité physique vigoureuse réduit l'anxiété et améliore l'humeur. L'impact des stressors intervenant après une activité physique était diminué par celle-ci. Les sujets montraient un niveau moins élevé pour ce qui est de la tension sanguine et du rythme cardiaque, pendant la confrontation aux situations stressantes après un exercice physique. . (Pierluigi Graziani Joël Swendsen, 2005, p102 -103,)

7. L'efficacité des stratégies générales de coping :

Une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante de diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique. (Lazarus et Folkman, 1984 p188)

Placer par exemple une personne âgée dépendante dans une institution spécialisée peut permettre à ses proches de réduire certains problèmes (surcharge, matérielle, morale, physique). Mais il est possible que la famille de cette personne soit alors submergée par des cognitions et affects négatifs (perte, tristesse, culpabilité, etc.). Inversement, certaines personnes arrivent à gérer les émotions induites par un problème sans pour autant régler la situation aversive, qui persiste alors. On ne peut donc pas, dans ces deux exemples, considérer les stratégies de coping utilisées comme efficaces. Les deux stratégies de coping principales

peuvent être utilisées toutes les deux par un individu donné (ou pas du tout).elle peuvent interagir (contrôler le problème facilite en général la gestion des émotions et inversement).

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

Schmidt (1988) a observé que parmi des patients devant subir une intervention chirurgicale, ceux qui avaient utilisé une stratégie vigilante (recherche d'informations, participation aux traitements) étaient moins anxieux et présentaient moins de complications postopératoires que ceux qui avaient eu recours à une stratégie évitant (résignation, fatalisme, inhibition).

Une cohorte de sujet a été suivie pendant un an par Holahan et Moos (1986).parmi les sujets ayant subi le plus d'événements stressants pendant cette période, ceux qui avaient utilisé des stratégies évitantes ont eu beaucoup plus de symptômes psychosomatiques à la fin de l'étude (maux de tête, maux d'estomac, etc.) que ceux qui avaient utilisé des stratégies vigilantes.

Dans l'ensemble, les recherches récentes ont montré qu'un coping centré sur le problème réduisait la tension subie par l'individu en éliminant (ou en atténuant) le stresser. Le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et la dépression d'après plusieurs études (Bolger, 1990 ; Felton et Revenson, 1984 ; Terry, 1994).les stratégies émotionnelles sont très généralement nocives. Certaines d'entre elles, comme la répression des émotions ou l'impuissance-désespoir se sont révélées associées à des issues dysfonctionnelles (émotionnelles et somatiques), ceci d'après les recherches citées ci-dessus et d'après d'autres études (Olf, 1991 ; Payne et Firth-Cozens, 1987). (*Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002, P387-379*)

8. Les mécanismes d'action du coping ou l'influence de coping sur la santé :

On sait tout d'abord que les réponses de coping sont associées à des variations dans l'activité de certains systèmes (neuroendocrinien, neuro-immunitaire) ; certains cofonctionnements biopsychosociaux sont souvent évoqués pour rendre compte des mécanismes sous-jacents aux transactions individu-environnement (Dantzer,1994 ;Goodall, 1994).

Les stratégies du coping se traduisent en outre par des attitudes et comportements plus ou moins pathogènes. Un coping centré sur l'émotion ou évitant s'accompagne le plus souvent de comportements à risques (non_ perception des symptômes, délai à consulter, abus de certaines substances, d'un traitement, etc.).Un coping centré sur le problème ou vigilant se traduit généralement par la recherche d'informations concernant la santé, l'attention portée aux symptômes, une bonne adhésion thérapeutique et par des comportements sains. Ceci n'est pas contradictoire avec le fait que cette stratégie peut parfois être dysfonctionnelle (sur le plan émotionnel notamment) lorsqu'un sujet est atteint d'une maladie grave, incontrôlable et durable (Cohen et Herbert, 1996). (*Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002, p384*)

Le choix des stratégies de coping par un individu est influencé par l'anxiété, et influence à son tour. le coping joue un rôle dans l'étiologie et le maintien de trouble psychologiques associé à l'anxiété, et à la dépression. Certaines théories sur l'acquisition des peurs et des phobies ont mis en évidence le rôle du coping d'évitement ou de fuite dans le maintien et le renforcement des troubles anxieux (mower, 1939 ; de Silva et Rahman 1984). Les stratégies d'évitement ou de désengagement (Dovey Burgess et Rashes, 1995) chez les sujets phobiques ou anxieux comportent un vaste répertoire de stratégies incluant la rééducation détensions par la prise de boisson ; de nourriture par le fait du fumer, de prendre des médicaments et des tranquillisent. (Billings et moos, 1984 par un déni ou des pensées irréalistes (Brenzits, 1983 ; Carvel et al. 1989 ; Dovey, 1993, Derry Berry et Roth BART (1988) ont montré que les sujet qui étaient capables de détourner leur attention était aussi moins soumis à la peur a la frustration et a l'inconfort. Salkosvski (1991) considéré que dans les attaques de panique. Les sujets s'orientant vers des stratégies de coping de recherche de sécurité qui ne remette pas à la question ce qu'ils pensent sur les causes des attaques et leurs pensées catastrophiques. Selon lui les stratégies d'évitement maintiennent l'apparition des attaques de paniques. Qu'ils y aient confrontation ou évitement de la situation effrayante, le patient peut continuer a surévaluer le danger (de silva et rachman, 1998). Ce n'est pas l'évitement en soi qui augmente de peur, ni la quantité d'évitement, mais la surestimation de la peur.

9. Les caractéristiques d'évaluation du coping :

L'évaluation est la façon dont la personne perçoit la situation, en fonction de ses valeurs, de ses attentes et de son histoire. C'est donc un contexte subjectif qui est au centre de ce modèle et non le contexte tel qu'il est. Selon cette approche, un individu donné, compte tenu de ce qu'il affronte (contraintes de la situation) et de ce qu'il est (ressources, expériences antérieures), plutôt que de subir passivement les événements, va les évaluer (nature, gravité, durée, etc.) et évaluer ses ressources (personnelles et sociales) lui permettant d'y faire face. Les processus transactionnels les plus étudiés au cours de cette phase sont : le stress perçu, le contrôle perçu, le soutien social perçu.

9.1. L'évaluation primaire (ou stress perçu) :

On parle d'évaluation primaire ou de stress perçu pour désigner la façon dont l'individu identifie une situation (nature, signification, etc.) et évalue ses différentes caractéristiques (gravité, contrôlabilité, ambiguïté, durée, etc.). Face à la survenue d'un événement soudain, une douleur par exemple, un individu va se demander quelle est sa cause, sa gravité, sa durée et ses conséquences sur sa vie quotidienne. Une même situation peut être perçue par certaines personnes comme une menace, et par d'autres comme un défi, une perte ou un bénéfice. Perdre son emploi, par exemple, pourra être considéré par certains comme un événement menaçant leur sécurité ou leur statut social, par d'autres comme une perte financière ou matérielle, par d'autres encore comme une occasion de faire enfin ce qui leur plaît.

Le stress perçu ne doit pas être confondu avec les caractéristiques stressantes réelles de l'environnement (événements de vie, tracas quotidiens, etc.) que l'on dénomme des stressseurs. Il ne se réduit ni un aspect de la situation affrontée, ni à une caractéristique de la personne concernée : c'est une transaction particulière entre individu et environnement. De cette phase

découleront des efforts d'ajustement, qui auront à leur tour un effet rétroactif sur l'évaluation primaire.

9.2. L'évaluation secondaire :

Après avoir appréhendé la situation, l'individu va évaluer ses ressources personnelles et sociales pour y faire face (que puis-je faire dans cette situation, qui peut m'aider ?). On appelle contrôle perçu l'estimation par le sujet de sa capacité à maîtriser la situation. Cette évaluation dépend de la phase précédente. Il est relativement spécifique (il dépend de chaque situation particulière) et transitoire, ce qui le distingue du lieu de contrôle (croyance durable et généralisée en notre maîtrise des événements). C'est donc bien un processus transactionnel.

Le soutien social perçu est le fait de croire qu'autrui peut nous aider en cas de besoin. Il peut prendre plusieurs formes. Il ne se confond pas avec les ressources sociales effectives dont dispose l'individu et que l'on dénomme réseau social. Un individu peut être objectivement très entouré et ressentir pourtant le soutien qu'il reçoit comme insuffisant ou inadéquat.

Pour Lazarus et Launier (1978), le coping désigne l'ensemble des processus transactionnels qu'un individu interpose entre lui et la situation afin de réduire son impact. Confronté à un stresser, l'individu fait diverses tentatives pour faire face aux exigences de la situation, compte tenu de l'évaluation préalable de ses ressources personnelles et sociales. S'il pense, par exemple, qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance à élaborer des stratégies tendant à modifier la situation (centrées sur le problème). S'il croit qu'il n'y a pas grand-chose à faire, il élaborera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centrées sur l'émotion).

Ces auteurs considèrent que les stratégies de coping sont en grande partie déterminées par les caractéristiques du contexte. Elles sont flexibles, diversifiées et peuvent se modifier dans le temps. Pour le lecteur souhaitant une description très complète de l'approche transactionnelle. (*Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002, P288-289*)

10. Différents modèles de coping :

A. Le modèle animal de l'adaptation : est issu des théories évolutionnistes, en particulier de Darwin. Très général, il est applicable à tous les organismes vivants, et comprend des réponses comportementales automatiques de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face à une menace issue de l'environnement.

B. Le modèle de la psychologie du Moi : le coping est associé aux mécanismes de défense, inconscients et rigides, dont la fonction est de diminuer l'angoisse face à des pensées et des affects inacceptables. Ce modèle a permis de mieux comprendre certaines réactions des individus face à un événement stressant, cependant il ne concerne que la réduction de la tension à un seuil acceptable, de façon inconsciente, et n'inclut pas la résolution du problème. Pour certains, les mécanismes de défense jouent un rôle de filtre entre agent stresser et réponse (Rahe et Arthur, 1978), pour d'autres, ils sont à considérer comme précurseurs du coping.

Les styles de coping : Les personnes, avec leurs propres dispositions et personnalité auraient des façons privilégiées ou habituelles de répondre à des situations aversives (Endler et Parker,

1992). Il en découle une certaine stabilité de réponse dans le temps et en fonction des événements. Cependant, malgré cette stabilité intra-individuelle, les événements de vie peuvent venir perturber ces habitudes, comme l'apparition soudaine d'une maladie, qui vient souvent en rupture avec le mode de fonctionnement habituel, nécessitant la mise en place de nouvelles façons de faire face : les stratégies de coping, comme transaction entre l'individu et l'événement stressant.

D. Le modèle transactionnel

Dans leur approche transactionnelle du coping, Lazarus et Folkman (1984a, pp.141) le définissent comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». Ce modèle se différencie des précédents par le fait que l'on parle ici du coping comme un processus dynamique -et non une simple réaction automatique et répétée- conscient et spécifique – et non inconscient, général et stable- à une situation qui est évaluée comme stressante ou coûteuse.

Dans ce processus, des évaluations constantes de la relation entre l'individu et la situation interviennent, faisant varier les efforts cognitifs et comportementaux. Le processus de coping est décrit comme séquentiel, impliquant des boucles de rétroactions entre les différentes étapes.

D. Les stress, les ressources et la dépression :

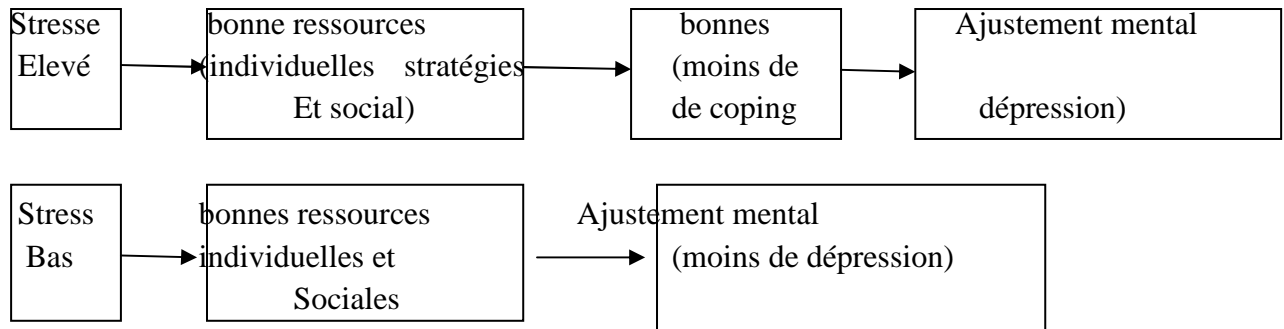
Holahan et Moos (1991) ont élaboré un modèle associant les stressseurs et les ressources (individuelles et sociales) avec leurs effets sur la dépression. Les ressources qui sont impliquées dans ce modèle comprennent la confiance, une disposition plutôt détendue, l'utilisation des stratégies de coping actif (ressources sociale). Les deux auteurs ont étudié dans ce modèle la dépression en tant que variable précise d'une mauvaise adaptation.

Ce modèle propose, par ailleurs, une distinction entre le stress « bas » et le stress « élevé ». Cette étude s'est déroulée sur une période de quatre ans dans une population aléatoire, choisie dans la population totale. Les sujets ont rempli des questionnaires sur la personnalité, le soutien familial, le pourcentage de coping actif, la dépression et les événements de vie négatifs. Ils ont été mis en groupe selon le nombre et la gravité des événements négatifs qu'ils avaient vécus l'année précédant l'étude. Ensuite, ils ont rempli les mêmes questionnaires quatre ans plus tard.

Ce travail a démontré que les ressources personnelles et le soutien familial ont une influence, soit directement ou indirectement, sur les réponses de coping et sont prédictifs de la dépression par la suite. Ce modèle démontre deux types de prédiction selon la situation du stress élevé ou bas :

- sans la situation où le stress est élevé, le modèle démontre un effet positif des ressources (individuelles et sociales) sur les stratégies de coping adaptées qui, à leur tour, donnent lieu à un ajustement mental plutôt positif (moins de dépression).

- On conclut, dans la situation où le stress est relativement bas, le modèle indique que les ressources amènent directement à l'ajustement mental. La dépression se manifestera, lorsque l'individu n'a pas assez de ressources pour faire face à sa situation.



E. Le soutien social, contrôlabilité et coping : valentiner et al. (1994) on cherché a valider un modèle des mécanismes de médiation dans le processus du coping. Chez une population d'étudiants, leur modèle examinait psychologique et l'estimation de la contrôlabilité de l'événement.

Ils ont conçu le coping en tant que processus de médiation fortement influencé par le soutien social, se référant par là même à Holahan et Moos (1987) qui avaient trouvé que les individus ayant plus de ressources personnelles et sociales étaient plus susceptibles d'utiliser des stratégies d'approche (coping actif). En fait, le soutien social fournit une sorte d'assistance au coping. Ces études ont permis de souligner l'importance du soutien de la famille.

Dans ce modèle les sujets ont été étudiés sur deux périodes deux ans.les auteurs ont évalué le soutien des parents, le pourcentage du coping actif, l'ajustement psychologique et la contrôlabilité des événements ; Les résultats ont montré que, dans la situation contrôlable, le soutien parental initial était lié à un grand pourcentage de stratégies actives, et l'utilisation de ces stratégies actives était fonction d'un bon ajustement mental. Cependant, le soutien parental n'a pas été en relation directe avec l'ajustement mental, c'était l'utilisation du coping actif qui a donné lieu à cet ajustement positif.

Selon ce modèle, le coping serait un processus médiateur sur la relation entre les ressources et l'ajustement dans le contexte du stress aigu. Il souligne non seulement l'influence variable du contexte, mais aussi l'importance versatile du soutien.

F. Le coping et le soutien social en tant que processus de médiation :

Ce modèle est proposé par Dunkley et al. (2000), qui étudient, en particulier, le perfectionnisme et son effet sur le stress perçu. Ils proposent que le coping soit un processus de médiation avec le soutien social perçu et l'expérience des «frustrations quotidiennes» (dailyhassless).

Ces auteures distinguent deux types de perfectionnisme, le type «standards personnels », qui impliquent une attitude de perfectionnisme envers soi, surtout concernant les buts et la performance et il est lié à un coping plutôt actif. Le second c'est « inquiétude évaluative »(évaluation concernées), ce dernière exprime plutôt une attitude négative envers les autres qui sont perçus comme exigeants, et donne lieu à des distorsions cognitives, aussi ce type est associé à un coping évitant (Holahan et al. 1997).

Ce modèle a cherché à analyser la relation entre le perfectionnisme d'inquiétude évaluative et les frustrations quotidiennes, le coping évitant et la perception du soutien social. En effet, leur proposition se base sur le fait que ce genre de perfectionnistes a tendance à déboucher sur une détresse générée par des frustrations quotidiennes et sur la perception d'un manque de soutien.

Les sujets participant à cette étude ont rempli des questionnaires sur le perfectionnisme, le coping, le stress au quotidien. Les résultats ont validé l'hypothèse que les frustrations quotidiennes, le soutien social perçu et le coping évitant étaient des modérateurs expliquant la relation entre le perfectionnisme et la détresse. Ce modèle met en évidence que ce type de perfectionnisme (inquiétude évaluative) a des répercussions sur la perception de la réalité (composée par le soutien social, la frustration engendrée par les embêtements et le vécu de la détresse).

E. Les processus motivationnels et cognitifs sous-jacents au coping :

Pour étudier l'influence des processus motivationnels et cognitifs, Cheng (2003) a examiné un aspect précis du coping : la souplesse (coping flexibilité). Il explique que cette notion de souplesse semble intéresser de plus en plus les chercheurs en coping en tant que « méta-capacité ».cette capacité de moduler le choix des stratégies employées est impliquée dans un bon ajustement mental (Cheng, 2001)

Cheng (2003) souligne que, pour que le coping s'opère, il faut ajuster finement les stratégies employées. Pour y parvenir, l'individu utilisera des capacités cognitives. L'auteur a choisi d'examiner ici la facilité discriminante, c'est-à-dire la capacité de l'individu « d'estimer la situation et de choisir des comportement Appropriés en réponse aux contingences changeantes. Cette facilité discriminante semble réguler les comportements du coping à travers divers indices qui constituent un contexte précis. En fait, les individus démontrant une capacité importante de la facilité discriminante sont plus souples quant à leur utilisation des stratégies de coping. La facilité discriminante est choisie comme une capacité cognitive pour cette étude.

Pour le processus cognitifs, les processus motivationnels influencent le coping, car ce dernier est le plus souvent orienté vers un but (résoudre un problème, diminuer l'anxiété, etc.).Cheng (2003) s'intéresse aux processus motivationnels, car la motivation joue un rôle important dans la réalisation de n'importe quel but. Un moyen pour appréhender la motivation serait de regarder le « besoin de clôture », terme introduit par Kruglandski(1989). Le besoin de clôture est à rattacher au désir de certitude et à l'intolérance de l'ambiguïté. Plus la personne a besoin de clôture, plus elle aura tendance à agir d'après son premier instinct et à persévérer très tôt sur les éléments dans le processus du coping.

Cheng (2003) a réalisé trois études pour examiner les rôles de ces processus, par la mesure non seulement de ces processus mais aussi de l'anxiété, des symptômes physiologiques, de la qualité de la vie et de l'affect négatif. Ces études ont démontré tout d'abord que la facilité discriminante était un processus cognitif sous-jacent à la souplesse, que le besoin de clôture était un processus motivationnel influencé par la souplesse et qu'il pouvait modifier l'ajustement mental.

Dans ce modèle, la facilité discriminante semble être un processus cognitif qui prédit la souplesse. Les individus ayant une bonne facilité discriminante ajustent constamment leurs choix en fonction des impressions changeantes, et élaborent donc des réponses de type « si-alors ». Ce style de coping très souple s'avère extrêmement efficace. De même, la motivation impliquée dans le besoin de clôture influence la souplesse dans la mesure où un besoin élevé de clôture réduit les choix possibles et ainsi la souplesse du coping.

En fin on peut conclure que les modèles mettent l'accent sur l'interaction des variables internes et externes, et soulignent de médiation. Par ailleurs, certaines variables changeront le rôle du coping dans l'adaptation, en particulier le stress exercé par l'événement. (*Henri Chabrol, 2004, P118-122*)

Conclusion :

Le coping et les mécanismes de défense servaient à l'individu dans son adaptation globale, la manière dont il forgerait ses propres outils serait plutôt fonction de sa personnalité. Celui des dispositions personnelles, et celui des mécanismes de défense en tant que précurseur du coping. Dans le cadre d'une prise en charge visant à modifier les stratégies de coping nous pouvons supposer qu'il peut être utile de modifier certaines représentations de la maladie, mais ce procédé connaît des limites, compte tenu des facteurs influençant la sphère cognitive. Pour cela, plusieurs personnes sont confrontées à des situations différentes rencontrées dans la vie, et parmi eux on trouve les maladies les plus dangereuses comme la tumeur cérébrale, cette dernière constitue une menace sur les perspectives présentes ou futures de la vie, et surtout sur la vie psychique de chacun des malades.

CHAPITRE IV
LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Chapitre 4 : la démarche de l'étude

Introduction

- 1. La méthode utilisée**
- 2. la pré-enquête**
- 3. Présentation le lieu de la recherche**
- 4. Présentation de la population d'étude et ses critères.**
- 5. Les étapes de la recherche**
- 6. Les outils de l'étude**
 - 6.1. L'entretien clinique**
 - 6.2. Le guide d'entretien**
 - 6.3. Le DSM IV**
 - 6.4. L'échelle de dépression**
 - 6.5. Le test de coping : La CISS de Endler et Parker (1990)**

Afin de réaliser une recherche scientifique, il faut s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation. Cette étape est très importante elle nous permettrait de bien guider notre recherche et de cerner notre travail.

Afin de vérifier et répondre à nos hypothèses de notre thème, qui est « la relation entre la dépression et les stratégies de coping chez les adultes atteints une tumeur cérébrale », nous nous sommes basés sur la démarche clinique, nous avons appliqué, l'entretien clinique semi-directif pour compléter les résultats des deux échelles, celui de dépression et de l'échelle de coping de CISS. On a deux parties, dans la première on va présenter les résultats et les analysés, et dans la deuxième c'est la discussion des hypothèses.

1. La méthode utilisée :

Dans notre recherche, nous avons opté pour la « **méthode clinique** » qui semble être la plus appropriée aux objectifs de notre étude, parce qu'elle nous permet d'étudier et d'analyser le sujet dans son individualité, sa totalité et son implication chez les patients atteint d'une tumeur cérébrale, et son influence sur le psychisme.

Le terme clinique, provient de la tradition médicale qui veut dire en grec clinie, lit) donc le terme désigne une activité, un savoir et un lien. (**Jean-Louis Pedinielli, 2005, p31**)

La méthode clinique « envisage la conduite dans sa perspective propre, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être, et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation chercher à en établir le sens la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits» (Lagache 1949). (*khadija Chahraoui Hervé Bénony, 2003, p11*)

De ce fait là, cette méthode, est susceptible d'enrichir le clinicien par un grand nombre d'informations.

La méthode clinique, vise donc à créer une situation avec un degré faible de contrainte, en vue d'un recueil d'information qu'elle souhaite le plus large et la main artificiel possible, en donnant au sujet des possibilités d'expression. La spécificité de cette méthode repose sur son refus d'isoler ces informations est sa tentative de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. Cette démarche clinique pourrait comporter à deux niveaux complémentaires :

1. correspond au recours à des techniques : test, échelle d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation

2. Se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (**Jean-Louis Pedinielli, 2005, p31-P33**)

Qui vise à donner une description d'une personne et ses problèmes, et aussi cerner son développement ce qu'on appelle, **l'anamnèse** dans le but, de chercher les causes et la genèse de son trouble. (*khadija Chahraoui Hervé Bénony, 2003, p12*)

2. la pré-enquête :

La première étape la plus important dans toute recherche, et avant de définir la démarche utilisée, on doit parler de notre pré-enquête qui nous a permis de choisir cette démarche. Cette étape est assez pertinente dans un travail de recherche, puisque elle nous permet d'explorer les répercussions personnelles, et de recueillir des informations sur le thème de notre recherche, ainsi elle nous aide à mieux formuler nos hypothèses. « La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans tous les recherches scientifique, elle est phase exploratoire, d'ordre documentaire ou supposent un déplacement sur le terrain. Elle doit conduire à construire la problématique autour de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente ». *CARIO. R, 2000*)

Afin de bien cerner l'objet de notre étude et d'en tirer nos hypothèses opérationnelles, ainsi de mieux maîtriser la passation de notre échelles, nous avons effectuées une pré-enquête auprès de l'hôpital de CHU de Bejaia au service de neurochirurgie. Là on a effectué des observations auprès de ces patients ou on orienter vers le psychologue de service sur les cas sur lesquels on va mener cette pré-enquête. Il était deux patient l'une femme et l'autre c'est un homme âgés entre 25 et 35 ans, et d'après les entretiens qu'on fait avec ces deux cas on a pu remarquer quelques signes dépressifs chez eux tel que les difficulté de concentration et les pleurs la tristesse...et pour confirmer ou bien infirmer ce qu'on fait ,on a effectué une recherche sur ces patients atteints d'une tumeur cérébrale, en utilisant un entretien semi-directif et deux échelles de dépression et de coping le CISS. Mais ces cas on les pas pré dans notre recherche pour garder la déontologie de la recherche.

3. Présentation de lieu de la recherche :

L'approche du terrain est très importante pour toute recherche scientifique, du moment qu'elle constitue une source de donnée et d'information comme base pour vérification de nos hypothèses. Notre étude est effectuée dans un hôpital de Khalil Amrane de la Wilaya de Bejaia sise à Aamriou.

L'hôpital Khalil Amrane a été inauguré en Novembre 1990, et en 2011 est devenu le siège du centre hospitalo-universitaire(CHU) de Bejaia. La création de ce dernier fait suit à l'inauguration de la faculté de médecine.

Service administratif : la direction générale est composée de trois sous directions.

- Sous-direction du personnel, formation et finance.
- Sous-direction des affaires économiques, infrastructures et équipement.
- Sous-direction des sanitaires.

Service d'hospitalisation : il est composé de neufs service :

- Service de la pédiatrie.
- Service de cardiaux.
- Service de médecine interne. : 1. Neurologie, 2. Rhumatologie
- Service d'orthopédie.

- service de la Neurochirurgie.
- service de la chirurgie viscérale.
- service de la chirurgie infantile.

Plateau technique : est composé de :

Service des urgences : constitué de deux pavions : un pour adulte et l'autre pour enfants.

Il accueille les malades grave (accidenté, crises cardiaques, hémorragie cérébral, fracture...etc. afin de leur assurer les premières gestes de soins et de soins et les répartir vers les différentes services d'hospitalisation.

Bloc opératoire : l'hôpital dispose d'un seul bloc opératoire où sont effectuées toutes les opérations chirurgicales, programmées dans la semaine ainsi que les urgences.

Transit postopératoire : après l'opération, le malade doit être sous surveillance.

Hospitalisation et réanimation : est composée de deux réanimation médicale et réanimation chirurgicale, c'est après un déséquilibre ou une aggravation.

Radiologie : la radiologie reçoit le malade muni d'un certificat médical sur lequel doit être prescrit le bilan radiologique nécessaire les radiographies et le certificat médical sont transmis au médecin traitant après transcription sur un registre prévu à cet effet.

Laboratoire : dans ce bloc, son pratiqués plusieurs types d'analyses médicales (sanguins, urinaires, selle et autres) proviennent des différentes structures de santé.

Endoscopie : il pratique les examens du tube digestif (abdomen, estomac...). Au moyen d'une endoscopie il effectue trois types d'examens, échographie, fibroscopie, rectoscopie.

Scanner : ils font des TDM de contrôle des malades hospitalisés, et même ils font sur le rendez-vous.

Pour le service ou nous a effectué notre stage c'est aux niveaux de la neurochirurgie qui est composés de :

Tableau : répartition du service de neurochirurgie :

	Service neurochirurgie
Professeur	02
Maitre-assistant	01
Assistant	04
Résident	03
Psychologue	01
Infirmier	14
Chambre	08 (H : 04 F : 04)
Nombre de lits	28
Secrétariat	03

Ainsi il est composé des bureaux suivants :

- Bureaux de chef de service. (S. Tliba)
- Bureaux de professeur (Ait Bachir)
- Bureaux de surveillante.
- Salle de colloque.
- Salle de soins.
- La pharmacie.
- Chambre de garde pour les assistants.
- Chambre de garde pour les résidents.
- La cuisine.

Les objectifs de recherche :

- Mettre en pratique les connaissances acquise durant notre cursus universitaire, et notre spécialité en psychologie clinique.
- Apporté un enrichissement à la recherche académique en produisant des connaissances nouvelles sur ce thème qui sensible dans notre société.
- Apporté des connaissances sur la souffrance organique et connaitre les déférentes maladies cérébraux.
- Connaître et déterminer les causes qui poussent les cancéreuses à déprimer.
- Comprendre les différentes manifestations psychiques chez les atteintes organiques.
- Confirmer ou infirmer notre hypothèse.
- En fin, dans notre travail on va espérer un point de départ pour les recherches futures.

4. Présentation de la population d'étude et ses critères :

Notre échantillon est composé de 10 patients (femme et homme) adulte atteintes de tumeur cérébrale, âgés de 20 à 60 ans. Les dix sujets de notre recherche ont été pris au hasard dans le service du Neurochirurgie du CHU de Bejaia, ou ils sont habituellement suivis.

Le tableau suivant résume les principales caractéristiques de ce groupe :

Nom du patient	âge	Niveau d'instruction	Situation familiale	profession	Nbr des enfants	Classement dans la fratrie
Samir	20	Universitaire	Célibataire	Sans emploi		3eme
Mounir	34	2em année universitaire droit	Célibataire	Policier		2eme
taous	50	Sans niveau d'instruction	Mariée	Sans emploi	8 enfants	L'innée
Nadjet	46	Bac	célibataire	Secrétaire		3eme
Samira	31	1 ^{er} AS	Mariée	Sans emploi	3 enfants	L'innée
Hafida	34	9em année	Mariée	Sans emploi	3 enfants	4eme
Boualem	49	8em année	Mariée	Gérants d'une cuisine	2enfants	2eme
Saida	57	Bac	Mariée	Sans emploi	6enfants	L'innée
Athman	48	3em année primaire	Mariée	Menuisier	3 enfants	3eme
Linda	30	8em année	Mariée	Sans emploi	2 enfants	4eme

Tableau n°3 : présentation du groupe de recherche

On signale que tous les noms des patientes ont été modifiés pour protéger leur identité et cela à partir de nom du patient, l'âge, et niveau d'instruction, situation familiale, et leur profession dans un tableau récapitulatif qui résume les caractéristiques du patient.

Les critères du groupe de la recherche :

On s'est basé dans le choix de ce groupe de recherche sur quelque critère :

- La majorité des cas qui sont atteints d'une tumeur cérébrale sont des adultes. (âge sont variés entre (20et 60 ans).
- Le lieu de placement : CHU service de neurochirurgie
- La communication est possible.
-

5. Les étapes de la recherche :

Le stage pratique s'effectue durant 3 mois en CHU KHELILE AMRANE de Bejaia.

Après avoir obtenu l'accord d'être affecté au service de Neurochirurgie, afin d'effectuer une recherche sur l'état psychique des patients atteints d'une tumeur cérébrale et en vue de la disponibilité des cas, on a commencé notre stage pratique.

Le début de notre recherche nous avons été accueillies par le psychologue de service qui nous a aidé dans la pratique surtout, il nous a même orienté vers une méthode dont on a besoin pour notre recherche et savoir comment passer les tests que nous avons choisis et qui conviennent notre thème de recherche.

L'entretien est effectué en plusieurs séances, d'une durée entre 30 et 45 mn et cela dépendrait de la situation où se trouve le sujet.

La durée de la passation des tests, l'échelle de Beck BDI-II et coping le CISS, est entre 5 à 15 mn. Durant le stage nous avons le droit de consulter les dossiers médicaux des patients et cela nous a permis de confirmer notre théorie à propos de la maladie même les médecins du service nous ont mieux éclairé les choses sur la maladie.

Le stage s'est déroulé dans les bonnes conditions, nous n'avons connu aucune difficulté.

- Effecteur des visites au niveau de l'hôpital même dans tous les services.

Se présentée comme stagiaires psychologue clinicienne.

6. Les outils de l'étude :

Dans notre recherche on s'est basé sur la « **méthode clinique** » qui peut être la plus adéquate pour entamer les objectifs de notre études où nous allons utiliser deux techniques d'investigations l'entretien clinique et l'observation clinique et l'échelle de la dépression du Beck pour adulte BDI II parce que ces derniers répondent à la nature de notre recherche.

6.1. L'entretien clinique

La recherche en clinique ne se contente pas uniquement sur l'observation des faits, le clinicien observe et cherche à comprendre un phénomène à l'aide d'un entretiens qui l'aide à faire un diagnostic, cela lui permet de développer ses connaissances.

L'entretiens clinique est une démarche dans laquelle on rassemble des informations sur quelqu'un, c'est l'interaction entre deux personnes le premier c'est le clinicien et l'autre c'est le patient. L'entretien se présente sous forme de questions dans le but de donner sens aux observations de cliniciens

C'est la méthode de recherche privilégiée dans un grands nombre de disciplines des sciences humaines, c'est notamment le cas de la psychologie clinique qui permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. (*khadija Chahraoui Hervé Bénony, 1999, p61*)

Le terme entretien définit comme : « action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes » (*Colette Chiland, 1983, p10*).

En effet c'est une interaction entre le clinicien et le sujet qui vise à recueillir des informations concernant la souffrance et des difficultés rencontrées par le patient.

Donc l'entretien clinique à deux finalités complémentaires : mais nous s'intéresse au l'entretien clinique de la recherche

- **Diagnostique :** c'est dans la mesure où il permet de réparer les symptômes puis les classer et les discuter et qui permet de connaître le fonctionnement psychique de la personne.

L'objectif : c'est de créer des connaissances nouvelles sur le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. (*Khadija Chahraoui Hervé Bénony, 2003 p32*).

Le clinicien effectue son entretien en fonction de la demande et de la situation du cas. Au tant que chercheur on utilise :

6.1.1. L'entretien semi-directif : c'est un entretien qui favorise l'expression libre et un guide de question préparé par le chercheur à l'avance (mais non formulé à l'avance) et qui contient deux sortes de types ; des questions ouvertes ou fermées dans l'objectif d'orienter ponctuellement la personne sur des questions précises pour laquelle l'examineur souhaite une réponse. (*khadija Chahraoui Hervé Bénony, 1999, P65*)

Nous voulons conclure par **l'aspect clinique de l'entretien et ce d'après : Béatrice Marbeau-Cleirens:** « chercher à aider autrui à s'exprimer, être disponible pour l'écouter, comprendre la complexité et la richesse de ses processus psychiques, devrait se rencontrer dans tous les entretiens, c'est une aptitude difficile à acquérir ; elle demande, de façon continue, un travail d'observation de soi-même, d'auto-analyse et de contrôle de soi ». (*Colette Chiland, 1983, p40*)

6.2. Le guide d'entretien : le guide d'entretien de la recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré, selon Blanchet A : il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer.

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance.

Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance toutefois celle-ci ne sont pas posées d'une manière directe ? Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur maîtrise son thème (*Fernandez L. et Catteuw M, 2001, P 77*)

Ce guide d'entretien comprend six axes qui servent de trame pour l'entretien. Lors des entretiens, les thèmes sont abordés d'une manière spontanée et guidée par nos questions, selon notre entretien. Le guide nous a permis de vérifier, au cours de l'entretien, si toutes la question que nous souhaitant posées avaient été abordées.

Le guide d'entretien que nous avons élaboré est constitué de six axes qui sont :

Axe n°1 : des renseignements concernant l'identité du malade

Axe n°2 : histoire personnelle et familial

Axe n°3 : les informations concernant l'apparition et la réaction du malade face à la maladie

Axe n°4 : la symptomatologie dépressive

Axe n°5 : les informations concernant le soutien social

Axe n°6 : l'inquiétude sur l'avenir

6.3. Le DSM IV

Le DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorder) né en 1952 aux États-Unis en est à sa quatrième révision (DSM-IV, 1996) ; a théorique, il a été établi à partir de grilles diagnostiques standardisées. Il ne porte que sur les maladies mentales, Le parti pris d'ignorer les causes des dépressions est salué par les uns comme un progrès, car cette dernière varie selon les théories.

Pour d'autres, il constitue un éclatement, les différents signes n'étant plus reliés entre eux par aucune logique sémiologique. La dépression est diluée dans des notions plus vagues de « trouble de l'humeur », « désordre affectif », « maladie dépressive », « épisode thymique » « état anxio-dépressif ».

Le DSM IV est la classification la plus utilisée internationalement pour ce qui relève de la santé mentale on la retrouve en France dans le baromètre santé (INPES), dans l'enquête santé itinéraire professionnel (DREES), (ENSEE), aussi que dans le questionnaire de vie de l'enquête santé scolaire (DREES)(*Martin drapeau et al, Québec, 2010,L'OMS*)

Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale

(Préciser l'affection médicale sur l'axe III, et, sur l'axe I, préciser si celle-ci est accompagnée de caractéristiques dépressives, avec épisode d'allure dépression majeure, avec caractéristiques maniaques ou avec caractéristiques mixtes)

Trouble de l'humeur induit par une substance (préciser sur l'axe I la substance et si la prise de celle-ci s'accompagne de caractéristiques dépressives, maniaques ou mixtes et, s'il y a lieu, avec début des symptômes pendant une intoxication ou un sevrage)

Trouble bipolaire I

Trouble schizo-affectif, type bipolaire

Trouble bipolaire non spécifié (NS) (surajouté à un trouble psychotique)

Trouble bipolaire II

Trouble bipolaire NS

Trouble cyclothymique

Trouble dépressif majeur

Trouble schizo-affectif, type dépressif

Trouble dépressif NS (surajouté à un trouble psychotique)

Trouble d'adaptation avec humeur dépressive

Trouble dépressif NS

Absence de trouble de l'humeur (symptômes thymiques qui ne sont pas cliniquement significatifs)/dans ce cas, considérer un problème parmi les autres situations qui peuvent faire

l'objet d'un examen clinique, p. ex. un deuil, un problème professionnel ou un problème en rapport avec une étape de la vie.

6.4. L'échelle de dépression :

a. Aperçus historique d'échelle de BECK BDI-II :

Echelle de dépression BDI a été créé en 1961 par BECK, il est connu depuis 35 ans , dans le but d'évaluer la gravité de la dépression chez les sujets déjà diagnostiqué, en 1971, BECK et ses collaborateurs ont modifié la BDI en BDI-IA puis a été publié en 1979 aux Etats-Unis

Au cours des années des améliorations ont été apportée à la définition de la dépression, Moran et Lambert(1983), ont montré que le BDI ne répond pas aux critères de DSM-III ; ils ont conclu que le BDI n'évaluait que six des neuf critères du DSM-III, ils ont noté qu'aucun item du BDI ne permettait l'évaluation de l'activité psychomotrice et de l'agitation, qui constitue pourtant un critère pour le diagnostic des troubles dépressifs majeurs, dans le DSMIII .

Deux autres chercheurs Vredenburg, Krames et Flett (1985) ont pu étudier le lien entre la BDI et le DSMIII, ils ont conclu qu'il n'y avait pas d'items pour l'augmentation de l'appétit et du sommeil .Les nouvelles éditions du DSM ont montré la nécessité d'élaborer une nouvelle mesure de la dépression, évaluant des symptômes congruents avec les critères du DSM-III-R(1987) et du DSM-IV (1994).

Après BECK, ses collaborateurs ont créé une nouvelle échelle en 1994, car il existe des items qui n'apparaissent pas dans les critères de DSM-IV : l'agitation, la dévalorisation, la difficulté à se concentrer et la perte d'énergie.

Le BDI-II constitue une importante révision de l'inventaire de dépression de Beck. Des items ont été réécrits, quatre items ont été supprimés et remplacés par quatre autres, deux items ont été modifiés afin d'évaluer aussi bien l'augmentation que la diminution de l'appétit et du sommeil. Le BDI-II est destiné à évaluer la sévérité de la dépression et à mieux répondre aux critères diagnostiques du DSM-IV. Il peut être donné à partir de l'âge de 16ans. (*M. Bouvard, J.Cottraux, Paris, 2002, P185-P186*)

L'utilisation clinique :

Le **BDI-II** a été élaborée comme un indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères du DSM IV et non comme une mesure spécifique de diagnostic clinique.

L'échelle de **BDI-II** est facile à administrer et à coter, seuls les professionnels possédant une bonne expérience clinique qui pourraient l'interpréter. Le psychologue devra alors respecter rigoureusement les principes éthiques qui régissent l'utilisation du test.

Bien que la dépression pouvant être accompagnée de risques suicidaires chez les patients psychiatriques, le clinicien doit être très attentif aux résultats du **BDI-II** afin de proposer des interventions thérapeutiques appropriées si cela, s'avère nécessaire.

Les items 2(pessimisme) et 9(pensées au désire de suicide) se sont les deux indicateurs de risque de suicide qui doivent être bien vérifiés.

Temps de passation :

La passation doit être effectuée dans un endroit bien éclairé et suffisamment calme pour que le sujet puisse se concentrer.

En général, 5 à 15minutes suffisent pour compléter le protocole. des patient s souffrant d'une dépression sévère ou de troubles obsessionnels peuvent prendre plus de temps.

Avant la passation il est préférable d'évaluer si un patient est capable de lire et de comprendre les items en générale.

Auto-administration :**La consigne :****Les consignes figurant sur le questionnaire sont les suivantes :**

Ce questionnaire comporte 21groupes d'énoncés, veuillez lire avec soi chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerchez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez-le. Assurez-vous de ne choisir qu'**un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18(modifications de l'appétit).

L'administration orale :

Dans notre recherche on trouve les patients qui ne peuvent pas lire (trouble du langage, troubles de la vision), et qui n'ont jamais été scolarisé.

Donc voici la consigne :

Voici un questionnaire qui contient des groupes d'énonces, je vais, vous lire un de ces groupes et vous choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui.

A la fin de la passation quel que soit le mode de passation, on doit vérifiez le protocole pour l'assurer qu'il ne manque aucune réponse, si on manque un manque, ou nous demande au patient de compléter son questionnaire.

La cotation :

La note est additionnant les indices numériques des 21 items, chaque item étant coté de 0 à 3 points si un sujet a donné plusieurs réponses à un item, choisir l'indice le plus élevé la note brute maximal est de 63.

Notes seuils au BDI-II :

Note total	Niveau
[0 - 11]	Minimum
[12 - 19]	Léger
[20 - 27]	Modéré
[28 -63]	Sévère

(ARON .T.BECK, ROBERT A.STEER, GREGORYK .BROWN, 1996,P1-9)

6.5. Le test de coping : Le CISS d'Endler et Parker (1990) :

La CISS (Coping Inventory For Stressful Situations) d'Endler et Parker (1990) est actuellement l'un des inventaires de coping le plus satisfaisante.

Description du CISS :

Le CISS est une épreuve papier-crayon auto-administrée comprenant 48 items qui mesurent les styles de coping. Il existe aux Etats-Unis une forme pour adultes et une forme pour adolescents. Chaque forme contient seize items mesurant le coping orienté sur la tâche, seize items mesurant le coping orienté vers l'émotion, et seize items mesurant le coping orienté vers l'évitement. Il y a deux sous-échelles pour la dimension Evitement : Distraction (8items) et Diversion sociale (5 items). (Les trois items restant pour la dimension Evitement ne sont pas notés dans ces sous-échelles). Pour contrôler les effets dus à l'ordre, les items relatifs aux trois échelles principales ont été distribués au hasard au sein du questionnaire. On demande aux médecins passant le test de noter chaque item sur échelle de fréquence en 5 points allant de (1) « pas du tout » à (5) « beaucoup ». Le CISS peut généralement être complété en 10 minutes, bien qu'il existe des différences individuelles de temps de passation (*Jean-Pierre Rolland, 1998, p2*)

L'objectif de départ des auteurs était de distinguer deux dimensions : un coping centré sur l'émotion et un coping centré sur le problème. On peut souligner le souci des auteurs d'assurer la validité de contenu des items (d'origine empirique et rationnelle). Un premier inventaire de 70 items fut administré à 559 étudiants en 1988, avec des consignes « trait » (fréquence relative de chaque réponse de coping). L'analyse factorielle des réponses hommes et femmes séparés et ensemble) permit d'isoler trois dimensions : coping centré sur le problème, coping centré sur l'émotion, évitement. Cette structure fut retrouvée sur quatre nouveaux groupes et finalement 48 items furent sélectionnés (16 par facteur). Cet inventaire a donné des résultats stables quels que soient l'âge, le sexe et la culture des sujets. On dispose ici d'un instrument ayant d'excellentes qualités psychométriques. La validité de construit du CISS est attestée par ses relations marquées avec les dimensions de la WCC et avec divers facteurs de personnalité.

Cependant, l'évitement concept qui a une longue histoire, n'est pas retrouvé comme facteur indépendant dans tous les travaux, loin s'en faut. Pour la plupart des auteurs, ce n'est qu'une facette du coping émotionnel.

L'évitement chez Endler et Parker comprend la distraction, la diversion sociale. C'est un évitement « cognitif » qui a peu à voir avec ce que d'autres auteurs appellent l'évitement émotionnel (répression, attitude défensive, distorsion de la réalité). En outre, cet inventaire ne comprend pas une stratégie de coping pourtant fondamentale, la recherche de soutien social (que les auteurs considèrent comme une ressource, point déjà discuté). Enfin cet outil évalue des styles de coping (dispositions) et nomme le coping comme processus transactionnel.

Le CISS a le mérite, par rapport à d'autres mesures du coping, d'évaluer des facteurs stables. Elle vise donc à des styles de coping (dispositionnels) et non à un coping défini comme une transaction individu-environnement. Fort heureusement les auteurs ont développé une version de CISS orientée vers les situations, évaluant les aspects processuels du coping (Endler et al. 1994). Il faut souligner également le travail remarquable d'adaptation française et de validation de CISS sur 1056 sujets effectué par Rolland (1998). Nous ne pouvons présenter cette version française du CISS au lecteur (elle est protégée par un copyright). (Marylou Bruchon-Schweitzer, Paris, 2002, P 366- P367)

Cadre et définition de coping :

Les défenses de coping désignent les manières de réagir à des situations perçues comme stressantes. Dans la littérature, une diversité de coping a été proposée il existe néanmoins un consensus sur une distinction de base entre les réactions de coping centrée sur le problème (orientation vers la tâche, vers la situation qui pose problème) et celle centrée sur l'émotion (orientation vers la personne, vers la gestion et la régulation de ses émotions). Endler et Parker (1990) proposent d'ajouter une troisième catégorie de coping de base, nommée « évitement », qui peut inclure des stratégies orientées soit vers la personne soit vers le problème. Les trois catégories de coping sont alors ainsi définies :

Le coping orienté vers la tâche : décrit des efforts pour résoudre le problème, le restructurer sur le plan cognitif ou pour tenter de modifier la situation.

Le coping orienté vers l'émotion : décrit les réactions émotionnelles dans le but de réduire le stress (ex : m'en vouloir d'être trop émotif, me mettre en colère, devenir tendu).

Le coping orienté vers l'évitement : décrit les activités et les modifications cognitives visant à éviter la situation stressante. Les moyens d'apaiser le stress sont soit la distraction avec d'autres situations, soit la diversion sociale (avec d'autres personnes).

Le CISS porte spécifiquement sur les réactions qu'on habituellement, de façon générale, les personnes face aux situations stressantes (de la vie de tous les jours ou au travail). Ces réactions habituelles sont nommées styles de coping.

Versions existantes :

Version de 48 items, la version américaine pour adolescents (13- 18 ans) et une version pour adultes (18-an et plus).

Dans la version française, il existe deux consignes différentes selon que l'inventaire est utilisé en population générale (adulte et adolescents) ou en contexte professionnel. En revanche, en français, le matériel est le même pour les adultes et les adolescents.

Structuration de l'outil :**Le CISS comprend trois échelles :**

1. Une échelle de coping orienté vers la tâche (16 items)
2. Une échelle de coping orienté vers l'émotion (16 items).
3. Une échelle de coping orienté vers l'évitement (16 items) qui se subdivise en deux
4. sous-échelle :- sous-échelle« distraction » (8items) sous-échelle « diversion sociale » (5items).

Le matériel d'échelle :

Le CISS est une mesure multidimensionnelle du coping qui comporte 48 items .Il évalue les dimensions du coping orienté sur la tâche, l'Emotion et l'Evitement. Le coping orienté sur l'Evitement est évalué comme ayant une composante de Diversion Sociale et de Distraction.

Le matériel est constitué des éléments suivants :

- Une page recto-verso qui comporte d'un côté la consigne « générale » et de l'autre la consigne « professionnelle » ;
- Une feuille de réponse autoscorable.
- Une feuille profil qui comporte les étalonnages de la consigne « générale ».

On demande au sujet « d'indiquer dans quelle mesure il s'engage dans ce type d'activités quand il rencontre une difficulté, une situation stressante ou déstabilisante » (*Jean-Pierre Rolland, 1998, p2*)

Le sujet entoure un chiffre de 1 à 5 afin d'indiquer dans quelle mesure il s'engage dans l'activité indiquée quand il est soumis au stress.

Temps de passation :

Le CISS peut être passé en 10 minutes environ.

La cotation :

5 notes sont calculées : 3 notes pour les échelles : Tache (T), Emotion (E) et Evitement (A), et 2 notes pour les deux composantes de l'Evitement : Distraction (D) et Diversion Sociale (SD).

Avant de corriger à la main la Feuille de réponse, séparer les feuille suivant les pointillés. La grille de correction se trouve sous la Feuille de réponses. S'assurer que les réponses du sujet ont été correctement transférées sur la grille et que toutes les réponses ambiguës ont été clarifiées. Si le sujet n'a pas complété un item, s'assure qu'il le fasse.

S'il ya 5 items ou moins qui n'ont pas été complétés ou qui comportent plus d'une réponse encerclée, attribuer à chaque réponse ambiguë la note 3. Si plus de 5 items comportent des réponses ambiguës, les notes obtenues ne sont pas valides.

L'étendue possible pour chacun des notes aux trois échelles (Tache, Emotion et Evitement) est de 16 à 80. L'étendue pour la note à l'échelle D (Distraction) de 8 items est de 8 à 40, et pour la note à l'échelle SD (Diversion Sociale) de 5 items, de 5 à 25. (*Jean-Pierre Rolland, 1998, p14*)

Interprétation des notes aux échelles du CISS

Plus la note au test sur l'une des cinq échelles (tache, émotion, évitement, distraction et diversion sociale) est élevée, plus le degré d'activité de coping de la personne sur la dimension de coping correspondant est élevé.

Les utilisateurs doivent comprendre que les notes brutes au test sont converties en notes T dans la construction des profils (*Jean-Pierre Rolland, 1998, p20*)

La note T

Les notes T sont des notes étalonnées dont l'utilité est que chaque échelle aura la même moyenne 50. Il faut préciser que les notes T utilisées avec le CISS sont des notes T linéaires qui ne transforment en aucune manière la distribution réelle des variables.

En règle générale, les notes T peuvent être interprétées en utilisant le tableau n°4.

Cependant, il faut noter que les indications proposées ne sont que des lignes directrices approximatives et qu'il n'y a aucune raison de croire qu'il y a une différence sensible, par exemple, entre une note T de 55 et une note T de 56. Il ne faut pas utiliser ce guide comme une règle absolue. (*Jean-Pierre Rolland, 1998, p20*)

Rang	Indication
Au- dessus de 70	De loin au-dessus de la moyenne
66 à 70	Très au-dessus de la moyenne
61 à 65	Au-dessus de la moyenne
56 à 60	Légèrement au-dessus de la moyenne
45 à 55	Moyen
40 à 44	Légèrement au-dessus de la moyenne
35 à 39	En dessus de la moyenne
30 à 34	très en dessous de la moyenne
En dessous de 30	de loin en dessous de la moyenne

Guide d'interprétation des notes T

La consigne générale :

Il vous arrive probablement de faire l'expérience de situation dans lesquelles vous êtes personnellement très impliqué(e), dont l'issue est importante pour vous, **et que vous estimez stressantes** (événement ou situation qui vous met en difficulté, qui vous déstabilise, qui vous demande un effort important pour le/la surmonter).

Il existe un grand nombre de manières d'affronter ces situations stressantes ou de s'y ajuster : il vous est demandé d'indiquer **ce que vous faites et/ ou ressentez habituellement** quand vous avez des soucis, que vous vivez des événements ou des situations difficiles, des périodes de stress important.

Répondez à chacune des modalités suivantes en entourant la réponse qui correspond à **votre mode de réaction habituel**.

Le mode de réponse est une échelle qui va de **1= pas du tout** à **5=beaucoup**, en passant par les réponses intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

Conclusion du chapitre de la méthodologie :

Il est essentiel de souligner, qu'il n'y a pas de travail scientifique possible sans aucune démarche à suivre, cette dernière permet un bon usage des techniques choisies, et une rigueur dans l'analyse des données recueillies afin de répondre à l'objectif principale de notre recherche, et de vérifier notre hypothèse. Dans le chapitre suivant on va présenter les cas de recherche et les analyses et en fin la discussion des hypothèses.

CHAPITRE V
PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION
DES RESULTATS

Chapitre 5 : analyse et discussion des résultats

- 1. présentation des et analyse des résultats**
- 2. La synthèse des cas**
- 3. discussion et explication des résultats**

1. Présentation des cas et analyse des résultats :

Nous proposons d'analyser les résultats de cette recherche sous forme d'une étude de dix cas clinique. Pour cela, nous avons procédé à une analyse des entretiens des patient atteints d'une tumeur cérébrale, et une analyse des résultats des échelles de dépression de Beck et de l'inventaire de stratégies de coping le CISS de Endler et Parker (1990), puis nous passons à une synthèse de chaque cas.

Présentation du cas Samir :

Le patient **S** est âgé de 20ans, originaire et demeurant à Bejaïa, célibataire, avec un niveau d'instruction bac, actuellement il a bloqué son année à cause de sa maladie, pour lui c'est dur mais il doit arrêter les études pour se soigner.

Il a été hospitalisé au sein du service de NCH après être évacué de l'hôpital privé à Bejaïa, où ils ont diagnostiqué un processus tumoral depuis un an.

Le patient **S** est né en 1994, d'un mariage non consanguin. Issus d'un accouchement normal et un développement dans lénormes, sa mère est âgée de 45ans, d'après lui c'est une mère, très cultivée, d'une profession anesthésique, et d'un père âgé de 50ans, lui aussi il travaille avec sa femme dans le même Domain, c'est des parents très sociable et sympathique, d'après notre entretien avec eux, les deux parents aiment leurs enfants parce qu'ils cherchent toujours leurs bonheur en lui donnant l'amour et l'éducation qu'il faut. Ce que nous avons remarqué lors de l'entretien.

Le patient **S** est le 3eme rang d'une fratrie de deux frères, c'est une personne très sage et sociable, il parlé de sa maladie normal, il n'est pas du tout stressé, même il est prêt à faire l'intervention.

S a eu une enfance très heureuse au sein de sa famille, il n'avait aucun problème durant cette période, même à l'école il été le premier dans sa classe, ses profs l'aime beaucoup et d'après eux c'est un bon élève, parce qu'il aime bien ses études.

Le patient été très aimé par son entourage, car il aime bien à parler avec les gens et tout le monde le respecte. Même il aime de faire les activités en dehors de l'école, tels que le sport, d'ailleurs c'est un footballeur d'une équipe de son domicile, ses parents sont fières de lui, car **S** n'a pas abandonner ses études malgré cette activité il éprouve toujours de bonne résultats, dit -il : « j'ai choisi le sport pour me sentir mieux qu'on je reste sans rien à faire. ».

Au lycée il a eu un échec c'est le jour où il sentait des maux de tête, et aussi le manque de concentration , malgré tout ça il s'est armé du courage , pour continuer d'étudier mais il a eu un échec, **S** a consulté plusieurs medecins mais ils ont rien trouvé, en suite il a consulté un medecin neurologue à l'aide de son père qui s'est inquiété pour lui, dit-il : « mes parents sont très inquiets pour moi , ils ont tout fait pour s'avoir ce que j'ai exactement. »

Le patient été très courageux de s'avoir ce qu'il a comme maladie, alors son medecin traitant lui a demandé de faire un scanner et un IRM, les résultats l'on mit dans le stress alors il

présent une masse extensive d'angle ponto cérébelleux droit avec extension bulbo médullaire de sémiologie morphologique fonctionnelle tumorale de grade 2, évoquant en premier lieu un Ependymomes.

Les parents de **S** sont très inquiets pour leur fils, Samir a cherché à comprendre mais ses parents ne veulent pas lui dire. Samir court derrière ses parents parce qu'il veut s'avoir ce qu'il a comme une maladie dit-il : « mes parents veulent pas me dire ce que j'ai, mais moi j'ai fait tout pour s'avoir ce que j'ai. ». Le patient été informé à propos de sa maladie. Au début, il était inquiet et stressé mais, il a cherché à comprendre en quoi elle s'agit et qu'elle est son danger, d'ailleurs il s'est déplacé pour voir des cas pareille, ils sont guérir ,exprime-t-il : « quand j'ai su que je suis malade d'une tumeur cérébrale, j'ai cherché à comprendre sur internet, le sens de cette maladie et même je me suis déplacé pour voir des cas comme moi et maintenant ils sont mieux»,et pour cela, il avait accepté de faire l'intervention . dit-il : «j'ai dit à mes parents que je vais faire cette intervention, et là c'est été une surprise pour eux, ».

L'intervention été faite Samir se sent mieux qu'avant, les médecins sont content de lui, car il avait un courage que personne ne l'avait auparavant, même il a accepté de suivre les traitements qu'on lui propose.

Conclusion du cas :

D'après l'entretien nous avons pu constater que notre patient est confiant ayant beaucoup de ressources personnelles est familiales dont ses parents lui propose, il gère efficacement ses inquiétudes, recherche des solutions ne ce centre pas sur ces émotions qui la aidée pour dépasser ces obstacles.

Le cas de Samir

Présentation des résultats de l'échelle de cas de Samir

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I. Tristesse	X									
II. Pessimisme	X									
III. Echec dans le passé	X									
IV. perte de plaisir		X								
V. Sentiment de culpabilité	X									
VI. Sentiment d'être puni(e)	X									
VII. Sentiment négatifs envers soi-même	X									
VIII. attitude critique envers soi		X								
IX. pensées ou désir de suicide	X									
X. pleurs	X									
XI. Agitation	X									
XII. perte d'intérêt		X								
XIII. indécision		X								
XIV. dévalorisation	X									
XV. Perte d'énergie	X									
XVI. Modification dans les habitudes de sommeil			X							
XVII. Irritabilité	X									
XVIII. Modifications de l'appétit				X						
XIX. Difficulté à ce concentré	X									
XX. Fatigue	X									
XXI. perte d'intérêt pour le sexe.	X									

Tableau n°4 : cas de Samir

Analyse de l'échelle de cas :

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de Samir. On a constaté qu'un grand nombre de réponses dans les items indiquent que le sujet ne souffre pas d'une dépression, cela revient au score obtenu dans chacun des items pour la majorité des items qui obtiennent des scores (0) sont des prédominant et se trouve d'un grand nombre, ainsi d'une présence des indicateurs de la dépression qui sont un scores de(1) ce qui qualifie la position négative du sujet sur l'échelle à une dépression minimum.

Perte de plaisir à l'item N°4, j'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant quant aux choses qui me plaisent, perte d'intérêt à l'item 12 , je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux chose, et à l'indécision à l'item N°13, il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions, se trouvent peut être comme indices de dépression avec un scores de 1

Ainsi la modification de l'appétit et les modifications dans les habitudes de sommeil, toujours qui compte un scores de 1, ce que le patient à trouver un changement dans ces modification, je dors un peu plus que d'habitude, et dans l'appétit, à l'item N°18, j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.

Conclusion de cas du Samir :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck avec une note de 06 situe entre 0 et 11 indiquent que le sujet souffre d'une dépression minimum.

Tableau d'analyse de coping CISS

Présentation et analyse de teste de coping :

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les coping et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe masculin, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tache	68	57	76%	Légèrement au-dessus de la moyenne
L'émotion	40	48	42%	Légèrement en-dessus de la moyenne
L'évitement	50	61	86%	au-dessus de la moyenne
Distraction	30	77	99%	De loin au-dessus de la moyenne
Diversions sociale	13	48	42%	Légèrement en-dessus de la moyenne

Tableau n°5 : cas de Samir

A partir des résultats enregistré sur ce tableau, on constate que SAMIR utilise les stratégies de coping centré en première lieu sur l'évitement sa note T : 61, la plaçant au 86em percentile. Ses notes aux sous-échelles : distraction sa note T : 77, La plaçant au 99em percentile. En deuxièmes lieu, il utilise les stratégies de coping centré sur la tache sa note T : 57, la plaçant au 76em percentile. Et en dernière lieu il utilise les stratégies de coping centré sur l'émotion sa note T : 48 la plaçant au 42em percentile, et sous-échelles centré sur diversion sociale sa note T : 48 la plaçant au 42em percentile.

Conclusion du cas de Samir :

D'après les résultats obtenus dans le test de coping de CISS, On constate que, S utilise le comportement de coping centré sur la tache comme moyen pour résoudre son problème et de modifier la situation.

La synthèse du cas :

D'après l'entretien, nous avons pu constater que notre patient est confiant ayant beaucoup de ressources personnelles est familiales, dont ses parents lui propose. Il gère efficacement ses inquiétudes, recherche des solutions ne ce centre pas sur ces émotions qui la aidée pour dépasser ces obstacles, ce qui a été vérifier par le CISS on a obtenus les résultats en faveur d'un coping positif qui est centrée sur la tache ceci la éloigner de la dépression ce qu'on a pu a confirmé par l'échelle de Beck.

Présentation du cas Nadjet :

Patiente N âgée de 46ans, originaire et demeurant à Constantine, célibataire, avec un niveau d'instruction terminale, en vue qu'elle n'a pas eu de la chance de rentrer à l'université, car elle refaisait des années à chaque fois. Elle travaille comme secrétaire dans une entreprise c'est un choix pour elle car elle aime trop la communication.

Elle a été hospitalisée au service NCH de Bejaia, après être évacué de Constantine, où ils ont diagnostiqué un kyste tumoral, notre patiente n'avait aucun antécédent de maladie physique sauf des crises épilepsie qu'elle représentait depuis l'âge de 43ans.

La patiente N est née en 1968, d'un mariage non consanguin, elle a eu un accouchement normal et un développement normal, sa mère est âgée de 75ans femme au foyer et son père âgé de 80ans retraite, les deux parent sont mort, quand elle a fait ses 43ans, c'est était un événement douloureux pour elle. La patiente est la 3eme d'une fratrie de quatre frères et trois sœurs.

La patiente N est une femme très organisée, nous avons aucune difficulté de parler avec elle, même durant les entretiens était très sage, compréhensive, elle répondait à nos questions sans aucune difficulté, d'après elle, la communication est très importante d'ailleurs elle a été éduquée dans l'échange et la communication. Explique telle : « depuis mon enfance mes parents nous sont appris à communiqué entre nous ».

La patiente N avait une bonne relation avec sa famille, d'après elle ; c'est une famille très réservée et soudée, elle n'a eu relativement pas de grands soucis au problème dans son enfance.

La période du primaire, c'était bien passée elle n'a jamais eu d'échec, même elle a eu de bons résultats et d'après elle ; sa famille l'avait beaucoup soutenu, la même chose pour le secondaire, la patiente avait de bon relation avec ses enseignants et ses amis, la même chose au lycée, elle éprouve toujours de bons résultats. Mais en arrivant au terminale la patiente avait refait plusieurs années, est la cause été difficile de la connaître, la patiente était retissant à ce sujet nous ne voulons pas trop le développer.

La patiente N avait décidé également de quitté le lycée, pour faire une formation dans le domaine qu'elle avait choisi, alors avec l'encouragement de sa famille a la choisi de faire une formation de secrétariat, parce que ça fait partie d'un rêve qu'elle veut réaliser. et on a remarqué ; la patiente avait une personnalité très forte elle sait comment réagir et traiter tous les problèmes.

Après deux ans de travail, la patiente avait perdu ses parents ils sont décidées, c'est un événement douloureux pour elle, et un choc, et nous avons constaté que notre patient manifeste clairement son angoisse dit-elle : « la mort de mes parents s'était difficile pour moi-même je suis devenue très stressé et inquiète ».

La patiente N ne sentait pas bien depuis la mort de ses parents, même elle a eu des crises d'épilepsie, et elle a été soumise sous traitement anti-épilepsie, pendant cette période, Nadjat a manifesté d'autres symptômes ; une faiblesse musculaire, manque de concentration, et d'après elle c'est des effets secondaire des médicaments. Mais pour elle c'est une diminution et amélioration des crises, exprime telle : « les médicaments me rend très faible, mais mon état est devenu stable maintenant. »

La patiente N sentait que son état s'aggrave de plus en plus, des symptômes apparait chez elle ; des oublies successifs, dit-elle : « je suis allé voir mon médecins et à mon retour j'ai perdu la route. ». Et des troubles sensitifs, elle ressent plus les objets raconte telle : « une fois au marché, j'ai pris des trucs dans mes mains sans me rendre compte jusqu'à mon arrivé à la maison », en suite une paralysie faciale momentanée, a ce moments la Nadia a consulté plusieurs médecins ses frères lui ont donné le courage pour aller consulter et savoir ce qu'elle présente comme maladie. Dit-elle : « mes frères me donne le courage pour me soigner et me sentir mieux. »

La patiente avait quitté son travail, elle ne pouvait pas regarder les gens avec sa paralysie. D'après-elle les gens d'aujourd'hui n'est pas compréhensive.

Nadjat a commencé à se sentir de plus en plus fatiguée, sa maladie lui cause une gêne importante dans sa vie, même elle s'enferme à la maison à cause de troubles d'équilibre dit-elle : « je ne pouvais même pas aller au travail, j'évite le regard des gens à cause de ma paralysie, et j'ai peur de tomber dans les rues, je perds l'équilibre ».

Nadjet a également consulté un médecin neurologue qui lui a demandé de faire une IRM, en attendant les résultats, la patiente est devenue très inquiète, donc les résultats du traitement s'étaient un Astrocytome kystique (type de tumeur cérébrale). La maladie lui parait étrange, elle n'a jamais entendu parler de tumeur.

La patiente a été hospitalisée au service NCH, de CHU de Bejaia pour une intervention.

Durant son hospitalisation, la patiente n'a pas arrêté de chercher sur l'évolution et l'aggravation de sa maladie, d'ailleurs c'est devenu un sujet très difficile à aborder souvent elle évite d'entendre parler soi en choisissant d'aller dormir, soit en changeant le sujet pour nous c'est une façon d'évitement qui l'aide à corriger elle-même.

La patiente est très angoissée, pour l'intervention elle a peur de mourir dit-elle : « j'ai peur de ne pas pouvoir s'en sortir du bloc », la patiente avait subi un choc lorsqu'elle avait parlé avec une patiente en lui disant qu'elle a déjà vu un cas pareil et qu'elle est morte, Nadjet n'a pas supporté cela et a commencé à crier.

Le jour de l'intervention Nadjet, a eu peur, elle n'a pas arrêté de pleurer, même elle a pensé à la mort, et cela a révélé ces angoisses par rapport à la perte de ses parents elle dit : « le bloc opératoire me semble que c'est une morgue ».

Après l'opération la patiente a ressenti beaucoup d'améliorations, une régression de la paralysie et les douleurs, mais les oublis continuent à réapparaître, car elle voulait sortir de la chambre en essayant de sortir par le placard, exprime telle : « je voulais sortir de cette chambre mais j'ai oublié la porte et j'ai essayé d'ouvrir le placard pour sortir. ».

La patiente est sortie mais elle est toujours suivie pour contrôle, mais elle est toujours angoissée, et sa paralysie persiste toujours.

Conclusion du cas :

D'après l'entretien, nous avons constaté que notre patiente est une femme très sociable aimable, elle aime parler aux gens, elle a eu de bonnes relations avec sa propre famille, elle a des ressources personnelles et familiales, c'est une femme très soutenue par sa famille. Les événements douloureux rencontrés dans sa vie lui ont créé une agressivité et un complexe par rapport aux autres depuis sa paralysie. L'événement qu'elle a vécu depuis sa maladie lui a révélé l'état de choc ou la perte de ses parents, ce qui fait qu'elle se sentait très angoissée et agitée, mais le soutien de ses frères et sœurs lui a donné le courage de chercher à comprendre sa maladie et d'accepter les solutions possibles.

Le cas de Nadjet :

Présentation des résultats de l'échelle de cas de Nadjet :

Le choix de réponse Les items	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I. Tristesse	X									
II. Pessimisme		X								
III. Echec dans le passé					X					
IV. perte de plaisir		X								
V. sentiment de culpabilité					X					
VI. Sentiment d'être puni(e)	X									
VII. Sentiment négatifs envers soi-même	X									
VIII. attitude critique envers soi		X								
IX. pensées ou désir de suicide	X									
X. pleurs	X									
XI. Agitation					X					
XII. perte d'intérêt		X								
XIII. indécision	X									
XIV. dévalorisation		X								
XV. Perte d'énergie	X									
XVI. Modification dans les habitudes de sommeil			X							
XVII. Irritabilité		X								
XVIII. Modifications de l'appétit			X							
XIX. Difficulté à se concentré					X					
XX. Fatigue		X								
XXI. perte d'intérêt pour le sexe.								X		

Tableau n°6 : cas de Nadjet

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck :

Ces résultats indiquent que le sujet est atteint d'une dépression modérée, par le fait que presque tous les items existant, dans l'échelle de cas de Nadjet sont considérés, comme des signes indicateurs de la dépression chez elle.

On constate que la majorité des scores se trouvent entre élevé et très élevés. Ceci dit que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez le sujet.

On trouve 10 items qui ont un score 2, et cinq items qui comptent un score de 3, ce qui indique la position négative de sujet par rapport à l'échelle. On a remarqué que dans l'échelle de cas de Nadjet l'item N°1 tristesse, l'item N°2 pessimisme, l'item N°4 sur perte de plaisir, l'item N°5 sur sentiments de culpabilité, je me sens coupable la plupart du temps, l'item N°6 sur sentiment d'être puni(e), je m'attends à être puni(e), l'item N°7 sur sentiments négatifs envers soi-même, je suis déçu (e) par moi-même.

Ainsi les items N°10 sur les pleurs, l'item N°14 sur dévalorisation, l'item N°19 sur difficulté à se concentrer, l'item N°18 sur les modifications de l'appétit qui ont un score de (2).

Les signes qui indiquent un score très élevé avec un score de 3 représentent l'item N°3 sur échec dans le passé, j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie, l'item N°8 sur attitude critique envers soi, je me reproche tous les malheurs qui arrivent, l'item N°13 sur indécision, j'ai du mal à prendre n'importe quelle décision et l'item N°20 sur fatigue, je suis trop fatigué (e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

D'autres signes qui indiquent un score moins élevé avec un score de 1 montrent l'item N°2 sur pessimisme, l'item N°4 sur perte de plaisir, et l'item N°8 sur attitude critique envers soi.

L'item N°12 perte d'intérêt, l'item N°14 sur la dévalorisation et l'item N°17, irritabilité et l'item N°20 fatigue, et dans les modifications a fait un changement.

Conclusion de cas :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck avec une note de 20, située entre 20 et 27 indiquent que le sujet souffre d'une dépression modérée.

Présentation et analyse de teste de coping :

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les coping à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour le sexe féminine, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tâche	56	48	42%	Moyen
L'émotion	45	48	42%	Moyen
L'évitement	45	52	58%	Moyen
Distraction	22	54	66%	Moyen
Diversions sociale	16	50	50%	Moyen

Tableau n°7 : cas de Nadjet

Présentation des résultats de Nadjet

D'après les résultats enregistrés sur le tableau ci-dessus, on constate que Nadjet utilise les stratégies de coping centrées sur l'évitement ca note T 52, la plaçant au 58ème percentile. Les notes obtenues dans les sous-échelles : distraction sa note T : 54, la plaçant au 66ème percentile et la diversion sociale sa note T : 50, la plaçant au 50ème percentile. Les stratégies de coping les plus utilisées sont celles centrées sur la tâche et l'émotion, leur note T : 48 les plaçant au 42ème percentile.

Conclusion de cas :

D'après les résultats obtenus, on constate que notre patiente N a eu un bon coping dont elle utilise les stratégies de coping centrées sur la tâche ainsi l'émotion aussi l'évitement pour résoudre son problème et s'en sortir dans les situations difficiles.

Synthèse de cas :

D'après l'entretien, nous avons constaté que notre patiente est une femme très sociable aimable, elle aime parler aux gens, elle a de bonnes relations avec sa propre famille, elle a des ressources personnelles et familiales. C'est une femme très soutenue par sa famille. Les événements douloureux rencontrés dans sa vie lui ont créé une agressivité et un complexe par rapport aux autres depuis sa paralysie. L'événement qu'elle a vécu depuis sa maladie lui a révélé l'état de choc ou la perte de ses parents, ce qui fait qu'elle se sentait très angoissée et agitée. Mais le soutien de ses frères et sœurs lui a donné le courage de chercher à comprendre sa maladie et d'accepter les solutions possibles ce qui a été vérifié par le CISS ou nous avons obtenu les résultats en faveur d'un coping positif qui est centré sur la tâche et l'émotion ceci l'éloigne de la dépression ce que nous avons pu confirmer par l'échelle de Beck.

Présentation du cas Boualem :

Patient B âgé de 49ans originaire et demeurant à Bejaia, marié depuis 13ans, père de 3enfants, d'un niveau d'instruction 2eme année CEM, où il a arrêté l'école en vue de pratiqué le sport et d'être un entraîneur du foot.

Il a été hospitalisé au sein du service de NCH de Bejaia, à cause d'une découverte d'un kyste tumorale au niveau du cerveau depuis deux mois.

Notre patient avait d'autres antécédents médicaux, des crises épileptiques et d'hypertensions artérielles depuis deux ans à l'âge de 47ans.

Monsieur B, est né en 1965, d'un mariage consanguin, il a eu un accouchement normal et un développement dans les normes, il est le deuxième dans le rang d'une fratrie de six frères et une sœur, son père est âgé de 75ans retraité, il vit en France depuis longtemps, il vit que quelque mois avec sa femme et ses enfants parce qu'il travaille en France, sa mère est âgée de 65ans femme au foyer, elle a pris en charge tous ses enfants à l'absence du père.

Le patient B, avait une enfance plus en moins heureuse, car l'absence du père, l'a beaucoup affecté, car il vivait en France pour lui c'est dur dit-il : « mon père je le vois pas souvent, il revient seulement pour nous donner de l'argent puis il repart, pour moi c'est injuste je veux avoir un père comme les autres, c'est difficile de vivre ainsi. »

Pendant sa scolarité B avait pas le gout d'étudier et aussi d'allé à l'école, c'est sa mère qui l'empêche d'allé étudier, et chaque jours comme ça, même au secondaire aussi, jusqu'au jour où il a quitté l'école et ce qui a engendré beaucoup de conflit avec sa mère, cette dernière qui veulent que ses enfants soient excellent dans leurs études. Mais le patient voulait être un entraîneur de foot.

Durant l'entretien, notre patient B, il parait timide, en abordant son enfance, il n'a pas voulu trop développer car il se sentait très mal en parlant du ce sujet.

A l'âge de 20 ans, le patient B avait travaillé comme un entraîneur de foot. Il était heureux parce qu'il a réalisé son rêve, mais sa joie n'est pas complète car sa mère n'était pas contente. Le patient se sentait mal alaise à la maison même il ne supportait pas son grand frère qui est un enseignant au lycée, pour lui c'est le fils unique que sa mère aime le plus car il a réalisé ce que sa mère voulait qu'il devient expriment –il : « mon frère se montre toujours le meilleur, et ma mère l'adore car il a réalisé ce que lui a demandé, d'ailleurs je le supporte plus. »

Pendant cette période B avait connu une fille, qui est une lycéenne, dont il a eu une relation avec elle qui a duré huit ans, puis ils sont mariées, c'est une infirmière, dit-il : « la femme que j'ai choisi m'avait soutenu, elle ma donner l'amour que je cherchais avant, je l'aime bien », le couple avait trois enfants deux garçons et une fille.

Notre patient n'avait pas trop en vi de continué à parler de lui, il refusé de parler .mais sa femme tous le temps était présente, même nous avons fait un entretien avec elle.

D'après elle, le patient B avait arrêté le travail du sport pour chercher un autre travail, dans le but d'améliorer leur situation et d'avoir un bon salaire même il resté trois ans sans fonction. C'est sa femme qui travail, et pendant cette période le patient B est devenu agressif, nerveux. Sa femme avait souffert de son comportement, et quand elle essaye de lui parler, il n'arrête pas de pleurer, et dire qu'il n'a pas de valeur ; dit-elle : « mon mari n'arrête pas de crier à la maison. Même parfois il exprime sa souffrance par des pleurs en disant : « moi j'ai plus de valeur, ma mère a raison moi je suis un homme qui ne peut rien faire je suis nul », et moi j'essaye toujours de le calmer mais je n'ai pas pu». Le patient B se sentait très dévalorisé, et pour ne pas rester dans cet état, il voulait prendre soin de la terre ce que sa femme nous raconté pour qu'il se calme, même ses enfants les aime beaucoup. et quand il pleure, parfois il fait des crises d'épilepsie.

Après trois ans de souffrance, notre patient B avait trouvé un travail comme un gérant de cuisine dans une entreprise .d'après sa femme c'est un bonheur pour lui et sa famille, mais sa joie n'a pas duré longtemps parce que ; c'est après trois mois de travail que notre patient a commencé à se sentir très mal, des symptômes étranges ; affaiblissements des muscles, il a consulté plusieurs médecins mais sa souffrance continue pendant 2ans. Notre patient avait des antécédents médicaux de colopathie non documenté avec des symptômes marquée par conclusion partiel de l'hémicorps droit types pravy jacksonien. Ce qui la poussé a consulté un médecin neurologue, qui la mise sous tegretole pendant 3semaine, mais son état s'aggrave de plus en plus le patient est emmené en urgence à cause d'un déficit moteur. Un IRM été fait évoquant un gliome de bas grade. Vu l'évolution, d'après le médecin il nécessite une intervention. Le patient été hospitalisé, en attendant l'intervention il sentait très inquiet. Il ne parle pas trop et tout le temps s'isole, nous avons parlé avec lui avant l'intervention d'après lui ; il s'inquiet sur son sort dit-il : « j'ai peur de mourir et laissé ma petite famille seul, surtout ma femme car j'ai trouvé l'amour que j'ai cherché chez ma mère et que je l'ai pas trouvé». Alors le patient s'est armé du courage dans la présence de sa femme, il voyait ce dernier comme une fin de sa vie il été très inquiet mais après l'intervention le patient est devenu mieux qu'avant mais pendant son hospitalisation le patient avait manifesté une crise mais après cinq jours il se sentait mieux.

Conclusion d'entretien :

D'après l'entretien, notre patient est un homme timide, sage, parle pas beaucoup avec les gens. Les difficultés rencontrées dans sa vie la beaucoup influencé, car il est devenu aggressive, il s'isole lorsqu'on parle de son enfance malheureuse. Aussi nous avons constaté qu'il n'a pas eu des bonnes relations avec sa famille, il se voyait moins de valeur par apporté à ses frères, chose qu'on a constaté lorsqu'il a quitté son travail, et de rester une longue période sans reprendre. Alors pendant cette période notre patient est allé prendre soin de la terre chose qu'il aime faire pour dépecer ses émotions, le courage et le soutien de sa femme la aidé d'aller chercher un travail même depuis sa maladie, et aussi qu'elle a aidé à se soigner.

Le cas Boualem

Présentation des résultats de l'échelle de cas de Boualem

Choix de réponse \ Les items	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I. Tristesse		X								
II. Pessimisme	X									
III. Echec dans le passé					X					
IV. perte de plaisir		X								
V. sentiment de culpabilité					X					
VI. Sentiment d'être puni(e)		X								
VII. Sentiment négatifs envers soi-même								X		
VIII. attitude critique envers soi		X								
IX. pensées ou désire de suicide	X									
X. pleurs		X								
XI. Agitation	X									
XII. perte d'intérêt					x					
XIII. indécision		X								
XIV. dévalorisation	X									
XV. Perte d'énergie		X								
XVI. Modification dans les habitudes de sommeil			x							
XVII. Irritabilité	X									
XVIII. Modifications de l'appétit			x							
XIX. Difficulté à ce concentré					x					
XX. Fatigue						x				
XXI. perte d'intérêt pour le sexe.		X								

Tableau n°8 : cas de Boualem

L'analyse de cas de Boualem :

D'après l'analyse de l'échelle de Boualem, on constate que il souffre de la dépression modéré, en effet plusieurs réponses ont donc un score élevé, dans l'item N°7 sentiment négatifs envers soi-même, et dans l'item N°20 la fatigue qui comptent un score de 3.

Un autres signe indicateur de la dépression chez le sujet échec dans le passé à l'item N°3, et ainsi sentiment de culpabilité et a l'item N°12 perte d'intérêt, et l'item N°19 difficulté à se concentrer qui compte un score de 2, et d'autres items qui sont liés bas et quels comptent un score de (1), sur tristesse a l'item N°1 et l'item N°4 perte d'intérêt et sentiment d'être puni(e), et attitude critique envers soi à l'item N°8, et les pleurs à l'item N°10.

Et aussi les items qui comptent N°13, N°14 indécision, N°16 perte d'énergie, modifications dans les habitudes de sommeil, modification de l'appétit, et a l'item, N°21, perte d'intérêt pour le sexe.

C'est le nombre considérable de signes indicateurs qui qualifièrent Boualem à avoir une dépression modéré par le fait que plusieurs items comptent des scores très élevés, moyen a part quelque items avec des score de 1 en général presque une moitié des items se trouve des scores de (1) jusqu'à (3).

Conclusion de cas :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck, sa note est 23 se situe entre (20 et 27) qui indique que le sujet souffre d'une dépression modérée

Présentation des résultats Boualem

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copiés à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour le sexe masculin, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tache	56	45	31%	Moyen
L'émotion	63	70	98%	De loin au-dessus de la moyenne
L'évitement	56	67	96%	Très au-dessus de la moyenne
Distraction	33	83	99%	De loin au-dessus de la moyenne
Diversions sociale	15	51	54%	Moyen

Tableau n°9 : cas de Boualem

D'après les résultats mentionner sur le tableau ci-dessus, on constate que Boualem utilise en premier lieu les stratégies de coping centré sur l'émotion, sa not T : 70, le plaçant au 98ème percentile. la note obtenues dans les sous-échelles distraction il avait une note T : 83, le plaçant au 99émé percentile. Le patient utilise en deuxième lieu les stratégies de coping centré sur l'évitement sa note T : 67, le plaçant au 96ème percentile. Puis il utilise les sous-échelles centré sur diversion sociale sa note T : 51, le plaçant au 54émé percentile. En dernière lieu le patient utilise les stratégies de coping centré sur la tache sa note T : 45, la plaçant au 31émé percentile.

Conclusion du cas :

D'après les résultats obtenus, on constate que notre patient B utilise les stratégies de coping orienté vers l'émotion, en premier lieu pour résoudre son problème.

Synthèse du cas :

D'après l'entretien, notre patient nous parait timide, sage, moins communicant avec d'autre sauf sa femme. Les difficultés rencontrées dans sa vie la beaucoup influencé, car il est devenu agressive, il s'isole lorsqu'on parle de son enfance malheureuse. Même nous avons constaté qu'il n'a pas eu des bonnes relations avec sa famille. Il se voyait moins de valeur par apporté à ses frères, chose qu'on a constaté lorsqu'il a quitté son travail, et de rester une langue période sans reprendre, alors pendant cette période notre patient est allé prendre soin de la terre chose qu'il aime faire pour dépecer ses émotions, le courage et le soutien de sa femme la aidé d'aller chercher un travail même depuis sa maladie, et aussi qu'elle a aidé à se soigner. Ce qui a été vérifier par le CISS ou nous avons obtenus les résultats en faveur d'un coping positif, car il utilise les comportements de coping centrée sur l'émotion et la tache ceci le éloigner de la dépression ce qui on a peu a confirmé par l'échelle de Beck.

Présentation du cas Mounir :

Patient âgé de 33ans, originaire et demeurant à Boumardass, célibataire, policier de profession avec un niveau d'instruction bachelier avec deux ans de l'université, il n'a pas pu continuer ses études, car il voulait exercer le métier d'un policier.

Il a été hospitalisé au sein du service NCH de Bejaia, après être évacué de Tizi-Ouzou où ils ont diagnostiqué un processus tumoral depuis plus de deux mois. Notre patient n'a pas d'autres antécédents médicaux.

Le patient M est né en 1981, d'un mariage non consanguin, il a eu un accouchement normal et un développement dans les normes, il est le deuxième de fratrie de quatre frères. D'une mère âgée de 49ans femme au foyer et d'un père âgé de 57ans commerçant de profession.

La période d'enfance été très bien passé avec une petite famille chaleureuse, leurs parents se sont bien occupé d'eux, Au primaire le patient été le premier il éprouve de bon résultats son père été fier de lui, d'ailleurs il été bien encouragés par ses enseignants, exprime-t-il : « la période d'enfance je l'ai très bien passé, et j'ai eu de bons résultats, ce fruit été a cause de mes parents qui m'ont aidé pour arriver à cela ».

Au CEM, s'était la même, toujours est soutenu par ses parents, il a eu beaucoup d'amis, il a tout partage avec eux. Il pratiqué du sport avec son équipe ceci ne la pas empêcher d'avoir toujours de bon résultats dit-il : « j'ai toujours était attirer par le sport de mon père, puis qu'il était un footballeur, mais je le pratique pas comme je le voulais, avec beaucoup d'entraînements parce que j'ai peur de ne pas pouvoir bien travailler à l'école » d'ailleurs au lycée avec la terminal, c'était difficile pour lui de joindre les deux bouts, il a arrêté.

Sur le plan sociale, il échange de bon relations avec tout le monde, il investit la religion et tous qu'il entreprend, il est croyant et aussi pratiquant.

Arriver à la faculté monsieur Mounir découvre un autre monde son comportement s'est commencé, à changer, a se désintéressé a ses études, et petit à petit, il voulait carrément arrêter pour aller exercé un autre métier qu'il a toujours espéré faire, mais ces parents en toujours refusé, mais il a finis par décidé d'arrêter et de quêter l'université pour aller joindre le cour de policier, exprime-t-il : « la décision que j'ai pris a énervé mes parents parce que j'ai voulu quitté les études».

Il a intégré la police sans l'accorde de ces parents, pourtant il a essayé de les convaincre, après être formé, il a était mitiez à Tizi-Ouzou, là où il a passé quatre ans, ou il s'est bien plus, il n'a jamais regretté ce choix.

Cependant, la dernière année, il avait sentis un mal alise marquée par des céphalées, des vomissements des troubles d'équilibre ce qui il a empêché, à consulter un généraliste.

dit-il : « je me sentais pas bien à cause des douleurs du cerveau, surtout les vertiges qui ma prévus de ne rien faire ». Le médecin lui a prescrit des médicaments, bien au contraire son état

s'aggrave de plus en plus, il a consulté un spécialiste, où des examens complémentaires ont été demandés, un IRM et un bilan sanguin, le diagnostic était un processus tumoral a été posé.

La maladie était très nouvelle pour lui, il n'avait jamais entendu parler, qu'il existe une tumeur de cerveau, chose qu'il a beaucoup s'inquiéter, et d'aller chercher sur internet et des livres, le sens de la maladie. Même il s'est déplacé pour voir des personnes qui ont cette maladie, le patient dit qu'elle ne l'a pas beaucoup affecté, le fait de confirmer qu'il avait un cancer, il était prêt à faire face, et à tout faire, il s'est même renseigné pour les complications et la sensibilité de son intervention. Son seul souci c'était ses parents, par ce que jusqu'au là ils n'étaient pas au courant, il ne voulait pas qu'ils s'inquiètent pour lui surtout sa mère, il pense qu'elle est fragile et qu'elle ne va pas supporter sa maladie.

Par contre monsieur Mounir était très entouré par ses amis, ils avaient beaucoup soutenus, ils ont beaucoup aidé.

Notre patient était hospitalisé pendant 30 jours son été bien passé, nous avons constaté qu'il essaye de faire montrer, qu'il n'était pas inquiet, mais son non verbale dégage beaucoup d'inquiétude, surtout ce qui concerne son intervention, mais son retour au dieu la apaisait, dit-il : « ça fait mal en entendant que je suis atteint d'une tumeur, mais en réalité tout le monde peut tomber un jour dans cette maladie Hadi mâchait Allah ».

Ces projets pour l'avenir lui semblent un peu loins, il voulait se marier et fonder une famille mais à cause de sa maladie il préfère le moment où il va guérir, il ne sait pas la place et la direction qu'il veut se donner dit-il : « pour le moment, je ne sais pas ce que la vie nous réserve. Tout est dans les mains de dieux. »

L'intervention était faite le patient sentait mieux qu'avant. Mais les résultats des analyses vont confirmer le degré de sa guérison, en effet notre patient est revenu après un mois pour un autre traitement, il sentait mieux mais il est très inquiet.

Conclusion du cas :

Le patient a eu une enfance équilibrée avec deux parents présents, et surtout où les bonnes relations familiales sont très présentes ce qu'il lui a donné beaucoup de ressources personnelles pour établir les relations avec son entourage amical et dans le réservoir, le soutien de ses amis. Ce qu'on relève de l'entretien notre patient ne se plaint pas beaucoup, il s'appuie sur ses croyances et sa force pour faire face, il agit pour trouver des solutions même si, elles sont loins.

Présentation de cas de Mounir :

Présentation des résultats de l'échelle de cas de Mounir :

Le choix de la réponse Les items	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I. Tristesse		X								
II. Pessimisme	X									
III. Echec dans le passé	X									
IV. Perte de plaisir		X								
V. sentiment de culpabilité		X								
VI. Sentiment d'être puni(e)		X								
VII. Sentiment négatifs envers soi-même	X									
VIII. attitude critique envers soi	X									
IX. Pensées ou désir de suicide	X									
X. Pleurs								X		
XI. Agitation								X		
XII. perte d'intérêt		X								
XIII. indécision	X									
XIV. dévalorisation	X									
XV. Perte d'énergie					X					
XVI. Modification dans les habitudes de sommeil	X									
XVII. Irritabilité	X									
XVIII. Modifications de l'appétit	X									
XIX. Difficulté à se concentrer					X					
XX. Fatigue		X								
XXI. perte d'intérêt pour le sexe.								X		

Tableau n°10 : cas de Mounir

L'analyse de l'échelle de dépression :

Le résultat obtenu dans l'échelle qualifie de Mounir qu'est légèrement déprimée en pas de quelques signes indicateurs qui indique sa position dans l'échelle de Beck par rapport à son humeur en relation avec sa maladie.

Les réponses qui indiquent une dépression chez le sujet ne sont pas assez nombreuses, ce qui fait que sa dépression à une note qui la qualifie à peine dans une position dont on la classe comme atteinte d'une dépression légère avec un score total de 19.

On constate que la majorité des scores se trouve entre faible et moins élevés, ceci dit que plusieurs signes ne montrent pas que le sujet déprimé

Les items qui comptent un score de (1) ce sont dans l'ensemble la tristesse à l'item N°1, je me sens très souvent triste, on trouve aussi la perte de plaisir, je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant, et le sentiment de la culpabilité correspond à l'item N°5 je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire, on trouve aussi la fatigue, je me fatigue plus facilement que d'habitude.

Perte d'énergie considérablement marqué chez le sujet, a un niveau relativement élevé, ça correspond à l'item N°15 je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose qui compte un score de 02 aussi la difficulté à se concentrer, j'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

Pour la perte d'intérêt pour le sexe et les pleurs sont indiquées chez le sujet avec un score très élevé à l'item N°10 je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable, et N°21, j'ai perdu tout intérêt pour le sexe qui compte un score de (3)

Conclusion du cas :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck (inventaire de dépression de BDI-II) avec une note totale T de 19 située entre 12 et 19 indiquent que le sujet souffre d'une dépression légère.

Présentation des résultats Mounir : Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copiés à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour le sexe masculin, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tâche	59	48	42%	Moyen
L'émotion	40	48	42%	Moyen
L'évitement	33	46	35%	Moyen
Distraction	10	39	14%	En dessous de la moyenne
Diversions sociale	16	50	50%	Moyen

Tableau n°11 : cas de Mounir

D'après ces résultats, on constate que Boualem utilise les stratégies de coping centrées sur la tâche sa note T : 48, la plaçant au 42^{ème} percentile, ainsi, pour l'émotion sa note T : 48, la plaçant au 42^{ème} percentile. En deuxième lieu, ses notes aux sous-échelles évitement : distraction : sa note T : 39, la plaçant au 14^{ème} percentile, diversion sociale : sa note T : 50, la plaçant au 50^{ème} percentile .en dernière lieu, il utilise les stratégies de coping centrés sur l'évitement sa note T : 46, la plaçant au 35^{ème} percentile.

Conclusion du cas :

D'après les résultats obtenus, on constate on constate que notre patient a un bon coping dont il utilise les comportements de coping orienté vers la tâche et l'émotion juste dans la moyenne.

Synthèse du cas :

Le patient a eu une enfance équilibrée avec deux parents présent, et surtout où les bons relations familiale sont très présentent ce qu'il lui a donné beaucoup de ressources personnelle pour établir les relations avec son entourage amicale et dans le réservoir, le soutien de ses amis. Ce qu'on relève de l'entretien notre patient ne se plaint pas beaucoup, il s'appuie sur ses croyances et sa force pour faire face, il agit pour trouver des solutions même si, elles sont loin. Ce qui a été vérifié par le CISS qu'il eut un coping positive, car il utilise la tâche face à la situation difficile ce qu'il a éloigné de la dépression, et cela est confirmer par l'échelle de dépression.

Présentation du cas de Hafida :

Patiente Hafida âgée de 34ans, originaire et demeurant à Bejaia, mariée depuis 5ans, mère de deux enfants avec un niveau secondaire, elle est coiffeuse de profession, c'est un choix pour elle dont lequel avait quitté l'école.

Elle a été hospitalisée au sein du service NCH de Bejaia, après avoir diagnostiqué qu'elle à un kyste tumoral au niveau du cerveau depuis 6 mois. Notre patiente n'a pas d'antécédent de maladie physique.

Madame H est née en 1980, d'un mariage non consanguin, elle a eu un accouchement normale et un développement dans les normes, elle est la 4eme dans sa fratrie dont 2 frères et 3soeurs, sa mère âgée de 54ans femme au foyer et son père gé de 58ans, commerçant de profession et qui travail loin de sa famille chose qu'elle avait un peu affectée.

Elle est née dans une famille chaleureuse très unie, ses relations avec ses frères sont soudées l'un aux autres, dit-elle : « moi et mes frères et sœurs on vivait dans une ambiance familiale très chaleureuse, avec notre parents l'un pense à l'autre nous sommes toujours unies, et heureux ». Malgré l'absence du père qui travail loin d'eux, la patiente n'avait pas de problème car l'amour de ses frères lui a donné une vie normale.

La patiente est scolarisée a l'âge de5ans, elle a eu de bons résultats pendant la période du primaire, elle était la premier dans sa classe, car elle aime beaucoup l'école, elle était très aimée par ses enseignants à cause de son comportement, dit-elle : « mes profs je les considère comme mes parents, je les respecte trop, et je fusais ce qu'ils demandent sans hésitations et je n'ai jamais eu d'échec ». Même au secondaire.

En suite madame H avait pensée de faire une formation coiffeuse ou elle le considère comme un métier très intéressant et d'ailleurs c'est un choix qu'elle avait depuis longtemps dit-elle : « depuis mon enfance ma mère m'emmène à la coiffeuse quand ya une fête et en regardant ce qu'ils font j'avais la volonté d'exercé se métier. ».

À l'âge de18ans la patiente H avait commencé d'exercé ce métier, ainsi avec le soutien de sa famille qu'ils ont encouragé dans ce domaine, et pendant cette période, elle avait rencontré un homme policier de profession dont elle a eu une relation avec lui qui a duré un an exprime t'elle : « j'ai rencontré un homme très gentil et je suis tombée amoureuse de lui c'est été un coup de foudre». la patiente avait vécu des moment de plaisir durant un mois du mariage mais sa joie n'est pas continuai à cause du comportement de son mari qui a changé d'un seul coup, il est devenu agressive et très jaloux, il a prévu de sortir d'aller travaillé, la patiente sentait qu'elle vivait en présent exprime t'elle : «mon mari a changé deuxième moi de mariage , il m'a obligé de rester à la maison et de quitter mon travail, alors tous mes projet sont gâché. »

Après 6 mois de mariage, la patiente est tombé enceinte c'est été un bonheur pour elle ; dit-elle : « le jour où ils m'en annoncé que je suis enceinte, je n'ai pas arrêté de pleuré en joie c'est été un jour inoubliable »

La période de grossesse été très difficile pour elle, dont elle est marquée par des symptômes à s'avoir des vomissements, des douleurs des maux de tête, vertiges, le soutien de sa famille n'est pas suffisant pour elle, car le comportement de son mari été le même.

Après neuf mois, elle a pu accouchée normal, en suite après quatre ans, elle a eu le deuxième avec les mêmes symptômes. L'éducation des deux enfants été très difficile où elle s'est retrouvée seul à apprendre en charge ses enfants chose qu'elle a beaucoup affectée.

Après un mois d'accouchement, la patiente H avait sentis un mal alaise car elle a commencé à ressentir les mêmes symptômes qu'elle avait ressentis pendant la grosses au qu'elle n'avait pas donné beaucoup de sens et qu'elle a pensée est lié à la grosses. Ce qui a mené la patiente a consulté un médecin généraliste qui lui a demandé de faire des analyses dont il a diagnostiqué au début qu'elle avait une m'égène et un goitre. Il la prescrit les médicaments antidouleurs mais sont état n'est pas améliorée plutôt elle s'aggravée de plus en plus, en suite elle a consulté un neurologue qui lui a demandé de faire un IRM et un bilan sanguin. Ou le diagnostic de la maladie tumoral a été posé son été un choc pour elle ce qui lui a fait directement une présentation à la mort elle : « je sentais que je vais mourir quand le médecin m'avait dit que j'ai eu une tumeur ».

La patient été hospitalisé et pendant l'entretien sentait triste et très inquiète au sort de son cas mais le soutien de sa famille ne lui apporte rien.

Lorsqu'elle s'est retrouvée au bloc, elle était très angoissée, elle a peur de ne jamais s'en sortir dit-elle : « lorsque je me suis rentré au bloc, j'ai pensé que je vais mourir et mes enfants vont rester sans mère. »

Malgré l'amélioration qu'ont été apporté après l'intervention la patiente était toujours dans l'état d'angoisse et de détresse.

Conclusion du cas :

La maltraitance qu'elle eut de son mari la beaucoup fragilisée, car elle est tout le temps triste, la chose que sa famille n'est pas parvenu à l'aidée, même elle est été présente. La maladie a fait que aggravée son état, suit à une détresse énorme qu'elle vivait.

Présentation de cas de Hafida :

Présentation des résultats de l'échelle de cas de Hafida :

Choix de réponse	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
Les items										
I.Tristesse		X								
II.Pessimisme		X								
III.Echec dans le passé					X					
IV.perte de plaisir		X								
V.sentiment de culpabilité	X									
VI.Sentiment d'être puni(e)		X								
VII.Sentiment négatifs envers soi-même					X					
VIII. attitude critique envers soi								X		
IX.pensées ou désire de suicide		X								
X.pleurs					X					
XI.Agitation		X								
XII.perte d'intérêt								x		
XIII. indécision					X					
XIV.dévalorisation								X		
XV.Perte d'énergie					X					
XVI.Modification dans les habitudes de sommeil									X	
XVII.Irritabilité	X									
XVIII.Modifications de l'appétit									X	
XIX.Difficulté à ce concentré								X		
XX.Fatigue								X		
XXI.perte d'intérêt pour le sexe.					x					

Tableau n°12 : cas de Hafida

L'analyse de l'échelle de cas de Hafida :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère par le fait que presque tous les items existant dans l'échelle de cas de Hafida sont considérés comme des signes indicateurs de la dépression chez elle.

On a constaté que la majorité des scores se trouvent entre élevé et très élevé ceci dit que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez le sujet.

On trouve 07 qui comptent un score de (3) et 06 qui comptent un score de (02), ce qui indique la position négative du sujet par rapport à l'échelle, on a remarqué que dans l'échelle de cas de Hafida, les items N°8 sur l'attitude critique envers soi, je me reproche tous les malheurs qui arrivent. L'item N°12 perte d'intérêt, l'item N°14 dévalorisation, je me sens que je ne vaudrais absolument rien, et aux items N°16, N°18, dans les modifications dans les habitudes de sommeil, et modifications de l'appétit, et à l'item N°19 difficulté à se concentrer qui comptent un score de 03.

Ainsi les items N°3 échec dans le passé et l'item N°7 sentiment négatifs envers soi-même, et à l'item N°10 sur les pleurs, et l'item N°13 sur indécision, et l'item N°15 sur perte d'énergie, et l'item N°21 sur perte d'intérêt pour le sexe qui compte un score de 02 qui est considéré comme élevé.

Les signes qui indiquent au score moins élevé avec un score de 01 représentent l'item N°1 tristesse, je me sens très souvent triste. L'item N°2 pessimisme, je me sens plus découragé(e). L'item N°4 perte de plaisir, je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant. L'item N°6 sentiment d'être puni(e), je me sens que je pourrais être puni(e), l'item N°9 pensées ou désir de suicide, il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas, l'item N°11 agitation, je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.

Conclusion de cas :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck avec une note T 38 située entre 28 et 63 indiquant que le sujet souffre d'une dépression sévère.

Présentation des résultats Hafida

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copiés à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour le sexe féminin, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tâche	53	45	31%	moyen
L'émotion	73	71	99%	De loin au-dessus de la moyenne
L'évitement	39	47	38%	moyen
Distraction	23	56	73%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Diversions sociale	9	37	10%	En dessous de la moyenne

Tableau n°13 : cas de Hafida

A partir des résultats mentionnés sur le tableau ci-dessus, on constate que HADRIA utilise beaucoup plus les stratégies de coping orientées vers l'émotion, elle avait une note T : 71, la plaçant au 99ème percentile. Elle utilise fréquemment les stratégies de coping centrées sur la l'évitement sa note T : 47, la plaçant au 38ème percentile. Et en dernière lieu, il utilise les stratégies de coping orientées vers la tâche sa note T : 45, la plaçant au 31ème percentile, ses notes aux sous-échelles de l'évitement qui sont la distraction et la diversion sociale sont respectivement de : 56, la plaçant au 73ème percentile et de : 37, la plaçant au 10ème percentile.

Conclusion du cas :

D'après les résultats obtenus on constate que notre patiente H n'a pas de bon de coping dont elle utilise les comportement de coping orienté vers l'émotion qui est loin au-dessus de la moyenne.

Synthèse du cas :

La maltraitance qu'elle eut de son mari la beaucoup fragilisée, car elle est tout le temps triste, la chose que sa famille n'est pas parvenu à l'aidée, même elle est été présente. La maladie a fait que aggravée son état, suit à une détresse énorme qu'elle vivait, ce qui a été vérifier par le CISS, où on a obtenu les résultats en faveur d'un coping négative qui est centrée sur l'émotion ceci lui a empêché d'avoir une dépression ce qui a été confirmé par l'échelle de Beck BDI-II.

Présentation du cas de Linda :

La patiente L est âgée de 31ans, originaire et demeurant à Bejaia, mariée depuis 7ans, mère de deux enfants, avec un niveau d'instruction 3eme année secondaire, elle n'a pas pu finir ses études à cause de ses parents car ils ne veulent pas.

Elle a été hospitalisée au sein du service NCH de Bejaia, après avoir diagnostiqué un processus tumoral depuis deux mois. Notre patient n'a aucun antécédent médical.

Madame L est née en 1983, d'un mariage non consanguin, elle a eu un accouchement normal, et un développement dans les normes, sa mère est âgée 60ans femme au foyer, son père est âgé de 68ans retraité. Elle est la 4eme d'une fratrie de 3frères et 3 sœurs.

La patiente L apparait au début timide dont nous avons des difficultés de parler avec elle, elle été retissant de parler de son enfance, mais petit à petit, elle a pu partager avec nous sa souffrance.

Madame L n'avait pas une bonne relation avec sa famille et surtout avec ses frères à cause de leur rigidité, y'a pas de communication entre eux. D'après elle la fille doit rester à la maison, dont l'éducation de la fille qui stipulé qu'elle n'a pas de place dans la décision ni de reprendre les études , exprime telle : « ma vie est gâché mon père avait refusé que je continue l'école, ma mère elle pouvait rien faire parce qu'elle a peur de lui . » , ainsi que son mariage été une décision de son père et ses frères dit-elle : « l'homme que j'ai épouser c'est été un choix de mon père , et moi je dois dire oui. » .

Ce mari en fin de compte qui ressemble beaucoup à son père et ses frères, dont elle ne peut ni sortir seul, ni de faire ce qu'elle veut. Et ce dernier en fin de compte rentre souler à la maison tout en créant sur la patiente. Et d'ailleurs nous avons remarqué, elle ne pouvait pas entretenir des relations avec le professionnelle médical et paramédical homme. Un seul événement qu'il a beaucoup affectée, c'est le jour où elle est tombée enceinte, elle est très heureuse, plein d'espoir dit-elle : « le jour où j'ai su que je suis enceinte, j'ai sentis que ma vie va changer. ». Après 4ans la patiente avait accouché le deuxième c'est un bonheur pour elle, mais avant sa la patient sentait pas bien des douleurs et des vertiges apparait chez, elle a consulté un médecin généraliste mais le traitement qui lui a prescrit, n'a pas donné de résultat. pendant 2ans la patiente souffre des vomissements matinale continue , avec céphalées occipital et des vertiges , une amélioration clinique est rapportée durant la grosses mais une aggravation est marquée après un mois d'accouchement par une hémiparésie progressive droit avec faiblesse musculaire des membre supérieurs droit et des troubles de la marche , aggravée par la fermeture des yeux, la patiente consciente bien orienté dans le temps et dans l'espace.

La patiente avait également consulté un médecin neurologue qui lui a demandé de faire une radio IRM, les résultats c'est été un processus expansif de la FCP occipital et élargissant le trou de lusher , la patiente est très inquiète ,elle n'a aucune idée sur cette maladie, son mari est au courant mais elle, ne voulait pas s'avoir. Et d'ailleurs on a remarqué qu'elle évite le sujet de sa maladie.

Durant son hospitalisation, la patiente M.L, été très inquiète tous le temps triste et toute seul, nous avons compris qu'elle évite de parler aux gens pour ne pas parler de sa maladie. Nous avons des difficultés de parler avec elle car, elle préféré de ne pas parler trop toujours elle reste en silence.

Durant le dernier entretiens, la patiente été très angoissé en entendant parler d'une intervention, et qu'ils vont la transmettre sur Alger, pour elle son état est grave, puis elle a commencé de pleuré, dit-elle : « les médecins m'ont dit que je dois faire une intervention au niveau d'Alger et moi j'en suis sûr que mon état est grave et je vais mourir. », d'après nous c'est un angoisse de la mort.

La patiente refuse de parler avec nous, et la seul chose qu'elle répète c'est de mourir dit-elle : « moi je n'ai pas de chance dans ma vie, et je vais mourir et mes enfant vont rester seuls».

La patiente est encore hospitalisé, nous avons prés beaucoup de séances avec elle mais toujours est en état d'angoisse, elle refuse de mangé et de dormir toujours est triste.

Conclusion du cas :

La patiente n'a jamais eu le droit de manifesté aucun de ces émotions, elle est toujours dans la répression et cela avec une famille très autoritaire ou la femme n'a aucun place dans la vie, même elle n'avait jamais appris à partager ces sentiments de détresse ou de joie.

Ayant été malade, elle continue à agir en douleur, elle fusait que pleuré tout seul son qu'elle le partage avec quelqu'un d'autre.

Le cas de Linda

Présentation des résultats de l'échelle de cas de Linda

Nbr de réponse	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
Les items										
I.Tristesse					x					
II.Pessimisme					x					
III.Echec dans le passé								X		
IV.perte de plaisir		X								
V.sentiment de culpabilité					x					
VI.Sentiment d'être puni(e)	X									
VII.Sentiment négatifs envers soi-même		X								
VIII. attitude critique envers soi					x					
IX.pensées ou désir de suicide	X									
X.pleurs					x					
XI.Agitation	X									
XII.perte d'intérêt					x					
XIII. indécision					x					
XIV.dévalorisation					x					
XV.Perte d'énergie								X		
XVI.Modification dans les habitudes de sommeil			x							
XVII. Irritabilité	X									
XVIII. Modifications de l'appétit				X						
XIX. Difficulté à ce concentré					x					
XX. Fatigue								X		
XXI.perte d'intérêt pour le sexe.	X									

Tableau n°14 : cas de Linda

L'analyse de l'échelle de Beck :

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de Beck, indiquant que le sujet est atteint d'une dépression sévère, par le fait que tous les items existant dans l'échelle de cas de Linda

sont considéré énorme des signes indicateurs de la dépression chez elle. On constate que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevé ceci dé que plusieurs signes montrent ce cas dépressif chez le sujet, on trouve aussi les items comptent un score de cas ce qui indique la position négative du sujet par apport à l'échelle.

On trouve quatre items qui compte un scores de (1), a l'item N°4 perte de plaisir, je n'éprouve pas autant de plaisir quant aux choses qu'avant, et a l'item N°7 sentiments négatifs envers soi-même, j'ai perdu confiance en moi.

Les modifications de l'appétit et modifications dans les habitudes de sommeil chez le sujet sont aussi modifiées, ça correspond à les items N°16 et N°18 avec un scores de 1

On constate que des items qui comptent un score de (2) ce qui est considérablement marqué chez le sujet, à un niveau relativement élevé, se sont dans l'ensemble : la tristesse a l'item N°1, je suis tous le temps triste. On trouve aussi le pessimisme a l'item (2), je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi, ainsi le sentiment de culpabilité, je me sens coupable la plupart du temps. L'item (8) l'attitude critique envers soi, je me reproche tous mes défauts, a l'item (10) les pleurs, la patient a répondu je pleure pour la moindre petite chose, a l'item (12) perte d'intérêt, je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses, enfin à l'item (19) difficulté à se concentrer, j'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

Ainsi la fatigabilité et l'échecs dans le passé et perte d'énergie sont indiquées chez le sujet avec des scores extrêmement très élevés cité à l'item N°20 je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant, et à l'item N°3 j'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie, et à l'item N°15 j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit, qui compte un score de (3).

Conclusion du cas :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck (inventaire de la dépression de BDI-II) avec une note de T31 se situe entre 28 et 53 indique que le sujet souffre d'une dépression sévère.

Présentation des résultats Linda :

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copiés à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour le sexe féminin, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tâche	43	35	7%	En dessous de la moyenne
L'émotion	65	64	92%	Au-dessus de la moyenne
L'évitement	42	49	46%	moyen
Distraction	29	65	93%	Au-dessus de la moyenne
Diversions sociale	9	37	10%	Légèrement en dessous de la moyenne

Tableau n°15 : cas de Linda

A partir ce tableau, on constate que Linda utilise les stratégies de coping centrée sur l'émotion, elle avait une note T : 64, la plaçant au 92ème percentile en première lieu. Ses notes aux sous-échelles d'évitement : distraction était très élevée sa note T 65, la plaçant au 93ème percentile .et en deuxième lieu, il utilise les stratégies de coping centré sur l'évitement ça note T : 49, la plaçant au 46ème percentile. Puis la note obtenu sur la sous-échelle diversions sociale ça note T : 37, la plaçant au 10ème percentile. Et en dernière lieu, elle utilise les stratégies de coping orientées vers la tâche sa note T : 35, La plaçant au 7ème percentile.

Conclusion du cas :

D'après les résultats obtenu dans cet échelle on constate que notre patiente L a eu un mauvais coping, dont elle utilise les comportements centrée sur l'émotion d'une manier plus élevée que d'autre comportements.

Synthèse du cas :

La patiente n'a jamais eu le droit de manifesté aucun de ces émotions, elle est toujours dans la répression et cela avec une famille très autoritaire ou la femme n'a aucun place dans la vie, même elle n'avait jamais appris à partager ces sentiments de détresse ou de joie.

Ayant été malade, elle continue à agir en douleur, elle fusait que pleuré tout seul son qu'elle le partage avec quelqu'un d'autre, ce qui a été vérifier par le CISS, ou on les résultats obtenus en faveur d'un coping négative, qui est centrée sur l'émotion, ceci la empêche d'avoir une dépression ceci est confirmé par l'échelle de BDI-II.

Présentation du cas Athman :

Patient A âgé de 48ans, originaire et demeurant à Bejaia, marié depuis 18ans, père de 3enfants ; deux garçon et une fille, avec un niveau d'instruction 3eme année primaire, notre patient voulait pas continuer ses études, et actuellement il est menuisier de profession.

Il a été hospitalisé au sein du service NCH de Bejaia, après avoir diagnostiqué un processus tumoral au niveau de son cerveau depuis 2mois. Le patient A n'avait aucuns antécédents de maladie physique.

Notre patient A est né en 1966, il a eu un accouchement normal, et un développement dans les normes, sa mère âgée de 72ans femme au foyer, son père est âgé de 79ans retraité. Le patient A est le 3eme dans sa fratrie dont 4frères et une sœur.

Le patient n'a pas de problème durant son enfance. Il vivait bien avec sa famille, mais il n'est pas intéressé aux études, car il voulait être comme son père, qu'il fusait des travaux à la maison et la seule chose qu'il préférer de faire c'est de réparé les chaises cassé, dit-il : « le métier de réparation je l'ai pris à mon père, et je le fusais souvent, au lieu d'aller à l'école ». C'est à partir de là le patient à décider de quitté l'école et de travaille comme un menuisier, et pendant une long période le patient avait pu ouvrir un local pour lui personnelle .sa mère n'ai été pas d'accords avec lui, parce qu'elle voulait qu'il continue ses études comme ses frères, et c'est à partir de là qu'il eut un conflit avec ses frères et sa mère, il sentait moins de valeur que les autres.

Le patient A avait marié à l'âge de 30ans il été toujours heureux parce qu'il a réussie dans son travail, même il a quitté la maison de ses parents il vivait tous seuls. Mais le conflit est toujours présent, il évite d'aller voir la maison de ses parents pour ne pas bagarrer avec ses frères .dit-il « mes frères me respecte pas, ils cherchent des problèmes avec moi et moi j'évite tout ça ».

La vie en couple été très bien, il n'a aucun problème avec sa femme il aime ses enfants trop, il prend soin d'eux, d'après lui c'est un père qui ne fait pas de différence entre ses enfants, il leurs donne la même chose qu'il donne aux autres, sa femme est très compréhensive avec lui sans profession mais instruite, d'un niveau terminal.

Le patient A aime trop son travail, la seul chose qu'il dérange c'est le conflit qu'il a eu avec ses frères, et le jour où il s'est bagarrer avec eux dans son travail, son état commence de s'aggravé de plus en plus. Des symptômes étrangers qui apparaissent chez lui,des odeurs étranges provenant de son propre corps, avec des céphalées occipitales matinales, alors il a consulté un médecin généraliste. ce dernier l'a adressé à un médecin neurologue , lequel a demandé un bilan sanguin, une TDM et IRM, les résultats, c'est été une surprise pour lui c'est été un processus hétérogène front-pariétal gauche d'allure maligne, d'après lui c'est une maladie qu'il n'a jamais entendu auparavant, alors son médecin lui a dit qu'il faut une intervention ,et pour lui c'est pas un problème il n'a pas peur, d'après notre observation c'est un homme courageux , et fort.

Le patient est croyant en dieu, il accepte tous ce qui viens du dieu, même il croit aux médecins, et pour cela l'intervention lui a pas mis dans l'état de stress, et d'inquiétude malgré, qu'il n'a jamais vu le bloc opératoire, il s'est armée du courage pour faire l'intervention dit-il : « j'ai jamais vu de ma vie le bloc opératoire, mais je n'ai jamais peur, je sais que le dieu est avec moi, donc j'ai rien à craindre».

Après l'intervention, le patient sentait mieux qu'avant, son état est devenu mieux, et lui est toujours en plein forme même il n'a pas resté longtemps dans l'hôpital sa famille est très heureuse même, ses frères sont venu pour régler tous les conflits qui existent entre eux. Le patient est sorti avec un contrôle de chaque 6 mois.

Conclusion du cas :

D'après l'entretiens, notre patient est un homme qui aime bien se battre dans la vie, même il a éprouvé une bonne réussite sans accepté l'aide de personne, il traite ses propre. Le conflit qu'il a eu avec sa famille ne la pas beaucoup affecté, car il avait essayé plusieurs fois de régler ses problèmes, toute en parlant avec ses frères, c'est un patient qui aime être avec des relations sociale, sa maladie ne l'a pas mis dans un état de stress, au contraire il s'est armé du courage d'aller se soigner de chercher des solutions possible pour guérir sans informer sa famille.

Présentation de cas d'Athman :

Présentation des résultats de l'échelle de cas d'Athman :

Le choix de réponse	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
Les items										
I.Tristesse	x									
II.Pessimisme	x									
III.Echec dans le passé					X					
IV.perte de plaisir					x					
V.sentiment de culpabilité		X								
VI.Sentiment d'être puni(e)	X									
VII.Sentiment négatifs envers soi-même		X								
VIII. attitude critique envers soi		X								
IX.pensées ou désir de suicide	x									
X.pleurs	X									
XI.Agitation		X								
XII.perte d'intérêt		X								
XIII. indécision		X								
XIV.dévalorisation	X									
XV.Perte d'énergie		X								
XVI.Modification dans les habitudes de sommeil			X							
XVII.Irritabilité		X								
XVIII.Modifications de l'appétit						X				
XIX.Difficulté à se concentré		X								
XX.Fatigue		X								
XXI.perte d'intérêt pour le sexe.	x									

Tableau n°16 : cas d'Athman

L'analyse de cas d'Athman :

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de A on a constaté qu'un grand nombre de réponses dans les items indiquent que le sujet souffre d'une dépression, cela revient au score obtenu dans chacun des items pour la majorité des items qui obtiennent des scores (01) sont les prédominant et se trouve d'un grand nombre, ainsi d'une présence des indicateurs de la dépression qui dépasse le score (1) ce qui qualifie la position du sujet sur l'échelle à une dépression légère.

L'échec dans le passé à l'item N°3, perte de plaisir N°4, et dans les modifications de l'appétit à l'item N°18 se trouve présent comme indices de dépression plusieurs autres énoncés qui font signes de la dépression chez le sujet, ils prennent aussi des scores moins élevés qui sont :

Le sentiment de culpabilité à l'item N°5, et à l'item N°7 sur les sentiments négatifs envers soi-même, et l'item N°8 attitude critique envers soi, l'item N°11 sur l'agitation, l'item N°12 sur perte d'intérêt, et sur indécision à l'item N°13.

Ainsi perte d'énergie chez le sujet montre un degré de la dépression avec une faiblesse et un trouble de marche qui est très difficile qu'il provoque un trouble de sommeil et difficulté à se concentrer et une fatigue, qui compte un score de (1).

Conclusion de cas :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck avec une note de 17 située entre 12 et 19 indiquent que le sujet souffre d'une dépression légère.

Présentation des résultats Athman :

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copiés à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour le sexe masculin, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tâche	72	61	86%	Au-dessus de la moyenne
L'émotion	41	49	46%	Moyen
L'évitement	38	51	54%	Moyen
Distraction	21	60	84%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Diversions sociale	11	44	27%	Légèrement en dessous de la moyenne

Tableau n°17 : cas d'Athmane :

D'après ces résultats, on constate que Ali utilise les stratégies de coping centré sur la tâche sa note T : 61, la plaçant au 86^{ème} percentile. Sa note au sous échelle d'évitement : distraction : sa note T : 60, la plaçant au 84^{ème} percentile. En deuxième lieu, il utilise les stratégies de coping centrés sur l'évitement sa note T : 51, la plaçant au 54^{ème} percentile. et en dernière lieu, il utilise les stratégies de coping centré sur l'émotion sa note T : 49, la plaçant au 46^{ème} percentile. sa note à la sous-échelle d'évitement, diversion sociale : sa note T : 44, la plaçant au 27^{ème} percentile.

Conclusion du cas :

D'après les résultats obtenus, on constate que notre patient a eu un bon coping dont il utilise les comportements de coping centrées sur la tâche pour résoudre le problème.

Synthèse du cas :

D'après l'entretiens, notre patient est un homme qui aime bien se battre dans la vie, même il a éprouvé une bonne réussite sans accepté l'aide de personne, il traite ses propre. Le conflit qu'il a eu avec sa famille ne la pas beaucoup affecté, car il avait essayé plusieurs fois de régler ses problèmes, toute en parlant avec ses frères. C'est un patient qui aime être avec des relations sociale, sa maladie ne l'a pas mis dans un état de stress, au contraire il s'est armé du courage d'aller se soigner de chercher des solutions possible pour guérir sans informer sa famille, ce qui a été vérifié par le CISS, ou les résultats obtenus en faveur d'un coping positif qui est centré sur la tâche ceci la éloigné de la dépression ce qu'on a pu confirmer par l'échelle de Beck.

Présentation du cas Samira :

Patiente S âgée de 31ans, originaire et demeurant à Bouira, mariée depuis 11ans, mère de 3enfants dont, deux garçons et une fille, avec un niveau d'instruction 1^{er} année lycée, la patiente n'a pas pu finir ses études parce que sa mère refusait cette idée, elle est coiffeuse de profession.

Elle a été hospitalisée au sein du service de NCH de Bejaia, après être évacuée de Bouira où ils ont diagnostiqué un Astrocytome kystique tumoral, depuis quelques mois, notre patiente n'a pas d'autres antécédents de maladie physique.

Madame S est née en 1983, d'un mariage non consanguin, elle a eu un accouchement normal, et un développement dans les normes, d'un père âgé de 75ans, retraité. Il est décédé depuis qu'elle a l'âge de 7ans, chose qu'il a beaucoup affectée, et d'une mère qui est âgée de 62ans femme au foyer d'après la patiente c'est femme qui est trop réservée et très rigide, même elle a pris le rôle du père, elle s'est donnée à fond pour le bien-être de ses enfants, la patiente est la septième dans sa fratrie dont quatre frères et deux sœurs.

Durant son enfance, la patiente avait souffert, à cause du comportement de sa mère car elle refusait qu'elle joue avec les enfants dehors, dit-elle : « quand j'ai été petite ma mère me laisse pas sortir pour jouer avec d'autres enfants. »

La patiente S n'a pas eu de bonnes relations avec ses frères, ils n'aiment pas qu'elle sorte dehors, ce que nous avons constaté que sa mère est peureuse que ses filles auront un problème avec les gens. La patiente n'a pas le droit de sortir toute seule même à l'école c'est son frère qu'il emmène, au lycée la patiente a raté une année sa mère lui a interdit de continuer les études, d'après elle c'est l'âge où elle devrait se marier, dont sa mère lui a expliqué, exprime telle : « ma mère m'a interdit d'aller à l'école, car pour elle je suis grande et je dois me marier. » La patiente était contre elle voulait continuer ses études, mais elle n'a pas le choix c'est sa mère qui commande même ses sœurs aussi ont pas ce droit.

La patiente avait une bonne relation avec ses sœurs et surtout la grande, car c'est elle qui s'occupe d'elle, dit-elle : « ma grande sœur je l'aime trop, elle m'a beaucoup aidé dans ma vie même c'est elle qui m'a encouragé de faire un stage coiffeuse et aussi informatique. »

Souffrance continue même son mariage était la décision de sa famille d'après elle, c'est un homme qu'il a dépassé de 10ans, il est sans profession. D'après la patiente, son mari ne travaille pas, c'est sa mère qui lui donne de l'argent, et ce dernier est tout le temps à la maison, ne fait rien et sa le rend nerveuse, même elle crie toujours sur lui, la patiente est devenue nerveuse et triste, à cause du comportement de son mari, mais d'un autre côté la patiente avait de bonne relation avec sa famille ce qui la encourage de mieux élever ses enfants.

La patiente n'a aucun problème à propos de ses accouchements, toute ses grossesses son normal et bien passé.

Après une période la patiente, a eu un évènement douloureux c'est été la mort de la belle-mère qu'elle la considère comme sa mère, parce qu'elle a trouvé chez elle l'amour qu'elle n'a pas trouvé chez sa mère.

Après 4 mois de la mort de sa belle-mère, la patiente sentait pas bien, elle a eu un grand changement dans sa vie, des symptômes étrange apparait chez elle, des céphalées et des vertiges, qui l'empêche de se mettre tous le temps au lit et en position allongé, une faiblesse musculaire, ce qu'il a prévu de ne rien à faire à la maison même elle a perdu l'appétit, d'après elle s'est dus aux problèmes qu'elle a vécu auparavant, c'est une façon d'accusé les autres .

La patiente S est toujours en état de faiblesse, elle nous a raconté qu'un jour elle voulait prendre l'air à la terrasse pour changer un peu, et là, elle a eu chute dont elle a perdu l'équilibre. La patiente est hospitalisée pendant 8 jours, d'après elle son état s'aggrave de plus en plus. Son médecin neurologue lui a demandé de faire un scanner et un IRM, les résultats l'on mit dans un état de choc ; c'est été un processus tumoral. il l'on transmis au service NCH de CHU de Bejaia, au début elle refusé de parler a personne, elle nous regard sans rien dire et lorsque sa mère sort ,elle commençait de dire des mots, puis, petite a petite, la patiente commence a prononcé et dire une phrase en disant: « c'est eux qui m'ont fait souffrir, c'est à cause d'eux que j'ai eu cette tumeur».

Après les deuxièmes entretiens, la patiente commence à nous raconter. Et nous avons constaté qu'elle accuse tout le monde pour sa souffrance, et pour cela elle refusé même de mangé et aussi dormir, dit-elle : « je suis malade ma vie est gâché, et je vaux pour rien. » en suite, elle est armée du courage pour l'intervention en pensant à ses enfants. L'intervention été faite la patiente s'est amélioré. Mais son état été toujours dans la tristesse.

Conclusion du cas :*

D'après l'entretiens, la souffrance de notre patiente était depuis son enfance, la rigidité de sa famille la mise dans un état émotionnelle grave, elle s'est manifestait par des pleurs, d'agitation, elle sentait que sa vie est gâchée parce qu'elle avait beaucoup de projets a les réalisés pour l'avenir. Elle pouvait rien faire face au refus de ses parents de continuée ses études, même son mariage était leurs décision.

Le cas de Samira :

Présentation des résultats de l'échelle de cas de Samira

Le choix de répons Les items	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I.Tristesse					X					
II.Pessimisme					X					
III.Echec dans le passé								X		
IV.perte de plaisir					X					
V.sentiment de culpabilité					X					
VI.Sentiment d'être puni(e)					X					
VII.Sentiment négatifs envers soi-même					X					
VIII. attitude critique envers soi								x		
IX.pensées ou désire de suicide	X									
X.pleurs					X					
XI.Agitation		x								
XII.perte d'intérêt		x								
XIII. indécision								X		
XIV.dévalorisation					X					
XV.Perte d'énergie								x		
XVI.Modification dans les habitudes de sommeil				X						
XVII.Irritabilité		X								
XVIII.Modifications de l'appétit						X				
XIX.Difficulté à ce concentré					X					
XX.Fatigue								X		
XXI.perte d'intérêt pour le sexe.		x								

Tableau n°18 : cas de Samira

L'analyse de cas de Samira : Les résultats obtenue dans l'échelle de Beck de BDI-II indiquent que le sujet est atteint tous les items d'une dépression sévère, par le fait que presque

tous les items existants dans l'échelle de cas de Salima sont courée (assembler), degré comme des signes indicateurs de la dépression chez elle.

On constate que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevés ceci dit que plusieurs signes montrent les cas dépressifs chez le sujet. On trouve cinq items qui comptent un score de 03 et dix items qui comptent un score 02 ce qui indique la position négative du sujet par apport à l'échelle.

On remarque que dans l'échelle de cas de Samira la majorité des items presque compte un score de 02 ce qui constate le cas dépressif chez elle, et qui centre sur la tristesse à l'item N°1. L'item N°2 sur pessimisme. L'item N°4 sur perte de plaisir, et l'item N°5 sur sentiments de culpabilité. L'item N°6 sur le sentiment d'être puni(e). L'item N°7 sur sentiments négatifs envers soi-même, et l'item N°10 sur les pleurs, l'item N°14 sur dévalorisation, et l'item N°18 sur les modifications de l'appétit, et à l'item N°19 sur difficulté à se concentrer.

À l'item N°3 qui compte un score (3), on trouve qui manifeste une attitude critique envers soi, et l'item N°13 indécision, et à l'item N°15 peste d'énergie, qu'elle dit j'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit, et à l'item N°20 sur la fatigue.

Les signes qui indiquent un degré moins élevé avec un score de (01) représentent l'agitation, et perte d'intérêt, modifications dans les habitudes de sommeil, et l'irritabilité et sur la perte d'intérêt pour le sexe.

Conclusion de cas : D'après l'analyse de l'échelle de Beck avec une note de 40 située entre 28 et 63 indique que le sujet souffre d'une dépression sévère

Présentation des résultats Salima : Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copiés à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour le sexe féminin, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tâche	29	22	2%	De loin en dessous de la moyenne
L'émotion	37	42	21%	Légèrement en dessous de la moyenne
L'évitement	29	38	12%	En dessous de la moyenne
Distraction	12	39	14%	En dessous de la moyenne
Diversions sociale	10	39	14%	En dessous de la moyenne

Tableau n°19 : cas de Samira

A partir ce tableau, on constate que Samira utilise les stratégies de coping centrées sur l'émotion, elle avait une note T : 42, la plaçant au 21^{ème} percentile, ses notes sous-échelles d'évitement : distraction et la diversion sociale étaient élevées sa note T : 39, la plaçant au 14^{ème} percentile. En deuxième lieu, elle utilise les stratégies de coping centrées sur l'évitement sa note T : 38, la plaçant au 12^{ème} percentile. En dernière lieu, elle utilise les stratégies de coping orientées vers la tâche sa note T : 22, la plaçant au 2^{ème} percentile.

Conclusion du cas :

D'après les résultats obtenus on constate que notre patiente S n'a de bon coping dont elle n'utilise aucune stratégies de coping pour résoudre le problème elle est tous en dessous de la moyenne.

Synthèse de cas :

D'après l'entretiens, la souffrance de notre patiente était depuis son enfance, la rigidité de sa famille la mise dans un état émotionnelle grave, elle s'est manifestait par des pleurs, d'agitation, elle sentait que sa vie est gâchée parce qu'elle avait beaucoup de projets a les réalisés pour l'avenir. Elle pouvait rien faire face au refus de ses parents de continuée ses études, même son mariage était leurs décision. La patiente n'avait aucun soutien familial et personnel, elle s'est centrée sur ses émotions, ce qui a été vérifié par le CISS où nous avons obtenus des résultats en faveur d'un coping négative ce qui fait-elle souffre d'une dépression, ce qui a été confirmé par l'échelle de dépression de Beck BDI-II.

Présentation du cas de Taous :

Patiente T âgée de 50ans, originaire et demeurant à Bouira, mariée depuis l'âge de 16ans, mère de 7enfants, et sans niveau d'instruction, elle n'était pas à l'école car l'endroit où elle vivait n'ont pas d'école.

Elle est étai hospitalisée au sein du service NCH de Bejaia, après être évacué de Tizi-Ouzou où ils ont diagnostiqué un processus tumorale depuis 1ans, notre patiente n'a aucun antécédent médicaux.

Madame T est née en 1964, d'un mariage non consanguin, elle a eu un accouchement normal et un développement dans l'énorme, elle est l'Enée de sa fratrie dont 3frères et 4 sœurs, sa mère est âgée de70ans femme au foyer, et d'un père âgée de 82ans, retraité il est décédé depuis 4ans de cela. Notre patiente n'a pas étai à l'école leur domicile est loin de l'école même d'après elle ; sa mère a besoin d'elle pour l'aidé d'élevé ses frères, dit-elle : « ya que moi qui aide ma mère a la maison car elle a besoin de moi, même l'école je n'ai pas pu étudier car notre situation ne permis».

La patiente T n'avais pas de relation avec d'autres gens, d'après elle; elle ne pouvait pas sortir de la maison, même elle s'est mariée tôt, a l'âge de 16ans, son mari ne le connais pas, d'après elle ; la femme chez eux ne doit pas sortir avec quelqu'un dit-elle : « quand j'ai été jeune j peut pas refuser à mes parents quoi que ce soit. », la patiente aime toujours faires les travaux de maison, son mari est satisfait d'elle .

Après 6 mois de mariage, la patiente est tombé enceinte c'est une grossesse désiré, d'après la patiente c'est un bonheur, surtout si elle vient une fille et finalement c'est été une fille, dit-elle : « j'ai aimé toujours que mon premier enfant soi une fille et j'ai juré qu'elle aurai tous ce que j'ai pas un jour. » ,la patiente a regretté de ne pas aller à l'école et pour cela il faut que ses enfants aurons une vie mieux que la sienne .

Après la première grossesse, la patiente avait encore 6enfants, tous ses grossesse est planifier, d'après elle ses enfants ne leurs manque rien, l'amour d'une mère et le courage du père, ils ont tous réussies dans leurs vie actuelle,

La patiente n'a pas une mauvaise relation avec son mari, car T le respect même lui aussi, c'est une personne qui est très aimable et très sage même pendant l'entretien, elle répondait à notre question facilement.

La patiente adore parlé au gens, surtout avec sa petite famille, après une période et plus prissésamant 1ans, la patiente sentait pas bien, des symptômes étrange apparait chez elle, surtout qu'elle mange trop dit-elle : « j'ai pris du poids pendant cette période, je n'avais pas le contrôle et j'ai devenu obèse. »

Puis viens d'autres symptômes ; d'après elle des vomissements continue et des maux de tête et des vertiges avec asthénie, trouble de visuels, diminution progressive et trouble de comportement ; agressivité exprime t'elle : « je suis devenu agressive quand quelqu'un m'énerve, je n'arrête pas de crier sur mes filles. »

La patiente sentait pas bien, et surtout inutile depuis qu'elle est malade, car avant elle faisait tous les travaux de maison mais depuis sa maladie elle ne pouvait pas les faire, elle se culpabilise exprime telle : « ma fille est très fatigué c'est elle qui prend en charge de la maison à cause de moi. »

La patiente été déjà hospitalisée à Tizi-Ouzou, pour le trouble de vision, elle a resté 8jours. En sortant ils ont prescrit un traitement et un contrôle chaque 2mois, pendant son hospitalisation à Tizi-Ouzou, elle sentait mal alaise, coté service, elle n'a pas arrêté de parler sur les autres patients pour ne pas parler d'elle et sa maladie en quelque sorte elle faisait la projection.

La patiente se sentait de plus en plus mal son états s'aggrave, en suite elle a fait une radio IRM, mais toujours ne s'avait pas en quoi elle présente comme maladie. L'annonce de résultats la mise dans le choc, ce qui a provoqué le stress chez elle, donc elle perçoit sa vie entre les mains de dieux en disant : « je ne sais pas ce qui va se passé, et je ne sais pas ce que la vie nous réserve. Tout est dans les mains de dieu».

La patiente, est très triste et stressé sur l'avenir et surtout elle s'inquiète sur sa petite famille et surtout sa fille dit-elle : « ma fille est jeune pour prendre la charge de la maison ci m'arrive quelque chose».

Après l'annoncé des résultats la patiente est hospitalisé a Bejaia pour une intervention de BST, elle sentait très alaise, elle s'est armée du courage parce que son mari la soutenu il lui a bien explique, d'après elle n'a pas refusé l'intervention dit-elle : « je veux la guérison et je vais faire tous pour revenir comme avant car ma famille a besoin de moi je dois faire des efforts. »

La patiente a également fait l'opération d'après elle : « l'entrée du bloc opératoire me fait me rappeler la mort, j'ai été un peu stressé et peur de ne plus s'en sortir».L'intervention été faite la patiente est devenu mieux elle voyait très bien mais les médecins ont préféré de ne pas la laissé sortir car elle doit rester sous observation .et finalement la patiente après 15jours nous avons observé plusieurs symptômes chez elle qui apparait, telle que ; trouble de langage, de mémoire avec des maux de tête même dé fois des vomissements.

Elle est actuellement hospitalise dans le service NCH. Elle se sent découragé, triste et plein de stresse, après 5jours de traitements les médecins ont remarqué qu'il y a beaucoup d'amélioration, même notre patiente sentait mieux.

Conclusion du cas :

La patiente T avait eu une enfance malheureuse, dont une éducation très réservé. Elle pouvait pas prendre des décisions, elle ne pouvait pas faire ses études, ni réaliser ses rêves même si ce sont des petits projets. En étant malade elle s'est centrée sur son malaise, elle pleure tout le temps, elle est devenu agressive, se culpabilise beaucoup, même elle est devenu très nerveuse, même si elle eut le soutien le soutien de sa petite famille, son mari et ses enfants, elle n'a pas profité et ça ne va pas beaucoup corriger.

Le cas de de Taous

Présentation des résultats de l'échelle de cas de Taous :

Le choix de la réponse	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
Les items										
I.Tristesse					X					
II.Pessimisme		X								
III.Echec dans le passé					X					
IV.perte de plaisir					X					
V.sentiment de culpabilité					X					
VI.Sentiment d'être puni(e)	X									
VII.Sentiment négatifs envers soi-même	X							X		
VIII. attitude critique envers soi	X									
IX.pensées ou désire de suicide	X									
X.pleurs	X									
XI.Agitation					X					
XII.perte d'intérêt					X					
XIII. indécision		X								
XIV.dévalorisation		X								
XV.Perte d'énergie								X		
XVI.Modification dans les habitudes de sommeil						X				
XVII.Irritabilité		X								
XVIII.Modifications de l'appétit							X			
XIX.Difficulté à ce concentré		X								
XX.Fatigue								X		
XXI.perte d'intérêt pour le sexe.					X					

Tableau n°20 : cas de Taous

L'analyse des résultats de l'échelle de Beck :

Pour la quasi-totalité des réponses du sujet à l'échelle de Beck indiquent que le sujet souffre de dépression on trouve 10 items dont le sujet a obtenu un score de (02) ce qui indique la position négative de sujet sur l'échelle a l'item N°1 tristesse, l'item N°3 échecs dans le passé, l'item N°4 perte de plaisir, l'item N°5 sentiments de culpabilité, l'item N°8, attitude critique envers soi, l'item N°12 perte d'intérêt , l'item N°21 perte d'intérêt pour le sexe, et dans les modifications .

Les items qui comptent un scores plus élevés, ce qui indique une dépression chez la patiente, l'item N°7 sur sentiment négatifs envers soi-même, l'item N°15 perte d'énergie, et l'item N°19 difficulté à se concentrer, et l'item N°20 la fatigue qui sont un scores de 03.

Aussi l'item N°2 pessimisme, l'item N°13 indécision, et l'item N°14 dévalorisation et dans l'item N°17 irritabilité qui comptent un score de 01.

Conclusion de cas :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck, avec une note de 36 situé entre 28 et 63 indiquent que le sujet souffre d'une dépression sévère.

Présentation des résultats Taous :

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copiés à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour le sexe féminin, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tache	29	22	2%	De loin en dessous de la moyenne
L'émotion	37	42	21%	Légèrement en dessous de la moyenne
L'évitement	29	38	12%	En dessous de la moyenne
Distraction	12	39	14%	En dessous de la moyenne
Diversions sociale	10	39	14%	En dessous de la moyenne

Tableau n°21 : cas de Tous

A partir des résultats mentionner sur le tableau ci-dessus, on constate que Taous utilise en premier lieu les sous-échelles des stratégies de coping centré sur diversion sociale au elle a obtenu une note T : 44, la plaçant au 27ème percentile, et la sous-échelle centré sur distraction ça note T : 42, la plaçant au 21émé percentile. Puis elle utilise les stratégies de coping centré sur l'évitement ça note T : 42, la plaçant au 18ème percentile, ensuite elle utilise les stratégies

de coping centré sur l'émotion ça note T : 38, la plaçant au 12^{ème} percentile. Et en dernière lieu elle utilise les stratégies de coping centrée sur la tâche ça note T : 13, la plaçant au 2^{ème} percentile qui est la plus faibles des notes obtenus.

Conclusion du cas :

D'après les résultats obtenus, on constate que notre patiente T n'a pas eu un bon coping dont elle n'utilise aucunes stratégies de coping, tous les comportements sont en dessous de la moyenne.

Synthèse du cas :

La patiente T avait eu une enfance malheureuse, dont une éducation très réservée, elle pouvait ne pas prendre des décisions. Elle ne pouvait pas faire ses études, ni réaliser ses rêves même si ce sont des petits projets. En étant malade elle s'est centrée sur son malaise, elle pleure tout le temps, elle est devenu agressive, se culpabilise beaucoup, même elle est devenu très nerveuse, même si elle eut le soutien le soutien de sa petite famille, son mari et ses enfants, elle n'a pas profité et ça ne va pas beaucoup corriger. Ce qui a été vérifié par le CISS ou nous avons obtenus les résultats en faveur d'un coping négative qui est centrée sur l'émotion, ce qui fait la patiente a développé une dépression cela est confirmé par l'échelle de Beck.

Présentation de cas Saida :

Patiente S âgée de 57ans, originaire et demeurant à Bouira, mariée depuis l'âge de 20ans, mère de six enfants avec un niveau d'instruction Bac et sans profession elle n'a pas été à l'université pour finir ses études parce que son mari refuse cette idée.

Elle a été hospitalisée au sein du service de NCH de Bejaia, après être évacuée de Tizi-Ouzou où ils ont diagnostiqué un processus tumoral depuis plus de deux mois. Notre patiente n'a pas d'autres antécédents de maladie physique sauf une hypertension artérielle à l'âge de 55ans.

Madame S est née en 1957, d'un mariage, non consanguin, elle a eu un accouchement normal et un développement dans l'énorme, elle est l'aînée dans sa fratrie dont un frère et deux sœurs. Sa mère est âgée de 66ans sans profession, décédée depuis 6ans chose qu'il a beaucoup affectée parce que cette maman a pris en charge tous ses enfants depuis la mort du père où, la patiente H n'avait que 6ans. Malgré l'âge de notre patiente au décès du père mais ce dernier l'a beaucoup affectée c'était dur, le vécu de la perte du père dit-elle : « la perte de mon père a été un choc pour moi. »

L'enfance c'est plus en moins déroulée, arrivée à l'adolescence, elle s'est faite beaucoup d'amis qu'ils l'ont entourée et soutenue à leur tour, elle était une bonne élève très aimée par ses profs, pour son comportement, et sa bonne éducation dit-elle : « j'ai été une bonne élève. »

Madame S avait toujours une bonne relation dans sa famille, notamment avec ses frères et sœurs puisqu'elle a investi le rôle de deuxième rôle de maman de ses frères à fin de soulager sa mère un peu. Les choses s'améliorent de plus en plus pour cette famille quand les frères et sœurs ont une bonne relation ; ils étaient solidaires les uns par rapport aux autres, leurs relations étaient très soudées entre eux ce qu'il a aidé à dépasser les difficultés.

Madame S continua à être brillante pendant sa scolarité même au lycée et aux cours de la dernière année, où elle devait passer son bac. Elle a fait la rencontre d'un homme où elle tomba amoureuse de lui a avait achevé ses études universitaires et elle avait à peine son bac puis qu'ils s'étaient entendus pour qu'elle ne finisse pas ses études ; dit-elle : « j'ai été d'accord de fonder un foyer et d'être avec lui. ». Son mari n'a pas voulu aussi qu'elle travaille mais elle a pu faire une formation.

La patiente S a bien vécu avec son mari, c'est un très bon couple, ils ont beaucoup voyagé, elle n'a jamais regretté son choix. Même il était un bon père pour ses enfants, il a aidé beaucoup dans l'éducation de ses enfants notamment il était un enseignant de profession. Exprime-telle : « je n'ai jamais eu de problème avec lui. », même il a soutenu aussi quand elle a perdu sa mère à l'âge de 50 ans où cette perte l'a rappelée beaucoup la perte du père, elle s'est beaucoup armée du courage de la part de son mari, ainsi que son père qui était un grand apport pour madame S dit-elle : « la mort de ma mère m'a fait rappeler le jour où j'ai perdu mon père c'est été difficile pour moi, mais mon frère et mon mari m'ont aidé. »

Après deux ans, la patiente vit une situation qu'elle s'attendait jamais où un jour sans confiance sans indice au préalable son mari vient lui dire qu'il faut qu'il divorce, sa a été un

coup de tonnerre sous la tête de notre patiente puis qu'elle n'a jamais pensée à une chose pareille, elle divorce avec cet homme après 37ans de mariage.

Notre question sur les raisons qui ont poussé le mari a demandé le divorce, la patiente est très retissant, elle a même refusé de nos répondre chose qu'on a respecté. C'est au bous de l'entretien suivant qu'elle partage avec nous un bous de son histoire. Son mari a eu une relation extra- conjugale avec une jeune fille de 20ans et lui 56ans et qu'il devait se marié à elle, et qu'il sait pertinemment que sa femme jamais accepte d'être une deuxième femme. Chose qu'il a fait demander le divorce avec la première pour pouvoir se marié avec cette fille et dont laquelle il avait des relations sexuelle dit-elle : « il sait que je pouvais jamais acceptée cette situation surtout qu'il disait qu'il aime cette jeune fille, et qu'il veut à tous pris d'être avec elle. »

Notre patiente a acceptée rapidement le divorce avec beaucoup de douleurs et de déchirement en elle, mais sa fierté ne lui a pas permis de resté avec lui et de le laissé libre avec son choix. Ce fus un bouleversement dans toute à la dynamique familiale puis qu'il avait souffrance de la femme ainsi que ses enfants notamment le jeune adolescent qui était très attaché à ce père, qu'il n'arrive pas à comprendre ce qui ce passe, il avait beaucoup de troubles de comportement tels que l'agressivité.

Une souffrance qui a duré 2ans, été le même frère qu'il a beaucoup contenu la famille notamment les sœurs, ainsi que les sœurs ont étaient très présent dans ses moments difficiles de la vie de notre patiente parce qu'elle était très déprimé, triste, elle pleuré tous le temps, elle a perdu le gout à la vie. Si elle réagisse c'est été juste pour ses enfants, où elle se forcé à sourire et à faire des choses juste pour qu'il ne sentait pas sa souffrance exprime telle : « je me sentais très mal, c'est été très difficile de reprendre mes habitudes j'avais plus envie de vivre, c'est à cause de mes enfants j'ai eu le courage à vivre. »

Son mari continu de financier, apprendre soin de ses enfants parce que ses derniers ont continuaient d'avoir une bonne relation avec leurs père, et surtout de le voir sauf le dernier il avait catégoriquement tous contact avec cet homme.

Après deux ans et demi, de chagrin et de malheur, son mari réapparaît dans sa vie il revient vers elle avec une grande tristesse , avec même des pleurs pour lui demander des excuses en avouant qu'il ne veut plus continué à vivre avec cette nouvelle femme, il veut reprendre avec elle, une autre grande surprise à notre patiente ; elle qu'elle s'attendait toujours pas qui était blessée dans son amour , de son narcissique il réapparaît il veut facilement reprendre. Biensûr que c'est tout le monde refusa cette demande, surtout son frère il ne pouvait pas accepter une chose pareille. Après une longue réflexion et sous les suggestions et la demande de ses grands qui ont vus qu'ils peuvent considérer ce qui a fait son père comme erreur et que c'est humain de trompé et qu'ils peuvent reprendre la cour de leur vie.

Notre patiente S était tirée entre deux forces, entre sa fierté et le besoin de ses enfants et son besoin à elle. Parce qu'elle a aimé cet homme et qu'elle n'a eu que de bonne souvenirs avec lui dit-elle : « lorsque mon mari a voulu reprendre avec moi, je me suis rappelé tous le mal qu'il m'avait fait, toute la souffrance qu'il a en connu pendant deux ans, et quand je pense à

mes enfants et leurs besoin d'être avec leurs père en famille normale, je ne me suis forcée à accepter de revivre avec lui et de toute oublié».

Il lui a fallu du temps de convaincre son frère parce qu'elle ne voulait pas le perdre, lui qui a était très présent dans sa vie, mais son petit-fils a toujours refusé jusqu'aux jours d'aujourd'hui.

Après deux mois et demi de la reprise avec son mari elle commence à ressentir quelques symptômes ; des céphalées intense suivie d'un trouble de langage et d'une faiblesse musculaire de la hume coup droit d'aggravation progressive. La patiente a consulté un médecin neurologue à Tizi-Ouzou, ce dernier lui a demandé de faire un IRM. Les résultats lui ont mis dans un état de tristesse, découragée, c'est été un processus néoplasique thalamique gauche glial probable. d'après elle sa maladie est dû au problème qu'elle a vécu , et la période de divorce exprime telle : « l'annoncé des résultats été difficile pour moi, et je sais que la cause da ma maladie est dû aux problème que j'ai avec mon mari. », sa famille l'on soutenu , son frère lui a donné le courage même son mari ne l'a pas laissé, il était toujours au près d'elle , elle a était ensuite hospitalisée à Tizi-Ouzou, elle a fait une intervention chirurgical puis transférait à Bejaia, pour une BST.

Pendant l'hospitalisation la patiente ne sentait pas bien. Avant l'opération elle pensait toujours à son fils elle est inquiet au sort de son cas, et aussi de mourir dit-elle : « j'ai peur que mon intervention ne réussisse pas, et que je vais mourir, et mon fils ne parle pas avec son père, j'ai peur de le laissé seul dans cette vie. ». L'intervention était faite après deux jours d'hospitalisation, sa famille l'on entouré sauf son fils qui a refusé de la visiter a cause de la présence du père et pour elle c'est été très difficile.

Conclusion du cas :

D'après l'entretien, la patient avait eu une bonne ressources familiale malgré les événements douloureuses qu'elle a eu durant sa vie, dont elle a eu un choc, comme la perte de ses parents, et la période du divorce, notre patiente avait dépassé ses obstacles par l'aide de ses frères qui été présent et qui resté à côté d'elle, cela à lui permis aussi d'accepté sa maladie tout en allant à soigner.

Le cas de Saida

Présentation des résultats de l'échelle de cas de Saida :

Choix de réponse	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
Les items										
I.Tristesse								x		
II.Pessimisme		X								
III.Echec dans le passé					x					
IV.perte de plaisir		X								
V.sentiment de culpabilité					x					
VI.Sentiment d'être puni(e)	x									
VII.Sentiment négatifs envers soi-même	x									
VIII. attitude critique envers soi	x									
IX.pensées ou désir de suicide	x									
X.pleurs					x					
XI.Agitation		x								
XII.perte d'intérêt	X									
XIII. indécision	X									
XIV.dévalorisation	X									
XV.Perte d'énergie	X									
XVI.Modification dans les habitudes de sommeil					x					
XVII.Irritabilité					x					
XVIII.Modifications de l'appétit		X								
XIX.Difficulté à se concentré					x					
XX.Fatigue					x					
XXI.perte d'intérêt pour le sexe.					x					

Tableau n°22 : cas de Saida

L'analyse de l'échelle de Beck :

D'après l'analyse de l'échelle de S on constate qu'elle souffre d'une dépression modéré. En effet plusieurs réponses ont donc un score élevé dans l'item N°10 sur les pleurs à un score (2) à l'item N°20 fatigue et l'item N°19 difficulté à se concentrer. L'item N°21 la perte d'intérêt pour le sexe et échecs dans le passé. L'item N°3 et sentiments de culpabilité à l'item N°5 compte un score de 02, un autre signe indicateur de la dépression chez le sujet, la tristesse à l'item N°1 et aussi d'un score très élevé malgré que les autres scores sont très bas et qu'il comptent un score de 01 d'après les scores marqués par le sujet, la perte d'énergie peut être lié à l'interprétation que il est moins d'énergie qu'avant , si ou fait une comparaison entre les scores de la fatigue et la difficulté à se concentrer.

Les réponses précédent sont des réponses qui prennent des scores important d'après ce que le sujet a répondu. On trouve aussi d'autre signes indicateurs de la dépression chez le sujet ceux-ci ne prennent pas des scores élevés. Mais un scores aussi considérable à les items 7 se sont pessimisme, perte de plaisir, sentiment d'être puni, à l'item N°18 modification de l'appétit et à l'item N°9 pensées ou désirs de suicide, font aussi preuve d'une humeur dépressive sur les sentiments négatifs envers soi-même. L'item N°7 qui compte un score de 01 aussi le sentiment d'être puni(e), l'agitation qui compte un score de 01 sont aussi des signes indicateurs de la dépression marqué sur l'échelle du sujet mais à un degré faible.

C'est ce nom considérable de signe indicateurs qui qualifient la patiente à avoir une dépression modéré par le fait que plusieurs items compte des scores élevé , moyens à part quelque items avec un scores 01, en général presque une moitié se trouve avec scores (1) Jusqu'à (3).

Conclusion de cas :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck, indique que le sujet souffre d'une dépression modéré ça revient aux résultats de l'échelle avec plusieurs scores entre élevé et modéré, ainsi des moins élevés.

Présentation des résultats Saida

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction et les copiés à la feuille de profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour le sexe féminine, en a enregistré les résultats suivants :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile%	Interprétation de note T
La tâche	72	63	90%	Au-dessus de la moyenne
L'émotion	65	64	92%	Au-dessus de la moyenne
L'évitement	44	51	54%	Moyen
Distraction	23	56	73%	Légèrement au-dessus de la moyenne
Diversions sociale	13	44	27%	Légèrement en dessous de la moyenne

Tableau n°23 : cas de Saida

D'après les résultats enregistré sur le tableau ci-dessus en constate que Saida utilise les stratégies de coping orientées vers l'émotion ça note T : 64, la plaçant au 92ème percentile. La patient utilise les stratégies de coping centré sur la tâche sa note T : 63, la plaçant au 90ème percentile. Ensuite elle utilise les sous-échelles centrés sur distraction ça note T :56, la plaçant au 73ème percentile. Puis les stratégies de coping centré sur l'évitement ça note T : 51, la plaçant au 54ème percentile. Et en dernière lieu, elle utilise les sous-échelles centré sur diversion sociale ça note T : 44, la plaçant au 27ème percentile.

Conclusion du cas :

D'après les résultats obtenus, on constate que notre patiente S a eu un bon coping utilise les comportements de coping orienté vers la tâche puis l'émotion qui sont équilibré.

Synthèse de cas :

D'après l'entretien, la patiente avait eu une bonne ressource familiale malgré les événements douloureux qu'elle a eus durant sa vie. Dont elle a eu un choc, comme la perte de ses parents, et la période du divorce, notre patiente avait dépassé ses obstacles par l'aide de ses frères qui été présent et qui resté à côté d'elle, cela à lui permis aussi d'accepté sa maladie tout en allant soigner ce qui a été vérifié par le CISS ou elle a eu les résultats en faveur d'un coping positif qui est centré sur la tâche et l'émotion. Ce qui l'empêche de ne pas avoir le risque de souffrir de la dépression d'après les résultats obtenus dans l'échelle de Beck.

Les résultats de dépression de dix cas :

Cas	âge	Degrés de dépression	Niveau de dépression
S	20 ans	06	Minimum
N	46 ans	20	Modéré
B	49 ans	23	Modéré
M	33 ans	19	Légère
H	34 ans	38	Sévère
L	31 ans	28	Sévère
A	48 ans	17	Légère
S	31 ans	40	Sévère
T	50 ans	36	Sévère
S	57 ans	23	Modéré

Tableau N°24 : récapulative de résultats de teste de dépression de Beck (BDI-II)

D'après ce tableau, on a remarqués que quatre cas, ils sont une dépression sévère avec un degré de 28 jusqu'a 40, et trois cas ont une dépression modéré avec un degré de 20 jusqu'a 23, et un cas de dépression minimum avec un degré de 06, et deux autres ont une dépression légère avec un degré de 17 jusqu'a 19.

Les résultats de CISS des dix cas :

Les cas	Les stratégies centrées sur la tache (T)	Les stratégies centrées sur l'émotion (T)	Les stratégies centrées sur l'évitement (T)			Les stratégies utilisées
			L'évitement (T)	Distraction (T)	Diversions sociale (T)	
Samir	76	42	86	99	42	La tache
Nadjet	42	42	58	66	50	L'émotion et la tache
Boualem	31	98	96	99	54	L'émotion et la tache
Saida	90	92	54	73	27	L'émotion et la tache
Taous	2	12	18	21	27	L'émotion
Linda	7	92	46	93	21	L'émotion
Athmane	86	46	54	84	27	La tache
Hafida	31	99	38	73	10	L'émotion
Samira	2	21	12	14	14	L'émotion
Mounir	42	42	35	14	50	La tache

Tableau N°25 : récapulative des résultats de teste de CISS pour les dix cas

A partir ce tableau, on remarque que 4 cas de la population d'étude utilisent les stratégies de coping orientées vers l'émotion face aux situations stressantes. Seulement 3 cas

de la population d'étude utilisent les stratégies de coping orientées vers l'émotion et la tâche et 3 cas utilisent les stratégies de coping orientées vers la tâche.

La synthèse des cas :

D'après l'entretien, nous avons remarqué que chacun de nos cas, ont vécu des moments difficiles différents, durant leur vie, car chacun a sa propre histoire.

Pour les cas : **Samir, Athman, Mounir**, sont des personnes qui ont eue une vie heureuse avec une ambiance familiale chaleureuses, et un bon soutien familiale et personnel, ils gèrent leur problèmes, sans aucune difficulté, tout en cherchant des solutions, ce que nous avons remarqué pendant le diagnostique de leur maladie. On cite alors, leurs réactions :

Pour Athman : l'intervention ce n'est pas un problème tant que croyant en dieu, tous va bien. Dit-il : « j'ai jamais vu de ma vie, le bloc opératoire, mais je n'ai jamais peur, je sais que le dieu est avec moi, donc j'ai rien à craindre ».

Pour Samir : avait entendu de sa maladie, il est allé directement chercher en quoi elle s'agit. Dit-il : « quant j'ai su que je suis malade d'une tumeur cérébrale, j'ai cherché à comprendre sur internet, les sens de cette maladie, et même je me suis déplacé pour voir des cas comme moi, et maintenant ils se sentent mieux ».

Pour Mounir : aussi la maladie ne lui a pas mis dans les détresses, il est croyant en dieux. Dit-il : « ça fait mal en entendant, que je suis atteint d'une tumeur, mais en réalité tout le monde peut tomber un jour dans cette maladie, Hadie machait allah ».

Nous avons remarqué aussi, que quatre patients de nos cas, **Hafida, Samira, Taous, Linda**, ont les mêmes événements vécu durant leur vie, car elles souffrent de la rigidité de leurs parents et leur maris, et de l'incapacité de prendre des décisions elles se centrent sur leurs émotions, lorsqu'elles sont confrontées aux situations difficiles telle que le diagnostique de leur maladie. On cite alors, leurs réactions :

Pour Hafida, elle pleure tout le temps, angoissée par la mort, dit-elle : « je sentais que je vais mourir quand le médecin m'avait dit que j'ai eu une tumeur ». Elle a peur de laisser ses enfants seul, sachant que ses derniers est un espoir pour elle de vie.

Pour Linda, est inquiète, tous le temps triste, et seul, elle ne voulait pas savoir sa maladie, elle s'isole même elle préfère de rester silencieuse, dit-elle : « moi je n'ai pas de chance dans ma vie, et je vais mourir et mes enfants vont rester seuls ».

Pour Taous, malgré le soutien de son mari, elle se sent inutile, lorsqu'elle est malade. La patiente est devenue agressive est stresser sur l'avenir, angoissée. Dit-elle : « l'entrée du bloc opératoire, me fait rappeler la mort, j'ai été un peu stressé et peur de ne plus s'en sortir ».

Pour Samira : sa souffrance aussi reviens à la rigidité de ses parents, ces projets et ses études sont gâchés car sa mère vu qu'elle se marie avec un homme de son choix, elle peut rien faire, même la décision reviens a sa mère dit-elle : ma mère m'interdit d'aller à l'école, car pour elle je suis grand et je dois me marier » la souffrance de Samira est continu même pendant son mariage, mais le soutiens de sa belle mère été un bon signe pour elle. Et l'ors qu'elle est

tombée malade n'a pas supportée, elle est devenue triste, n'arrête pas de pleurer, en disant c'est eux les responsables dit-elle : c'est eux qui mon fait souffrir, c'est à cause d'eux j'ai eu cette tumeur », même elle se sent inutile en disant « je suis malade ma vie est gâchée, et je vau pour rien ». La seule chose qui lui a donné le courage, le faite de pensée a ses enfants.

Pour les trois autres cas : **Boualem, Nadjjet, Saida**, leur vies étai relativement bien passées, ils ont eux des moments difficiles mais ils arrivent a les surmontées a l'aide d'un proche ou bien de trouver des moyens pour les dépassées.

D'après tous les résultats obtenus durant l'entretiens, et la passation des tests, de dépression BDI-II, et l'échelle de coping, le CISS, sur les dix cas qui nous a permet de les regroupées en trois groupes.

Pour le premier groupe, ils utilisent les stratégies de coping positive qui est ce lui centrée sur la tâche, et qui n'ont pas développées une dépression qui sont ; **Athman, Samir, Mounir**.

Pour le cas de **Athman** : on a constaté durant l'entretien, que le patient aime bien se battre dans la vie, même il a éprouvé une bonne réussite sans accepté l'aide de personne, il traite ses propre problèmes. Le conflit qu'il a eu avec sa famille ne la pas beaucoup affecté, car il avait essayé plusieurs fois de régler ses problèmes, toute en parlant avec ses frères. C'est un patient qui aime être avec des relations sociale, sa maladie ne l'a pas mis dans un état de stress, au contraire il s'est armé du courage d'aller se soigner de chercher des solutions possible pour guérir sans informer sa famille, ce qui a été vérifier par le CISS, ou les résultats obtenus en faveur d'un coping positif. Même chose pour le cas de **Mounir**, Le patient a eu une enfance équilibrée avec deux parents présent, et surtout où les bons relations familiale sont très présentent ce qu'il lui a donné beaucoup de ressources personnelle pour établir les relations avec son entourage amicale et dans le réservoir, le soutien de ses amis. Ce qu'on relève de l'entretien notre patient ne se plaint pas beaucoup, il s'appuie sur ses croyances et sa force pour faire face, il agit pour trouver des solutions même si, elles sont loin. Ce qui a été vérifié par le CISS qu'il eut un coping positive. Et en fin pour le cas de **Samir**, patient est confiant ayant beaucoup de ressources personnelles est familiales, dont ses parents lui propose. Il gère efficacement ses inquiétudes, recherche des solutions ne ce centre pas sur ces émotions qui la aidée pour dépasser ces obstacles, ce qui a été vérifier par le CISS on a obtenus les résultats en faveur d'un coping positif. En concluant que ses trois cas ils n'ont pas développées une dépression.

On trouve ainsi, le deuxième groupe utilisent les stratégies de coping négative, qui est centrée sur l'émotion, et qui développent une dépression, ils sont regroupées en quatre cas qui sont ; **Hafida, Linda, Samira, Taous**.

Pour le cas de **Hafida**, La maltraitance qu'elle eut de son mari la beaucoup fragilisée, car elle est tout le temps triste, la chose que sa famille n'est pas parvenu à l'aidée, même elle est été présente. La maladie a fait que aggravée son état, suit à une détresse énorme qu'elle vivait, ce qui a été vérifier par le CISS, où on a obtenu les résultats en faveur d'un coping négative. Ainsi aussi pour le cas de **Linda**, La patiente n'a jamais eu le droit de manifesté aucun de ces émotions, elle est toujours dans la répression et cela avec une famille très

autoritaire ou la femme n'a aucun place dans la vie, même elle n'avait jamais appris à partager ces sentiments de détresse ou de joie.

Ayant été malade, elle continue à agir en douleur, elle fusait que pleuré tout seul son qu'elle le partage avec quelqu'un d'autre, ce qui a été vérifié par le CISS, ou on les résultats obtenus en faveur d'un coping négative. Même chose pour le cas de **Samira** ; la souffrance de notre patiente était depuis son enfance, la rigidité de sa famille la mise dans un état émotionnelle grave, elle s'est manifestait par des pleurs, d'agitation, elle sentait que sa vie est gâchée parce qu'elle avait beaucoup de projets a les réalisés pour l'avenir. Elle pouvait rien faire face au refus de ses parents de continuée ses études, même son mariage était leurs décision. La patiente n'avait aucun soutien familial et personnel, elle s'est centrée sur ses émotions, ce qui a été vérifié par le CISS où nous avons obtenus des résultats en faveur d'un coping négative. Et aussi on trouve le cas de Taous ; elle a eu une enfance malheureuse, dont une éducation très réservée, elle pouvait ne pas prendre des décisions. Elle ne pouvait pas faire ses études, ni réaliser ses rêves même si ce sont des petits projets. En étant malade elle s'est centrée sur son malaise, elle pleure tout le temps, elle est devenu agressive, se culpabilise beaucoup, même elle est devenu très nerveuse, même si elle eut le soutien le soutien de sa petite famille, son mari et ses enfants, elle n'a pas profité et ça ne va pas beaucoup corriger. Ce qui a été vérifié par le CISS ou nous avons obtenus les résultats en faveur d'un coping négative.

Pour le troisième groupe, ils utilisent tous les comportements de coping, qui sont centrée sur les différents stratégies de coping juste dans la moyenne, cela les a poussées de s'éloigner de la dépression sévère, ils sont regroupée en trois cas qui sont ; **Saida, Boualem, Najete**.

Pour le cas de **Saida**, la patiente avait eu une bonne ressource familiale malgré les événements douloureux qu'elle a eus durant sa vie. Dont elle a eu un choc, comme la perte de ses parents, et la période du divorce, notre patiente avait dépassé ses obstacles par l'aide de ses frères qui été présent et qui resté à côté d'elle, cela à lui permis aussi d'accepté sa maladie tout en allant soigner ce qui a été vérifié par le CISS ou elle a eu les résultats en faveur d'un coping positif, qui est centrée sur la tâche et l'émotion. Même cas pour la patiente **Najete** ; est une femme très sociable aimable, elle s'ais parler aux gens, elle a eu une bonne relations avec sa propre famille, elle a des ressources personnelle et familiale. C'est une femme très soutenu par sa famille. Les événements douloureuses rencontrées dans sa vie lui a créé une agressivité et un complexe par apporte aux autres depuis sa paralysie. L'événement qu'elle a reçus depuis sa maladie lui à révéler l'état de choc ou à la perdu ses parents, ce qui fait elle a sentait très angoissé et agiter. Mais le soutien de ses frères et sœurs lui a donné le courage de chercher à comprendre sa maladie et d'accepté les solutions possible ce qu'été vérifié par le CISS ou nous avons obtenus les résultats en faveur d'un coping positif qui est centrée sur la tâche et l'émotion. Et en fin pour le cas de **Boualem** ; patient nous parait timide, sage, moins communicant avec d'autre sauf sa femme. Les difficultés rencontrées dans sa vie la beaucoup influencé, car il est devenu agressive, il s'isole lorsqu'on parle de son enfance malheureuse. Même nous avons constaté qu'il n'a pas eu des bonnes relations avec sa famille. Il se voyait moins de valeur par apporte à ses frères, chose qu'on a constaté lorsqu'il a quitté son travail, et de rester une langue période sans reprendre, alors pendant cette période notre patient est

allé prendre soin de la terre chose qu'il aime faire pour dépecer ses émotions, le courage et le soutien de sa femme la aidé d'aller chercher un travail même depuis sa maladie, et aussi qu'elle a aidé à se soigner. Ce qui a été vérifié par le CISS ou nous avons obtenus les résultats en faveur d'un coping positif, car il utilise les comportements de coping centrée sur l'émotion.

Discussion des hypothèses :

On a commencé notre travail par l'imitation de certaines nombre d'hypothèses qu'on essaye de les confirmer ou de les infirmer, toute en faisant référence au résultats obtenu lors de la passation de l'entretien et de l'échelle de dépression BDII et l'échelle de coping CISS.

L'hypothèse générale émit était «il y une relation étroite entre les stratégies de coping et la dépression chez les malades atteints d'une tumeur cérébrale ».Et pour répondre à ces hypothèses on a utilisé l'entretien clinique semi-directif, et l'échelle de dépression de Beck et l'échelle de coping de CISS.

La tumeur cérébrale est considérée comme, production pathologique non inflammatoire de tissu de nouvelle formation qui est dû à la reproduction anormale de cellules. Et les patients atteints de cette maladie peu développé des différentes pathologies tels que, la dépression. Qui est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur, s'accompagnant généralement d'anxiété, elle entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale de fatalité désespérante.et pour faire face ils développent des différentes stratégies de coping.

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 modifie.(Piquemel-Vieu, L,2001 ,P88,).

L'analyse et l'interprétation des résultats de l'entretien et des échelles (dépression et coping), administrés sur dix cas à confirmer , notre hypothèse générale qui consiste à « **existe une relation entre les stratégies de coping et la dépression chez les malades atteints d'une tumeur cérébrale** », en effet, ce n'est pas tous les patients qui ont une tumeur cérébrale développent automatiquement une dépression, ils utilisent un coping négative ou positive comme un moyen pour faire face à leur maladie.

Pour les cas de **Hafida, Taous, Linda, Samira**, utilisent un coping négative qui est centrés sur l'émotion pour s'adapter à leurs maladie, ce qui les a pousser a développent une dépression sévères, ce qui nous a permet de confirmer notre hypothèse qui dit que « **les patients qui utilisent un coping négative développent une dépression** »

Ce que, **Paulhan et Bourgois (1995)**, définit le coping passif (négative) qui consiste à ne rien faire ouvertement (simplement), cette inactivité face à un stress et souvent liée à un état émotionnelle négatif, telle que la dépression, ainsi qu'un a une attitude de déni.

Selon les études qui ont été faite par **Pearlin et Schooler, 1978**. Les femmes sont décrites comme utilisant plus de réponses émotionnelles dans la confrontation aux situations en

difficultés, utilisant peu de stratégies de résolution de problèmes la tâche, et ayant peu de ressources de coping.

D'après plusieurs études (Bolger, 1990 ; Felton et Revenson, 1984 ; Terry, 1994), les stratégies émotionnelles sont très généralement nocives (nuisible). Certaines d'entre elles, comme la répression des émotions ou l'impuissance-désespoir se sont révélées associées à des issues dysfonctionnelles (émotionnelles et somatiques), ceci d'après les recherches citées ci-dessus et d'après d'autres études (Olf, 1991 ; Payne et Firth-Cozens, 1987). ainsi les stratégies de coping centrées sur l'émotion reflètent une orientation vers la personne. Donc les stratégies de base orientée vers la personne incluent des réponses émotionnelles, de la centration sur soi et des réactions qui relèvent de la rêverie.

Pour les cas **Samir, Mounir, Athman**, n'ont pas développés une dépression, car ils utilisent le coping positive pour s'ajuster à leurs situations qui est celui centrées sur la tâche, dont ils cherchent les meilleures solutions pour résoudre leurs problèmes ce qui nous a permet de confirmer notre hypothèse qui est « **les patients qui utilisent le coping positive ne développe pas une dépression** ». Pour **Paulhan et Bourgois (1995)**, définissent le coping actif comme une action qui consiste à modifier directement mise en place d'efforts comportementaux actifs, consistent à affronter le problème pour le résoudre.

Dans l'ensemble, les recherches récentes ont montré qu'un coping centré sur le problème réduisait la tension subie par l'individu en éliminant (ou en atténuant) le stress. Le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et la dépression d'après plusieurs études (Bolger, 1990), les stratégies orienter vers la tache fait appel à des stratégies utilisées pour résoudre un problème, le reconceptualiser (sur le plan cognitif), ou minimiser ses conséquences. Donc ces cas-là ils ne risquent pas de souffrir d'une dépression, parce qu'ils ont des moyennes de défense.

Donc, d'après les premières recherches consacrées à l'efficacité relative de stratégies de coping semblaient indiquer que les stratégies centrées sur la tache étaient plus efficace que les stratégies centrées sur l'émotion.

Et pour les restes des cas **Saida, Nadjat, Boualem**, ils utilisent les différents comportements de coping centrées sur la tâche et l'émotion et l'évitement juste pour ne pas avoir une dépression sévère et s'ajuster à leurs souffrance et leurs problèmes, en effet, nous avons confirmé que « **les atteintes tumorale utilisent les différentes stratégies de coping** » juste pour dépasser leurs situations douloureuses.

Pour les deux stratégies de coping principales (émotion et tache) peuvent être utilisées toutes les deux par un individu donné (ou pas du tout).elle peuvent interagir (contrôler le problème facilite en général la gestion des émotions et inversement).

Donc pour que une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle) si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante de diminuer son impact sur son bien-être physique ou psychique.

Enfin, on peut estimer que nos hypothèses se sont confirmées en se basant sur l'approche cognitive-comportementale. Soulignons que dans nos dix cas, on a trouvé quatre cas qui souffrent d'une dépression sévère et trois ont une dépression modérée, après avoir été atteints d'une tumeur cérébrale, ce qui fait, ces patients développent des stratégies de coping particulière afin de faire face aux différentes situations stressantes rencontrées au quotidien. Donc, le coping centré sur l'émotion c'est le type le plus fréquemment employé chez les dépressives cela nous a permis de confirmer que les personnes dépressives utilisent davantage de comportements de coping orientés vers l'émotion que les autres. Ce qui fait que ces personnes ne partagent pas leurs émotions avec l'entourage, peur de déranger, impression d'être moins intéressantes.

On peut souligner 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 la situation) avec leurs effets (fonctionnels ou non). ainsi on ne peut considérer a priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres.

CONCLUSION

Conclusion générale :

Pour conclure notre travail, on peut dire que malgré certaines lacunes qui se rapportent notamment aux difficultés rencontrées, ce travail est pour nous l'occasion de découvrir et d'approfondir nos connaissances acquise durant notre cursus universitaire.

La tumeur cérébrale est une maladie grave, mais aussi une maladie qui fait peur et qui est souvent assimilé à la mort ; elle affecte l'individu dans son cerveau dans le corps mais aussi dans son psychisme, mais on a compris qu'il y a des personnes qui pouvant s'en sortir.

Durant notre enquête de terrain, nous nous sommes rendus compte à quel point, la tumeur cérébrale, affecte les personnes au plus profond d'elle-même, pour les raisons suivantes, tout d'abord parce que cette pathologie touche un organe centrale qui est le cerveau, donc cette tumeur est localisée dans le crane, sa position peut varier en fonction de la zone concernée.

La tumeur cérébrale entraine des troubles différents car chaque zone du cerveau est associée à des fonctions différentes du corps (langage, mémoire, motricité....) donc cette tumeur peut être développée a partir l'import quelles cellules de système nerveux centrale. Mais aussi c'est une pathologie qui est un synonyme de la souffrance.

Sur le terrain, nous nous sommes aussi aperçu combien cette souffrance liée aux pathologies grave tel que la tumeur, cette souffrance est somatique ou corporelle, du fait des douleurs physiques aigues, elle est psychique en raison des conséquences de ce vécu sur le mental, à savoir le stress, l'anxiété et surtout la dépression, qui est un état morbide plus ou moins durable caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté et souffre de son impuissance et à l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire se sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie.

Pour faire face à ses situations il y ce qui développe des stratégies de coping, qui est considéré comme un moyen d'ajuster et de dépasser cette état. Et quel type utiliser par ces patients. Lazarus et Folkman définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources » (**Lazarus et Folkman, 1984a, p .14**)

Nous avons dix cas, avec lesquels nous avons réalisées un entretiens clinique semi-directif et deux échelles celle de dépression de Beck, et de coping de CISS.

Pour tous les cas rencontrés, nous avons constaté des symptômes dépressifs chez la plupart des cas tel que la tristesse, la fatigue, la difficulté à se concentrer, souligne aussi que toute les cas ont développés des stratégies de coping pour faire face et chacun a son propre type.

L'analyse du contenu des entretiens et de la population de cette étude, nous a permis de constater d'abord, que les atteints d'une tumeur cérébrale développent une dépression, et certain moment de tristesse et de difficulté de s'adapter à leur maladie. Pour cela nous avons

CONCLUSION

constaté que pour faire face à cette maladie, les patients utilisent les différents types de stratégies de coping. Nous avons trouvé celle qui est centrés sur la tâche, dont ils cherchent des solutions pour leur souffrances ceci leur permet de ne pas avoir une dépression, et celle qui est centrés sur l'émotion malheureusement, ils ont développés une dépression, car il reflète tout, et celle qui sont centrés sur les deux types qui sont l'émotion et la tâche, ces patients ont eu une dépression modérée, cela les a protégé de ne pas développer une dépression sévère.

Notre objectif principal est de montrer que devant cette situation ces personnes utilisent un certain nombre de comportements, afin de surmonter et de s'adapter à leur maladie, il se réfère aux différentes stratégies de coping tel que la tâche, l'émotion, et l'évitement, qui se caractérise par deux autres stratégies qui sont diversion sociale et distraction.

Vu que a taille d'échantillon, ainsi que le nombre des résultats de notre recherche, cette recherche restent limités et ne peuvent pas être généralisés sur toute la population des adultes atteints d'une tumeur cérébrale parce qu'elle n'est non représentatives (elles ne représentent pas la population mère.)

Avant de conclure, nous souhaitons de proposer au psychologue de service dont en a effectuer notre recherche, une prise en charge psychologique pour les cas qui souffrent à causes de leurs événements rencontrer dans la vie, dans le but de les soulager et de les empêcher de ne pas développer une dépression.

Enfin, Nous espérant que cette recherche a éclairé notre travail et apporté la lumière au thème d'étude, sur la tumeur cérébral qui est une maladie grave, et qui peut provoquer l'humeur dépressive chez les malade vu leur souffrance organique et pour cette raison nous invitons nos collègues étudiant en psychologie à approfondir ultérieurement ce sujet de recherche et découvrir les autres effets de cette maladie sur leurs vie, et surtout sur l'état psychique de ces patients et les soignants.

A ce sujet nous proposons de s'intéresser à :

- La qualité de la vie du personnel médicale et paramédicale qui sont en permanence face à des maladies grave et face à des rechutes et l'aggravation de l'état de leur patient.

**LA LISTE
BIBLIOGRAPHIQUE**

La liste bibliographique :

1. Abrèges J.Cambier, et al, H.Dehen, « **Neurologie** », 11^{em} édition. Masson, Paris, 2004.
2. Bartha Christina et al, « **la dépression : guide à l'intention des personnes déprimées et de leur famille** », édition Canada, 1999.
3. Beck, A. T. Steer, RA ET Brown, G, H « **Manuel BDI –II** », Paris, 1998.
4. Bénony Hervé et Chahraoui Khadija, « **l'entretien clinique** », édition .Dunod, Paris, 1999.
5. Cario R, « **victimologie de l'effraction de intersubjectif à la restauration sociale** », 2^{eme} édition Harmattan,Paris, 2000.
6. Chahraoui KH et Hervé B, « **méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique** », édition. Dunod, Paris, 2003.
7. Chiland collette, « **entretien clinique** », Paris, PUF ,1983.
8. Christine Bartha, et al, « **la dépression guide à l'intention des personnes déprimées et de leur famille** »,édition Canada, 1999.
9. Chrystelle Besche, Catherine Bungener, « **la psychopathologie du l'adulte** », édition Armond colin, paris, 2002.
10. Clarisse Fondacci, « **Les dépression préventions, comprendre, traiter** », édition. Spring-Verlag, France, 2009.
11. Clarisse Fondacci « **les dépressions** », édition Spreinger, France, 2009.
12. Danièle Bentue-Ferrer,et al. « **Recommandations sur les marqueurs biologiques, marqueurs biologiques dans la dépression** », édition France, 2007.
13. Daniel Vandenborrei, « **Tumeur cérébrale,information pour le patient et ses proches** », édition, Aster Harvey Cushing, 2012.
14. Didier Anzieu, et al, « **les enveloppes psychiques** », édition, Dunod, Paris, 2003.
15. Douglas B.McGregor, « **la dépression et l'exposition aux champs électromagnétiques** », Québec, Mars, 2002.
16. D.Cohen, W.Decarvatho, « **aspects sémiologique, état de dépression chez l'adulte** », édition, London, 1974.
17. E. Corruble J. Thuil P.Hardy,« **dépression récurrentes disorder** », édition, Elsevier, France, 2005.
18. Henri Chobrol,Stocey Collahan, « **mécanismes de défense et coping** », édition, Dunod,Paris, 2004.
19. Ivan Gasman, « **psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant** », édition, Vernazobres-grego, 2008.
20. J.Cottraux, M.Bauvard, « **protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie** », 3^{eme} édition, Masson, paris, 2002.
21. Jean Cottraux, « **les thérapies comportementales et cognitives** », édition, Masson, 2004.
22. Jean- François Mirère,et al. « **Thérapeutique du cancer** », 2^{em} édition, Springer, Verlaug, France, 2011.

23. Jürg Hoblutzel, « **tumeurs cérébrales et su système nerveux central, une information de la ligue contre le cancer pour les personnes concernées et leurs proches** », édition, Ligu suisse contre le cancer, berne, 2009.
24. J. Guy Besançon, « **manuel de psychopathologie, anxiété dépression et psychopathologie de Corp.** », édition, Dunod, Paris, 1993.
25. J. L.Senon, « **les antidépresseurs-traité de thérapeutiques psychiatrique** », édition, Hermann, 2002-2003.
26. Lazarus R .S ET Folkman, S, « **stress,oppraisal and coping»édition**, New-York Springer, 1984.
27. Machel, Betharold A.P, « **Manuel diagnostique statistique des troubles mentaux** »,édition, Masson, Paris, 2003.
28. Marie Déchelette, « **les tumeurs de cerveaux** »,édition, Institut Nationale du cancer, Juin, 2010.
29. Maryse delehedde, «**Qui sait-on du cancer ?** », Collection Bulles de sciences, France, 2002.
30. Michel Cortinouis, « **la dépression en médecine traditionnelle chinois** », édition. Ecole imhotep, 2010.
31. M. Bruchon Sweitzer Marie-Lou, « **psychologie de la santé : modèles, concepts, et méthode**»,édition. Dunod, paris, 2002.
32. **M.Hanus,O.Lounis, la psychiatrie pour l'étudiant, éd.Maloine, Paris, 2010.**
33. Pedinielli Jean Louis, « **Les états dépressifs** », Armand colin, Paris, 2005.
34. Pedinielli Jean Louis, « **introduction à la psychologie clinique** », 2emédition, Armand colin, Paris, 2005.
35. Pierling Graziani, Joël Swendsen, « **les stress, émotion et stratégie d'adaptation** »,édition, Armand colin, 2005.
36. Pierre L'evy-Sousson, « **la psychiatrie** »,édition, Estem, Med-Line, 1994.
1. Pierre Marty, « **la psychosomatique de l'adulte** », 1^{er}édition, Paris, 1999.
2. Rolland Jean-Pierre, « **Manuel d'inventaire de coping pour situation stressantes** », les éditions du centre de psychologie Appliquée, Paris, 1990.

Liste de dictionnaires :

3. Jacques Quevauvillier, « **Dictionnaire médical de poche** », édition. Masson, Paris, 2007.
4. H. Bloch, G. Dépret, A. Coller et al, « **Dictionnaire fondamentale de la psychologie** », édition, Larousse-Bordas, 1997.
5. Norbert Sillamy, « **dictionnaire de la psychologie** », Larousse, Paris, 2003.
6. Reinland Rohkamm, « **Atlas de poche de neurologie** », édition, Flammarion, 2005, Paris.

Les articles :

7. Emmonelle Corruble, Patrick Hardy, « **les syndromes dépressifs en cancérologie, signification et prise en charge** », ANAES, 2001.
8. Martin Drapeau, et al. « **la dépression considérations autour des choix de traitement, sous la loupe des psychologues et chercheurs au Québec** », 2010 .PDF.
9. Tumeurs cérébrales, « **comprendre le diagnostic** », édition, société canadienne du cancer, 2008, PDF.
10. Piquemel-Vieu, L, « **le coping, une ressource à identifier dans le soin infirmier, in, recherche en soins infirmier** », N°67, décembre, 2001.

La thèse :

11. Losséni. Fofana, Thèse de doctorat de psychologie, « **évaluation des Schémas cognitivo-émotionnels chez des patients anxio-dépressifs en fonction d'une prise en charge en psychothérapie cognitive** », université Charles-de-Gaulle-Lille3, 2007.

ANNEXES