

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA.**

**FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SCIENCES  
SOCIALES.**

**Département des Sciences sociales**

**Mémoire de fin de Cycle  
Pour l'obtention du diplôme de Master**

**Option : psychologie clinique**

**Thème**

**Les stratégies de coping des personnes ayant un parent  
atteint de la maladie d'Alzheimer  
(Études de cinq cas)**

**Préparé par :**

- 1- AIT HABIB Ouafia
- 2- SAIDJ Amazigh

**Encadreur :**

**Mme. MEKHZEM Kahina**

**Année universitaire 2015-2016**

## **Table de matières**

L'introduction.....

### **Le cadre général de la recherche**

1. La problématique.....5
2. Les hypothèses.....10
3. Définition et opérationnalisation des concepts.....10

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : La maladie d'Alzheimer**

Préambule.....16

1. Historique.....16

2. Définition de la maladie d'Alzheimer.....17

3. Symptômes de la maladie d'Alzheimer.....18

4. Les facteurs de risque.....21

4.1 Facteurs de risque modifiables.....21

4.2 Autres facteurs de risque.....25

4.3 Facteurs de risque non modifiables.....25

5. Critère diagnostique.....26

6. L'évolution de la maladie d'Alzheimer.....27

7. Traitement de la maladie d'Alzheimer.....28

7.1 Historique des pistes thérapeutique.....28

7.2 Traitements médicamenteux actuels.....29

7.3 Les soins non-médicamenteux conventionnels.....	30
7.4 Les traitements alternatifs.....	31
7.5 Autre traitements.....	32
Conclusion.....	34

## **Chapitre II : Stress et coping**

Préambule.....	36
----------------	----

### **A) Le Stress**

1. Historique.....	36
2. Définition du stress .....	38
3. Les symptômes du stress .....	39
4. les déterminants du stress.....	41
5. processus du stress selon Lazarus et Selly. ....	42
a- La théorie biologique .....	43
b- La théorie physiologique du stress .....	44
c- La théorie transactionnelle du stress .....	44

### **B) Le coping**

1. Définition.....	45
2. Coping et résilience.....	46
3. Coping et stress.....	47
4. Model explicatif du coping.....	48
5. les style du coping.....	50

6. Les stratégies du coping.....	51
7. Les stratégies du coping face au stress.....	54
8. Les caractéristiques d'évaluation du coping.....	55
9. Les déterminants du coping.....	57
10. La famille face à la maladie d'Alzheimer.....	62
Conclusion.....	64

### **Partie pratique :**

#### **Chapitre III: Méthodologie de la recherche**

Préambule.....	66
1. La pré-enquête.....	66
2. La méthode de recherche.....	67
3. Présentation de lieu de recherche.....	68
4. Les caractéristiques de groupe de recherche.....	71
5. Les outils utilisés.....	72
6. Déroulement de la pratique.....	81
Conclusion.....	81

#### **Chapitre IV: présentation, analyse des cas**

Préambule.....	84
1. Présentation et analyse des résultats.....	84
Cas 1.....	84
Cas 2.....	87

Cas 3.....	90
Cas4.....	92
Cas5.....	94
2. Discussion des hypothèses.....	97

**Conclusion général**

**Bibliographie**

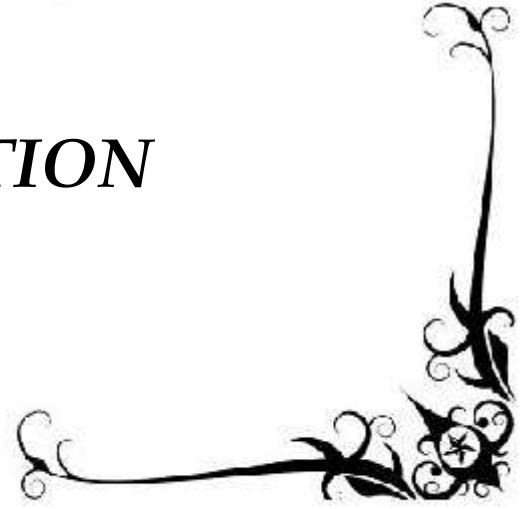
**Annexes**

## La liste des tableaux :

<b>Numéro du tableau</b>	<b>Titre du tableau</b>	<b>La page</b>
<b>N1</b>	Les caractéristiques de la population d'étude	71
<b>N2</b>	Guide d'interprétation des notes T	80
<b>N3</b>	Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Ms Tahar	86
<b>N4</b>	Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Rosa	89
<b>N5</b>	Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Salem	91
<b>N6</b>	Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Achour	93
<b>N7</b>	Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Sonia	97



# *INTRODUCTION*



### **Introduction :**

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

La maladie c'est une pathologie physiologique ou psychologique dans laquelle 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.

Avec le vieillissement de la population, la maladie d'Alzheimer est devenue un problème majeur de santé publique.

Nous avons choisi dans cette modeste recherche, de travailler sur cette maladie qui est la maladie Alzheimer étant la plus fréquente de nos jours.

Certains voient en elle un « problème majeur de société », d'autres la qualifient de « maladie de la mémoire » ou de « retour en enfance ». La maladie d'Alzheimer, décrite pour la première fois par le psychiatre du même nom en 1906, après avoir étudié le cerveau d'une de ses patientes décédée à 56 ans, suite à la perte précoce et progressive de l'ensemble de ses facultés mentales.

Parmi les répercussions psychologiques qui peuvent se présenter chez un malade atteint de la maladie d'Alzheimer, on peut citer des défaillances dans la mémoire comptent parmi les premiers signes de la maladie d'Alzheimer et de la plupart des autres démences. Ces défaillances se manifestent d'abord par des petites perturbations de la vie quotidienne. Ces troubles s'accroissent à tel point que des ponts entiers du passé récent disparaissent, et suite à cela la mémoire du passé plus lointain elle aussi est atteinte peu à peu.



Ainsi, la mémoire se dégrade progressivement et non subitement, touchant la mémoire des événements récents en premiers (on perd en premier ce que l'on a acquis en dernier). Loi de Ribaud

Le malade atteint d'Alzheimer voit sa compréhension du monde morcelée par les troubles de la mémoire ; de plus, sa capacité de déduire les éléments pertinents de la situation à partir des éléments disponibles diminue dans la même mesure.

Plus tard dans l'évolution de la maladie d'Alzheimer, comme cela arrive souvent, l'état du malade nécessitera un aide à domicile, d'une part pour lui fournir des soins plus adaptés, d'autre part pour décharger l'entourage proche.

Dès le début de la maladie, le proche (la plupart du temps l'enfant) s'occupe de distraire de soigner, et de veiller sur le malade, souvent 24 heures sur 24. En plus de cette tâche quotidienne, il doit gérer les affaires du parent, les rendez-vous avec les médecins, les aspects financiers de cette longue maladie, devant supporter la fatigue mentale et physique ainsi que la tristesse provoquée par la lente et irrémédiable «dérive» du proche, souvent au détriment de sa propre santé. A la suite de ces constatations nous allons essayer de voir Comment le proche vit-il ces différents stades de la maladie? Jusqu'à quel point peut-il tout assumer seul? La limite est-elle la même pour tous? A qui les proches peuvent-ils faire appel en cas de besoin?

La psychologie a mis en place de nouvelles façons de faire face, parmi ces méthodes il ya ce qu'on appelle les stratégies de coping qu'est comme transaction entre l'individu et l'événement stressant.

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

## **Introduction générale**

---

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

Dans ce travail de recherche, nous nous intéresserons à une pathologie qui est l'Alzheimer et les stratégies de coping utilisé par l'aidant (les enfants), et comment ces dernière se sentent stressé et déséquilibré peuvent faire face à cette situation et quelle est leur réaction.

### I. Problématique :

Pour L'OMS La santé « est un état complet de bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de la maladie », L'OMS l'organisation mondiale de la santé, implique tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfait, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. Eric Miller, 2006, p.14

Elle se présente comme un objectif, que certains jugeront utopique puisqu'elle classe, selon le pays étudié, de 70% à 99%. Des gens comme n'étant pas en bonne santé ou malade, Avec le vieillissement de la population, la maladie d'Alzheimer est devenue un problème majeur de santé publique. La maladie dégénérative Alzheimer provoque des lésions des neurones ou cerveau ; elle n'est pas un processus normal de vieillissement ; elle est une maladie. Découvert en 1909 par le neurologue Alois Alzheimer, cette maladie provoque une détérioration graduelle des cellules nerveuses du cerveau. Coquet, 2008, P3)

La sensibilisation est primordiale face à L'Alzheimer toujours en progressions en cause: l'allongement de l'espérance de vie et une baisse du taux de natalité. Selon les statistiques de la Société algérienne de neurologie et de neurophysiologie clinique, le professeur Arezki Mohamed, président de la SANNC, déclare que 100 000 personnes sont touchées et seul 10000 se font traitées, en ajoutant que cette maladie neurologique dégénérative qui induit une perte graduelle mais définitive des facultés mentales. Selon le professeur Masmoudi la maladie commence à paraître dans les années 2000 le neurologue accuse une mal gestion de cette maladie en hausse en Algérie. En insistant a agir le plus rapidement car selon le ministre de la santé l'espérance de vie est allongé à 76 ans et l'OMS attend une hausse de la maladie qui à touché 26 millions de

personnes dans le monde. En sachant que l'âge n'est pas le seul facteur, la prédisposition génétique, la pollution atmosphérique, la consommation abusive de l'alcool et du tabac ainsi que le régime alimentaire inapproprié sont aussi à l'origine du mal de la vieillesse. (SANNIC. 2015, P3)

Selon les données sociodémographiques récoltées dans des études nord-américaines (Clément et Lavoie, 2001; Lesemann et Martin, 1993), la famille immédiate tiendrait un rôle central: 70% des aidants sont des conjoints ou des enfants adultes. Environ 70% d'entre eux sont des aidants principaux. La moitié des aidants vivent avec la personne malade. Ces aidants font souvent l'objet d'autres types de demandes: 24% des enfants adultes ont un enfant de moins de 18 ans à charge; la moitié exerce une activité professionnelle, 9% l'ont abandonné pour se consacrer à la prise en charge du parent. Au domicile de la personne atteinte de démence, l'aidant principal est d'abord le conjoint. S'il n'y a pas de conjoint le choix le plus prévisible se porte sur la personne de la fille adulte. On désigne les aidants non professionnels (famille, amis, voisins...) par le terme « aidants informels » par comparaison aux aidants professionnels appelés « aidants formels ». (Eric Salmon et Anne Rigot, 2009, P 9)

La cause de la maladie d'Alzheimer n'est pas encore connue, mais plusieurs facteurs peuvent être liés à la maladie avant de présenter des symptômes cognitifs tels que : perte de mémoire, perturbation des fonctions exécutives ; difficulté à accomplir des tâches de la vie quotidienne. De même que des symptômes comportementaux et psychologiques comme la dépression ; apathie ; l'anxiété. Aucun traitement ne peut arrêter l'évolution de la maladie d'Alzheimer, la personne qui atteint de cette maladie ne trouve que sa famille comme premier et principal soutien. La qualité du soutien des proches est déterminante dans l'évolution de la maladie. L'accompagnement durant de longues années d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer a des répercussions sur le rôle et les responsabilités des membres de la famille. En

fait, la maladie d'Alzheimer touche tous les membres de la famille : les conjoints, les enfants et même les petits enfants. Un volet essentiel du traitement consiste à informer tous les membres de la famille, et à les aider à comprendre et accepter ce que l'avenir leur réserve. La plupart du temps, le malade sera pris en charge par un proche essentiellement-le plus souvent un conjoint ou un enfant d'âge adulte. (Milica VALETTE, 2010, P 17)

L'incompréhension de certains comportements dysfonctionnel (tel que les cris, l'agressivité, l'apathie...) présenté par la personne âgée souffrante, aussi l'impuissance de ne pas ou ne plus savoir quoi faire ou comment garder le lien avec celui qui deviens « un étranger » « quelqu'un d'autre » du fait de transformation de sa personnalité initial, du déficit de communication verbal (aphasie, amnésie ...) et/ou non verbale ( absence ou manque de signes de reconnaissance de l'environnement, de lui-même, de ses proches) ;de l'absence de validation en réponse aux stimuli de l'entourage, sans savoir comment décoder ce nouveau langage corporel du patient, empêchant les aidants de comprendre ou de rejoindre « le monde intérieur » de la personne atteint la maladie d'Alzheimer. (Vallete. M, 2010, P 27)

Prendre soin d'une personne atteint de la maladie d'Alzheimer peut s'avérer éprouvant sur le plan physique et émotionnel, chaque jours, des nouvelles difficultés surgissent ; il faut s'adapté aux comportements changeants du malade et trouver des moyens de l'aider, se qui peuvent posés un stress chez la personne qui accompagne le malade, le stress est une réponse non spécifique de l'organisme à tout demande d'adaptation qui lui est faite, cette demande d'adaptation permanente qui est la définition même de "la vie augmente" parfois au point de devenir désagréable et c'est alors que ce nous appelons le stress dans le langage courant, apparait « transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évalué comme désabordant les ressources d'un individu et pouvant maitre en danger son bien être » ( Olive.,L , 2011, P15)

S'occuper d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer exige du temps et de l'énergie, c'est une tâche qui peut s'avérer accaparante et stressante, face à cette situation le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par l'homme pour qu'il retrouve un bien être psychologique et un certain équilibre et un certain équilibre de vie, ainsi pour dépasser le conflit, la crise, ou 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 tout emprises. (Sylvie E, Florence S-A, Pierre T, 1984, P3)

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, comme un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources. (Lazarus et Folkman, 1984, P14)

Le coping est un facteur stabilisateurs permettant à l'individu de maintenir une adaptation psychosocial pendant l'apparitions de stress, dans tout stratégies de coping on voit apparaître des démentions comportementales, cognitives et affectivenant dans la façon dont le sujet compose avec les exigences de la situation et les émotions que cette situation suscite. (Sylvie E, Florence S-A, Pierre T, 1984, P3)

Plusieurs études se sont intéressées ou stratégie de coping mises en place par les proches et leur relation avec déférente, indices de santé mental et psychologique. Comme l'étude de Williamson et Schulz (1993) montrent que les affectes dépressifs des proches sont influences par les types de coping mis en place. Ainsi, les stratégies reliées à des affectes plus dépressifs faire comme si de rien n'était, entre prendre des actions directes par rapport aux troubles mnésiques du patient et faire preuve stoïcisme par rapport au déclin graduel du

patient. Les stratégies reliées à des affects moins dépressifs incluaient de relaxation en réponse aux déficits mnésiques, l'acceptation face aux troubles de communication du patient et son déclin, et la recherche d'un soutien social fin de faire face au déclin de la personne aimée. L'étude d'Adles et Al (1996) indique une influence du sexe et du statut familial du proche sur le coping. Ainsi selon les résultats de cette étude, ce sont principalement les conjoints de patient atteint de démence qui souffrent le plus de trouble dépressifs et de sentiment d'exaspération, avec des différences de coping selon le sexe (Bruchon-S, M.et Quintard, 2001.P 16)

Pour cette raison, notre modeste travail de recherche est centré sur l'étude, la description des manifestations des sujets ayant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer en utilisant : l'échelle de Lazarus et Folkman de stress et un entretien avec les adultes ayant un parent atteint de la maladie pour essayer de répondre à la question suivante :

**. Comment les sujets ayant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer font face à cette maladie ?**

### **II. Les hypothèses :**

Afin de répondre à cette question nous avons proposé l'hypothèse suivante :

- Les personnes ayant un parent atteint de la maladie Alzheimer utilisent différentes stratégies de coping

### **III. Définition et opérationnalisation des concepts :**

) **Définition des concepts :**

**a- Les stratégies du coping :**

Le dictionnaire de psychologie définit le coping comme « processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ces

motivations fait face à la vie et notamment à une situation stressante et réussit à la maîtriser » (le grand dictionnaire de psychologie, Larousse, 1991, p218)

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, 141)

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 (Lazarus et Folkman, 1984 ; Lazarus et Launier, 1978).

### ➤ **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 : négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations.

### ➤ **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 catégories. Ce type de coping comprend alors des stratégies cognitives qui ne modifient pas la situation. (M, B, 2002)



### ➤ **La recherche du soutien social :**

La recherche du soutien social 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 social ni avec le soutien social, notion déjà représentée ci-dessus (et qui sont 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) (Chabrol. H, Callahan. S, 2004, p112).

### **b-la maladie d'Alzheimer :**

Selon l'OMS organisation mondiale de la santé en 1993 la maladie d'Alzheimer est définie en ces termes « la maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primaire, s'étiologie inconnue et qui présente des altérations neuropathologiques et neurochimiques caractéristiques. Elle commence, en général, de façon insidieuse et lente et évolue progressivement pendant plusieurs années » (Selmès J., 2004, p15)

La maladie d'Alzheimer est la plus fréquente des démences chez le sujet âgé. Le diagnostic repose sur des données cliniques (troubles de la mémoire associés à un ou plusieurs autres troubles cognitifs, retentissant sur l'autonomie) et sur l'exclusion d'autres diagnostics par des examens complémentaires simples (biologie sanguine, imagerie cérébrale). Il n'y a pas de traitement curatif et l'évolution se fait inéluctablement vers l'aggravation ; une prise en charge adaptée (médicale et sociale) permet de maintenir une qualité de vie acceptable pour le malade et son aidant, et d'éviter la survenue de troubles psycho-comportementaux.

Au début de la maladie, le diagnostic différentiel se pose surtout avec le vieillissement normal et la dépression. D'autres pathologies, neurodégénératives (démences frontales, démences à corps de Lewy) ou non (démence vasculaire), sont aussi à considérer. Leur présentation clinique, leur évolution et leur prise en charge diffèrent. Les démences dites curables (métaboliques, toxiques, hydrocéphalie chronique) sont en fait rares mais à envisager systématiquement. (Ibid, 2004, p16)

### **c- Les personnes (aidant) :**

Un proche aidant peut être un membre de la famille, par exemple un enfant ou un conjoint, un ami ou un voisin qui apporte de l'aide ou procure des soins à une personne se trouvant dans un état qui requiert de l'assistance, et ce, sans rémunération (Santé Canada, 2005). L'aide consiste en une assistance, un appui ou un soutien qu'une personne apporte à une autre momentanément afin de lui être utile ou de faciliter ses actions (Larousse, 2011). En 1997, la National Alliance for Caregiving a présenté un index permettant d'évaluer le degré de demande de la situation d'aide. Celui-ci associe le niveau de soins selon la difficulté, le nombre d'heures de soins hebdomadaires et le type d'aide fourni. Le niveau un représente l'aide la moins difficile et la moins intense tandis que le niveau cinq est le plus ardu et le plus soutenu. Le niveau un correspond à 0 à 8 heures de soins par semaine alors que le niveau 4 indique plus de 41 heures ou des soins constants. De plus, l'index contient une mesure de l'épuisement physique, du stress émotionnel et des difficultés financières. Chacun des items correspond à un niveau de 1 à 5, 1 étant par exemple « pas du tout stressé » et 5 étant « très stressé » (National Alliance for Caregiving, 1997). (Cindy. P, 2011, p21).

### **Opérationnalisation des concepts :**

#### **a- L'opérationnalisation de la variable des personnes (aidants) ayant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer :**

-Tout personne qui a un père ou une mère souffrent de la maladie d'Alzheimer et qui le prends on charge, ce qui provoque une situation stressante.

-L'annonce de la maladie d'Alzheimer représente un choc, un traumatisme psychisme pour les aidants.

- l'Alzheimer est une expérience qui bouleverse la vie des personnes et qui engendre un stress supplémentaire.

-Les aidants éprouvent des sentiments de culpabilité, de peur, d'impuissance, de même d'inquiétude et d'anxiété.

#### **b- Le coping :**

-Il désigne un ensemble des réponses et des réactions que l'individu va élaborer pour réduire la situation aversive.

-Ils orientent vers l'émotion afin de répondre aux exigences de la vie.

-Les individus centrent sur la tache pour affronter les situations difficiles.



*Partie theorique*



A decorative border consisting of black, ornate floral and scrollwork patterns. It forms a rectangular frame around the central text, with intricate designs at the corners and along the sides.

*Chapitre I*

*La maladie d'alzheimer*

**Préambule :**

Avec le vieillissement de la population, la maladie d'Alzheimer est devenue un problème majeur de santé publique.

Outre la prise de conscience générale des problèmes que pose cette maladie, son coût global pour la société, déjà très élevé, ne devrait cesser de s'alourdir car sa prévalence croît d'une manière exponentielle avec l'âge. Les progrès effectués ces dernières années, tant sur le plan physiopathologique, clinique que thérapeutique, sont considérables. Le souci actuel du clinicien doit être de diagnostiquer la maladie le plus précocement possible afin d'instaurer une prise en charge rapide et adaptée. Cela impose également une information et un accompagnement du patient et de sa famille. En effet, la durée de la maladie d'Alzheimer est d'environ 8 ans avec des extrêmes pouvant aller de deux ans pour les formes rapidement évolutives, à vingt ans pour les formes plus lentes. Le médecin va donc avoir à accompagner ces patients pendant une dizaine d'années, et à faire face, avec l'aide d'un centre spécialisé, à l'ensemble des complications pouvant survenir tout au long de la maladie.

Dans ce chapitre, nous aborderons d'abord l'historique de la maladie d'Alzheimer, sa définition, ses symptômes, puis l'évolution de la maladie, la dimension psychologique et sociale, ensuite les facteurs de risque et les facteurs protecteurs après les critères diagnostiques, traitement et la famille face à cette maladie. Enfin, on terminera par une conclusion du chapitre.

**1-Historique :**

En 1901, Alois Alzheimer (1864-1915) neuropsychiatre allemand, décrit chez sa patiente âgée de 51 ans le développement progressif d'une altération du fonctionnement intellectuel associée à des troubles psychiatriques marqués par le délire de jalousie, des hallucinations, des troubles du langage, des difficultés gestuelles, agitation et surtout des troubles de mémoire. (Cherifa. A, 2011, p19).

Auguste mourut après 4 ans et demi du début des troubles et en 1906 lors de l'autopsie de sa patiente Alois Alzheimer décrivit deux types d'anomalies : des plaques séniles, et des formations anormales situées à l'intérieur des neurones qu'il nomma «dégénéscences neurofibrillaires ».

En 1910, Kraepelin(1856-1926) dans sa huitième édition de son traité des maladies mentales proposa de nommer le nom de son élève Alzheimer à une forme particulière de démence survenant chez le sujet relativement jeune.

Durant les années 60, la présence des mêmes lésions, plaques séniles et dégénéscences neurofibrillaires, dans les types de démences, séniles et préséniles, amena la communauté médicale à réunir ces deux entités sous un terme unique qui est démence de type d'Alzheimer.

Entre 1970 et 2010, le terme démence de type d'Alzheimer est remplacé par maladie d'Alzheimer. Elle représente un pôle d'intérêt pour le chercheur étant donné l'accroissement du nombre des cas qui évolue à cause de l'augmentation de l'espérance de vie, les progrès scientifiques qui fournissent des outils, des techniques et des connaissances qui peuvent servir à l'exploration et à la compréhension de la maladie d'Alzheimer que ce soit pour le diagnostic ou pour la prévention et le traitement.(Ibid. p20)

## **2-Définition de la maladie :**

La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative du tissu cérébral qui entraîne la perte progressive et irréversible des fonctions mentales. C'est la principale cause de démence chez les personnes âgées, touchant environ 24 millions de malades à travers le monde. Au Canada, elle représente 64 % de tous les cas de maladies cognitives irréversibles.

Le processus neurodégénératif responsable de la maladie est encore mal connu : il serait dû à la formation de plaques amyloïdes et d'agrégats de protéines tau

formant les dégénérescences neurofibrillaires. L'atrophie neuronale résultante touche dans un premier temps le lobe temporal interne (et notamment l'hippocampe) puis les cortex associatifs frontaux et temporo-pariétaux à un stade plus avancé.

Il ne s'agit pas d'une « nouvelle maladie » car elle a toujours existé. La maladie d'Alzheimer a été identifiée aux environs de 1906 par un médecin allemand, le Dr Alois Alzheimer. Il s'agit d'une maladie dégénérative qui détruit les cellules vitales du cerveau et dont les symptômes précoces sont des troubles cognitifs, des problèmes de comportement et des difficultés fonctionnelles. (Marie-Josée.L, 2007, p.2)

Pour l'OMS., c'est une altération progressive de la mémoire suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours. Apparue au moins depuis six mois et associée à au moins un trouble d'au moins l'une des fonctions suivantes : le calcul, le langage, le jugement, altération de la pensée abstraite, les praxies (lorsque la personne ne peut plus faire des gestes), la gnose (les personnes ne sont pas conscientes de leur trouble) et puis les modifications de la personnalité. (Berlioz.T, 2006, p.1)

### **3-Les symptômes de la maladie d'Alzheimer :**

Voici les principaux symptômes rattachés à la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, ils peuvent varier selon les personnes et les stades de la maladie.

#### **➤ Les troubles de la mémoire :**

C'est le symptôme le plus connu de la maladie d'Alzheimer. Au départ, les personnes atteintes ont tendance à oublier des événements récents (par exemple, ce qu'ils ont fait la veille).

Par contre, elles conservent une mémoire claire d'événements passés (par exemple, un souvenir d'enfance). (Marie Claire. S et Gilles. L, 2011, p.19)



Avec le temps les oublis deviennent plus nombreux. la personne égare des objets et a de plus en plus de difficulté à exécuter ses tâches quotidiennes.

➤ **la modification de l'humeur et des comportements :**

C'est également l'un des symptômes les plus courants de la maladie d'Alzheimer. Certains traits de la personnalité se mettent à changer. par exemple une personne renfermée devient soudainement très sociable. une autre passe de la joie à la tristesse très rapidement sans raison. Aux stades plus avancés, les personnes atteintes peuvent développer des épisodes de dépression et d'anxiété. (Ibid, p202)

➤ **Les troubles du langage :**

La maladie d'Alzheimer peut attaquer la région du cerveau liée au langage. à mesure que la maladie progresse, la personne atteinte a de plus en plus de difficulté à trouver les mots pour s'exprimer et à comprendre ce que l'on dit. Elle oublie souvent ce qu'elle voulait dire. Malgré cette perte de langage, la personne atteinte reste sensible aux expressions du visage, aux caresses et aux gestes d'affection, même aux stades avancés de la maladie.

➤ **la coordination des mouvements :**

Quand la maladie est avancée, la personne perd une partie de sa coordination. Elle a de la difficulté à utiliser des objets. elle est souvent agitée et fait sans cesse les mêmes mouvements. Avec le temps, elle peut même faire de l'épilepsie. (Ibid. p21)

➤ **les troubles mentaux :**

À un stade avancé, les personnes atteintes peuvent avoir des troubles mentaux. ils auront des hallucinations ou encore des idées délirantes. Elles

doivent alors faire l'objet d'une surveillance constante pour leur propre sécurité.  
(Ibid. p22)

#### **4- l'évolution de la maladie d'Alzheimer :**

La maladie se présente se forme de troubles de la mémoire ou du comportement, évoluant progressivement vers une démance.les troubles cognitif peuvent être évalués plus finement par un interrogatoire standardisé (formulaire).Fréquemment y sont associés des troubles de l'humeur. A une phase tardive apparait une altération de l'état général avec dépendance pouvant aller jusqu'à une dénutrition, voire le décès.

**Phase1.** il y une perte graduelle de la mémoire pouvant causer de la dépression et de l'anxiété, qui passe souvent inaperçue.les personnes atteintes tenteront de pallier leurs difficultés en tenant des aides- mémoire et en ayant recours a leur proches, mais malgré les apparences, la détresse est toujours présente.

(Marie-Josée.L, 2007, p18)

**Phase2.** la mémoire a court terme se dégrade.les patients trouvent donc de plus en plus difficile d'apprendre et de retenir de nouvelles informations.ils ne se rappellent plus les événements les plus récents tandis que leur souvenirs de jeunesse et d'âge moyen sont encor bien préservés .le sens du temps et de l'orientation s'estompe peu a peu, rendant les malades incapable de retrouver leur chemin dans des endroits familliers.ils deviennent graduellement incapables de planifier des repas, de gérer leur argent, de prendre leurs médicaments aux heures demandées, etc.

Les malades peuvent également souffrir des troubles suivant :

- aphasie : une difficulté a exprimé leur pensée oralement ;
- apraxie : une incapacité d'exécuter des mouvements coordonnés ;

- agnosie : un trouble de reconnaissance et d'interprétations des objets familiers ;
- prosopagnosie : un trouble de reconnaissance des visages.

Malgré ces troubles intellectuels, les patients parviennent encore à manger, assurer leur hygiène corporelle et à s'habiller eux-mêmes. Par ailleurs, des symptômes psychiatriques tels que l'irritabilité, l'anxiété, la dépression et des changements de la personnalité peuvent engendrer des conflits interpersonnels.

**Phase 3.** Les gens qui atteignent le troisième stade de la maladie deviennent très confus et désorientés. Ils manifestent parfois des symptômes de psychose, notamment des hallucinations et des délires paranoïdes, aggravés par la perte de mémoire et la désorientation. Les comportements sont souvent plus accentués la nuit.

La dégénérescence nerveuse entraîne la réapparition de certains réflexes archaïques (gestes innés du nouveau-né à la naissance) ainsi qu'une incontinence urinaire et fécale. Les malades peuvent devenir agressifs, exigeants, voire violents ou asociaux. D'autres sont, au contraire, très dociles et dépendants.

Les patients négligent leur hygiène corporelle et, s'ils sont laissés sans surveillance, peuvent errer vainement pendant des heures. À ce stade, l'hospitalisation ou une surveillance en permanence devient nécessaire. (Ibid.p19)

#### **4-les facteurs de risque :**

##### **4-1 facteurs de risque modifiables :**

- ❖ **Facteurs de risque communs à la maladie d'Alzheimer et aux maladies cardiovasculaires.**

Les taux élevés de cholestérol dans le sang, l'hypertension artérielle, le diabète, le tabagisme, et l'obésité sont les principaux facteurs de risque modifiables pour

les maladies cardiovasculaires ,y compris les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux.les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires sont également les facteurs de risque pour la maladie d'Alzheimer et les troubles cognitifs vasculaires.ces facteurs de risque cardiovasculaires sont plus fréquents dans les groupes plus âgées.

#### ❖ **Tabagismes :**

Le tabagisme est directement lie a un large éventail de maladies ,y compris le cancer se diverse formes, les maladies cardiovasculaires et le diabète .il est possible d'affirmer avec force et assurance que le risque de développer la maladie d'Alzheimer est de 45% plus élevé pour les fumeurs(par rapport aux non-fumeurs et ex-fumeurs).les fumeurs sont également exposés un risque plus élevé de maladie vasculaires(bien que les preuves ne soient pas aussi convaincantes)et même d'autre formes de trouble cognitif. En outre, les personnes qui cessent de fumer réduisant leur risque.il est encourageant de constater qu'en cessent de fumer, il est non seulement possible de limiter les autres effets néfastes du tabagisme, mais également de réduire le risque de maladies cognitives. (Société Alzheimer, 2015, p1)

#### ❖ **Hypertension artérielle :**

Les personnes qui développent une hypertension artérielle dans la quarantaine sont plus susceptibles, en moyenne, de développer un trouble cognitif que celle dans la pression artérielle est normale. L'hypertension affecte le cœur, les artères et la circulation sanguine, de sort qu'elle augmente le risque de développer la maladie d'Alzheimer et en particulier les troubles cognitifs vasculaires. Selon la recherche, l'activité physique et une alimentation peuvent réduire l'hypertention.si cela ne fonctionne pas, certains médicaments contribuent à la réduire.

**❖ Diabète :**

La recherche a montré que le diabète de type 2 dans la quarantaine est associé à un risque accru d'Alzheimer ou de maladie apparentée de maladies vasculaires et des troubles cognitifs. En fait, les personnes atteintes d'un diabète de type 2 sont deux fois plus susceptibles, en moyenne, de développer un trouble cognitif que les personnes en santé.

**❖ Taux élevé de cholestérol :**

Les personnes qui présentent un taux élevé de cholestérol total dans la quarantaine sont plus susceptibles, en moyenne, de développer l'Alzheimer ou une maladie apparentée que celle dans les taux de cholestérol total est normal. La recherche a montré que les personnes qui traitent leur taux de cholestérol élevé avec des médicaments appelés (statines) réduisent leur risque de développer un trouble cognitif. Il est donc important, pour la santé du cœur et du cerveau, de traiter un taux de cholestérol élevé. L'hypercholestérolémie est un facteur de risque important pour l'hypertension et le diabète et contribue également à augmenter les risques de maladies cardiovasculaires.

**❖ L'obésité et le manque d'activité physique :**

L'obésité et le manque d'activité physique sont des facteurs de risque importants pour le diabète et l'hypertension artérielle, et devraient donc également être pris en considération. L'obésité dans la quarantaine peut augmenter le risque d'Alzheimer et de maladies apparentées et, pour cette raison, il faut la combattre.

**4-2 Autres facteurs de risque :****❖ Alcool :**

L'alcool, qui est en cinquième rang des facteurs de risque le plus importants de mortalité et l'incapacité dans le monde, a été impliqué comme facteur causal dans plus de 200 maladies et blessures, y compris les principales maladies non transmissibles dont la cirrhose, certains cancers et les maladies cardiovasculaires.

Les personnes qui consomment de l'alcool modérément courent le plus faible risque de développer l'Alzheimer ou une maladie apparentée. Celles qui ne boivent pas l'alcool du tout ont un risque légèrement plus élevé. Celles qui ont boivent trop courent le risque le plus élevé.

**❖ Le faible niveau de scolarité :**

La recherche montre que l'instruction réduit le risque de trouble cognitif. La qualité et le degré d'instruction nécessaires pour se protéger contre l'Alzheimer restent à déterminer. (Ibid. p2)

**❖ Dépression :**

Les personnes qui souffrent de dépression en fin de vie ou qui ont des antécédents de dépression et les troubles cognitifs n'est pas encore claire. De nombreux chercheurs croient que la dépression est un facteur de risque, alors que d'autres considèrent qu'il s'agit peut être d'un symptôme précoce de la maladie d'Alzheimer.

**❖ Les traumatismes crâniens :**

Les personnes qui subissent des blessures graves ou répétées à la tête sont plus à risque de développer la maladie d'Alzheimer. Il est possible que les dépôts qui se

forment dans le cerveau a la suite d'une lésion soient liés a l'apparition de la maladie.

#### **4-3 Facteurs de risque non modifiables :**

##### **❖ Age :**

La maladie d'Alzheimer ne fait pas partie du processus normal de vieillissement, mais l'âge est le principal facteur de risque connu de la maladie d'Alzheimer. Toute fois, cela ne signifie pas que la plus grande partie de la population développera la maladie en vieillissant, au contraire. la maladie d'Alzheimer a début précoce est parfois diagnostiquée chez des personnes plus jeunes, dans la quarantaine ou la cinquantaine. après l'âge de 65ans, le risque de développer la maladie d'Alzheimer double environ tous les cinq ans. plus on vieillit, plus le risqué est élevé. une personne sur 20 âgée de plus de 65 ans et une personne sur quatre de plus de 85 ans sont atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Il est bien établi que le vieillissement peut altérer les mécanismes d'autoréparation de l'organisme, y compris au cerveau. En outre, la plupart des facteurs de risque cardiovasculaires augmentent avec l'âge, comme l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et le taux élevé de cholestérol.

##### **❖ Antécédents familiaux et génétiques :**

La forme la plus courante de la maladie d'Alzheimer n'est pas héréditaire. les enfants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer familiale courent un risque accru d'hériter du gène responsable de la maladie et de la développer.

La maladie d'Alzheimer familiale est due a des changements ou a des altérations dans des gènes spécifiques qui peuvent être directement transmis des parents aux enfants. Trois gènes familiaux de risque de la maladie d'Alzheimer ont été découverts jusqu'à présent : les gènes PS1, PS2, APP. Si une altération affecte

l'un ou l'autre de ces gènes, le risque de développer la forme précoce de la maladie d'Alzheimer familiale augmentent les chercheurs tentent de trouver d'autres gènes qui pourraient être associés à la maladie d'Alzheimer familiale.

#### ❖ **Maladie d'Alzheimer sporadique :**

La forme sporadique est la forme la plus courante de la maladie d'Alzheimer. Elle est due à un ensemble complexe d'éléments touchant à la génétique, à l'environnement et au mode de vie. Le vieillissement est les principaux facteurs de risque de la forme sporadique de la maladie d'Alzheimer. La plupart des cas surviennent après l'âge de 60-65. (Ibid. P3)

#### ❖ **Sexe :**

La question de savoir si les femmes sont plus susceptibles de développer la maladie d'Alzheimer que les hommes reste ouverte. Les preuves accumulées à l'échelle internationale ne le démontrent pas de manière convaincante. Il est nécessaire de poursuivre la recherche afin de déterminer si d'autres facteurs que l'âge peuvent accroître le risque pour les femmes de développer la maladie d'Alzheimer. (Ibid. p4)

#### **5-critère diagnostique :**

- A. Les critères d'un trouble neurocognitif majeur ou léger sont remplis.
- B. Il y a un début insidieux et une progression graduelle d'une altération dans un ou plusieurs domaines cognitifs (pour le trouble neurocognitif majeur, au moins deux domaines doivent être altérés).
- C. Les critères de maladie d'Alzheimer soit probable, soit possible, sont remplis comme suit :
- D. **Pour le trouble neurocognitif majeur :**



Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si l'un des éléments suivants est présent ; sinon une maladie d'Alzheimer possible sera le diagnostic retenu.

1. Mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique.
2. Les trois critères suivants sont présents :
  - a. Présence évidente d'un déclin se manifestant dans la mémoire et l'apprentissage et dans au moins un autre domaine cognitif (d'après une anamnèse détaillée ou une série de tests neuropsychologiques).
  - b. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.

Absence d'étiologies mixtes (c.-a-d. absence d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie mentale, neurologique ou systémique ou de toute affection pouvant contribuer au déclin cognitif). (DSM-5, 2012, p721)

❖ **Pour le trouble neurocognitif léger :**

Une maladie d'Alzheimer probable est diagnostiquée si une mutation génétique responsable de la maladie d'Alzheimer n'est mise en évidence par les antécédents familiaux ou par un test génétique et si les trois critères suivants sont présents :

1. Présence évidente d'un déclin de la mémoire et de l'apprentissage.
2. Déclin constant, progressif et graduel des fonctions cognitives sans plateaux prolongés.
3. Absence d'étiologies mixtes (c.-a-d. d'une autre maladie neurodégénérative ou cérébrovasculaire, ou d'une autre maladie neurologique ou systémique, ou de toute autre affection pouvant contribuer au déclin cognitif).

D. La perturbation ne peut pas être mieux expliquée par une maladie cérébrovasculaire, une autre maladie neurodégénérative, les effets d'une substance ou un autre trouble mental, neurologique ou systématique.

**Note de codage :**

Pour un trouble neurocognitif majeur probable du a la maladie d'Alzheimer, avec perturbation du comportement, coder d'abord **331.0(G30.9)** maladie d'Alzheimer, puis **294.10(F02.80)** trouble neurocognitif majeur probable du a la maladie d'Alzheimer, sans perturbation du comportement.

Pour un trouble neurocognitif majeur possible du a la maladie d'Alzheimer, coder **331.83 (G31.84)**.

(**NB** : Ne pas utiliser le code additionnel pour la maladie d'Alzheimer. Une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit cependant être indiquée par écrit.) (Ibid. P722)

**6-Traitement :**

**6-1. Historique des pistes thérapeutiques :**

La découverte de l'altération des circuits de l'acétylcholine au cours des années 1970 a très vite orienté la recherche vers les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase. Plus tard, la découverte des récepteurs neuronaux aux NMDA et leur stimulation excessive par le glutamate dans la maladie d'Alzheimer a ouvert la voie aux inhibiteurs de ce neurostimulant.

En 1999, une piste vaccinale a été envisagée, espérant stimuler une réponse immunitaire par injection de peptide amyloïde B de synthèse. après des résultats encourageants sur la souris, les tests humains ont du être rapidement interrompu après observation de complications graves (méningo-encéphalites).

En marge de la recherche pharmaceutique, des solutions alternatives sont régulièrement proposées, avec le plus souvent une absence d'évaluation.

**6-2-Les traitements médicamenteux actuels :**

Quatre médicaments ont donc à ce jour obtenus l'AMM en France pour la maladie d'Alzheimer : trois anticholinestérasiques et un antagoniste du NMDA .les effets obtenus restent limités et l'intérêt réel de ces médicaments à long terme est discuté.

**2-a.les inhibiteurs du cholinestérase :**

Ils diminuent la dégradation de l'acétylcholine dans le cerveau et augmentent donc la qualité de ce médiateur disponible. On peut ainsi espérer corriger l'un des effets biologiques connu de la maladie.

-Donepezil (Aricept)

-Rivastigmine (Exelon)

-Galanthamine (Reminyl)

Les études montrent des effets favorables sur la fonction cognitive aux stades léger et modéré de la maladie d'alzheimer.ces effets sont généralement étudiés sur 6 mois, parfois un an, mais jamais plus.les effets diminuent fatalement avec le temps, du fait que les neurones produisent de moins de moins d'acétylcholine.les effets secondaires sont décrits pour moins de 10% des patients traités.ils se manifestent par des céphalées, un accroissement de la fatigue et de trouble digestifs.

**3-b la Mémantine**

La Mémantine est assez bien tolérée.ses principaux effets indésirables sont vertiges, des céphalées et une asthénie, plus rarement des hallucinations et de la confusion.

**❖ Les soins non médicamenteux conventionnels :**

Face à l'insuffisance des solutions médicamenteuses, d'autres approches se sont développées, prenant de plus en plus d'importance.

**A-l'exercice physique :** facteur général de santé, il aide dans ce contexte à conserver les capacités motrices et exerce un effet calmant.

**b- Les exercices cognitifs :** les ateliers mémoire et autres exercices mnésiques ont un rôle préventif évident avant ou à ses stades précoces. À un stade plus avancé, la mise du sujet face à ses contre-performances peut devenir un facteur aggravant de son état psychique. L'esprit dans lequel sont pratiqués ces exercices est donc essentiel. Les quelques études d'évaluation disponibles ne montrent pas de résultat global significatif. (Jacques. B, p9)

**c-Rééducation de l'orientation :**

Il s'agit à la fois d'adapter l'environnement du malade et de lui apprendre à s'orienter. Diverses techniques existent. Les évaluations de cette rééducation visant à accroître l'autonomie et à améliorer le confort de vie ont montré une efficacité significative sur les troubles cognitifs et sur les troubles du comportement durant la période de traitement. Le maintien du bénéfice après la fin de l'intervention est moins évident. Il reste difficile de discerner la part de la rééducation elle-même et celle du rapport relationnel des séances dans le bénéfice obtenu.

**D-thérapie par évocation du passé :(réminiscence thérapie)**

Très différent des ateliers mémoires, par l'absence d'idée de performance, cette approche consiste à évoquer les souvenirs du passé, comme ils viennent ou avec l'aide de supports. Les évaluations montrent des résultats hétérogènes, dont il

ressort un bénéfice durable sur les fonctions cognitives, sur l'humeur, et une amélioration moins durable des troubles du comportement.

### **E-stimulations sensorielles :**

Divers techniques de stimulations sensorielles sont utilisées : musicothérapie, lumphothérapie, technique de Snoezelen et stimulations multi-sensorielles. La musicothérapie a montré des résultats intéressants, mais il n'existe pas d'évaluation satisfaisante de l'ensemble de ces approches à ce jour là.

### **F-accompagnement par empathie :**

Il s'agit dans ce cas d'entrer en écoute de la personne et de lui faire ressentir qu'elle est entendue. Du fait de l'isolement dans lequel se trouvent les malades et de l'incompréhension dont ils souffrent, l'intérêt est évident. Cette pratique demande cependant des qualités humaines et /ou une compétence rares, ainsi que du temps qui revient cher.

### **G-Zoothérapie :**

La compagnie régulière d'un animal semble contribuer à réduire les comportements agités et à favoriser les interactions sociales.

### **❖ Les traitements alternatifs :**

Pour la maladie d'Alzheimer comme pour la plupart des pathologies, le monde foisonnant des thérapies alternatives propose de multiples solutions par des compléments phyto-nutritionnels. On y trouve probablement certains produits utiles et très sûrement d'autres qui n'apportent rien.

Le plus souvent, l'absence d'évaluation ne permet pas de tirer de conclusions générales. La difficulté vient aussi du fait que les techniques ou complémentaires utilisées entrent dans un tout et qu'il est difficile d'en isoler la part de chaque composant. C'est l'expérience du praticien qui est alors importante et les

résultats objectifs qu'il obtient .parmi les complémentations préconisées ; Fer, Vitamine D, Oméga 3, Curcuma, Antioxydants, Gingko biloba, Huperzine, La sauge, L'afa du lac klamath. (Jacques. B, p10)

### **Autre traitement :**

#### **5-Le traitement psychologique :**

La maladie d'Alzheimer est sans équivoque une maladie organique dégénérative. Du fait qu'elle touche le cerveau, les conséquences pour le malade sont essentiellement psychologiques.

#### **6-1 les signes clinique de la maladie :**

Les premiers signes touchent généralement la fonction cognitive. Le rôle de cette fonction est de connaître par une représentation intérieure, mémoriser cette connaissance, et construire des actions a partir de ce qui a été acquis et mémorisé.

L'altération de la fonction cognitive se manifeste d'abord par des troubles de mémoire à court terme. Les souvenirs anciens sont affectés a un stade plus avancé.il en résulte des difficultés de reconnaissance, d'apprentissage, d'adaptation, de langage, de jugement. Tout cela conduit plus ou moins rapidement a l'impossibilité de planifier et d'effectuer des taches complexes, même familières.

Lorsque la maladie s'aggrave, l'humeur et les comportements sont affectés. La personnalité devient changeante, imprévisible et incohérente.

Graduellement s'installe une perte du sens de l'orientation dans l'espace et dans le temps. (Jacques. B, p4)

#### **6-2 Deux conséquences majeures :**

L'atteinte de la fonction cognitive a pour conséquences :

-la perte d'autonomie

-la perte de communication ce qui crée de réelles difficultés pour l'entourage.

### **5-3 la plus grande souffrance :**

#### **l'incompréhension**

Le malade d'Alzheimer, comme le malade mental, peut très bien dans certains contextes ne pas souffrir de sa maladie et être seulement ennuyé qu'on veuille sans cesse le ramener à un monde qui n'est pas le sien.

Une des particularités de la maladie, par défaillance de la mémoire, est une importance plus grande du présent, avec une dominance du global et de l'intuitif sur le rationnel. Un Alzheimer ne ment pas, ne fuit pas, il dit ce qu'il vit au présent dans sa représentation du monde.

### **6-4 le traitement sociale :**

Du fait de la perte rapide d'autonomie, les malades d'Alzheimer ont besoin d'un accompagnement important. En cela, la maladie concerne la famille dans un premier temps, puis la société qui doit proposer des structures d'accueil. la difficulté à gérer la situation et la progression rapide de la maladie font que c'est la société tout entière qui devient malade.

### **6-5 l'aidant familial :**

Dans un premier temps, ce sont les membres de la famille, souvent les enfants, qui prennent en charge l'accompagnement indispensable. il s'établit alors une relation difficile pour deux raisons majeures :

-les aidants ne sont généralement pas formés pour être soignants, ce qu'ils deviennent véritablement,

-les liens émotionnels familiaux souvent a des conflits non résolus, sont exacerbés dans ce contexte.

Les cas le plus fréquent, la fille qui joue le rôle de mère avec sa propre mère crée un contexte parfois explosif !

Le stress important vécu par les aidants a souvent des conséquences difficiles : perte d'emploi, difficultés financières, conflits conjugaux, etc. De plus en plus, il s'avère nécessaire d'assister et d'aider les aidants. (Ibid. P4)

### **6- les institutions :**

Lorsqu' il n'y a pas d'aidants disponibles dans la famille, ou lorsque ceux-ci sont dépassés ou épuisés, la seule solution reste l'institution.

Une maison de retraite ordinaire n'est pas adaptée pour accueillir un malade Alzheimer qui demande des équipements adaptés et de temps de présence du personnel plus important. le cout du séjour est forcément plus élevé. le nombre croissant de malades et l'impossibilité pour certains et leur famille de prendre en charge le cout de la pension est un problème que les sociétés modernes doivent se préparer a affronter. (Jacques. B, p5)

### **Conclusion :**

Pour conclure, nous avons vu dans ce chapitre que la maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative progressive. En effet, les symptômes cognitifs, comportementaux et psychologiques progressent durant les trois grandes phases marquant son évolution. Les scientifiques recherchent toujours les causes de la maladie même si elles sont de mieux en mieux connues. Le traitement actuel repose sur des médicaments symptomatiques de la maladie d'Alzheimer qui représente donc un véritable enjeu de santé publique.





*Chapitre II*  
*Stress et coping*



### **Préambule :**

L'être humain rencontre dans sa vie des événements d'une part agréables et heureux, et d'autre part stressant 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, en faisant recourir à plusieurs stratégies notamment celle de coping.

Dans ce chapitre, nous aborderons deux éléments essentiels (coping - stress) on commence par l'historique du coping et stress, définition du stress aussi nous tentons également d'exposer ses symptômes, ses déterminants et le processus du stress selon (Lazarus et Selye) ensuite, on passe au coping ; définition du coping, coping et résilience après coping et le stress, aussi les modèles explicatifs du coping, au passage après les stratégies du coping face au stress, et les déterminants du coping et avant de terminer on aborde la famille face à la maladie d'Alzheimer et on termine le chapitre par une conclusion.

### **1-Historique :**

Historiquement la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée à la fin de 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 psychanalyse animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin et en particulier).

(Bruchon-Schweitzer. M, 2002, P353)

Le concept de défense date de la fin de 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 la conscience .dans les premiers textes de Freud sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisé par les individus pour détourner, déformer ou déguisé des affects et pensées inacceptables, puis le concept de défense évoluera et celui de « répression », pour Freud de 1926 est utilisé dans sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apaisante comme l'un des mécanismes de défense essentiels.

(Ibid. p354)

La notion de coping n'est apparue que récemment en psychologie, donc cette est bien évoluée depuis les années 60, les recherches consacrées au mécanisme de défense commencèrent à utiliser le terme de « coping » terme qui fut répertorié pour la premier fois en 1967 dans les mots clés de psychological Abstracts, il est intéressant de noter que les premier travaux ou mécanisme de défense. De 1960 a 1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense, quelque tentatives de clarification furent publiées selon Haan en 1977.en effet, les différences entre les mécanismes et stratégie de coping présenté a 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 a l'individu de maitriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement(ou par cette situation).les stratégies coping se peu a peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes(volontaires)pour affronter des problèmes actuels (ou récent).

(Ibid. p355)

### 2-définition :

Selon les experts, le stress est une réaction psychique et physiologique résultant de la perception d'une attente de l'environnement, cette attente demandant un effort d'adaptation.

La perception d'un déséquilibre entre les contraintes qui lui impose son environnement et l'autoévaluation de ses propres capacités pour y faire face est une notion importante.

Le stress est donc un état de débalancement de l'équilibre du corps humain et qui est perçu comme étant menaçant pour l'individu. Un besoin soit physiologique, psychologique, social, spirituel n'est pas satisfait créant une tension, une frustration. De plus, vous verrez que l'ampleur d'un stress est déterminée par l'interprétation de la situation par l'individu. (Lebel. G, 2013, p3)

Le stress c'est la réaction de l'organisme face a un danger interne ou externe qui menace son équilibre.

Le stress est employé pour exprime un état de détresse et de souffrance en rapport avec les épreuves les difficultés, l'adversité ou l'affliction (« hard ship, straits, adversity, affliction »). (R .S . Lazarus et S. Folkman, 1984, p2)

Le stress se manifeste chez le sujet lorsqu'il se trouve dans des situations difficile, dangereuse qui provoquent chez lui une détresse, souffrance.

« Le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évalué par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être ». (R .S .Lazarus et S .Folkman, 1984, p19)

D'ailleurs, Hans SELYE a défini le stress comme « toute réponse de l'organisme consécutive a toute demande ou sollicitation exercées sur cet organisme » (dictionnaire fondamental de psychologie Larousse, 2002)

### ) **les stress normal :**

Lors d'une situation de stress normal, l'individu réagit par une phase d'alerte c'est-à-dire une réaction d'alerte de l'organisme (accélération de rythme cardiaque, sueurs.....) et de lutte ca veut dire la phase de résistance c'est réponses adaptées a la situation par une fuite ou par une lutte (phase d'alerte ou phase de lutte).

### ) **le stress pathologique :**

La réaction de stress devient pathologique lorsque la situation stressante, qu'elle soit imprévue, trop intense, ou qu'elle soit au contraire connue mais répétée, dépasser les possibilités d'aménagement du sujet qui se trouve débordé.

Aux deux phases d'alerte et de lutte succède alors la phase d'épuisement avec échec de l'adaptation et apparition du stress pathologique.

Lors du stress pathologiques, des troubles psychiques, somatique et comportementaux apparaissent, aigus et transitoires, ou moins intenses et durables. (Hamimi. N,2011, P16)

### **3- les symptômes du stress :**

#### ❖ **La fatigue :**

Chez les stressés, les symptômes les plus fréquentes et le plus visible est la fatigue. Or, il existe deux types de fatigue : la première saine normale, par exemple après une dure journée de travail, qui disparaîtra après une nuit de sommeil. La seconde, qui ne trouve pas de remèdes réparateur et qui peut apparaitre des le matin. Elle est souvent accompagnée de problèmes d'attention

de moindres possibilités de concentration intellectuelle, de problèmes sexuels. (Choque S.J.2007, p14)

### ❖ **L'anxiété et l'angoisse :**

La première exprime une certaine inquiétude, une appréhension de ce qui peut arriver. Un peu d'anxiété peut donc stimuler alors que trop d'anxiété paralyse. A encore, la consommation de tranquillisants n'arrange rien, ne faisant que cacher pour un certain temps, les causes réelles de cet état. Quand a l'angoisse, état de désarroi physique, d'inquiétude profonde, elle s'accompagne de mêmes troubles psychosomatiques que l'anxiété, mais plus intense, arrivant plus brutalement : tachycardie, dyspnée, tremblement, sueurs, douleurs ou oppression, thoracique, serrement de gorge, douleurs eu ventre ou musculaires, courbature, éruption de plaques ou de bondons.

### ❖ **L'instabilité et la nervosité :**

Nuisible pour soi même, difficilement supportables pour son entourage, ces états traduisant d'une façon bien visible une surdose de stress.

On ne peut supporter la moindre contrariété, tout nous irrite, nous impatiente, on devient plus agressif, intolérant. Nos colères, plus fréquentes et innombrables, surviennent au moindre prétexte, nos gestes, nos paroles sont durs, coupants, tout devient invivable, ce qui augmente le stress, et le cercle devient vicieux. (Ibid. p15)

### ❖ **Les troubles de la mémoire :**

Ils ne sont pas l'apanage des personnes âgées, (et encor, ces dernières peuvent elles conserver et même améliorer leur possibilités jusqu'à la fin de leur vie).Trois étapes successives interviennent dans toutes nos activités de mémorisation. Dans un premier temps, le cerveau enregistre, acquit les informations par l'intermédiaire des cinq sens. Dans une deuxième étape : on convoque, sur demande, ces informations pour les restituer .La corrélation entre perte de mémoire et stress est maintenant clairement établie en particulier chez les victimes de stress post traumatique ou de maltraitance. Mais la grande

pourvoyeuse un trouble de ma mémoire reste la dépression avec son corollaire souvent nécessaire, la prise de médicaments. Dans toutes les situations évoqués, cette « amnésie ». Ce n'est qu'un mécanisme de défense destiné a se protéger de sa souffrance.

### ❖ **Les troubles de l'appareil digestif :**

Leur relation avec le stress a été non souvent démontrée grâce aux expériences de Selye, mais se retrouve dans le langage, dit populaire, dont les expressions sont toujours justes. (Ibid. p16)

### **4- Les déterminants du stress :**

Le stress est déterminé par deux grands types de facteur, individuels et situationnels. En ce qui concerne les facteurs personnels ; ils peuvent êtres d'ordre cognitifs, motivationnels ou conatifs. Certaines de ces caractéristiques personnelles impliquent la croyance dans le fait que l'on peut maitriser la situation (auto- efficacité etc.). D'autres une exagération de caractère menaçant des évènements (anxiété, dépression, pessimisme, etc.) et d'autre une sous-estimation des risques et une illusion d'invulnérabilité et de maitrise (optimisme, etc.). (M. Bouchon-Schweitzer, 2006, p291)

Quant aux caractéristiques situationnelles pouvant induire le stress, on premier lieu, leur vulnérabilité (caractère brutal, soudain) qui ne permet pas a l'individu de mettre en place des transactions anticipatrices. Ces situations sont extrêmes angoissantes par la menace vitale qu'elles impliquent et par la quasi-impossibilité d'y faire face.

Ainsi la plupart des transitions de la vie sont des évènements stressants au moins selon la conception biomédicale classique qui sous- tend les échelles évènementielles, selon laquelle, ce sont les efforts adaptatifs nécessaires pour faire face a des changements qui sont a l'origine du stress. (Ibid. p292)

C'est aussi l'ambiguïté d'une situation qui peut s'avérer stressante, comme l'ambiguïté de rôle qu'est l'un des déterminants du stress professionnel.

Enfin, l'un des aspects stressants d'une situation difficile est sans doute son incontrôlabilité, réelle ou perçue. Croire qu'un événement est incontrôlable est beaucoup plus stressant que de le percevoir comme contrôlable, même si l'on fait rien pour le modifier. (Ibid. P293).

### **5-les théories de stress :**

#### **5-1 La théorie biologique :**

Il est important de souligner que la classification d'une théorie du stress comme « biologique » « cognitive » ou « transactionnelle » est en grande partie arbitraire, par exemple, les théories biologiques ne nient pas l'importance des facteurs psychologiques ou sociaux. Il est impossible de passer en revue chacun de ces modèles, les pages suivantes présenteront quelques illustrations centrales de ces théories, en commençant par les contributions des recherches de Selye et Cannon.

#### **▪ Les travaux de CANNON et SELYE sur le stress :**

Ces travaux s'orientent vers l'étude de la réaction physiologique d'un organisme soumis à un stress. CANNON (1928,1935) est le premier à démontrer que les manifestations somatiques accompagnant le comportement de fuite ou d'attaque face à un danger sont dues à la libération dans le sang d'une hormone, appelée adrénaline, en prévalence de la glande surrénale. Il décrit des réponses particulières : le syndrome d'urgence, mis en place de façon «stéréotype », face à toute menace pour l'individu pour éliminer ou éviter un éventuel état de souffrance. L'organisme tend en permanence à maintenir un équilibre constant (homéostasie) et tolère des modifications limitées. Quand les modifications produites par des agents internes ou externes sont excessives, elles affectent les



mécanismes homéostatiques de l'organisme qui s'activent pour rétablir l'équilibre. Le stress est alors cette réponse activée par toute sollicitation excessive qui permet l'adaptation en maintenant l'équilibre de base de l'organisme. REILLY et al (1934), comme CANNON, considèrent que la réaction organique en réponse au stress, est non spécifique et commune à des agents d'agression très variés.

L'importance d'un état homéostatique de l'organisme est reprise par SELYE (1936, 1946, 1950). Selon lui, la surcharge des capacités de défense de l'individu suite à une agression psychique ou physique menacent l'équilibre interne déclenche une contre-réaction visant à restaurer l'équilibre rompu. Cette réaction est non spécifique car elle ne dépend pas de la nature de l'agent agresseur. SELYE décrit en 1936 le syndrome général d'adaptation (SGA), retrouvé chez l'animal, quelque soit l'agent nocif, et qui se développe en trois étapes : phase d'alarme, de résistance et de l'épuisement. (Pedielli. J .L, 2005, p19-20)

### **5-2 La théorie physiologique du stress :**

Une petite glande à la base du cerveau, l'hypothalamus joue un rôle important dans la réponse du stress, surtout en tant qu'aiguilleur. Après avoir perçu et évalué le stimulus, l'hypothalamus ordonne la mise en branle de deux systèmes de réaction de notre organisme : Le système nerveux sympathique accélère la production par les glandes médullosurrénales des hormones comme l'adrénaline et noradrénaline. L'adrénaline est appelée hormone de l'urgence. Elle a pour effets l'accélération de rythme cardiaque, pour amener le sang en plus grande quantité dans les organes, la libération du sucre stocké dans le foie, pour donner de l'énergie, et l'augmentation de la réaction d'éveil.

Le système hypophysaire entre en jeu lorsqu'il est nécessaire d'inhiber l'action ou dans des situations où il y a perte de contrôle. L'hypophyse fabrique de

nombreuses hormones : stimulines sexuelles, endorphines qui calment la douleur. Mais dans le cas du stress, c'est l'hormone appelée ACTH qui est important, cette hormone stimule les glandes corticosurrénales, qui a leur tour sécrètent des hormones dont la principale est le cortisol, qui se caractérise, avant tout, par son action anti-inflammatoire. Il a aussi comme effet la reconstitution du stock du sucre libéré lors du stress l'urgence.

Dans le cas du stress chronique, il ya augmentation de la production de cortisol, ce qui entraine une diminution des défenses immunitaires, une plus grande sensibilité aux maladies allergiques et des troubles cutanés. On suppose aussi que cela pourrait être la cause de poussées d'ulcères de certains rhumatismes, de certains diabètes, de l'obésité, et surtout de la dépression. (M. Dumont, B. Plancherel, 2001, P14-15)

### **5-3 la théorie transactionnelle du stress :**

Les modèles physiologiques du stress décrivant les réponses stressantes et / ou anxieuse par l'activation des systèmes physiologiques et la sécrétion d'hormones. Les caractéristiques personnelles et l'évaluation cognitive de la transaction stressant sont importantes et influencent l'activation des axes physiologique de réponse au stress. Les système neurohormonaux activés pendant la réaction de stress ne réagissent donc pas de façon réflexe selon un modèle stimulus-réponse ou modèle linéaire pour ces raisons, les modèles transactionnelles veulent dépasser la simple notion de cause-effet et cherchent a repérer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de la transaction stressante dans une optique interactionnelle. (Pedinielli.j.L, 2005, p45)

#### **▪ le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman :**

Le modèle transactionnel du stress focalise l'attention sur des éléments psychologique centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et plus précisément sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception

d'une situation stressante, analyse sa capacité de faire face et met en place des stratégies de coping. Ce modèle du stress psychologique a été développé par Lazarus et ses collègues.

Pour ce modèle, les stressseurs physique ou psychologique produisent des réponses des stress seulement après avoir été évalués comme menaçant et dangereux par le sujet. Le stress dépend ainsi de la qualité de la transaction entre l'individu et l'environnement et ne peut pas être réduit à l'un ou à l'autre de ces éléments. (Ibid. P46-47)

### II-Le coping

#### 1-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, (déployé) pour gérer des exigences spécifiques interne et/ou externe 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 leur effets (fonctionnels ou non). ainsi on ne peut considérer a priori une stratégie de coping comme adaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres. (Marylou Bruchon-Schweitzer, 2002, P.356)

### 2-Coping et résilience : convergences et différences

Les liens conceptuels entre le coping et la résilience semblent à première vue très étroits ; cependant, il ne s'agit pas de les confondre. Ainsi, le coping apparaît comme une forme de résilience ou plus exactement peut contribuer à décrire une certaine approche du processus de résilience, à partir d'une perspective essentiellement comportemental et consciente. Nous pouvons considérerai que les stratégies de coping participent au phénomène de résilience considérerai comme un processus plus vaste et pouvant mettre en œuvre des comportements variés et différents du coping. En effet, les théories qui mette en travail la résilience proposent différentes entrée et, suivant le cas, 'appuient soit surtout sur la prise en compte des observations comportementales des sujets et les mécanismes cognitifs, soit sur l'analyse des processus intrapsychiques mis en jeu par les individus résilients(ou les familles).

D'autre encore mettent l'accent sur les caractéristiques de l'environnement relationnel et social dans lequel les sujets vivent et interagissent.

La définition du terme résilience indique ainsi une différence notable avec la notion de coping et surtout de sa traduction française l'ajustement puisque la résilience suppose deux mouvements. Le premier consiste dans les modalités de résistance au stress ou au traumatisme et donc la capacité de faire face (coping), alors que le deuxième mouvement concerne davantage la capacité à continuer à se développer et augmenter ses compétences dans une situation adverse.

Pour Manciaux(1999), les comportements de coping concernent les repenses à une situation donnée, donc indiquent comment le sujet ou le groupe va faire face à un moment donné ; alors que la résilience qui est « pour partie innée et pour partie acquise par un précieux travail d'adaptation » se construit et s'inscrit dans la durée.

Ainsi, que le coping s'apparente plus à la première phase de la résilience, qui est centrée surtout sur des mécanismes adaptatifs, alors que le processus de résilience s'effectue au terme de la seconde phase qui implique l'intégration du traumatisme et la réparation. Or, c'est cette seconde phase qui permettra la reconstruction et l'installation d'un processus de résilience structuré plus durablement. (marie. A, 2008, p.63-64)

### **3-stress et coping :**

Holahan et Moos (1991) ont élaboré un modèle associant les stressseurs et les ressources (individuelles et sociales). Les ressources qui sont impliquées dans ce modèle comprennent la confiance, une disposition plutôt détendue, l'utilisation des stratégies de coping actif (ressources individuelles) et leur soutien familial (ressources sociale). Le choix de ces variables leur été dicté par une précédente recherche, qui avait démontré

Alors que la notion d'ajustement mental, ou d'adaptation, est souvent liée au coping, Holahan et Moos ont étudié dans ce modèle la dépression en tant que variable précise d'une mauvaise adaptation. Ce modèle propose, par ailleurs, une distinction entre stress « bas » et le stress « élevé ». Selon les auteurs, la relation entre réponses de coping et l'ajustement mental changera selon que le stress est bas ou 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 du 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, sur les réponses de coping et sont prédictifs de la dépression par suite. De plus, le type de stress influence l'interaction de ces variables de manière intéressante. Il est important de noter que le modèle démontre deux types de prédictions selon la situation du stress élevé ou bas :

-dans 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) ;

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

Aussi Holahan et Moos affirment-ils que le coping est essentiel à la résistance au stress, comme cela a été proposé plus haut, dans la mesure où un stress élevé sollicite le coping. (Henri Chabrol et Stacey Callahan, 2004, p 118-119)

### **4-Différents modèles de coping :**

#### ➤ **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.

➤ **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'anxiété 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 stressé et réponse (Rahe et Arthur, 1978), pour d'autres, ils sont à considérer comme précurseurs du coping.

### ➤ **Le modèle transactionnel :**

Dans leur approche transactionnelle du coping, Lazarus et Folkman (1984, p.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.

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 du 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, sur les réponses de coping et sont prédictifs de la dépression par suite. De plus, le type de stress influence l'interaction de ces variables de manière intéressante. Il est important de noter que le modèle démontre deux types de prédictions selon la situation du stress élevé ou bas :

-dans 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) ;

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

Aussi Holahan et Moos affirment-ils que le coping est essentiel à la résistance au stress, comme cela a été proposé plus haut, dans la mesure où un stress élevé sollicite le coping. (Henri Chabrol et Stacey Callahan, 2004, p 118-119)

### **5-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.

### **6-Les stratégies 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 repenses émotionnelles associées à ce problème et donc le modifier soi-même. (Lazarus et Folkman, 1984b.Lazarus et Launier, 1978).

#### **❖ 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, recherche un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans le domaine, 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 100 adultes qui devaient y rependez chaque mois pendant un an, en pensant à un événement récent qui les avait perturbés et à la façon dont il avait réagi.ils obtiennent, en 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'information, élaboration de plan d'action) et affrontement de la situation (effort et action directs pour modifier le problème). Certains auteur dénomment coping « vigilant » (Sul et Fletcher, 1985), d'autre l'appellent stratégie d'approches ou encor coping « actif ».

### ❖ Le coping centré sur l'émotion :

Il comprend les divers 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, comportemental). 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 thérapies 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 déprimé 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)

### ❖ La recherche de soutien social :

Cette recherche apparait 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, notion déjà présentées ci-dessus (et qui sont les caractéristique 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, qui consiste 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 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 négative, 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)

### 7-Les stratégies de coping face au stress :

Dans les théories transactionnelles du stress et le coping, concerne la façon dont l'individu réagit face à ce dernier. Une fois que la transaction a été évaluée, ainsi que les possibilités de contrôle. Le sujet choisit des stratégies de coping pour ressouder la confrontation stressante. Parfois les transactions stressantes permettant aux individus de découvrir ce qui est important dans leur vie, de tester leurs propres limites, d'utiliser leur « ressources cachées » de découvrir le soutien disponible autour d'eux. (P. Graziani et J. Swendsen, 2004, P.73)

Les possibilités de réponse ou coping sont nombreuses et jouent un rôle très important dans l'adaptation (Endler et Parker, 1989). Le coping est un modulateur de la réaction et d'atténuation des conséquences de détresse psychologiques comme l'anxiété et la dépression. (Ibid. P74)

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, qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance à élaborer des stratégies qui tendent à modifier la situation (centré sur le problème). S'il croit qu'il n'y a grand-chose à faire, il élaborera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centré sur l'émotion). (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, P.289, d'autre impliquant des stratégies d'efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui (soutien social). (Ibid.P.365)

Certain sujets détourneront l'attention de la source du stress (coping évitant), 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 ; prend des médicaments) dans le but de fuir la détresse émotionnelle. Contrairement, au coping vigilant qui consiste à focaliser l'intention sur le problème afin de mieux le contrôler, il inclut des stratégies telles que la recherche d'information supplémentaire et la mise en place de la solution pour résoudre le problème. Encore une fois, la vigilance peut aussi conduire le sujet 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. (H.Chabro, 2004, P112)

### **8- Les caractéristiques d'évaluation du coping :**

L'évaluation est les façons 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, les processus transactionnels les plus étudiés au cours de cette phase sont : le stress perçu, le contrôle perçu, le soutien social perçu).

#### **A-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 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 (événement de vie, tracas quotidiens, etc.) Que l'on dénomme des stressseurs.

Il ne 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 façon dérouleront des efforts d'ajustement, qui auront à leur tour un effet rétroactif sur l'évaluation primaire.

### **b-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 (de croyance durable et généralisée en notre maîtrise des événements). C'est donc bien un processus transactionnel.

### **c- 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 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-Scheitzer, 2002, P288-289)

### **9-LES DÉTERMINANTS DU COPING :**

Le modèle de LAZARUS et de ses collègues est tout à fait représentatif de l'approche transactionnelle du stress et du coping (LAZARUS et FOLKMAN, 1984b). Selon eux, 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,...).

#### **9-1 Les déterminants dispositionnels du coping :**

Selon divers auteurs, dont COSTA et al. (1996), les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales, car déterminées par certaines caractéristiques stables des individus (traits de personnalité) plutôt que par

celles, variables, des situations. Il existerait des styles de coping propres à chaque individu, chacun mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. 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, ou évaluation (COHEN et al, 1983).

Cette approche considère le coping comme un processus adaptatif comme les autres. Les stress et le coping seraient des phénomènes émotionnels, cognitifs et comportementaux induits par une grande variété de situations (de la résolution de problèmes à la gestion des émotions). Cette conception ouvre certaines voies de recherches transversales concernant la généralité et la stabilité des stratégies de coping (cohérence inter- et intra-individuelle, recherche de « styles » de coping trans-situationnels). L'évaluation (primaire et secondaire) serait influencée par les antécédents psychosociaux de l'individu, ces antécédents étant essentiellement de deux types, cognitifs et conatifs.

### ✓ **Les déterminants cognitifs de l'évaluation et du coping :**

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation il y a les croyances (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes,...) et les motivations générales (valeurs, buts, intérêts,...). 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. Elles vont donc élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de



contrôle externe. Il y a beaucoup d'autres antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping (auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise, attribution causale, etc.).

### ✓ **Les déterminants conatifs de l'évaluation et du coping :**

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. C'est le cas de l'endurance (hardiness), trait décrit par KOBASA et al. (1982) et qui consiste à la fois à s'impliquer dans les diverses activités quotidiennes (engagement) et 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).

De nombreux autres traits de personnalité se sont avérés de bons prédicteurs des stratégies de coping. L'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédisent des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion. A contrario, la résilience, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable (Agréables sens), le fait d'être consciencieux (consciencieuses) sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème. L'association entre personnalité et coping est très marquée (COSTA et al, 1996, p. 51). Ces auteurs sont convaincus que l'évaluation et le coping sont en partie déterminés par des caractéristiques psychosociales stables chez les individus et non par les caractéristiques fluctuantes des situations. Ceci expliquerait pourquoi les réponses de coping ont une certaine consistance temporelle d'une situation à l'autre (Mc CRAE, 1992 ; VOLLRATH et al., 1995).

### 9-2 Les déterminants situationnels et transactionnels du coping :

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent-elles être déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles. Face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème.

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 perçus comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents. Dans deux études différentes, Mc CRAE (1984) a montré en effet que c'est l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping. Un événement vécu comme une perte induit plutôt l'expression émotionnelle et le fatalisme (résignation) ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter diverses stratégies : résolution de problème, pensée positive, humour,...

Ainsi des facteurs personnels et environnementaux (environnement réel ou perçu) contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping

**9-3 Les déterminants du coping, une synthèse :**

Ces différentes étapes et composantes du processus de coping sont schématisées à la Figure 1.

On voit clairement sur ce schéma apparaître diverses séquences du processus de coping qui se déroule généralement de gauche à droite : antécédents environnementaux et personnels, évaluations primaire et secondaire, stratégies de coping et effets de ces stratégies, avec des effets directs, indirects et des effets d'interaction entre les différentes variables. En fonction du résultat fonctionnel du coping (résolution ou non du problème, régulation ou non des émotions, il peut y avoir des rétroactions en boucle avec des réévaluations.)

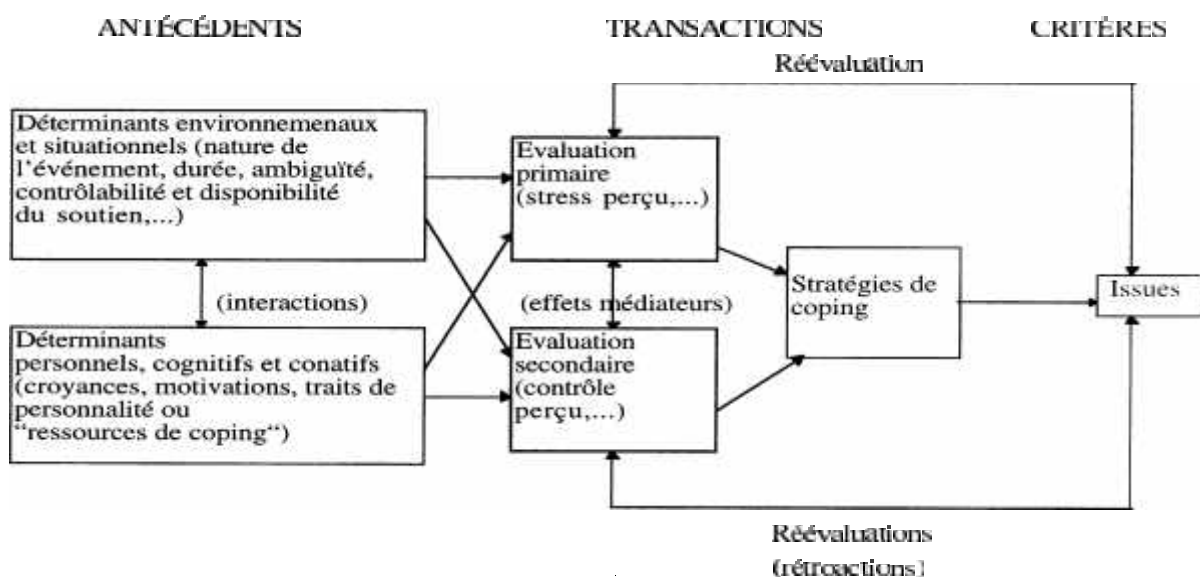


Figure 1 : Les étapes et les déterminants du processus de coping (effets principaux, effets interaction, effets médiateurs, rétroactions).

### **10-La famille face à la maladie d'Alzheimer :**

La maladie d'Alzheimer elle a l'occasion de briser les schémas du passé, de reconstruire de nouveaux liens familiaux, de réécrire ensemble autrement l'histoire familiale, d'écrire un nouveau chapitre.

Une réaction familiale adaptée permet une compréhension juste de la réalité et favorise l'acceptation de l'évolution future de la maladie. Elle permet de développer les qualités indispensables comme la patience, l'écoute, l'ouverture d'esprit et l'empathie. Ce n'est qu'à ces conditions qu'on peut arriver à se mettre à la place du malade pour essayer de comprendre son univers intérieur.

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer finit par oublier son passé, sa personnalité et son caractère se transforment. Elle devient vulnérable, imprévisible et ne nous reconnaît plus. Elle n'est plus ce qu'elle a été, et tous les enjeux relationnels passés ne sont plus d'actualité. Le rapport parent-enfant s'inverse. C'est l'enfant qui devient le référent protecteur de son parent. Cela peut être perturbateur et très déstabilisant pour la famille. Le malade a perdu ses repères mais les enfants également les leurs. Ils sont dorénavant appelés à prendre des initiatives et des décisions qu'ils ne se seraient pas permis auparavant. Ils peuvent être choqués d'être appelés « maman » par leur propre mère, qu'elle oublie leurs prénoms et ceux des petits-enfants. Mais la joie qui illumine son visage, le regard qui s'éveille à l'arrivée de la famille, témoignent de la reconnaissance visuelle et du plaisir de la rencontre. Quelques instants de bonheur vont être vécus à travers le sourire, le regard, la caresse et les mots doux. Cette stimulation émotionnelle est très importante car la communication non verbale passe par tous les sens. Même si ce sont les larmes qui apparaissent, il s'agit souvent d'un débordement affectif face à une trop forte émotion.

Malgré les troubles de la communication, de comportements et de raisonnements logiques, le psychisme continue de fonctionner. La vie

émotionnelle et affective reste très présente. Les malades sont des êtres humains comme nous, sensibles, avec la capacité de réagir à ce qui se passe autour d'eux. Ils peuvent aimer, être joyeux, tristes, avoir peur, être en colère ou apaisés et heureux. Les sensations de plaisir et de déplaisir persistent. Ils peuvent ressentir la souffrance physique et morale. Ils ont droit à la dignité et au respect. La capacité d'avoir des moments de bonheur reste intacte et nous pouvons y contribuer. Ils ont besoin de tendresse, de marques d'amour et d'amitié pour les rassurer car ils souffrent moralement de se sentir diminués. Ils sont tout à fait capables de communiquer leur ressenti aussi bien positif que négatif. Et lorsque les mots pour le dire ne sont plus là, c'est à nous de montrer que nous avons compris ce qu'ils voulaient nous exprimer.

Ils sont très réceptifs aux réactions de l'entourage. Une forme d'hypersensibilité exubérante peut alterner avec des moments d'apathie et de tristesse; les réactions deviennent imprévisibles, les affects mal maîtrisés. Même si un véritable échange émotionnel peut exister, le mode de communication et les codes changent ; l'interaction qui s'établit entre le malade et l'entourage n'est plus contrôlé par la logique de l'intellect et de la conscience. De même, les stimuli émotionnels des malades peuvent être différents des nôtres, et différents d'un malade à l'autre. On peut assister à des comportements et des attitudes inadaptés à la situation, à l'émergence de peurs non justifiées, à des réactions impulsives sans motifs apparents et au non respect des codes moraux et sociaux. Mais on voit également des personnes malades très aimables, douces, avec un charme particulier, une affectivité débordante, cherchant le câlin, le contact et vous couvrant de bisous. Elles sont très demandeuses de présence et veulent qu'on s'occupe d'elles. A une certaine étape de la maladie, le malade s'exprime par un langage qui lui est propre et la communication verbale devient difficile.

La connaissance de chaque malade et de la maladie est fondamentale pour une prise en charge adéquate, non-agressive et non anxigène. C'est l'observation

neutre, sans jugements de valeur, qui peut nous y mener. Elle nous permet de repérer les situations et attitudes bienfaites et d'écarter ce qui perturbe, fait peur ou fait souffrir. Le dialogue avec une équipe pluridisciplinaire de professionnels ayant l'habitude d'assumer ce genre de situations est très bénéfique. C'est à l'entourage de faire un effort d'adaptation et de compréhension car la personne elle-même n'en est pas capable. ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr))

### **Conclusion :**

Le stress permet à l'organisme de développer des capacités d'adaptation rapides et efficaces à toutes les exigences de l'environnement. Mais s'il s'agit d'un stress permanent devient alors fatal et se traduit par des symptômes tels que l'irritabilité, les troubles de sommeil, les difficultés de concentration....Donc tout ça peut provoquer des troubles physiques et psychiques importants. Il reste toujours un phénomène complexe et désastreux qui nuit à la santé des personnes malades surtout ceux qui prennent en charge des malades quel que soit leur parents ou époux. Le stress provoque la situation de faire face qui est considéré comme l'effort adopté par le sujet pour s'adapter cette situation stressante, et aux exigences internes et externes de la vie. Aussi le rôle que joue le coping dans la confrontation des situations stressantes, notamment chez les aidants d'un malade atteint de la maladie d'Alzheimer.



*Chapitre III*  
*Méthodologie de la recherche*



## Préambule

Après la présentation de la première partie qui constitue le côté théorique de notre recherche, la deuxième partie pratique vient compléter notre étude dans le but de valider nos hypothèses de départ.

Cette partie comprend les éléments suivants : la présentation de la pré-enquête, la recherche utilisée et enfin la présentation et l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses émises au début de la recherche. La méthode de recherche, la description du lieu de recherche ainsi que les outils utilisés, et le déroulement de la pratique et les caractéristiques de groupe d'étude.

### 1-La pré-enquête :

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

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

Chauchat définit la pré-enquête comme étant : « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre les constructions théoriques et les faits observables. Son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs. (Chauchat, 1999, p63)

La première étape la plus importante 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 scientifiques, elle est la phase exploratoire, d'ordre documentaire ou suppose 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 mieux maîtriser la passation de notre échelles, nous avons effectuées un pré –enquête auprès de l'hôpital d'Akbou aux services de (la chirurgie, service homme, service femme). La on a effectué des observations auprès des patients et ses aidants la on va mener cette pré- enquête. Il était deux 05 cas et d'après tout ça on a effectué une recherche sur ces deux aidants on utilisant un entretien semi-directif et une échelle de coping CISS.

## **2-La méthode de recherche :**

Dans l'élaboration d'une recherche scientifique il faut utiliser une méthode efficace qui correspond à l'objectif visé en pratique, selon Angers. M « la méthode est un ensemble d'opérations en vue d'atteindre ». (Angers. M, 1997, p58)

### **✓ La méthode clinique :**

La méthode clinique est une méthode qui repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés, ou bien celles qui concernent un problème actuel à la lueur des antécédents historiques ou passés de l'individu.

Elle permet d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui. (Goussard. J.P, 2000, p2)

Dans notre recherche nous nous sommes appuyées sur l'étude de cas, dans le but de décrire les stratégies de coping des aidants qui ont un parent atteint de la maladie d'Alzheimer.

### ✓ L'étude de cas :

Dans notre travail de recherche, on a choisi d'utiliser l'étude de cas qui est une méthode clinique, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. (Chahraoui. KH et Bénony. B, 2003, p125)

Elle permet aussi de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, questionnaire, échelles cliniques) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale. (Ibid., p126)

L'étude de cas unique consiste « en la description d'un cas intéressant, soit pour venir « en illustration d'une théorie, soit pour mettre en évidence un fait nouveau ou une observation inattendue (...). Un de ses attraits est d'offrir l'opportunité de descriptions cliniques exhaustives, faisant intervenir autant de variables que souhaitable en fonction de la complexité de la situation clinique ou encore en testant ces variables au cours du temps » (F. COQUET, et al, 2008, p97).

### 3-Présentation de lieu de recherche :

L'approche du terrain est très importante pour toute recherche scientifique, du moment qu'elle constitue une source de données et d'information comme base pour vérification de nos hypothèses. Notre étude effectuée dans l'hôpital de Chahid lieutenant AKLOUL ALI d'Akbou.

L'hôpital d'Akbou est un établissement public à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, il est placé la tutelle de Monsieur le Wali de Bejaia.

Le siège de l'hôpital civil d'Akbou était sis à l'ancien hôpital situé à la haute ville et construit en 1872.

En 1959, il a été décidé de construire une nouvelle structure hospitalière à la nouvelle ville. Le nouvel hôpital est réceptionné en mars 1962 et fut inauguré le 21 novembre 1968.

L'EPH d'Akbou « AKLOUL ALI » est un hôpital de 182 lits techniques sont repartis comme suit :

-Médecine interne 68 lits hommes et femmes.

-Chirurgien 44 lits hommes et femmes.

-Pédiatrie 35 lits.

-Maternité 19 lits.

-Gynéco 16 lits.

C'est hôpital réservé aux hospitalisations dans les services ;

) 02 Bloc opératoires : -Bloc des urgences

-Bloc du froid

) 02 Radio : - pavillon des urgences

-Radio interne

) 01 Laboratoire central

) 01 Pharmacie

) 01 Point de transfusion sanguine PTS

) 01 Epidémiologie

- ) Médecine interne : -Médecine interne homme
  - Médecine interne femme
    - ) 01 pédiatrie
    - ) Chirurgie générale : -Homme
      - Femme
        - ) 01 Gynéco-obstétrique
        - ) 01 Pavillon des urgences

L'hôpital d'Akbou est constitué de l'ensemble des services sanitaires, de prévention, de diagnostic, de soins d'hospitalisation et de la réadaptation médicale, couvrant la population d'un ensemble de communes et relevant du ministère de la santé.

Dans son domaine d'activité, l'hôpital a pour mission de prendre en charge, de manière hiérarchique les besoins sanitaires de la population dans ce cadre.

L'hôpital a notamment comme tâches :

- Assurer l'organisation et la programmation de la distribution des soins.
- Mettre en œuvre les activités de prévention, de soins, de réadaptation médicale et d'hospitalisation.
- Assurer les activités liées à la santé reproductive et à la planification familiale.
- Appliquer les programmes nationaux et locaux de santé de la population.

On a aussi quelques différents départements qui constituent l'établissement EHP d'Akbou :

- Secrétaire de direction.
- La sous-direction des ressources humaines.
- La sous-direction des finances et des moyens.
- La sous-direction des services de santé.

#### 4-Les caractéristiques de groupe de recherche :

Notre sélection pour le groupe de recherche est déterminée par un nombre de 5cas (03 hommes, 02femmes) ayant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer.

Ces cinq cas présentent les critères suivants :

- Critères diagnostic de la démence de type Alzheimer chez les l'un des parents ;
- Le stade avancé de la maladie d'Alzheimer ;
- L'âge des cas est plus de 30ans ;
- Ont un niveau d'instruction différent ;
- Ont un niveau économique différent ;
- Sexes différents.

Nous allons présenter les caractéristiques de groupe d'étude dans le tableau suivant :

Cas	Age	Sexe	Niveau d'instruction	L'âge des parents
Sonia	43	femme	3em année lycée	86ans
Rosa	34	femme	7emme année CEM	67ans
Salem	32	Homme	Secondaire	72ans
Achour	50	Homme	6emme année primaire	78ans
Taher	42	homme	9emme année CEM	72ans

**Tableau n : 1. Les caractéristique du groupe de recherche.**

**Remarque :** Les prénoms des aidants présentés si dessus ne sont pas leurs véritables prénoms.

Dans ce tableau on a constaté que notre groupe d'étude est de 05 aidants de sexe différent de trois hommes (Salem, Taher, Achour) et deux femmes (Rosa, Sonia) , et ils ont tous niveau d'instruction différent.

**5- Les outils utilisés :**

Dans le but de recueillir plus d'information concernant notre thème de recherche, on a choisit les deux techniques suivantes parce que ils répandent a la nature de notre recherche. On cite sous dessous :

**5-1-l'entretien clinique :**

Notre choix s'est porté sur une méthode de recherche par entretien en raison du thème abordé qui se prêtait insuffisamment à une exploration par échelle de mesure. Et aussi en vu de récolter le maximum d'informations sur nos sujets, et en raison des critères personnelles de ces mères qui acceptent de parler sans aucune inhibition ou résistance, pour la plupart d'entre elles.

Enfin l'entretien convient à l'étude d'échantillons restreints, contrairement à la méthode par questionnaire qui nécessite une taille d'échantillon importante pour avoir une validité statistique. Les entretiens constituent donc le support principal de notre étude.

L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique. À la fois outil de diagnostic, outil de thérapie et de soutien, c'est lui qui permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sera mené en fonction du but qu'on poursuit, du cadre et notamment en réponse à la demande qui préside à l'entrevue.

L'entretien clinique se définit comme « une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (Chiland, 1989), la position du clinicien est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la centration sur le sujet, la non-directivité (Rogers, 1942), la neutralité bienveillante et l'empathie ». (L. Fernandez et al, 2006, pp.48-49).

L'entretien clinique a trois visées : thérapeutique, diagnostic, et recherche, ce dernier qui nous intéresse. Il existe trois types d'entretien clinique : entretien directif, entretien non directif et entretien semi directif. On a choisi d'utiliser l'entretien de recherche semi directif dans notre recherche : l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique. (Ibid, p.49).

### ○ **L'entretien de recherche**

C'est un dispositif de base dans un certain nombre d'études. Ce dispositif visant une objectivation et une fiabilité des données, il importe d'homogénéiser les conditions de recueil et de traitement de l'information. (G. Poussin, 2005, p.20).

### ○ **L'entretien clinique semi-directif**

L'entretien clinique semi-dirigé se définit donc comme « un entretien qui favorise l'expression libre et un guide de questions préparées par le chercheur à l'avance (mais non formulées 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 » (K. Chahraoui et H.Bénony, 1999, p.65).

Nous reconnaissons dans l'entretien de recherche semi-directif l'outil ou la technique la mieux adaptée pour notre travail de recherche. Selon M. Angers : « Cette technique est toute indiquée pour qui veut explorer les motivations profondes des individus et découvrir, à travers la singularité de chaque rencontre, des causes communes à leurs comportements ». (M. Angers, 1994, p.17).

Elle a aussi ceci de particulier, qu'elle s'adapte mieux avec notre objectif de description d'un domaine encore largement méconnu par nous, celui du vécu psychologique des mères des aidants des malades d'Alzheimer, ce qui va nous permettre non seulement d'établir des faits, mais de saisir les significations données par les personnes aux situations qu'elles vivent.

### **5-2 Le guide d'entretien**

Pour ce faire, le chercheur se présente avec un schéma de questions à aborder avec chaque personne. On donne à la personne la liberté d'élaborer ses réponses à sa guise, mais les sujets de discussion sont préétablis. La grille de d'observation n'est pas un instrument rigide, du point de vue de la présentation des questions, mais bien au contraire, un instrument souple qui entrevoit la possibilité d'introduire d'autres questions, notamment des relances très expressives, centrées sur les préoccupations affectives émotionnellement chargées.

En ce qui concerne le coté quantitatif de notre recherche, on a choisi d'utiliser l'échelle de mesure de coping CISS.

### **5-3 Le CISS : le test de coping**

Le CISS (coping Inventory for Stressful Situation) d'Endler et Parker (1990) est actuellement l'un des inventaires de coping le plus satisfaisante.

#### **5-3.a 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 mesurent le coping orienté vers l'émotion, et seize items mesurant le coping orienté vers l'évitement. Il ya deux sous-échelles pour dimension Evitement : Distraction (8items) et Diversion social (5items). (Les trois items restant pour la dimension Evitement ne sont pas noté dans ces sous-échelles). Pour contrôler les effets dus à l'ordre, les items relatifs aux médecins passant le test de noter chaque item sur échelle de fréquence en 5 point 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 » (fréquenté relative de chaque repense de coping). L'analyse factorielle des repenses (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). Ces inventaire a donné des résultats stables quels que soit l'âge, le sexe et la culture des sujets. On dispose ici d'un instrument ayant d'excellentes qualités psychométrique. 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 (Disposition) et nom le coping comme processus transactionnel.

La CISS a le mérite, par rapport à d'autres mesures du coping, d'évaluer des facteurs stables. Elle vise donc des styles de coping (dispositionnels) et non un coping défini comme une transaction individu-environnement. Fort

heureusement, les auteurs ont développé une version de la 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 la CISS sur 1050 sujets effectué par Rolland(1998). Nous ne pouvons présenter ce français su CISS au lecteur (elle est protégée par un copyright). (Marylou Bruchon-Schweitzer, Paris, 2002, P 366-367

### **5-3.b Cadre et définition de coping :**

Les mécanismes 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 distinction de base entre les réactions de coping centré sur le problème (orientation vers la tâche, vers la situation qui pose problème) et celle centré sur l'émotion (orientation vers la personne, vers le geste et la régulation de ses émotions). Endler et Parker (1990) proposent d'ajouter une troisième catégorie de base, nommée « évitement », qui peut inclure des stratégies orientées soit vers la personne 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, façon générale, les personnes face aux situations stressantes (de la vie de tous les jours ou au travail). Ces réactions sont nommées styles de coping.

### **5-3.d Versions existantes :**

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

### **5-3.c Structuration de l'outil :**

#### **-Le CISS comprend trois sous 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 ;-sou-échelle « distraction » (8 items) sous-échelle « diversion social » (5 items)

### **5-3.d 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 vers l'Evitement est évalué comme ayant une composante de Diversion Social et de Distraction.

Le matériel est constitué des élément suivant :

- Une page recto-verso qui comporte d'un coté la consigne « générale » et 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.

### **5-3.f Temps de passation :**

Le CISS peut être passé en 10 minutes environ.

### **5-3.g 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 feuilles 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 y a 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 obtenus ne sont pas valides.

L'étendu 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 à 25. (Jean-Pierre Rolland, 1998, p14)

### **5-3.h Interprétation des notes aux échelles du CISS**

Plus la note au test sur l'une des 5 échelles (tache, émotion, évitement, distraction, 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 Rnolland, 1998, p20)

### **5-3.e 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 : 2

Cependant, il faut noter que les indications proposées ne sont que lignes directrices approximatives et qu'il n'ya a aucune réseau de croire qu'il y a une différence sensible, par exemple, entre une note T de 55 et une note de T de 56. Il ne faut pas utiliser ce guide comme une règle absolue. (Jean-Pierre Rolland, 1998, P20)

<b>Range</b>	<b>Indication</b>
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

**Tableau N : 2 : Guide d'interprétation des notes T**

### **5-3.f 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 vivez des événements ou des situations difficiles, des périodes de stress important.

Repondez à chaque 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 repenses intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

Il est essentiel de souligné, 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 les analyses et en fin discussion des hypothèses.

#### **6- Le déroulement de la pratique :**

Notre pratique a duré un mois du 20/03/2016 au 18/04/2016 a l'hôpital d'Akbou « Akloul Ali ».

Après l'accord favorable du directeur de l'hôpital, on a pu prendre contact avec les aidants d'un malade d'Alzheimer qui sont hospitalisé au service de la chirurgie et service homme et femme avec l'aide du psychologue qui nous a orienté tout au long du stage on a essayer de gagner leur confiance et avoir leur consentement, en leur expliquant le but de notre recherche, et en assurant l'anonymat total des résultats de l'échelle et de l'entretien. On premier lieu, nous avons des difficultés a trouvé des cas d'Alzheimer mais par la suite on a opté 08 cas aux trois services on a travaillé avec 05cas et les trois cas qui reste ont refusé de parlé et de faire un entretien avec nous et on gardé seulement les 05 cas.

La passation de l'échelle du coping de Lazarus et Folkman a été juste après l'entretien clinique de recherche. Les entretiens ont été effectués dans le bureau du psychologue, les questions ont été posées en langue française sauf quelques cas qui ne maîtrise pas cette langue.

La passation de l'échelle été un peu difficile, mais avec l'aide du psychologue elle s'est très bien déroulée.

Mais grâce a une bonne volonté et notre patience on a pu dépasser ses impasses ainsi que les ouvrages qui sont disponible qui a abordé notre thème de recherche au niveau de la bibliothèque de l'université, les études antérieures.

### **Conclusion :**


Cette partie méthodologique nous a permis une démarche ordonnée pour un bon suivi des étapes de notre recherche et cela a travers le respect de certaines règles dans l'enchaînement et le déroulement de notre recherche, ce qui nous a permis la collecte des données pour enfin arriver a des résultats que nous pouvons analyser et interpréter a aboutir a une confirmation ou infirmation de nos hypothèses de recherche.





*Chapitre IV*

*Présentation et analyse des  
résultat et discussion des  
hypothèse*



### **Préambule :**

Dans cette partie nous allons procéder à une analyse et interprétation des données des entretiens ainsi que les résultats obtenus lors de la passation de l'échelle de CISS, pendant notre recherche, en vu de valider ou invalider l'hypothèse émises au début de notre recherche.

### **Présentation des cas :**

#### **Présentation du cas n°1 :**

Tahar âgé de 42 ans, il a deux sœur, et un frère, il est l'inné de sa fratries, a eu une formation de serrurier qui fait sa profession actuelle, marié, il a trois enfants. Depuis presque deux ans il est devenu l'aidant principal de son père âgé de 72 ans, diagnostiqué de la maladie d'Alzheimer, il est au stade modéré de la maladie, alors qu'il ne souffre d'aucune maladie.

### **Compte rendu :**

Dans notre recherche effectuée au sein de l'hôpital AKLOUL ALI d'Akbou, nous avons pu constater le cas de Tahar qui surveille son père qui a subi une intervention chirurgicale. Après avoir expliqué notre démarche, nous avons demandé a l'aidant s'il peu nous suivre dans la salle du psychologue pour effectuer notre entretien ainsi que l'échelle. Il s'est excusé de ne pas pouvoir laisser son père même pour cinq minutes. Cela défini l'état d'inquiétude de Tahar sur la situation de son père. Quand même il accepte que nous effectuons notre entretien sur place, la durée est de 30 minutes en langue kabyle.

Nos premières questions portent sur les connaissances de l'aidant sur la maladie d'Alzheimer, nous le trouvons très bien renseigné en ajoutant « sa fait un temps que nous vivons avec cette maladie, donc elle est presque devenue de

nos sujets quotidiens, et puis elle s'est attaquée à un être cher qui est mon père », cela définit le quotidien de l'aidant et de la peine que cette maladie lui pose.

C'est incroyable nous dit-il, les premiers signes, c'est qu'il oublie ses objets ; montre, lunette, il nous accuse de voleurs, cela nous a inquiété après avoir eu une consultation chez le médecin de la famille, on est orienté chez un neurologue qui nous annonce le diagnostic.

Nous apprenons, que la vie de Tahar n'est plus la même depuis ce jour. Il souffre d'insomnie, il déclare que sa vie de couple est très dégradée, il est devenu très chargé ce qui fait un climat de tension et de stress « je me sens débordé, même j'ai presque quitté mon atelier en me remplaçant par un stagiaire » nous déclare-t-il. Qu'il a développé un problème de santé (diabète) Et cela de plus démontre le fardeau qui pèse sur la vie quotidienne de Tahar.

### **Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Ms Tahar :**

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe masculin, on a pu enregistrer les résultats :

Les notes / Les stratégies	La Note brute	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
<b>taches</b>	73	62	89	Au dessus de la Moyenne
<b>Emotion</b>	66	73	89	De loin au dessus de la moyenne
<b>Evitement</b>	58	69	97	Très au –dessus de la moyenne
<b>Distraction</b>	24	66	95	Très au –dessus de la moyenne
<b>Diversions social</b>	25	71	99	De loin au dessus de la moyenne

**Tableau n° 3: tableau représentatif des résultats de la CISS du cas de Ms (Taher)**

A partir des résultats enregistré sur ce tableau, on constate que Tahar utilise les stratégies de coping centré : en première lieu sur l’émotion sa note T : 73 ca plaçant au 89em percentile. Ses notes aux sous-échelles : diversion social sa note T : 71, la plaçant au 99em percentile. En deuxièmes lieu, il utilise les stratégies de coping centré sur l’évitement sa note T : 69, la plaçant au 97em percentile. Et en dernière lieu utilise les stratégies de coping centré sur la distraction sa note T : 66 la plaçant au 99em percentile, et sous-échelles centré sur tache sa note T : 62 la plaçant au 89em percentile.

**Synthèse du cas de Tahar :**

Taher devenu stressé il souffre d'insomnie, sa vie conjugale est très dégradée, depuis qu'il est devenu l'aidant principal de son père. Il se délaisse de son travail à un autre, dans ce cas tout est changé pour lui sur le côté financier et familial et d'après les résultats obtenus dans le test de coping CISS ; on constate que il utilise les stratégies de coping centré sur l'émotion comme moyen pour résoudre son problème et de modifier la situation et pour sa note T : 73 de loin au-dessus de la moyenne

**Présentation du cas n°2**

Rosa, femme au foyer, a fréquenté l'école secondaire, âgée de 34 ans, a comme formations la pâtisserie. Elle est célibataire, vivant au domicile familial. Aujourd'hui elle devient l'aidant principal de son père âgé de 67 ans, qui souffre d'un Alzheimer sévère depuis huit mois, même si les premiers signes renvoient à plus de deux années. Notre entretien est d'une durée de 35 minutes, en langue usuelle, le kabyle.

**Compte rendu :**

Rosa place beaucoup d'espoir dans la guérison de son père. Nous la rencontrons lors d'une visite chez le psychiatre à l'hôpital Akloul Ali. Après lui avoir expliqué sur quoi porte notre recherche, elle n'a pas hésité à accepter notre démarche.

Nous l'avons tout de suite incité à nous parler sur les premiers signes, elle nous apprend que son père s'isolait, incapable de s'entretenir ne faisant plus sa douche, ne change pas ses vêtements, parle avec les animateurs télé ou bien craint les films policiers en disant qu'ils le cherchent et veulent le tuer. Elle nous déclare que son père a changé complètement elle ne le reconnaît plus par ses

réactions qui suscitent en elle une angoisse permanente (Cela m'a beaucoup inquiété et puis les membres de la famille m'ont orienté vers un médecin, qui ma conseillé de voire un neurologue), du moment que son père ne présente aucune maladie somatique. Après des examens, le psychiatre à diagnostiquer un Alzheimer au stade sévère, et qu'elle le voit s'aggraver de jour en jour.

Depuis la maladie de son père, Rosa se sent débordé, ne sait pas quoi faire, pleure, elle se plaint du fais que ça arrive a elle. Mais d'autre part elle se dit que c'est dans son devoir d'avancer. En ce qui est de son père elle prend toujours bien soin de lui, elle est soutenue par son cousin qui l'aide pour le nourrir et le nettoyer. En soupirant elle déclare que « je ne crois pas que ma vie devient ainsi, je me suis abandonné, au détriment de mon père, je ne dors plus, je suis toujours épuisée, et je deviens très nerveuse. Je ne métrise plus la situation ».

Tout cela démontre a quel point la vie de Rosa est chamboulée, prise d'une immense tristesse, et d'un mal intérieur, sa vie qui ne ressemble plus à celle d'avant, angoissée, surchargée par les taches qui sont épuisantes, c'est un lourd fardeau qui pèse sur elle.

### **Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Rosa :**

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin, on a pu enregistrer les résultats :

Les notes Les stratégies	La Note brute	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
Taches	36	02	28	Au loin au-dessous de la moyenne
Emotion	50	58	52	Légèrement au-dessus de la moyenne
Evitement	34	21	42	Au loin au-dessus de la moyenne
Distraction	12	14	39	Au loin au-dessus de la moyenne
Diversion social	12	21	49	Au loin au-dessus de la moyenne

**Tableau n 4: tableau représentatif des résultats de la CISS du cas de Mlle (Rosa)**

A partir des résultats enregistré sur ce tableau, on constate que Rosa utilise les stratégies de coping centré : en première lieu sur l'émotion sa note T : 58 ca plaçant au 52eme percentile. Ses notes aux sous-échelles : Diversion social sa note T : 21, la plaçant au 42em percentile. En deuxièmes lieu, il utilise les stratégies de coping centré sur l'évitement sa note T : 21, la plaçant au 42percentile. Et en dernière lieu utilise les stratégies de coping centré sur la distraction sa note T : 14 la plaçant au 39em percentile, et sous-échelles centré sur la tache sa note T : 02la plaçant au 28em percentile.

**Synthèse du cas de Rosa**

Rosa, jeune femme célibataire. Depuis que son père est malade sa vie n'est plus la même, elle vit un bouleversement, elle est débordée et disloquée. Rosa est dans une situation de contradiction et d'ambivalence au détriment de son père.

D'après les résultats obtenus dans le test de coping CISS ; on constate qu'elle utilise les stratégies de coping centrées sur l'émotion comme moyen pour résoudre ses problèmes et de modifier les situations. Alors, sa note T est de 58, Légèrement au-dessus de la moyenne.

### **Présentation du cas n°3 :**

Salem, un jeune homme de 32ans, il vit avec ses parents, ces deux autres frères vivent ailleurs après être marié. Il a un niveau d'études secondaires. Il est gérant d'une entreprise de transport. Il est devenu l'aidant principal de son père atteint d'Alzheimer depuis deux ans. Aujourd'hui il est âgé de 72ans, on la nommé Hamid, ancien entrepreneur.

Notre entretien s'est déroulé dans un cabinet de psychologie, à l'établissement de santé d'akbou, la durée était de 30 minutes, avec la langue usuelle ainsi avec la langue française.

### **Compte rendu :**

Nous faisons rencontre avec Salem, au niveau de consultation traumatologie en ramenant son père pour une contre consultation. L'aidant, nous évoque les premiers signes qui ont engendré l'accident dont son père était victime ; il est percuté par le tramway, et cela était causé de l'errance, Hamid passe le plus part de son temps à marché tout seul, parfois il est ramené par les services de sécurité, il a abandonné son entreprise.

L'accident lui a causé un traumatisme crânien, cela a engendré une accélération des signes et une forte inquiétude, qui fait gelé le quotidien de



Salem, en apprenant que son père présente un Alzheimer sa lui a provoqué un choc en le laissant muet pour un bout de temps qu'il consulte même un orthophoniste. Ensuite il quitte partiellement son post en le cédant à son cousin. Salem déclare qu'après cela il a développé un diabète, et son sommeil est affecté. Il ajoute que toutes ces relations amicales sont devenues restreintes.

Les habitudes et les précautions sont d'ordre du jour, ou chacun dans la maison sait quoi faire.

**Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Ms Salem :**

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe masculin, on a pu enregistrer les résultats :

<b>Les notes</b> <b>Les stratégies</b>	<b>La Note brute</b>	<b>La note T</b>	<b>Le percentile %</b>	<b>Interprétation de la note T</b>
Taches	73	62	89	Au-dessus de la moyenne
Emotion	66	39	14	Au-dessous de la moyenne
Evitement	58	69	97	Très au-dessus de la moyenne
Distraction	24	66	95	Très au-dessus de la moyenne
Diversions social	25	71	91	Très au-dessus de la moyenne

**Tableau n°5: tableau représentatif des résultats de la CISS du cas de Ms (Salem)**

A partir des résultats enregistré sur ce tableau, on constate que Salem utilise les stratégies de coping centré : en première lieu sur diversion social sa note T : 71 ça plaçant au 91<sup>em</sup> percentile. Ses notes aux sous-échelles : évitement sa note T : 69, la plaçant au 97<sup>em</sup> percentile. En deuxièmes lieu, il utilise les stratégies de coping centré sur distraction sa note T : 66, la plaçant au 95<sup>em</sup> percentile. Et en dernière lieu utilise les stratégies de coping centré sur la tache sa note T : 62 la plaçant au 89<sup>em</sup> percentile, et sous-échelles centré sur l'émotion sa note T : 39 la plaçant au 14<sup>em</sup> percentile.

### **Synthese du ca de salem :**

Salem Jeune homme, âgé de 32 ans, vivant avec ses parents. Il devient l'aidant principal de son père. Cette nouvelle situation a créé en lui un renversement de la vie d'un jeune homme, il passe a coté de sa vie, il a prolongé la date de son mariage, et même il a quitté son travail, ce qui chamboule son état d'humeur, il est tout le temps stressé.

D'après les résultats obtenus dans le test de coping CISS ; on constate qu'il utilise les stratégies de coping centrées sur la diversion social comme moyen pour résoudre ses problèmes et de modifier les situations. Alors, sa note T : 71

### **Présentation du cas n°4 :**

Achour âgé de 50 ans, marie père de 5 enfant (2fille et 03 garçons), son niveau d'instruction est bas, il exerce le métier de commerçant, sa mère âgé de 78 ans atteinte de la démence Alzheimer, les premier signe sont apparue en 2003, et cella fait 13 ans qu'elle est malade, il est triste pour elle.

### **Le compte rendu :**

Suite a l'hospitalisation de la mère de Achour à l'hôpital akloul ali a akbou pour un problème respiratoire nous avons pu nous entretenir avec Achour dans le bureau du médecin de service.

Notre premier question pose sur les connaissances de se dernier sur la maladie d'Alzheimer, de cela nous savons que l'aidant a une faible connaissance a la maladie. Sa mère commence par oublier de façon graduelle ; ces clés puis les vêtements, et par la suite son entourage par les personnes en d'hors de la famille puis c'est autour de son entourage qu'elle n'arrive pas a distingué, elle ne fait plus la différence entre le présent et le passé, la notion du temps et inexistant pour elle, peut c'est son langage qui se dégrade des propre vulgaires. Suite a ses inquiétude Ms Achour a contacté a un psychiatre, se dernier a confirmé le diagnostique d'une démence Alzheimer.

Ms Achour voit sa vie chambouler, il est plus le même, est devenu stressé et perturbé, sa vie de couple disloque, déborder par le travail qu'il délaisse pour son fils et les responsabilités créent un climat d'incertitude et des insomnies qu'il empêche de vivre normalement.

### **Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Ms Achour :**

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe masculin, on a pu enregistrer les résultats :

Les notes Les stratégies	La Notes brutes	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
Taches	73	62	89	De loin au-dessus de la moyenne
Emotion	72	79	99	De loin au-dessus de moyenne
Evitement	52	63	90	De loin au dessus de la moyenne
Distraction	21	60	84	De loin au dessus de la moyenne
Diversions social	22	65	93	De loin au dessus de la moyenne

**Tableau n°6: tableau représentatif des résultats de la CISS du cas de Ms (Achour)**

A partir des résultats enregistré sur ce tableau, on constate que Ms Achour utilise les stratégies de coping centré : en première lieu sur l’émotion sa note T : 79 ca plaçant au 99em percentile. Ses notes aux sous-échelles : Diversion social sa note T : 6, la plaçant au 93em percentile. En deuxièmes lieu, il utilise les stratégies de coping centré sur l’évitement sa note T : 63, la plaçant au 90em percentile. Et en dernière lieu utilise les stratégies de coping centré sur la tache sa note T : 62 la plaçant au 89em percentile, et sous-échelles centré sur la distraction sa note T : 60 la plaçant au 84em percentile.

**Synthèse du cas Achour :**

Achour âgé de 50 ans, ne vie plus son rôle de père depuis que sa mère est atteints de la maladie d'Alzheimer, la souffrance de ses enfants qui le réclame, du fait qu'il est dépassé par les événements, il est toujours anxieux, et présente des insomnies remarquables.

D'après les résultats obtenus dans le test de coping CISS ; on constate qu'il utilise les stratégies de coping centrées sur l'émotion comme moyen pour résoudre ses problèmes et de modifier les situations. Alors, sa note T : 79

**Présentation du cas de n°5 :**

Sonia âgée de 43 ans femme au foyer, marier elle a deux fille, sont niveau d'étude terminal (3eme année lycée), Aujourd'hui elle devient l'aidant principal de sa mère âgé de 86 ans, qui souffre d'un Alzheimer sévère depuis 4ans, Notre entretiens est d'une duré de 35 minutes, en langue usuelle, le kabyle.

**Compte rendu :**

Dans notre recherche effectuée au sein de l'hôpital akloul ali d'akbou, nous avons pu constater le cas de Sonia qui surveille sa mère qui a subi une hospitalisation au (service femme), a cause d'un problème asthmatique. Suite de notre demande (avec l'aide du psychologue qui a expliqué notre démarche et le bute de recherche). Sonia accepte d'effectués avec nous l'entretien et accomplir les questions de notre échelle.

Notre première question pose sur les connaissances de Sonia sur la maladie d'Alzheimer, de cela nous savons qu'elle a une forte connaissance à la maladie. Depuis l'apparition des premiers signes ; hallucinations, oublie le nom de ses enfants, se lève la nuit et circule dans la demeure, les membres de la famille s'inquiétaient et se sont mobilisés pour prendre en charge leur parent. Sa fille

(Sonia) nous dit « nous savons que cela dure pour toujours, je me suis engagé a une prise en charge totale du moment que la simple toilette ou besoins les plus élémentaires ne peuvent pas êtres réalisés par ma mère », elle est plus la même, devenue stressée, elle ne peut plus exprimée ses peines, d'un autre part elle a perdu sa vie conjugale, elle est inquiétée au fil du temps ; de jours en jours sa mère devient plus dure. Nous apprenons que sa mère présente des manières bizarroïdes, et qu'elle a développé des tics comme faire des nœuds avec ses vêtements au point qu'elle oublie de mâcher et d'avaler..., et du coup elle ne peut laisser sa mère dans son état d'inconscience. Nous déclare Sonia : « dans la vie on a qu'une seule mère, alors je continuerai de la servir tout le temps qui nous reste, a vivre ensemble malgré la souffrance et l'épuisement ».

Sonia nous parle sur le régime alimentaire qui est programmé, elle dit : « quand je sens une soiffe je pars directement donner de l'eau a ma mère », ainsi qu'elle lui a mis un matelas au sole parce que dans le passé, sa mère tombait de son lit, elle ajoute que depuis ce temps la elle partage la même chambre que sa mère.

### **Présentation et analyse des résultats de la CISS du cas de Sonia :**

Après l'addition des notes de chaque échelle par la grille de correction du CISS et l'avoir recopiés sur le profil pour obtenir les notes T et les percentiles pour sexe féminin on a pu enregistrer les résultats

Les notes Les stratégies	La Notes brutes	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
Taches	53	31	45%	Très au-dessous de la moyenne
Emotion	40	12	44%	De loin au- dessous de la moyenne
Evitement	32	18	41%	Très au-dessous de la moyenne
Distraction	17	38	47%	Au-dessous de la moyenne
Diversions social	08	35	08%	Au-dessous de la moyenne

**Tableau n°7: tableau représentatif des résultats de la CISS du cas de Mme (sonia)**

A partir des résultats enregistré sur ce tableau, on constate que Sonia utilise les stratégies de coping centré : en première lieu sur la distraction sa note T : 38ca plaçant au 47em percentile. Ses notes aux sous-échelles : Diversion social sa note T : 35, la plaçant au 8em percentile. En deuxièmes lieu, il utilise les stratégies de coping centré sur la tache sa note T : 31, la plaçant au 45em percentile. Et en dernière lieu utilise les stratégies de coping centré sur

l'évitement sa note T : 18 la plaçant au 47<sup>em</sup> percentile, et sous-échelles centré sur l'émotion sa note T : 12 la plaçant au 44<sup>em</sup> percentile.

**Synthèse du cas de Sonia :**

Sonia elle n'a jamais goûté la tendresse de sa famille depuis qu'elle décide de prendre en charge sa mère. Sa vie quotidienne à beaucoup changer elle ne quitte plu jamais sa mère elle pleur elle est stressé et puis elle a pris d'autre situation elle essaye de s'occupé de sa mère avec tout les moyennes sur tout les plans émotionnel et physique

D'après les résultats obtenus dans le test de coping CISS ; on constate que elle utilise les stratégies de coping centré sur la diversion social comme moyen pour ressouder sons problème et de modifier la situation et pour sa note T : 35 Au-dessous de la moyenne

**Discussions des hypothèses :**

Le sujet de notre étude est porté sur les stratégies de coping utilisé par les personnes ayant un parent (père/mère) atteint de la maladie Alzheimer, on a tenté dans notre recherche de vérifier l'hypothèse posé dans le début de notre thème : Les personnes ayant un parent atteint de la maladie Alzheimer utilisent déférentes stratégies de coping.

Après l'analyse et l'interprétation des donnée et des entretiens semi directif, ainsi des résultats de l'échelle de CISS d'ENDLER et PARKER établie avec notre groupe de recherche qui se compose de 5 cas, on trouve que chaque cas utilise une stratégie de coping spécifique pour lui soit il base sur (émotion, tache, distraction, évitement, diversion social), d'prés les résultats obtenu, on a noté que 3/5 de nos cas se centre sur l'émotion avec les note T suivante (Achour T :79, Taher T : 73, Rosa T :58), et 1/5 de nos cas qui se centre sur la



diversion sociale avec une note T (Salem T :91), et 1/5 des cas qui se centre sur la distraction avec une note T (Sonia T :38).

Nous parviendrons à dire que notre hypothèse de recherche a été confirmée par toutes les cinq cas, c'est-à-dire que toutes les enfants de notre groupe de recherche fait face à la maladie d'Alzheimer à leurs parents (père/mère).



*conclusion*



## Conclusion

---

### **Conclusion :**

Avoir un parent atteint d'une maladie neurologique tel que la maladie d'Alzheimer conduit logiquement à l'apparition de certaine stratégie de coping particulièrement le coping chez les aidants tels que la on constate durant notre recherche. Elles peuvent être orientées vers l'émotion ou vers l'évitement ou bien vers les taches ou la diversion sociale.

Dans notre étude on a tenté d'explorer une tranche de cette catégorie de la société qui sont les personnes (aidants) ayant un parent atteinte de la démence Alzheimer de mettre en considération leur stress et le déséquilibre dans leur vie quotidienne.

Noter recherche nous a permis d'appréhender les réactions de ces aidants de la maladie de leur père/mère, nos cas clinique nous ont donnés une vision plus pratique et le plus réelle de l'état psychologique des aidants la et surtout de percevoir les réactions première et final de ces dernières et le développement de leur état, depuis l'annonce de la maladie de leur père/mère, et les différentes manières qu'ils utilisent pour affronter cette situation stressante.

Pour vérifier nos hypothèses on a expliqué l'échelle du coping CISS. Et on utilisé aussi l'entretien semi- directif qui nous a permet de récolter des informations sur le vécu des personnes ayant un parent atteint de la maladie d'Alzheimer ainsi que les méthodes qu'ils emploient dans le but de faire face au problème.

D'après l'analyse des résultats obtenus pour les deux outilles cités auparavant, on a confirmé notre hypothèse posé au départ et détecté les stratégies de coping utilisé par les enfants adultes pour faire face a la maladie de leur parent.

Enfin pour conclure notre travail, il est a souligner que notre thème de recherche est très sensible et présente un champ très vaste, alors que notre étude a été

## Conclusion

---

portée sur une population restreinte qui ne dépasse pas 05 cas du sexe différent, de ce fait cette modeste étude ne reste qu'une goutte de ce champs et devrait être complétée par d'autres études afin de mieux appréhender le thème, c'est pour cette raison qu'on invite nos camarades étudiants en psychologie clinique a approfondir notre sujet de recherche ultérieurement, et a trancher sur l'interrogation suivante : les résultats auraient-ils été les mêmes si notre étude avait été réalisée auprès d'une population plus large et avec les aidants des deux sexes et d'un niveau d'instruction moyenne.



*Bibliographie*



### La liste bibliographique :

#### Les ouvrages :

1. Albarello. L, **Apprendre a cherché : l'acteur social et la recherche scientifique**, Edition De Boek, Bruxelles 2003.
2. Angers. M, **l'initiation pratique a la méthode des sciences sociales**, édition Casbah, paris 1999.
3. Bruchon- Schweitzer. M et Bruno. Q, **personnalité et maladie, stress, coping et ajustement**, édition Dunod, paris 2001.
4. Cario R, « **victimologie de l'effraction de intersubjectif a la restauration sociale** », 2eme édition Harmattan, paris 2000.
5. Chabrol. H et Callahan. S, **mécanisme de défense et coping**, Ed Dunod, paris 2004.
6. Chahraoui. K et Benony. H, **l'entretien clinique**, édition Dunod, paris1999.
7. Chahroui. Kh et Benony. B, **méthode,évaluation et recherche en psychologie clinique**, Edition Dunod, paris2003.
8. Chauchat. H, **l'enquête en psychologie**, 2eme édition : PUF, paris 1999.
9. Choque. S.J, **soignant : stress apprendre à le gérer**, wolters, France, 2007.
- 10.Graziani .p et Swendsen. G, « **le stress, émotion, et stratégies d'adaptation** », Armand Colin, paris 2005.
- 11.Lazarus R.S et Folkman. S, « **stress, apparaid, and coping** », édition Springer, New York, 1984.
- 12.Lobard Buffet. A et Mattioli, L et M et Harfouche. Y, **centre de documentation**, édition Hess.so, Genève 2015.
- 13.Marie Anaut, **la résilience (surmonter les traumatismes)**, édition ARMOND COMLIN 2emme édition année 2008.

14. Marilou Bruchon-Schweitzer, **psychologie de la santé-modèles, concepts et méthodes**, Edition Dunod, Paris 2002.
15. Pedilielli J.L, **le stress : émotion et stratégies d'adaptation**, France Armand Colin, 2005 STORA J.B, le stress, Paris, PUF, 1991.
16. Poussin. G, **la pratique de l'entretien clinique**, édition Dunod, Paris 2005.
17. Reuchlin. M, **les méthodes en psychologie**, PUF, Paris 2002.
18. Saloumé. J, **relation d'aide et formation à l'entretien**, Edition Bréal, Paris 2003.
19. Samacher. R, **les loups sont-ils québécois : les mutations sociales à l'école primaire**, Presse Université Laval, Québec 1995.
20. Selmés. J, **la maladie d'Alzheimer : accompagnez votre proche au quotidien**, édition John Libbey Eurotext, Paris 2011.

### **Les mémoires et les revues :**

1. Amaouche. CH, **les manifestations dépressives chez les sujets atteints de la maladie d'Alzheimer**, édition Université Bejaia, Alger 2012.
2. Cindy Poulin, **les besoins et les difficultés des proches aidants de personnes âgées atteints d'Alzheimer demeurant à domicile**, Ed Université Laval, Québec 2011.
3. Coquet. F et Dei cas. P, **Réflexion pour une méthodologie de rédaction d'une présentation de cas clinique**, « in Rééducation orthophonique », n 235, octobre 2008.
4. Fernandez. L et Pedinielli. J-L, **la recherche en psychologie clinique**, « in recherche en soins infirmiers », N 84 – Mars 2006.

### **Les dictionnaires :**

1. **Dictionnaire fondamental de la psychologie** sous la direction de H.Bloch, E.Depret, A.Gallo, Ph.Garnier, M.D.Giniste, P.Leconte, J.F.Leny, J.Postel, M.Reuchlin. Larousse, France 2002.

2. **DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles**, 5eme édition, France 2013.

### Les PDF :

1. Gérard lebel, **guide d'auto soins pour la gestion du stress**, Edition Montréal 2013, Canada PDF. Consulté le 20/04/2016
  2. Goussard J.P, **la méthode clinique 2000**, consulter le site : [www.apratool.com / performance / méthode clinique](http://www.apratool.com/performance/methode-clinique) PDF. Consulté le 03/03/2016.
  3. Intervention du docteur Berlioz-Thibal, **communication : comment comprendre un malade Alzheimer et comment s'en faire comprendre ?**, 2006 PDF. Consulté le 24/03/2016
  4. Marie claire Sansregret et Gilles Landry, **la maladie d'Alzheimer**, Québec 2011 PDF. Consulté le 15/02/2016
  5. Marie-Josée Leclerc D.O, **la maladie d'Alzheimer**, 2007 PDF. Consulté le 24/03/2016
  6. Olivier Moraud, **maladie d'Alzheimer**, 2004 ([www.alzheimer-montpellier.org](http://www.alzheimer-montpellier.org)) consulté le 03/03/2016
- Sillamy. N, dictionnaire de psychologie, Ed Larousse, paris 1999.
7. Société Alzheimer du canada, Facteurs de risque, 2015 PDF. Consulté le 12/02/2016
  8. **www.has-sante.fr**
  9. Jacques B. Bois lève, **la maladie d'Alzheimer**, Holosys PDF ([www.sante-vivante.fr](http://www.sante-vivante.fr) ). Consulté le 15/02/2016