

***Université Abderrahmane Mira de Bejaia***  
***Faculté des Sciences humaines et sociales***  
***Département des Sciences sociale***

***MEMOIRE***

***En vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie***  
***Option : psychopathologie et psychosomatique***

**Thème**

**LE STRESS CHEZ LES MALADES  
HYPERTENDUS**

**Réalisé par:**

**Melle BOUABDALLAH Sonia**

**Melle IGHMOURACENE Fatma**

**Encadré par :**

**Dr LAOUDJ mabrouk**

**Promotion : 2017/2018**

# *Remerciements*

*D'abord et avant tout remerciens ALLAH qui nous aide et nous donne la patience et le courage durant ces longues années d'étude.*

*Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire Professeur LOAUDJ Mabrouk. Je le remercie de m'avoir encadré, orienté, aidé et conseillé. Et surtout pour sa patience, sa confiance, et sa disponibilité.*

*Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude.*

*J'adresse mes sincères remerciements à tous les professeurs intervenants, Je remercie les membres de jury Dr SAHRAOUI et Dr LAKHEL*

*Pour avoir accepté d'évaluer ce travail et pour toutes leurs remarques et critiques.*

*Je tiens à remercier Docteur BOUICHI de m'avoir encadré à l'hôpital. Et toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé mes réflexions et ont accepté à me rencontrer et répondre à mes questions durant mes recherches.*

*Je remercie mes très chers parents, AHMED & BAYA, qui ont toujours été là pour moi, « vous avez tout sacrifié pour vos enfants n'épargnant ni santé ni efforts. Vous m'avez donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. Je suis redevable d'une éducation dont je suis fière ».*

*Je remercie mes frères et sœurs que j'aime infiniment pour leurs encouragements et leurs soutiens qui ont été toujours là pour moi.*

*Je remercie très spécialement ma chère binôme Ryma*

*Enfin, je remercie tous mes ami(s) que j'aime tant, Léa, Lila, Hanane, Warda, Nawal, Nina, Fifi, Chafia, Lynda, Walid, Celia, Nabila, Youvacine, Youram, Samy...*

*Pour leur sincère amitié et confiance, et à qui je dois ma reconnaissance et mon attachement.*

*A tous ces intervenants, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude*

**SONIA**

# *Dédicace*

*Je dédier ce modeste travail,*

*A la plus belle créature que dieu a créée sur terre...*

*A cette source de tendresse, de patience et générosité...*

*A mes chers parents !*

*A mes chers frères : Karim, Mouhand, Messaoud, Ghiles*

*A mes chers sœurs : Samira et Saadia et leurs maris*

*Et mes belles-sœurs ainsi que leurs enfants*

*A Mes anges nièces que j'aime*

*A mes beaux parents Mes tantes*

*Et à toute ma famille*

*A tous mes amis et collègues*

*A Dr sahraoui Intissar*

*A tous les étudiants de la promotion 2017/2018*

*Spécialité : psychopathologie et psychosomatique*

*A tous ceux qui, par un mot, m'ont donné la force de continuer...*

**SONLA**

## *Remerciements*

*Je remercie dieu le tout puissant de m'avoir accordé santé et courage pour accomplir ce travail.*

*Je remercie mes chers parents qui m'ont donné tous pour arriver là.*

*Je remercie Dr Laoudj .M, qui ma guidé et conseillé tout au long de ce travail.*

*Je remercie Dr Sahraoui. N, la responsable de notre spécialité psychopathologie et psychosomatique.*

*Je tiens a remercie Docteur Bouiché pour ces conseilles, et également pour tous les patients qui ont participé a ce modeste travaille.*

*Je remercie mes sœurs et mes frères, Anis, Nabila, Célia, Kenza, qui m'ont beaucoup aidé pour réaliser ce je travail, et remercie toute personne qui ma aidé de pré ou de loin.*

*Je remercie ma chère binôme Sonia.*

*Merci*

## *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail :*

*A Mes chers parents qui m'ont aidé énormément durant le cursus scolaire, Que dieu vous accorde une bonne santé et vous garde pou nous.*

*A mes chère sœurs Saliha et Nadia et mes frères Khaled et Abdenour.*

*A une personne très cher pour moi : Anis*

*A toute mes amies et toutes personnes qui me connaisse, sans oublier M Sahraoui la responsable de notre spécialité psychopathologie et psychosomatique.*

*Ryma*

# Sommaire

-Introduction générale ..... 1

-Problématique ..... 3

## Partie théorique

### Chapitre 1 : le stress

Introduction ..... 6

1. Définition du stress ..... 6

2. Historique et évolution du concept ..... 7

3. Diagnostic différentielle du stress aigue ..... 12

4. le syndrome général d'adaptation ..... 14

5. Les sources du stress ..... 18

6. La nature du stress..... 20

7. Les maladies liées au stress ..... 24

8. Les complications liées au stress ..... 25

9. Psychophysiologie du stress..... 30

10. Facteurs modifiant la réaction au stress ..... 32

11. Les préventions du stress..... 35

Conclusion..... 40

### Chapitre2 : l'hypertension artérielle

Introduction ..... 41

1. La pression des artères .....	42
2. Rapport entre la pression artérielle et stress.....	43
3. L'hypertension artérielle(HTA) .....	44
4. Définition de l'Hypotension .....	44
5. Les systèmes qui régulent la pression artérielle.....	45
6. Epidémiologie .....	48
7. Les causes et les facteurs de risque de l'hypertension artérielle.....	50
8. Diagnostic de l'HTA .....	54
9. Evaluer le retentissement viscérale de l'hypertension et des comorbidités.	59
10. Prise en charge thérapeutique du patient hypertendu.....	60
11. Les traitements .....	62
12. Gestion de stress pour les hypertendus .....	63
13. Quelques conseils aux hypertendus stressés .....	64
Conclusion.....	65

## **Partie méthodologique**

### **Chapitre3 : méthodologie de la recherche**

Introduction .....	76
1. Les objectifs de la recherche .....	76
2. La démarche de la recherche.....	76
3. Les limites de la recherche.....	78

4. La population d'étude.....	79
5. Description du lieu de la recherche .....	80
6. Les outils d'investigations.....	81
7. Les difficultés rencontrées de la recherche .....	84
Conclusion.....	84

### **Partie pratique 4 : partie pratique**

1. Les données cliniques .....	85
1.1 le premier cas clinique .....	85
1.2 le deuxième cas clinique .....	94
1.3 le troisième cas clinique.....	102
1.4 le quatrième cas clinique.....	110
2. Analyse globale des cas cliniques.....	118
3. Discussion des hypothèses.....	119
4. Synthèse général .....	120
<b>Conclusion générale</b> .....	121

### **Bibliographie**

### **Annexes**



## Liste des abréviations

**ACTH:** (Adrénocorticotrophique Hormone) l'hormone corticotrope

**ARP:** Activité Rénine Plasmatique

**AVC:** Accident Vasculaire

**ARA II:** Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II Cérébrale

**BAP:** Instrument qui évalue le comportement composé de 22 items

**CRH :** Corticolibérine produit par l'hypothalamus et agissant au niveau de l'hypophyse

**CRF:** La corticolibérine ou CRH aussi désigné sous le nom de CRF

**Cholestérol LDL:** Lipoprotéine de basse Densité qui permet le transport du Cholestérol au sein de l'organisme

**DSM IV :** Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

**ECG:** Electrocardiogramme

**ESH:** Entreprise Sociale pour l'Habitat

**FCV:** Facteur de Risque Cardiovasculaire

**HTA:** Hypertension Artérielle

**HAS:** Haute Autorité de la Santé

**HVG:** Hypertrophie du Ventricule Gauche

**ICC :** Insuffisance Cardiaque Congestive

**ISRA:** Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la sérotonine

**JAS :** Test qui fournit des mesures de la dépression, de l'anxiété et des troubles Somatiques

**Mm Hg :** millimètre (mm) de mercure (Hg du latin Hydrargyrum)

**MAPA :** Monitoring Ambulatoire de la Pression Artérielle

**MBI :** Questionnaire de 22 items évalue l'épuisement mental

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PA** : Pression Artérielle

**PA S** : Pression Artérielle systolique

**PA d** : Pression Artérielle diastolique

**P.S.S** : Polystyrène sulfonâé de sodium

**SAHA** : Société Algérienne de l'hypertension

**SGA** : Syndrome général d'adaptation

**SDS** : Diagnostic du stress

**STEP** : Le manuel STEPS consiste en une présentation générale et un guide  
Pour les pays souhaitant mener à bien l'approche STEP Wise pour la  
surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques

**S.R.E** : Système réticulo-endothélial

## Introduction

---

### Introduction :

L'idée que les événements psychologique sont liés aux phénomènes corporels est présente dans chaque culture humaine, mais l'intérêt pour une psychosomatique scientifique est relativement récent.

Les maladies psychosomatiques sont le résultat de l'interaction entre le système nerveux et le système immunitaire. Lorsqu'un événement influe sur le moral, celui-ci en est bouleversé et provoque ainsi certains signaux sur le psychisme. Par exemple notre cœur bat de plus en plus fort en cas de forte émotion telle que la peur ou la surprise.

De son côté, le corps connaît des troubles somatiques : douleurs, perte d'appétit, troubles du sommeil, troubles cardiaque, chacun a ses propres réactions face aux angoisses internes et aux tensions extérieures comme le stress. Inversement, les maladies organiques influencent également le psychique, c'est-à-dire qu'une désorganisation somatique peut ainsi mettre le moral à dure épreuve. La causalité entre la maladie organique et les troubles psychologique forme ainsi un cercle vicieux que chaque médecin doit prendre en compte. D'ailleurs les émotions négatives comme le stress aggravent environ 90% de toutes les maladies et environ plus de 50% des maladies traitées par les médecins sont psychosomatiques. Pour confirmer les conséquences d'une détresse morale sur le physique des recherches en psycho-neuro-immunologie ont conclu que le trop-plein émotionnel du système nerveux implique la production d'hormones corticoïdes qui abaissent les défenses immunitaires de l'organisme.

Le stress est le facteur principal psychologique qui déclenche ou favorise une maladie psychosomatique celle dite d'alerte, de lutte puis d'épuisement. C'est au cours de cette dernière que le cortisol sécrète par les glandes surrénales puise les réserves d'énergie du corps les infections peuvent alors facilement toucher l'organisme.

## Introduction

---

La réponse de stress prépare notre organisme aux situations difficiles. La pression artérielle augmente, la respiration s'accélère ainsi les battements cardiaque. En Algérie une étude effectuée par la société a démontré que 35% d'algériens de plus de 18 ans sont hypertendus. Plusieurs facteurs sont mis en cause dont le mode de vie notamment les mauvaises habitudes alimentaires ainsi le stress.

De notre part, nous envisageons investir ce domaine avec la présente recherche qui s'intitule le stress et l'hypertension chez les personnes âgées de 35-70ans.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons tracé un plan de travail scindé le mémoire en quatre chapitres.

Nous commençons par une introduction générale suivie d'une problématique, des hypothèses de travail que nous tenterons soit d'affirmer ou d'infirmier tout au long de cette recherche.

Le premier chapitre est consacré à l'étude du stress dans le quel sont traitées la définition du stress, l'historique, diagnostic différentielle du stress aigue ....etc.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude de l'hypertension artérielle.

Le troisième chapitre nous l'avons usité au cadre méthodologique qui englobe la population et le lieu de l'étude, les techniques de la recherche utilisées et les axes de notre guide d'entretien.

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse des données des entretiens, bien évidemment suivit de l'échelle d'évaluations des facteurs de stress de homes-Rahe.

Nous terminerons notre travail par une conclusion générale ou nous mettrons en valeur que nous avons dégagée de cette recherche.

### La problématique :

Face à la montée des maladies chroniques il deviens de plus en plus primordiale de savoir gérer les évènements stressants de la vie quotidienne et d'être dépassé par le stress, « les recherches de ces 30 dernières années démontrent parfaitement que notre gestion du stress et notre mode de vie ont un impact sur notre santé ils altèrent notre immunité, influence notre psychologie, modifient notre biologie et nos neurones, les connexions et nos gènes, plus précisément sur la longueur des petits capuchons protecteurs des chromosomes appelés télomères et qui conditionnent notre longévité ». « La science a exploré l'actions des hormones de stress (cortisol et adrénaline) et on a découvert que leurs sécrétion prolongée entraîne une usure de l'organisme qui constitue le lit des maladies comme l'hypertension artérielle ». <sup>1</sup>

« Toute agression psychologique ou émotionnelle bonne ou mauvaise, toute stimulation sensorielle constituent un message qui arrive à la base du cerveau au niveau d'une glande, l'hypothalamus, véritable centre d'élaboration du message reçu, qui analyse le message et l'intègre à ceux reçus par d'autres régions cérébrales, la formation réticulée, l'amygdale et l'hippocampe après l'élaboration des différents messages, la conséquence d'une évaluation de la demande comme stressante est la mise en place de mécanismes de défense et de réaction spécifique ». <sup>2</sup>

« Les différentes émotions ressenties par un individu comme le stress peuvent avoir des impacts sur l'état de santé ainsi que sur le fonctionnement de l'organisme. En effet face à différentes situations procurant ces états d'âmes et émotions, l'organisme réagit par accélération du rythme

---

<sup>1</sup> [[Htp://www.creer-son-bien-etre-org/les-effets-du-stress-sur-la santé](http://www.creer-son-bien-etre-org/les-effets-du-stress-sur-la-santé) ;(consulté le 10/01/2018)].

<sup>2</sup>(Pierluigi GRAZIANI et Joël SWENDSEN, mai 2005, page 25-26)<sup>2</sup>

## Le cadre général de la problématique

---

cardiaque, associée a une élévation de la tension artérielle .Cependant cette élévation est passagère et disparaît spontanément lorsque l'émotion est bien gérée par la personne. La tension artérielle varie de façon temporaire selon les activités physique et l'état émotionnel du sujet ».<sup>3</sup>

De plus les études empiriques antérieures réalisées sur ce sujet nous montre assez clairement l'ampleur qu'a pris cette pathologie sur le plan épidémiologique comme nous le prouve si bien les chiffres communiqués par les services des hôpitaux !

Censée être une maladie touchant les plus de 50 ans elle sévit de plus en plus chez les plus jeunes, particulièrement chez les 35-50 ans. Phénomène inédit « des médecins évoquent même des cas d'enfants hypertendus, L'hypertension artérielle est devenue la première cause d'hospitalisation en Algérie une maladie qui attaque le cœur (cousant des morts subites), le cerveau (elle est la première cause des accidents vasculaire cérébral) et les reins (insuffisance rénale) ». <sup>4</sup>

« Le nombre des hypertendus en Algérie est de 4,4 millions dont 1 ,5 million ne sont pas diagnostiqués (2015) ET 40% de la population en Algérie est touché par l'hypertension artérielle. La pathologie de HTA est en nette progression en Algérie ». <sup>5</sup>

« Intervenant a l'ouverture du 15ieme congrès de la société algérienne d'hypertension artérielle (SAHA) les conférenciers ont estimé que l'hypertension artérielle, une maladie qualifiée de « silencieuse » se propageait de plus en plus et touchant l'ensemble de la composante de la population algérienne y compris les adolescents et les jeunes, a se sujet le Pr Salim

---

<sup>3</sup> [<http://www.sante-guérir-notre famille.com> (consulté le 17 /02/2018)].

<sup>4</sup> [<Htp://www.radioalgerie.dz> ;(consulté le18/02/2018)].

<sup>5</sup> [<Htp://www.radioalgerie.dz> ;(consulté le18/02/2018)].

## Le cadre général de la problématique

---

Benkhada, cardiologue et membre de SAHA nous fait savoir que 35 % des algériens de plus de 18 ans sont hypertendus.

Le stress, peut donc être à l'origine d'une élévation brusque et passagère de la tension artérielle mais ne constituent pas pour autant des causes réelle d'une hypertension artérielle car pour une personne hypertendue, la tension artérielle est élevée en permanence, même en dehors d'une situation de stress. Elle est souvent supérieure à 14/09 (Systolique et Diastolique). Au-delà on considère le ou la malade comme Hypertendue. En dehors, bien sur des hypertensions artérielles idiopathiques.

D'un autre coté l'hypertension artérielle est un facteur de risque majeur et fréquent de nombreuses maladies cardiovasculaires, il est donc essentiel de détecter, traiter et contrôler l'HTA mais il faut aussi la prévenir. Il existe en effet une augmentation de la morbidité cardio-vasculaire avec les valeurs de la pression artérielle systolique et de la pression artérielle diastolique.

Ainsi en tant qu'étudiantes en formation psychologique option : psychosomatique et suite à notre confrontation à des malades hypertendus l'ors de notre stage au CHU (Bejaïa). Nous avons d'observé que cette maladie touche toutes les catégories malades : (les enfants, les femmes, les hommes et les personne âgées).

Notre recherche consiste à démontrer la relation qui existe entre le stress et l'hypertension artérielle chez les sujets âgés de 35-70 ans hommes et femmes résidents sur Bejaïa ville et qui se traitent en ambulatoire au service de cardiologie du CHU- de Bejaia.

## **Le cadre général de la problématique**

---

En ce sens, afin de d'étayer notre question principale qui est : le stress est la cause initiale de l'hypertension artérielle ?

Nous nous sommes arrivés aux hypothèses suivantes :

### **L'hypothèse principale :**

Le stress est la cause initiale de l'HTA chez les malades hypertendus âgés de 35 à 70 ans.

### **L'hypothèse opératoire:**

Le stress est une comorbidité chez les malades hypertendus âgés entre 35 à 70 ans.

### **Les moyens d'investigations de la recherche :**

A fin de vérifier nos hypothèses, on va utiliser la méthode clinique pour mesurer la relation entre le stress et l'hypertension chez les personnes âgées de 35 a 70 ans on a procédé par :

-L'entretien clinique semi directif.

-L'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe.



**Introduction:**

« Les chercheurs de ses dernières années ont confirmé que le stress peut avoir autant d'effets positifs que négatifs. En effet, Lorsque nous sommes confrontés à une situation difficile comme cela peut être le cas lors de réunion importante ou d'entretien d'embauche, le stress peut nous être bénéfique en nous aidons à rassembler nos énergies et nous donne la force de surmonter ses situations. Dans le cas présent, la réponse physiologique protège notre corps et aide au maintien de notre homéostasie. Cela dit, les situations stressantes qui se répètent sur des périodes prolongées augmentent de façon répétitive nos réponses physiologiques au stress, ou empêchent leur extinction quand elles ne sont plus nécessaires. Dans ce cas, le mécanisme physiologique n'est plus protecteur mais peut au contraire altérer gravement notre homéostasie et faciliter l'apparition de pathologies, ou les aggraver ». <sup>1</sup>

**1. Définition du stress :**

« Lestress a été défini comme une réponse physiologique de l'organisme à une situation épuisante, dangereuse ou angoissante. Le corps produit alors des hormones spécifiques. Cette notion a été ultérieurement étendue à tout état de perturbation provoqué par la confrontation avec un danger, une menace physique ou psychique, un environnement difficile. On parle du stress d'un examen, d'une rupture sentimentale, d'une compétition, d'un accident, du bruit ou de la pollution. A priori, cet état n'a rien de pathologique ». <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> [[Http ://www.neurosciences.asso.fr](http://www.neurosciences.asso.fr),(consulté le 13/03/2018)].

<sup>2</sup> [[Http ://www.psychologies.com](http://www.psychologies.com) (consulté le 12/01/2018)]

### 2. Historique et évolution du concept :

« Stress vient du latin « stringere » signifiant éteindre, serrer, resserrer.

Cette racine latine est reprise par la langue anglaise en 1303 et déjà Robert Mannyng, dans son livre *Handlyng Synne*, parle du stress

Au XVII<sup>e</sup> siècle, la notion de stress veut dire « état de détresse » et renvoie à l'idée d'oppression, de dureté de la vie, de privation, de fatigue, d'adversité, de peine ou encore d'affliction.

D'abord utilisé au XVII<sup>e</sup> siècle en physique des corps solides, il désigne une force intérieure produite dans un corps qui tend à déformer ce corps.

La contrainte exercée sur le matériau le rend plus vulnérable qu'il ne l'était auparavant.

La transposition de cette notion à la physiologie date du début du XX<sup>e</sup> siècle.

L'usage de la notion de stress aux organismes vivants va se généraliser, ceci sur la base de notions telles que « l'homéostasie ». Elle représente l'équilibre du fonctionnement global.

La fonction du stress est l'adaptation à l'environnement. Ce concept de stress a subi une évolution constante au fil des années :

- ❖ Hippocrate posait en son temps les bases du concept « d'homéostasie » et les conséquences de son dépassement par sa théorie ou « la rupture brutale de l'équilibre normal est la cause de la maladie ».
  
- ❖ En 1865 Claude Bernard observe et décrit le concept d'homéostasie sans toutefois le nommer comme tel : « tous les mécanismes vitaux

de quelques variétés qu'ils soient n'ont toujours qu'un seul but, celui de maintenir l'unité des conditions de la vie dans le milieu intérieur ». il y aurait donc une propriété essentielle chez les être vivants qui serait la faculté de maintenir la stabilité du milieu interne.

Cette constance du milieu intérieur est la condition « d'une vie libre et indépendante » face à un environnement toujours changeant, soulignant ainsi la fonction primordiale de l'homéostasie. Par exemple l'homéostasie permet à un homéotherme d'être indépendant de la température externe.

Dés 1878 Claude Bernard montre que lorsque la stabilité du milieu intérieur est perturbée, il ya vulnérabilité a la maladie. Un dérangement de l'équilibre normal conduit a une fragilisation.

- ❖ C'est Canon Walter Bradford (1871-1945), physiologiste américain, qui crée le nom d'homéostasie et il y inclura la notion de stress. Il le définit comme la « capacité qu'a l'organisme de maintenir constant son milieu intérieur en dépit des variations du milieu environnant ».

Il observe qu'en cas de frayeur ou de crainte chez des animaux, des dérèglements se produisent, comme l'accélération du rythme cardiaque ou l'augmentation de la sécrétion de certaines substances. Dans « Bodily changes in pain, Huger, Fear and Rage », Cannon (1929) énonce sa théorie de l'homéostasie: « les êtres vivants supérieurs constituent un système ouvert présentant de nombreuses relations avec l'environnement ».

Les modifications de l'environnement déclenchent des réactions dans le système ou l'affectent directement, aboutissant a des perturbations internes du système. De telles perturbations sont normalement maintenue dans des limites étroites parce que des ajustements automatiques, a l'intérieur du système, entrent en

action et que, de cette façon, sont évitées des oscillations amples. De ce fait les conditions internes sont maintenues à peu près constantes.

Les réactions physiologiques coordonnées qui maintiennent la plupart des équilibres dynamiques du corps sont si complexes et si particulière aux organismes vivants qu'il a été suggéré qu'une désignation particulière soit employée pour ces réactions : celle « d'homéostasie » (cannon, 1939).

En 1914, cannon développe sa théorie en utilisant le concept de stress comme réaction physiologique liée aux émotions. Il va chercher la cause de cette homéostasie et il prouve par une série d'expérience sur l'animal que lorsque l'organisme est soumis a une violente émotion comme la peur ou la fureur, la production d'adrénaline augmente.

- ❖ Les surrénales jouent un rôle primordial dans l'homéostasie. Les glandes surrénales sont au nombre de deux.

Elles sont situées au bord supérieur de chaque rein. La partie extrême est appelée le cortex (corticosurrénale),et la partie interne la médulle (médullosurrénale).

Ce sont des glandes endocrines, c'est-a-dire qu'elles fabriquent des hormones libérées dans le sang. Ces hormones vont agir sur certaines cellules de l'organisme en fonction de la glande sécrétrice. Parmi les glandes endocrines on peut citer la thyroïde, l'hypothalamus et l'hypophyse. Ces deux dernières sont situées au niveau du crâne.

L'hypothalamus va agir sur l'hypophyse en sécrétant la corticolibérine ou CRH et l'hypophyse libèrera l'hormone corticotrope appelée ACTH

L'hypophyse, par le biais de l'ACTH, aura une action sur les surrénales qui vont sécréter des hormones sexuelle et de l'aldostérone qui vont agir sur les cellules

cibles. Par un mécanisme de rétrocontrôle ces hormones vont agir sur l'hypothalamus pour le freiner ou le stimuler, et la boucle se poursuit ainsi.

- ❖ Selye il est considéré comme le père de la conception moderne et scientifique du stress depuis ses premières publications, « un syndrome produit par divers agents nocifs » (nature, 1936).

Dans ses premières expériences il injecte des ovaires de bétail à des rats. Dans d'autres expériences il les soumet à des infections ou traumatismes. Les relations produites chez les rats au niveau des surrénales, des reins, du système vasculaire étaient identiques, stéréotypées, quel que fut l'agent agresseur.

Il emploie le mot « stress » pour la première fois oralement dans l'expression « stress biologique » en commentant le syndrome général d'adaptation (SGA) (Selye, 1956). Le stress comporte toujours la même réaction non spécifique ou l'organisme s'adapte à des conditions nouvelles ; cette adaptation nécessaire à la vie.

Il décrit le « syndrome général d'adaptation » comme une réaction non spécifique de l'organisme à toute agression venant menacer son équilibre ou sa survie, que l'effet soit mental ou somatique. Cette dernière est une réponse innée et stéréotypée qui se déclenche d'elle-même dès que l'homéostasie est perturbée.

Ainsi peu importe que l'agent stressant soit d'origine physique ou psychologique, interne ou externe, objectif ou subjectif, plaisant ou déplaisant. La réponse non spécifique physiologique, hormonale et endocrinienne sera toujours la même : « le fait que l'agent ou la situation stressante que nous rencontrons soit plaisants ou désagréable n'est d'aucune importance. La seule chose qui compte c'est l'intensité de la demande de réajustement ou d'adaptation ».

- ❖ En 1966, Lazaros, dans son livre *psychological stress and the coping process*, amorçait le rôle des processus cognitifs et comportementaux modifiant l'impact du stress. En effet, aux modèles antérieurs qui étaient « linéaires », les psychologues de la santé substituent aujourd'hui un modèle « multidimensionnel » et « interactionniste » qui privilège le rôle des interactions entre les facteurs affectifs, cognitifs, sociaux et physiologique, dans l'impact d'un évènement stressant sur l'organisme.

Ainsi le stress n'apparait plus dépendant de la gravité objective du stresser, mais il est modulé en fonction :

- De variables psychologiques antérieurs du sujet ;
- Ainsi que par des processus psychologiques actuels appelés « stratégies cognitives comportementales d'ajustement au stress » (Bruchon-Schweitzer, 1998).

Un même stresser n'aura donc pas le même impact sur différents individus, d'où l'imperfection de l'échelle évènementielle de Holmes et Raahé, qui ne prend en compte que l'évènement.

- ❖ Sarafino en 1990 reprend la définition de Lazaros et conclut que « le stress est la résultante de transactions entre la personne et l'environnement qui conduisent l'individu à percevoir une discordance réelle ou imaginée, entre les demandes d'une situation et les ressources de ses propres systèmes biologique, psychologique et sociologique ».
- ❖ Steptoe précise également que la plupart des modèles contemporains de la réaction au stress trouvent leur origine dans les travaux de Lazaros qui suggèrent que les conditions donnant naissance à des réponses au stress sont de nature interactionnelle et comprennent des situations où existe un

équilibre entre les stimuli psychosociaux d'une part et les ressources psychologiques de réaction au stress d'autre part ». <sup>4</sup>

### **3. Diagnostic différentielle du stress aigu :**

#### **« État de stress aigu F43.0 {308.3}**

A) Exposition ou menace de mort, blessure grave, violence sexuelle dans au moins 1 des champs suivants :

1. Vécu direct de l'évènement traumatique
2. Témoin d'un évènement arrivé à d'autres
3. Nouvelle d'un évènement traumatique arrivé à des membres de la famille Proche ou des amis. Violence ou accident si mort ou menace de mort.
4. Exposition répétée ou intense de détails aversifs de l'évènement traumatique (Pas médias, TV, images)

A) Présence de neuf (ou plus) des symptômes suivants parmi les 5 catégories :

#### **B) Symptômes intrusifs**

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissant avec détresse (images, Pensées...)
2. Rêves répétitifs et envahissant avec détresse
3. Réactions dissociatives ou le sujet se sent ou agit comme si l'évènement se Répétait
4. Détresse psychique ou réactivité physiologique marquée si exposition à

---

<sup>4</sup> (Gaétan Macaluso, 2008, p 54-63)

Indices internes ou externes symbolisant ou ressemblant à l'évènement

### **État de stress aigu F43.0 {308.3}**

#### **Émotions négatives**

1. Difficulté durable à vivre des émotions positives

#### **Symptôme dissociatifs**

1. Sens altéré de l'environnement e de soi-même
2. Incapacité de ses souvenirs d'aspects importants de l'évènement traumatique

#### **Symptômes d'évitement :**

1. Effort pour éviter souvenirs, pensées, sentiments
2. Évite activité, endroit, personnes, conversations, objets, situations qui

Éveillent souvenir, pensées, sentiments

#### **Symptômes d'activation neurovégétative**

1. Troubles du sommeil
2. Irritabilité
3. Hyper vigilance
4. Troubles de concentration
5. Réaction de sursaut exagérée

A) Durée des symptômes 3 jours à 1 mois après

B) Détresse significative ou altération fonctionnement »<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> DSM (diagnostic and statical manual of mental disorders, 5eme revision DSM-V 2013)



## **4. Le syndrome général d'adaptation :**

### **4.1 Les trois stades :**

a)- « une réaction d'alarme : cette première phase correspond à l'ensemble des phénomènes généraux non spécifique face à la présence d'une demande environnementale d'adaptation à laquelle l'organisme n'est pas encore adapté.

La réaction d'alarme commence d'abord par un choc, un état de surprise ou d'agression qui altère l'équilibre fonctionnel. C'est un état de souffrance généralisée et intense qui rend l'organisme encore plus vulnérable à la demande d'adaptation qui lui a été faite. Cette phase peut durer de quelques minutes à 24 heures

Si le choc ne conduit pas à la mort, l'organisme peut se ressaisir et met en jeu des moyens de défenses actives.

C'est une réaction d'urgence à court terme qui favorise « la fuite ou la lutte », c'est-à-dire l'évitement de la situation pathogène. La réponse endocrinienne et neurovégétative de cette phase est appelée « réponse sympathique » ou hypothalamus-sympathique-adrénergique ».

Tout commence comme cité plus haut au niveau de l'hypothalamus.

Par le biais du système nerveux sympathique, ce dernier stimule la médullosurrénale. Cette dernière déclenche alors la sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline. Ces substances visent tout d'abord la mobilisation des stocks d'énergie par les procédés de lipolyse (destruction des graisses) et glycogénolyse (mise en circulation du glycogène de réserve par hydrolyse) dans le but de fournir une énergie suffisante aux muscles.

Au niveau des muscles squelettiques, les catécholamines (adrénaline et noradrénaline) favorisent la dégradation du glycogène et la production de lactate.

Les catécholamines :

- Au niveau du cœur, augmentent le débit cardiaque, la pression artérielle, le volume systolique, etc.... ;
- Au niveau circulatoire, favorisent l'apport en oxygène des muscles au détriment des organes digestifs ;
- Stimulent la libération d'hormones au niveau de l'hypothalamus pour favoriser une reconstruction de l'énergie.

La production de la catécholamine par la médullosurrénale vise la mobilisation puis la dépense de l'énergie dans une réaction d'urgence à court terme (réaction ne dépassent pas quelques minutes) qui favorise « la fuite ou la lutte » en permettant aux organes liés au mouvement d'accroître leur fonctionnement.

La phase d'alarme est très coûteuse pour l'organisme.

b)- une phase de résistance : cette deuxième phase constitue l'ensemble des réactions non spécifiques provoquées par un agent stressant qui persiste et auquel l'organisme s'est adapté au cours de la phase d'alarme. Au niveau endocrinien et neurovégétatif, cette phase de résistance peut s'expliquer par l'activité de l'axe hypothalamus-hypophyse-surrénal, mis en place dès la phase d'alarme.

La sécrétion de corticolibérine ou « corticotrophin releasing factor » (CRF) par les noyaux antérieurs et latéraux de l'hypothalamus induit une production de corticotrophin (ACTH) par le lobe antérieur de l'hypophyse (adénohypophyse). La présence de plus ou moins d'ACTH dans le sang va moduler les sécrétions de

la corticosurrénale représentées par les glucocorticoïdes (cortisol, cortisone) et les minéral corticoïdes (aldostérone).

Le corps recherche une nouvelle énergie combat les inflammations possibles et cherche à renforcer ses manques, notamment au niveau ionique.

La phase de résistance est donc une optimisation des moyens adaptatifs face à une situation aversive.

c)- une phase d'épuisement : Si la phase adaptative persiste, il arrive un moment où l'organisme n'est plus à même de pouvoir s'adapter à ce qui lui est demandé.

L'épuisement va se caractériser par un retour à la phase initiale de choc, mais cette fois les phénomènes d'épuisement l'emportent sur la défense active et peuvent conduire jusqu'à la maladie ou la mort.

L'épuisement provient du fait que l'organisme a du fonctionner en surrégime et que par décompensation il dysfonctionne. Le cœur, les artères, l'estomac, les intestins ou les défenses immunitaires peuvent donner naissance à des maladies telles que les ulcères, l'hypertension voire l'infarctus, l'asthme, l'eczéma, le cancer ».

### **4.2 Les limites du syndrome général d'adaptation :**

« Des limites physiologiques qui font que l'organisme ne peut pas aller au-delà de ses forces. Holmes et Rahe 1967 montrent que le capital d'adaptation n'est pas infini et que chaque cause provoquant le stress entame ce capital.

On prendra deux exemples :

- L'affaiblissement du système immunitaire
- L'effet du stress sur le cerveau

Le système immunitaire est grandement affecté lors du déclenchement du syndrome général d'adaptation et le cortisol en serait le responsable. Il y aurait fragilisation de la réponse immunitaire et donc de la défense de l'organisme face à des corps étrangers à l'organisme. Le cortisol monterait par le sang jusqu'au cerveau et se logerait dans les neurones.

Un stress trop important fait vieillir prématurément le cerveau. Mais les dégâts causés par le stress ne sont pas dus uniquement au cortisol. L'adrénaline peut aussi jouer des mauvais tours à l'organisme comme une hypertension, des troubles cardiovasculaires et des ulcères. En outre, l'asthme, le cancer peuvent aussi résulter d'une trop grande exposition aux facteurs stressants.

Avec le syndrome général d'adaptation la question est de ne pas dépasser la capacité d'adaptation de chacun.

#### **4.3 Les deux fonctions principales du syndrome général d'adaptation :**

Sont l'évitement de la situation provoquant le stress :

- D'abord par une favorisation de courte durée du mouvement grâce aux catécholamines (hormones secrétées par la médullo-surrénale) ;
- Puis dans un deuxième temps par une réponse différée mettant en jeu les glucocorticoïdes (hormones de la corticosurrénale) qui augmente l'endurance à l'agent stressant et non plus par la fuite ou la lutte.

Le syndrome général d'adaptation est une réponse en termes de « fuite ou combat », c'est-à-dire en termes de « mouvement ». Cependant qu'en est-il lorsque nous ne pouvons résoudre les demandes environnementales par le mouvement pur et simple mais plutôt par un travail cognitif ?

Selye inscrit le stress dans une conception linéaire, unidirectionnelle et stéréotypée. Mais ce modèle a rencontré les réserves de nombreux auteurs (Cohen, 1989) car jugé trop mécaniste pour :

-l'ignorance des processus intermédiaires (perceptifs, cognitifs, affectifs, comportementaux) mis en place par chaque individu, qui modulent l'impact des stressseurs (Bruchon-Schweitzer, 1998).

-l'importance accordée aux seuls stressseurs sur l'évolution de l'état de santé ;

Cette conception qui se rattache au modèle biomédical ne prend pas en compte l'intervention des émotions. Or la réaction de stress est d'autant plus intense que l'émotion engendrée par cet évènement est plus forte ». <sup>6</sup>

## **5. Les sources du stress :**

« Les travaux de Hans Selye physiologie et pathologie de l'exposition au stress ont depuis les années cinquante faits la fortune de nombreux chercheurs. Les articles de recherche fondamentale ou de vulgarisation ainsi que les livres se comptent à présent par milliers.ces recherches ont surtout été développées dans les pays anglo-saxons et ceux du nord de l'Europe, rares sont celles effectuées en France et dans les pays latins. Faut-il y voir une ligne de partage entre deux visions du monde ou deux façons d'identifier « le malaise dans la civilisation » ?

Les efforts de recherches considérables n'ont cependant pas abouti à une clarification du concept de stress, à savoir montré que les conditions du stress ont des causes clairement identifiables et des effets indiscutables, Fletcher et Payne ,deux importants chercheurs britanniques ont fait la remarque suivante : « En résumé, bien que 8 a 10 % de la population active se révèle être dans une situation de tension suffisante pour être inquiétante ,très peu de lignes générales d'actions raisonnées peuvent être définies a partir des ouvrages existants, étant donné les problèmes de mesure et l'attention insuffisante accordée aux facteurs extérieurs au travail dans les recherches antérieures. De plus, il est difficile d'intégrer et d'attacher un sens à l'ensemble des données

---

<sup>6</sup> (Gaëtan Macaluso, 2008, p63-69)

sans disposer d'une meilleure définition des concepts essentiels et d'un modèle qui décrivent les rapports entre les concepts. »

A la fin des années soixante-dix la crise de confiance des chercheurs sur le stress professionnel portait sur la classification des concepts. Les méthodologies de recherches utilisées et les limites du domaine. Au milieu de cette confusion sémantique, Murrell propose un concept de stress professionnel en trois phases : une cause, un effet et un résultat, « afin d'éviter toute ambiguïté, écrit-il le terme de pression sera utilisé comme synonyme de « stress » pour décrire des situations extérieures à l'individu, le terme de tension sera utilisé comme synonyme de « stress » (au sens de H. Selye) pour décrire l'effet de la pression sur l'individu ... ; l'incapacité de résister à cette pression peut conduire à un certain nombre de conséquence allant du mécontentement à une dégradation de l'état de santé ».

Fletcher et Payne rejoignent Murrell à cet égard en précisant que pression est égale pour eux à agents stressants provoquant une tension de nature physiologique ou psychologique de faible ou de longue durée. Les agents stressants peuvent avoir leur origine à l'intérieur de la personne ou dans l'environnement extérieur. Ces derniers peuvent provenir soit du monde professionnel soit du monde extraprofessionnel.

Cette précision sémantique fit faire des progrès aux recherches sur le stress professionnel, et l'on aboutit à un modèle simplifié surtout développé et repris par la suite par le Pr Cary L. Cooper<sup>2</sup> de l'Université de Manchester. La combinaison de certains des sources du stress de ce modèle et de certains traits de personnalité peut être prédictive de la manifestation de réaction au stress telles que : maladies coronaires, certains troubles mentaux, insatisfaction professionnelle, conflits conjugaux, alcoolisme, toxicomanies, etc. On distingue généralement six sources de stress professionnel et organisationnel, les sources

inhérentes : 1 / a la fonction exercée, 2 / au rôle dans l'organisation, 3 / au développement de la carrière, 4 / aux relations au travail, 5 / a la structure et au climat organisationnels, 6 / a l'interface famille / travail ».<sup>7</sup>

## **6. la nature du stress :**

### **6.1 La nature bio-neurophysiologique :**

« Dans la conception de Selye, le stress était un phénomène essentiellement Physiologique, ou neurophysiologique réflexe, mettant immédiatement L'organisme agressé en état d'alerte et de défense. La réaction de stress se Déroulait selon le parcours neurophysiologique suivant : primo, transmission Des informations nociceptives depuis les organes des sens jusqu'au Cerveau cortical par les voies nerveuses afférentes ; secundo, transmission De ces informations du cortex vers le mésencéphale par des connexions Intracérébrales ; tertio, émission par ce mésencéphale de deux sortes de Messages vers les organes effecteurs, soit des messages neurovégétatifs Utilisant la voie des nerfs, soit des messages hormonaux (délivrés par la Posthypophyse) utilisant la voie sanguine. Ces messages avaient pour effet De mobiliser certains effecteurs (organes, muscles, peau, etc.) dans la vie Neurovégétative et la vie de relation, et de mettre ainsi l'organisme en état D'alerte et de défense. Des recherches neurobiologiques postérieures aux travaux de Selye (Selye Est décédé en 1982) ont permis d'approfondir les mécanismes du stress, qui Se déroule selon quatre axes.

- *L'axe cathécholaminergique*, reliant l'hippocampe, le système sympathique

Et la surrénale, aboutit dès qu'il est activé à la libération immédiate

---

<sup>7</sup> (JEAN-BENJAMIN STRORA, 2000, p 10-11)

De noradrénaline dans le sang, avec ses effets d'accroître le rythme Cardiaque Et la pression artérielle, d'augmenter le taux de sucre sanguin, de Provoquer la fuite de la masse sanguine de la périphérie vers les organes, et De susciter la vigilance. Ses effets durent environ 15 minutes.

- *L'axe corticotrope*, reliant l'hypothalamus, l'hypophyse et la surrénale, Entraîne, s'il est activé, une libération massive de glucocorticoïdes, qui Favorise la néo glycogénèse à partir des protides et des lipides, prenant ainsi Le relais de l'adrénaline qui a rapidement épuisé les réserves en glycogène. Son action dure environ 2 heures.

- *L'axe des peptides opiacés* utilise la libération de certains peptides – la mélanotrophine Et la bêta-endorphine – pour atténuer l'intensité de la réponse Émotionnelle, en particulier de la réponse de peur.

- Enfin, *l'axe immunitaire* pourrait représenter le niveau le plus profond de L'activité défensive du stress, car le cortisol détruit les tissus lymphoïdes et Effondre ainsi les défenses immunitaires. Les glucocorticoïdes détiendraient Donc un rôle ambivalent : assurer une défense dans l'urgence, mais affaiblissant D'autant la capacité défensive résiduelle de l'organisme.

Au total, la réaction de stress en réponse à une agression ponctuelle ne dépasse pas quelques heures. Toutefois, si les stressseurs (facteurs de stress) Maintiennent leur action, il va de soi qu'elle se prolongera d'autant. Son Inconvénient est qu'elle est grevée de symptômes gênants (pâleur, sueur, Tachycardie, spasmes viscéraux) et qu'elle est couteuse en énergie. Elle est Tellement dépensière en énergie qu'elle épuise les réserves hormonales et Glucidiques, et que, si la situation d'agression se perpétue ou se renouvèle de trop brefs intervalles, l'organisme s'épuise et s'effondre. Dans certaines Expériences de Selye, des



stress violents et prolongés pouvaient aboutir à la Mort de l'animal par épuisement ». <sup>8</sup>

### **6.2 Nature psychologique :**

« Selye insistait surtout sur la nature physiologique du stress, sans chercher à en explorer le vécu psychique. Des recherches ultérieures ont exploré ce Vécu. De nature réflexe, le stress se déclenche et se déroule sans intervention de la volonté, même si le sujet est conscient de la menace ou de l'agression, Et conscient ensuite de sa propre réaction ainsi que des modifications Physiologiques et psychiques qu'elle entraîne. On admet que le stress a trois Principaux effets psychologiques :

- il focalise l'attention sur la situation menaçante, chassant provisoirement de la conscience les autres préoccupations et pensées en cours ;
- il mobilise les capacités cognitives (attention, mémorisation, évaluation, Raisonnement) ;
- et il incite à la prise de décision et à l'action.

En outre, le stress permettrait au sujet de contrôler relativement son Émotion. Le stress est une réaction utile, adaptative. Grâce à son stress, le Sujet échappe au danger ou se trouve en mesure d'y faire face, ce qui correspond Au mot anglais *coping*. La réaction de stress s'achève alors, sur le plan Psychologique, par une sensation ambiguë d'épuisement physique et psychique Intriquée avec un vécu euphorique de soulagement (« quitte pour La peur »). Mais il arrive que si le stress est trop intense, trop prolongé ou Répété à de trop courts intervalles, il se mue en réaction de stress dépassé, In adaptative. La clinique de cette réaction de stress dépassé sera exposée ». <sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> (Louis Crocq, 2007, p 7-8)

<sup>9</sup> (Louis Crocq, 2007, p 8-9)

### 6.3 Nature biochimique :

« L'être humain a été doté au cours d'une évolution portant sur quelques millions d'années de mécanismes neurobiologiques lui permettant de s'adapter à toutes les modifications de son environnement quelles soient psychologique, social et ou physique . \_

Il s'agit pour l'organisme de maintenir son équilibre interne (homéostasie) tout en mobilisant l'énergie nécessaire au processus d'adaptation. L'homme vit en état permanent de stress ; il est stimulation. Selon Claude Bernard « le stress physiologique est nécessaire au rythme biologique, à la fixité du milieu intérieur » ; par conséquent la privation de stimulus ou l'absence de stress serait la mort. C'est cette constatation qui a donné naissance à la croyance en un « eu stress ».

L'excès de stimulation est par contre dangereux, et dans le cas où il dépasserait les capacités d'adaptation de l'être humain, il causerait les maladies du stress ou même provoquerait la mort. Les chercheurs ont depuis les années trente, et surtout au début des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, découvert progressivement les mécanismes mis en œuvre par les différents systèmes biologique pour faire face aux situations de stress, et la relation stress-maladie a donné une nouvelle dimension à l'approche médicale classique :

<sup>10</sup>- les mécanismes biologiques du stress : Que se passe-t-il dans une situation de stress ? Le rythme respiratoire **s'accélère** fournissant ainsi plus d'oxygène à l'organisme, le rythme cardiaque augmente, favorisant les divers métabolismes, les rythmes cérébraux deviennent plus rapides. Les muscles sont stimulés par un apport accru d'oxygène et de sucre, et les défenses immunitaires deviennent plus actives. Les découvertes des soixante dernières années éclairent

---

<sup>10</sup> (Jean-Benjamin Stora, 2000, p84)

les mécanismes complexes mis en œuvre par l'organisme pour faire face au stress ».

## **7. les maladies liées au stress :**

« Nous commençons aujourd'hui que beaucoup de maladies courantes sont davantage dues au manque d'adaptation au stress, qu'à des accidents causés par des microbes, des virus, des substances nocives ou tout agent externe » (Hans Selye).

Pour Selye les maladies de l'adaptation traduisent l'antagonisme hormonal entre les minéral-corticoïdes et les glucocorticoïdes ; c'est l'excès de minéral-corticoïdes qui conditionnent les maladies de l'adaptation.

### **7.1 Les maladies par hypo adaptation et par hyper adaptation :**

« D. Romani établi en 1951 une liste non exhaustive d'un certain nombre de maladies consécutives à un dérèglement physiologique par dérèglement hormonal donc consécutives au stress. Ce sont par hypo adaptation et par déficit en corticoïdes les maladies suivantes : choc traumatique, choc obstétrical, maladies postopératoire, maladie des rayons X, syndrome toxique des brûlés, coup de chaleur, troubles par inhibition des avortements provoqués, etc. ; et par hyper adaptation dues aux minéral-corticoïde : hypertension, néphrosclérose, angine de poitrine, toxémie de la grossesse, maladie du collagène, manifestations allergiques, néphrite aiguë etc. ; dues aux glucocorticoïdes : appendicite, amygdalite, certaines maladies dites à l'époque psychosomatique : ulcères, hyperthyroïdisme après choc émotionnel ».

### **7.2 Stress et événements :**

« De nombreuses manifestations pathologiques d'origine traumatique se retrouvent à l'occasion d'événement exceptionnel, de fléaux et de conditions de vie dans des milieux extrêmes. Il s'agit soit de vécus individuels soit de

populations entière soumises a un destin commun ; le stress induit est induit est de nature traumatique et les maladies sont des manifestations post-traumatique. Le choc émotionnel est si grand que toute la structure psychologique du ou des sujets est bouleversée, entraînant, comme on l'a vu ci-dessus, des régressions ou un début de désorganisation mentale accompagnée de somatisations ». <sup>11</sup>

## **8. Complications liées au stress :**

### **« 8.1 Troubles psychique :**

- ❖ **Anxiété :** Elle représente une conséquence immédiate et fréquente du stress.

L'anxiété est un état affectif pouvant se définir comme « un sentiment pénible d'attente », « une peur sans objet » (Janet) ou comme « le sentiment pénible d'un danger imprécis et mal définissable » (Guyotat, 1978).

Une distinction est faite avec la peur qui est liée à un objet, a quelque chose de précis vis-à-vis duquel on peut s'organiser pour mettre en place une stratégie de défense. L'anxiété renvoie à un sentiment d'insécurité indéfinissable alors que l'angoisse est rattachée aux manifestations physiques de l'émotion et généralement associée à des symptômes somatiques. L'anxiété peut se manifester sous forme d'un trouble panique ou d'un trouble anxieux généralisé. Elle peut conduire à des troubles phobiques, des décompensations dépressives et peut s'accompagner d'addiction et de suicide.

- Le trouble panique se caractérise par la survenue de crises d'angoisse ou d'attaques de panique fréquentes contenant au minimum quatre des signes suivants survenant de façon brutale et atteignant leur acmé en moins de dix minutes, selon le DSM-IV :

- Palpitations

---

<sup>11</sup> (Jean-Benjamin Stora, 200, p 91-93)

- Transpiration
  - Tremblements
  - Impression d'étouffement
  - Sensation d'étranglement
  - Douleur thoracique
  - Nausées
  - Sensation de vertige
  - Déréalisation
  - Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
  - Peur de mourir
  - Sensation d'engourdissement ou de picotement
  - Frissons ou bouffées de chaleur
- Le trouble anxieux généralisé est défini par le DSM-IV comme une anxiété ou un souci excessif survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'évènement ou d'activités. Cette anxiété est associée à trois symptômes suivants :
- Agitation ou impression d'être survolté
  - Fatigabilité
  - Difficultés de concentration
  - Irritabilité
  - Tension musculaire
  - Perturbation du sommeil
- ❖ Troubles du sommeil : ils correspondent à une perturbation de la quantité de sommeil et comprennent les insomnies, les hypersomnies et les troubles du rythme-sommeil.

Chez le déprimé l'endormissement est généralement accompagné d'une symptomatologie dite « d'involution » ou même passer pour un syndrome de

fatigue chronique avec morosité, désintérêt, retrait affectif, clinophilie, syndrome de glissement.

L'insomnie anxieuse est souvent représentée par des difficultés importantes à l'endormissement ou par des réveils très précoces. Elle peut aller jusqu'à de véritables phobies du sommeil, celui-ci étant symbolisé comme une petite mort.

Dans l'addiction à l'alcool les troubles du sommeil se retrouvent en dernière partie de nuit. Le sommeil est en effet perturbé par le nombre et la durée des éveils.

- ❖ Addictions : les événements de vie engendrant des stress sont susceptibles de provoquer des problèmes de consommations d'alcool et de médicaments psychotropes.

La vulnérabilité physiologique des aînés et l'incompatibilité entre l'alcool et les médicaments qu'ils peuvent prendre augmentent le risque de subir les effets négatifs d'une surconsommation d'alcool.

### ❖ Dépression :

- Un épisode dépressif majeur est trouble de l'humeur défini par le DSM-IV par la présence pendant au moins deux semaines de cinq symptômes ci-dessous avec au moins une humeur dépressive ou une perte d'intérêt :
  - Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours
  - Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pratiquement toute la journée, presque tout les jours
  - Perte ou gain de poids
  - Insomnie ou hypersomnie
  - Fatigue ou perte d'énergie
  - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
  - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer

- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes
- Masque somatique la plainte somatique peut être légitime en référence à des affections physiques. Mais ces préoccupations somatiques reflètent également un accès dépressif dans 30% des cas.
- Masque hypocondriaque les plaintes hypocondriaques sont principalement urinaires, gastro-intestinales et la demande d'examen est fréquente.
- Masque délirant 30% des personnes qui délirent ont une dépression. Une symptomatologie délirante peut prendre le devant de la scène avec des idées de préjudice, de persécution et de jalousie. Parfois s'ajoutent des phénomènes hallucinatoires auditifs et visuels.
- Masque hostile des troubles du caractère et du comportement comme l'agressivité, les conduites d'opposition, la méfiance doivent également évoquer un processus dépressif.
- Masque anxieux une symptomatologie anxieuse peut masquer la dépression conduisant parfois à la prise d'anxiolytique durable. C'est une anxiété qui survient sans raison apparente et qui peut s'exprimer :
  - Par des accès d'angoisse inexplicables
  - Soit par une grande inhibition avec symptômes phobiques invalidants et hystériques
  - L'anxiété peut générer des symptômes d'allure confusionnelle.
- Masque démentiel un certain degré d'altération des fonctions cognitives est associé avec les processus du vieillissement. La dépression s'accompagne également de troubles cognitifs, marqués chez plus de 25% des déprimés de plus de 65 ans.
- Masque conatif ce trouble renvoie à un manque de motivation, de volonté de mise en action. C'est donc une dépression centrée sur la démotivation. Il y a alors un désengagement affectif et relationnel, un sentiment d'inutilité

d'être, un renoncement. C'est une forme fréquente en situation pouvant aller jusqu'au syndrome de glissement avec :

- Altération de l'état général
  - Perte d'appétit
  - Amaigrissement et déshydratation
  - Pas d'évocation d'idées suicidaires, mais semble pourtant se laisser mourir.
- ❖ Suicide : l'âge en lui-même n'est pas suicidogène. mais il existe une augmentation et une sommation de facteurs de risque prédisposant au suicide avec l'âge (stress, maladies douloureuses, deuil, solitude, troubles de l'adaptation). <sup>12</sup>

## **8.2 Troubles somatiques :**

Les principaux où le stress joue un rôle reconnu sont les maladies :

- ❖ Cardiovasculaires :
  - Hypertension artérielle
  - Maladie coronarienne
- ❖ Digestives :
  - Gastrite et ulcère de stress
  - Rectocolite hémorragique
  - Maladie de Crohn
  - Colopathies spasmodiques
- ❖ Neurologique :
  - Migraines
  - Céphalées de tension
- ❖ Pulmonaires :
  - asthme

---

<sup>12</sup> (Gaëtan Macaluso, 2008, p 87-104)



## ❖ immunitaires endocriniennes :

- moindre résistance et fragilité aux infections

## ❖ dermatologiques :

- dermites de contact
- psoriasis
- urticaire

## ❖ endocriniennes :

- diabète
- thyroïde »<sup>13</sup>

**9. psychophysiologie du stress :**

« Pourquoi toutes ces hormones successives ? Pour permettre deux choses : l'amplification et la régulation. Le cerveau fait des millions de choses, seule une petite partie s'occupe du stress et peut sécréter une quantité limitée de vasopressine et de CRF. Cette petite quantité ne pourrait pas réguler toutes les fonctions corporelles qui doivent l'être ; elle est suffisante pour activer l'hypophyse très proche du cerveau, qui ne contient que cinq familles de cellules et va pouvoir sécréter une quantité suffisante d'ACTH pour atteindre et stimuler la lointaine glande surrénale. La glande surrénale est spécialisée dans la sécrétion des hormones de stress et va en produire une grande quantité pour contrôler l'ensemble des organes qui doivent l'être pour répondre au stress. C'est le phénomène d'amplification. D'autre part, les hormones produites par la glande surrénale vont rétroagir directement sur l'hypophyse pour limiter la sécrétion d'ACTH et éviter l'emballement du système ; la boucle est contrôlée sans même que le cerveau ait besoin d'intervenir, cette régulation est

---

<sup>13</sup> (Gaëtan Macaluso, 2008, p 105-106)

indispensable à une réponse adaptée au stress. Les deux hormones périphériques majeures du stress sont l'adrénaline et les glucocorticoïdes (dont le cortisol). Lorsque nous sommes exposés à un stress, l'adrénaline est rapidement libérée dans le sang par la glande médullo surrénale et met notre corps dans un état général d'alerte qui va nous permettre de surmonter la situation. La glande surrénale sécrète aussi des glucocorticoïdes, hormones qui provoquent une variété de réponses au stress. Par exemple, elles mobilisent les réserves énergétiques vers la circulation sanguine, augmentent le tonus cardiovasculaire et retardent les fonctions corporelles qui ne sont pas essentielles en période de crise comme la prise alimentaire, la croissance et la reproduction. Certaines actions des glucocorticoïdes participent directement à la réponse au stress alors que d'autres, plus prolongées, contribuent plutôt à rétablir notre homéostasie. En résumé, on peut dire qu'à cours terme, l'adrénaline envoie notre énergie vers les muscles pour favoriser une réponse efficace et rapide alors que les glucocorticoïdes ont une action plus prolongée qui mobilise les réserves énergétiques et stimule le système cardiovasculaire.

Les glucocorticoïdes régulent aussi la prise alimentaire pendant le cycle veille-sommeil. En effet, la concentration de cortisol dans le sang varie dans la journée, avec un pic le matin juste avant le réveil. Cette hormone joue alors le rôle d'un signal de réveil et participe à l'activation de notre appétit et de notre activité. Cet effet des glucocorticoïdes joue probablement un rôle dans les conséquences du décalage horaire dû aux grands voyages. Le cycle jour nuit est modifié et notre organisme met un certain temps à remettre son horloge biologique à l'heure. En attendant que l'horloge soit recalée avec l'heure du lieu où l'on est, la sécrétion de cortisol, la faim, le sommeil et l'éveil arrivent à des heures inappropriées et nous avons des difficultés à nous adapter. Le stress aigu exacerbe nos souvenirs des situations dangereuses, stimule notre système immunitaire et protège notre corps contre les pathologies. Le cortisol et

l'adrénaline facilitent la mobilité des cellules immunitaires à partir du sang et de la rate vers les tissus dans lesquels elles se rendent pour nous défendre contre les infections. En fait, les glucocorticoïdes font bien plus que nous aider à réagir au stress aigu. Ils sont partie intégrante de notre vie quotidienne et nous permettent de nous adapter aux changements de notre environnement. Les glandes surrénales qui sécrètent les glucocorticoïdes et l'adrénaline sont indispensables à notre survie et nous protègent du stress ». <sup>14</sup>

## **10. Facteurs modifiant la réaction au stress :**

« Ils représentent la dimension psychologique la réaction au stress. Les psychologues ont des variables cognitives, affectant la réaction au stress.

Ces variables jouent le rôle de « modérateurs » au sens où elles permettent d'augmenter ou de diminuer l'impact des événements stressants (Paulhan, bourgeois).

Les variables qu'ils évoquent sont :

### **10.1 Le stress objectif :**

Holmes et Raahé (1967) établissent une méthode d'évaluation objective du stress appelée l'échelle d'évènement récents (SRE=Schedule of récent expériences). Le S.R.E. se compose de 43 événements est indexé d'un poids différent.

Exemple : mariage =50, mort du conjoint= 100. Le score total de stress est obtenu en additionnant les poids respectifs de tous les événements.

Ces méthodes de quantification standard des événements de vie faisant appel à la fréquence, l'intensité ou la gravité des tresseurs, banales ou graves, sont

---

<sup>14</sup> [Http : // [www.neurosciences.asso.fr](http://www.neurosciences.asso.fr)(consulté le 13/03/2018)]

remises en cause par de nombreux auteurs, considérant que la recherche sur le stress devrait plutôt prendre en compte leur impact, sur le retentissement affectif (Amiel-Lebigre, 1998).

De nombreux auteurs soulignent l'absence de lien direct entre intensité, fréquence ou gravité des événements et troubles induits (Bruchon-Schweitzer, 1998).

Tout va dépendre de la signification accordée aux tresseurs ».

### **10.2 Le stress perçu :**

« Le modèle interactionniste privilégie la compréhension des transactions entre les personnes et l'environnement, et s'appuie sur la notion de « stress perçu ».

Lindsay et Norman (1980) montrent que, « dans une situation stressante, l'évaluation subjective qui est faite de la situation importe plus que les faits eux-mêmes ».

Selon Cohen et Edwards (1989) les événements de vie en eux-mêmes s'avèrent ainsi de faibles prédicateurs de l'état de santé ultérieur. La réaction au stress ne peut être expliquée uniquement à partir du tresseur mais en fonction des processus intermédiaires que l'organisme interpose entre l'agression et lui-même. La perception de la situation joue un rôle primordial.

Ils élaborent une échelle évaluant l'importance avec laquelle les situations de la vie sont généralement perçues comme menaçante. Cette échelle est dite « échelle de stress perçu » de Cohen et al. Ou P.S.S (perceived stress scale), la P.S.S. ne décrit pas la détresse psychologique mais plutôt le degré de contrôle perçu par rapport aux événements extérieurs.

Pour Dantzer (1989) « ce n'est donc plus une réaction de survie qui se déroule de façon stéréotypée quel que soit l'agent agresseur, mais une relation transactionnelle qui implique d'abord la perception et l'interprétation de la situation ». On peut donc avoir un « score de stress perçu » élevé et un « score de détresse » faible si l'on bénéficie d'un soutien social important.

Un même évènement peut être évalué par certains comme menaçant et par d'autres comme un défi. Le stress perçus constitue l'une des facettes de tout un ensemble de processus perceptivo-cognitifs mis en œuvre par le sujet et qui consistent non seulement à évaluer la situation stressante mais aussi ses propres capacités à y faire face. Le stress perçu est plus prédictif des troubles ultérieurs induits que la gravité objective du tresseur.

La réaction à la mort du conjoint par exemple varie en fonction de la signification accordée par la veuf ou la veuve à cet évènement.

### **10.3 Le contrôle perçu :**

Le second facteur cognitif modérant la réaction au stress est la connaissance de notre propre capacité de contrôler la situation selon Lindsay (1980). Cette évaluation à maîtriser la situation est appelée « contrôle perçu » la notion de contrôle occupe une place centrale dans la conduite adaptative humaine. Il paraît évident que plus un individu a de possibilités de contrôler son environnement mieux il se porte.

Pour Folk man (1984) et Cohen (1989) cette capacité de contrôler le cours des évènements dépend de l'évaluation faite par l'individu de ses ressources personnelles et sociales.

- Les ressources personnelles sont représentées notamment par le « lieu de contrôle » qui peut être « interne » ou « externe » selon les croyances. Dans leur théorie transactionnelle du stress et des stratégies d'adaptation,

Lazaros et Folk man (1984) accordent également une place essentielle à l'évaluation de la situation à affronter et aux ressources personnelles ».

« Le contrôle perçu se réfère à la manière dont les individus apprécient le degré d'influence qu'ils peuvent avoir sur l'environnement.

- Ressources sociales ou soutien social ce concept apparait dans les années 60 avec les travaux de Baumann qui centre ses préoccupations sur l'influence des relations sociales et de leur qualité sur la santé.
  - L'intimité affective (c'est-à-dire la connaissance de la personne à qui parler de ses problèmes)
  - Une aide matérielle ou des services
  - L'apport d'informations ou de conseils

Le soutien social réduit l'impact psychologique des évènements stressants. Les recherches de Sandler et de Lefcourt (1984) suggèrent qu'il existe une interaction entre le « lieu de contrôle » d'un individu et l'efficacité du soutien social quant à leurs effets modérateurs sur le stress.

- Rôle du contrôle perçu : Il apparait comme un processus cognitif dont le rôle est l'évaluation de la menace et des ressources personnelles. Le contrôle perçu contribue à déterminer le choix des stratégies d'adaptation ultérieures, émotionnelles, cognitives et comportementales à mettre en place pour faire face à la situation ». <sup>15</sup>

## **11. les préventions du stress :**

### **11.1 Evaluation du stress :**

« L'administration de questionnaire d'enquête à période régulière par la direction des entreprises et/ou organisation est un moyen

---

<sup>15</sup> (Gaëtan Macaluso, 2008, p72-76)

sur de diagnostic et de prévention du stress professionnel. Nous disposons à l'heure actuelle d'instruments performants et couramment utilisés par les entreprises ».

**1-L'Enquête diagnostique du stress ou stress diagnostic Survey(SDS) :**« Ivancevich et Matteson de l'université de Houston ont créé ce type d'enquête par questionnaire. Il a pour objectif de mesurer les perceptions du stress par le personnel de l'entreprise dans une quinzaine de secteurs de l'entreprise incluant la relation au temps (pression), la carrière, la charge de travail, l'ambiguïté du rôle et le système de récompense /punitives. Ce questionnaire d'environ 60 items insiste sur les sources du stress prenant leur origine au niveau macro et micro organisationnel. Au niveau global (macro) on prend en considération : la politique générale de l'entreprise et son influence sur les décisions, le développement des ressources humaines et le stress créé par l'absence de formation, l'inexistence de possibilité de carrière ; la participation (l'organisation ne perçoit pas les frustrations de ses employés car elle semble ignorer leur contribution au développement ) ; le style de contrôle des tâches mettant en cause la qualité humaine relationnelle dans le contrôle. Au niveau micro, l'ambiguïté du rôle (le personnel ne sait pas clairement ce qu'on attend de lui), le conflit de rôles (l'individu est confronté à des demandes contradictoires de la part de ses supérieurs) et la surcharge de travail sont des exemples de sources potentielles. Un grand avantage du SDS est qu'il identifie les secteurs de l'entreprise où le risque de stress est élevé, mais ne fournit pas une mesure globale du stress ».

**2-Les échelles de diagnostic :** « l'échelle 90-R développée par Leonard R. Derogatis de Baltimore est un inventaire personnel multidimensionnel de 90 items qui mesure les symptômes de détresse psychologique. Ce test fournit trois mesures globales des symptômes de détresse ; il n'est pas spécifiquement relié

au travail professionnel et il est préférable de le considérer comme un test de personnalité.

Le centre de recherches de l'université de Michigan (French et Kahn) a depuis 1962 développé des tests faciles à administrer, à interpréter et à incorporer dans une méthodologie plus globale de diagnostic du stress. Il s'agit d'une approche purement subjective dont les propriétés psychométriques varient selon l'échantillon. Les principales variables comprennent l'étude de l'ambiguïté de rôle, la charge de travail, le conflit de rôle, la responsabilité d'équipe, la participation à la décision et les interrelations de groupe. Les personnes interviewées indiquent sur une échelle de 5 points quels sont, à leur avis, les items qui contribuent en plus ou en moins au stress ».

3-**Le « MBI »** (Maslach Burnout Inventory) « du Dr Maslach de Palo Alto développe un questionnaire centré sur la nouvelle approche d'un phénomène limite du stress : le « burnout » ou « phénomène d'usure nerveuse ». Ce questionnaire de 22 items évalue l'épuisement émotionnel, les phénomènes de dépersonnalisation, et l'absence de réalisation personnelle dans le cadre de son travail. Ce test mesure la fréquence et l'intensité des variables ; il est surtout utilisé pour mesurer et prévenir le phénomène de « burnout » de groupes professionnels tels qu'infirmières, instituteurs, etc. »

4-**Le « BAP »** « est un instrument qui évalue le comportement de type A (test de 22 items) en décrivant le comportement caractéristique de l'individu dans un certain nombre de situations. Cet instrument possède une version individuelle et une version destinée à évaluer le climat organisationnel d'une entreprise susceptible de provoquer ou d'activer un comportement de type A ».

5- **Le « JAS » ou « Test d'étude d'activité de Jenkins »** « est très célèbre dans la mesure où il est un des instruments les plus utilisés à l'heure actuelle. Ce test peut être incorporé au test de « crown-crispe » qui fournit des mesures de la



dépression, de l'anxiété et des troubles somatiques ; il peut aussi être intégré dans un questionnaire plus global, tels ceux décrits précédemment relatifs au stress organisationnel. Le « Crown Crispe Expérientiel Index » est fréquemment utilisé dans les hôpitaux britanniques et peut fournir des indications plus complètes sur les troubles névrotiques grâce à un questionnaire de 48 items ».

Ces exemples de méthodes de mesure et d'évaluation du stress organisationnel et individuel peuvent être utilisés par les responsables d'entreprise et/ou d'organisations pour diagnostiquer et prévenir le stress. Il leur appartient de choisir les méthodes les plus efficaces et les plus adéquates en fonction de leur environnement spécifique, car les décideurs de ces organisations détiennent les clés de la bonne santé des ressources humaines de leurs organisations ; cet aspect du problème a été longtemps passé sous silence.

16

### **11.2 Les thérapies du stress :**

« Des années trente à nos jours, les médecins psychothérapeutes ont développé de nombreuses méthodes de lutte contre le stress. Ces méthodes, quelle que soit leur diversité, ont toutes pour objectifs une action de diminution progressive des tensions psychique et musculaires et une baisse des excitations sensorielles (auditives, visuelles, etc.), avec d'importantes conséquences de relaxation sur la plupart des fonctions vitales. Les résultats attendus sont la « maîtrise du stress » ; il semble, sans remettre en cause toutes ces méthodes que nous allons passer brièvement en revue, que cette approche doit constituer la première étape d'un traitement qui devra être poursuivi sur le plan psychothérapeutique accompagné parfois d'un traitement médical :

**a)- Les exercices de relaxation corporelle :** aérobic, stretching, postures de faible stress, etc. Ces exercices physiques abaissent le rythme cardiaque

---

<sup>16</sup> (Jean Benjamin Stora, 2000 p 112-113)

réduisent les risques d'hypertension, de tension musculaire, soulagent certaines douleurs musculaires ; des douleurs dorsales avec des conséquences psychologiques : réduction temporaire de l'angoisse, de la dépression, etc. A ces exercices corporels développés en occident, on peut ajouter des exercices corporels d'Extrême-Orient : le tai chi, accompagné de mouvements rappelant ceux de la danse, et procurant une sensation de calme (faisant travailler toutes les parties du corps), le yoga, pratiqué depuis plus longtemps en Europe occidentale, permet d'abaisser le rythme cardiaque et le rythme respiratoire provoquant une sensation de profonde relaxation sans atteindre la somnolence ou le sommeil.

**b)- Les méthodes de relaxation mentale :** la méditation, effectuée dans un environnement protégeant de toute excitation sensorielle, accompagnée d'une respiration lente et rythmée, peut contribuer à réduire de nombreux symptômes (2 séances de dix à vingt minutes par jour). L'évasion imaginaire ou imagerie mentale est une technique semblable à celle utilisée par les athlètes de haut niveau pour renforcer leurs performances. On s'imagine dans différents endroits ou situations agréables réactivant ainsi par association d'idées de nombreuses représentations.

**c)- Les méthodes utilisant des moyens techniques :** 1/ « la relaxation dans l'eau » se pratique dans un caisson spécial parfaitement isolé avec des effets spectaculaires ; le danger est que dans certains cas cet isolement sensoriel peut provoquer de l'angoisse ; 2/ « le bio feedback » est une technique utilisant des appareils mesurant des fonctions telles que le pouls, la température de la peau et la tension musculaire. Les sujets peuvent apprendre à les contrôler en les observant sur un écran de visualisation ; les chercheurs ne savent cependant pas comment fonctionne cette interrelation homme-machine ainsi que son effet sur le rythme cardiaque, la tension artérielle et le psychisme.

d)- **Les méthodes psychothérapeutique :** toutes les méthodes citées précédemment ont leur vertu et leur efficacité, mais agissent surtout pour entretenir un état de bonne santé chez les individus qui n'ont pas perdu pied, qui peuvent encore faire face et permettent donc d'accroître leur résistance. Mais lorsque les résistances psychologique individuelles ne permettent plus d'affronter les difficultés quotidiennes, lorsque anxiété, dépression s'installent et que certains troubles somatiques apparaissent, il est important de recourir aux médecins, psychiatres, psychothérapeutes et psychosomaticiens. Il est alors vivement recommandé de combiner, par exemple, une méthode de relaxation corporelle, facilitant un réapprentissage de la connaissance physique et psychologique du corps, et une psychothérapie psychosomatique ». <sup>17</sup>

### **Conclusion :**

« Le stress est un phénomène universel, nécessaire a la vie, qui a pour spécificité de mettre en œuvre les mécanismes d'adaptation psychique et somatique des êtres humains, c'est une notion carrefour des sciences physique, biologique et humaines, fertilisant de champs nouveaux tels que la psycho-neuro-immunologie, la psycho-neuro-endocrinologie, la psychosomatique et la neuropsychanalyse ». <sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> (Jean Benjamin Stora, 2000, p114-1116)

<sup>18</sup> (Jean Benjamin Stora, 2016, p 128)

**Introduction :**

« L'hypertension artérielle est un problème majeur de santé publique. Le stress, l'obésité, la sédentarité sont autant de maux caractéristiques De beaucoup d'entre nous, maux qui favorisent l'hypertension artérielle, En effet, elle est devenue un des motifs de consultation les plus fréquents, représentant la 1<sup>ère</sup> cause de prescriptions : cérébrales, cardiaques et rénales. Dans la majorité des cas (environ 90%), on ne retrouve aucune étiologie : c'est L'hypertension artérielle essentielle ou primitive. Dans environ 10% des cas, on retrouve une cause secondaire. » <sup>1</sup>

Dans ce chapitre, nous expliquerons ce qu'est l'hypertension artérielle, pourquoi Et comment elle peut varier dans la journée, mais aussi au fil des années, et pourquoi elle tend à augmenter naturellement quand on vieillit.

Nous définirons bien sûr ce qu'est précisément l'hypertension artérielle. Un long chapitre sera aussi consacré à « l'histoire » de la découverte de cette maladie et aux travaux de recherche qui ont permis de mieux comprendre les conséquences de l'HTA et l'importance de ses traitements.

---

<sup>1</sup> (ATIAS David, 2013-2014, module 9, chapitre 4, page 43)

## **1 La pression des artères :**

« Le corps humain ne peut fonctionner que s'il est convenablement alimenté en oxygène. Cette molécule indispensable est transportée à tous les organes par le sang grâce à un ensemble de vaisseaux appelés « artères ». En fonction de leur taille, elles prennent le nom d'« artères », d'artérioles ou de capillaires (avec des diamètres de plus en plus petits), et ont des fonctions différentes.

Les grosses artères (comme l'aorte située juste à la sortie du cœur) ont une fonction essentiellement de transport du sang en grande quantité, les petites artères, quant à elles, adaptent la quantité de sang nécessaire à apporter à chaque organe. Le sang est un liquide propulsé par le cœur avec force et de manière ininterrompue dans les artères. Quand le sang est éjecté par le cœur, il va exercer une force mécanique sur les parois des artères. La nature a bien prévu les choses, puisque ces parois sont composées de fibres élastiques et de cellules musculaires.

Les premières sont responsables de la souplesse des parois artérielles se retrouvent surtout dans les grosses artères (comme l'aorte), tandis que les secondes permettent aux plus petites artères de s'ouvrir plus ou moins en fonction des besoins de l'organe irrigué.

Plus la pression sanguine augmente, plus la tension la force exercée sur la paroi des artères est forte. C'est ce que l'on mesure avec un appareil à tension, la pression artérielle. Si une hausse isolée et brève de la pression artérielle (par

Exemple lors d'un effort physique) n'a pas de conséquence directe sur les artères, ni sur les organes qu'elles alimentent, en revanche une élévation prolongée et continue de la pression artérielle va à terme se révéler néfaste. »<sup>2</sup>

## **2. Rapport entre tension artérielle et stress :**

À la question « Êtes-vous hypertendu ? », on entend souvent comme réponse : « Oui je suis hyper stressé », ou au contraire : « Non, je suis très relax ».

« Si un stress psychologique peut être une source transitoire (le temps du stress) D'augmentation de la pression artérielle, il n'est a priori pas une cause de L'hypertension artérielle, c'est-à-dire d'une élévation permanente de la pression Artérielle au-delà de 14/9.

De plus, la pression artérielle varie souvent au cours de la journée. Peu de temps avant le réveil, la pression artérielle s'élève parallèlement à la fréquence cardiaque, et témoigne de notre réveil physiologique. Dans le courant de la Journée, la pression artérielle varie au gré de notre activité physique, intellectuelle, émotive. Ce n'est que le soir, pendant le sommeil, que la pression artérielle baisse De manière nette, là encore parallèlement à la fréquence cardiaque ».

Ce profil tensionnel sur 24 heures peut être enregistré en effectuant un Examen spécifique, une holter tensionnel, permettant des enregistrements de la Pression artérielle diurne et nocturne. Les résultats de ce profil tensionnel sont Ensuite analysés par le médecin. En cas d'anomalie (si, par exemple, la pression Artérielle nocturne est supérieure à la pression artérielle diurne), le patient doit

---

<sup>2</sup> (Jean-Jacques Mourad, 2017, Chapitre 01, Page 03)

Être pris en charge de manière adaptée avec éventuellement la prescription d'autres examens ou/et d'un traitement. »<sup>3</sup>

### **3. L'hypertension artérielle :**

« L'hypertension artérielle (HTA) est la situation où la pression artérielle (PA) est habituellement élevée.

Selon les termes de la recommandation 2005 de la Haute Autorité de Santé (HAS) l'HTA est définie de façon consensuelle par une PA systolique  $\geq 140$  mm Hg et/ou une PA diastolique  $\geq 90$  mm Hg, mesurées au cabinet médical et confirmées au minimum par 2 mesures par consultation, au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois.

En cas de PA  $\geq 180/110$  mm Hg, il est recommandé de confirmer l'HTA par 2 mesures par consultation, au cours de 2 consultations rapprochées.

La HAS décrit également l'HTA systolique isolée, appelée aussi HTA systolique pure, qui est très fréquente après 60 ans. »<sup>4</sup>

### **4. Définition de L'hypotension :**

« L'hypotension désigne l'incapacité à maintenir, lors du passage de la position allongée (clinostatisme) à la position debout (orthostatisme), une pression artérielle (PA) adéquate, c'est-à-dire une pression sanguine appropriée aux besoins de la perfusion tissulaire, encéphalique au premier chef.

De rares auteurs la définissent par le niveau absolu de la PA systolique en position debout immobile (inférieure à 80 mm Hg). Les plus nombreux retiennent une baisse de plus de 20 mm Hg pour la PA systolique, et/ou de plus de 10 mm Hg pour la PA diastolique, au changement de position. Une telle

---

<sup>3</sup> (Jean-Jacques Mourad, 2017, Chapitre 01, Page 05)

<sup>4</sup> (ATIAS David, 2013/1014, chapitre 04, module 09, page 43)

variation correspond, chez un sujet normo tendu, à une baisse d'environ 10 % de la PA moyenne, laquelle représente en physiologie la pression de perfusion.

Cette faible pression peut être permanente ou transitoire, occasionnelle ou fréquente. Ce n'est pas une maladie en tant que telle, mais plutôt un symptôme. Les causes de l'hypotension sont multiples : problème neurologique, effet secondaire d'un médicament, déshydratation...etc. »<sup>5</sup>

### **5. Les systèmes qui contrôlent et régulent la pression artérielle :**

Pour que nos organes fonctionnent au mieux, ils doivent être normalement irrigués, c'est-à-dire correctement alimentés en sang (et donc en oxygène).

Bien entendu, les besoins de nos organes changent en permanence, et ne sont pas les mêmes selon que l'on fait une sieste, que l'on pratique un sport ou que l'on regarde la télévision.

De même le passage à la position debout implique une adaptation instantanée Du niveau de pression artérielle au risque d'avoir une baisse de l'irrigation Cérébrale avec une sensation de malaise (une quantité insuffisante de sang gagne Le cerveau... c'est l'hypotension orthostatique).

Il s'agit essentiellement d'hormones qui vont entraîner une cascade d'évènements, avec pour conséquence des variations ponctuelles de la pression Artérielle.

---

<sup>5</sup> [Le comité de consensus de l'autonomique américain, Déclaration de consensus sur la définition de l'hypotension orthostatique. PDF 11-305-A-10. In [Http://www.Encyclopie MédiCo-Chirugicale.Com](http://www.Encyclopie MédiCo-Chirugicale.Com)]



La plupart de ces hormones à l'origine de la régulation de la pression artérielle sont sécrétées par une petite glande située au-dessus de chaque rein qui se nomme la « glande surrénale » (et que nous reverrons plus tard).

À noter qu'en cas d'hypertension artérielle, ces systèmes de régulation de la Pression artérielle seront les cibles des médicaments antihypertenseurs.<sup>6</sup>

### **5.1 Le système sympathique :**

Un de ces systèmes de régulation de la pression artérielle est le système dit « Sympathique ». Ce système hormonal est le système du stress qui est en place Depuis très longtemps chez l'Homme.

Il nous permettait de nous adapter à certaines situations extrêmes. Ainsi, en situation de danger, ce système « sympathique » sécrète des hormones du stress dont la plus connue est l'adrénaline.

La sécrétion d'adrénaline par les glandes surrénales accélère la fréquence cardiaque et élève la pression artérielle de manière à optimiser la circulation sanguine dans nos organes pour qu'ils puissent fonctionner le mieux possible. Grâce au cœur qui s'accélère et à la tension artérielle qui s'élève, les muscles peuvent se mettre aussitôt en action, permettant par exemple de courir à toutes jambes... en cas de danger.

- Son rôle est évident de l'HTA secondaire à une hypersécrétion de catécholamines comme dans le phéochromocytome.
- Dans l'HTA essentielle, il existerait une hypersensibilité génétique aux catécholamines : les sujets normo-tendus ayant des antécédents familiaux d'HTA ou une repense tensionnelle exagérée lors de la perfusion

---

<sup>6</sup> (Jean-Jacques Mourad, 2017, Chapitre 01 page 07)

d'adrénaline alors qu'ils ont une réponse normale à la perfusion d'angiotensine II.

- Les catécholamines agissent directement pour augmenter la pression artérielle (augmentation du débit cardiaque, vasoconstriction artériolaires) ou en altérant la réponse rénale aux variations de la volémie.<sup>7</sup>

## 5.2 Le système rénine-angiotensine-aldostérone :

L'autre système de régulation de la pression artérielle est le système rénine-angiotensine-aldostérone. Il engendre une cascade complexe de sécrétions de plusieurs hormones. Il se produit alors une augmentation de la pression artérielle dans tout l'organisme, permettant entre autres d'augmenter l'arrivée de sang dans le rein (ou les reins) qui est touché. C'est ce système qui permet en particulier aux reins de lutter contre la déshydratation.

Il est évident dans les hypertensions artérielles secondaires par hyperaldostéronisme primaire ou secondaire à une hypersécrétion de rénine ou à une HTA rénovasculaire. Des taux élevés et inappropriés **d'angiotensine tissulaire** pourraient être un facteur jouant un rôle dans l'HTA primitive.

Dans la population hypertendue, 30% des sujets ont une activité rénine plasmatique (ARP) basse, 60% ont une ARP normale et 10% seulement une ARP haute.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup>(ATIAS David, 2013-2014, module 9, chapitre 4, page 45)

<sup>8</sup>(ATIAS David, 2013-2014, module 9, chapitre 4, page 45)

**6. Epidémiologie :****6.1 Prévalences de L'hypertension artérielle en Algérie :**

« Il s'agit d'une enquête transitoire, à visée descriptive et analytique, auprès des ménages. Elle a utilisé l'approche STEP de l'Organisation Mondiale de la Santé, En tant qu'outil standardisé, reproductible, adapté au contexte de la commune de Bab El Oued. Elle visait à déterminer la prévalence e l'HTA chez la population âgée entre 24 et 65 ans et demeurant dans la commune de Bab El Oued.

La prévalence de l'hypertension artérielle était de 14,1% (11,9 - 16,5), dont 9,9% (8,1 - 12) étaient connus et 4,2% (3 - 5,7) ont été dépistés, au cours de l'enquête. Cette prévalence était significativement plus élevée chez les femmes, 19,2% (15,8 - 23,1), chez les hommes, 8,8% (6,4 - 11,8,  $p = 10 - 5$ ). Pour les 2 sexes, elle augmentait, de manière prononcée, avec l'âge, jusqu'à atteindre 47,8%, chez les enquêtes âgés de 55 à 64 ans ( $p = 10 - 5$ ).

Les pourcentages de contrôle de l'hypertension artérielle étaient similaires, chez les hommes (50%) et chez les femmes (50%). Le contrôle de l'HTA diminuait avec l'âge, passant de 100% chez les 25 - 34 ans à 41,4% chez les 55 - 64 ans.

Cette différence était significative ( $P = 0,03$ ).

Dans cette enquête, la prévalence de l'HTA A été calculée en considérant comme hypertendus les personnes traitées, ainsi que celle présentant une pression artérielle systolique et/ou diastolique  $\geq 14 / 90$  mm Hg, lors de deux visites (dont, une au domicile).

Cette étude indiquait une prévalence de l'HTA significativement plus élevée, chez les femmes (19,2% vs 8,8% P = 10<sup>-5</sup>). Ceci est en accord avec les résultats des études réalisées dans la population algérienne et ceux observés au Maghreb.<sup>9</sup>

## 6.2 Classifications des niveaux de pression artérielle :

Catégorie	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
PA Optimale	<120 mm Hg et	<80 mm Hg
PA Normale	120-129 mm Hg et/ou	80-84 mm Hg
PA Normale Haute (pré-HTA)	130-139 mm Hg et/ou	85-89 mm Hg
HTA grade 1	140-159 mm Hg et/ou	90-99 mm Hg
HTA grade 2	160-179 mm Hg et/ou	100-109 mm Hg
HTA grade 3	≥180 mm Hg et/ou	≥110 mm Hg
HTA systolique isolée	≥140 mm Hg et	<90 mm Hg

- PAd = paramètre le plus important avant 50ans
- Pas = paramètre le plus important après 50ans

La pression artérielle pulsée (pp = Pas – PAd) reflète la rigidité artérielle et a une valeur pronostique négative si elle élevée (normal < 65 mm Hg). La PP augmente chez le sujet âgé.<sup>10</sup>

<sup>9</sup> [L'hypertension artérielle dans la commune de Bab El Oud: prévalence, traitement et contrôle. PDF N°63– juin 2017. In [http:// www.Santé-MAG.com](http://www.Santé-MAG.com)]

<sup>10</sup> (ATIAS David, 2013-2014, module 9, chapitre 4, page 47)

**7. Les causes et les facteurs de risques de l'hypertension artérielle:**

L'hypertension artérielle peut apparaître de manière parfois brutale, alors que vous avez eu des chiffres normaux pendant toute votre vie, Dans la plupart des cas, l'hypertension n'a pas une seule cause directe. Elle est liée à plusieurs facteurs, dont certains sur lesquels on ne peut pas agir.

**7.1 Les causes connues :**

- **Les maladies rénales:** insuffisance rénale, rétrécissement de l'artère rénale, qui déclenchent la sécrétion par le rein d'une substance hypertensive, la rénine.
- **Les maladies des glandes surrénales:** maladie de cushing (sécrétion trop importante de cortisone), maladie de Conn (sécrétion trop importante d'aldostérone), phéochromocytome (sécrétion trop importante d'adrénaline et substances similaires).
- L'absorption en trop grande quantité de réglisse, qui contient une substance hypertensive.
- Le rétrécissement de l'aorte (coarctation) qui crée un obstacle et provoque une augmentation de la pression en amont.

**7.2 Les étiopathologies:**

Dans la majorité des cas, la cause de l'hypertension artérielle est inconnue.

On parle d'HTA "idiopathique". On sait qu'il y a un partage presque égal de responsabilités entre l'hérédité et l'environnement (mode de vie). Globalement, la pression intra-artérielle et ses variations, résultent d'une

interaction entre le volume de sang et la capacité des artères à contenir et faire progresser ce volume.

Entre certaines limites, les artères sont élastiques, et peuvent se dilater lors d'une augmentation du volume sanguin en maintenant une pression constante.

A l'inverse, les même artères peuvent se contracter (la paroi des artères contient des muscles) sous l'influence de facteurs neurologiques (système nerveux sympathique) ou sous l'influence de substances sécrétées par l'organisme comme l'adrénaline.

Il est bien évident qu'avec l'âge les artères perdent de leur élasticité. Quant aux phénomènes de volume sanguin, ils sont centrés sur l'activité des reins qui sous l'influence de substances comme l'aldostérone, éliminent moins d'eau et gardent des ions qui retiennent l'eau (comme l'ion sodium).<sup>11</sup>

### **7.3 Identifier les Principaux facteurs de risques :**

Les principaux FDR qui peuvent être associés à l'HTA sont :

➤ **facteurs de risque cardiovasculaire :**

C'est le plus grave des facteurs de risques cardiovasculaire avec 7 millions de décès par an dans le monde (aout 2002, rapport OMS).

- L'augmentation du risque de morbidité-mortalités cardiovasculaire est directement liée à l'élévation de pression artérielle selon une relation continue, à partir de 115/75 mm Hg.
- La diminution du chiffre tensionnel entraîne une réduction du risque relatif d'évènements CV.

---

<sup>11</sup> [Unité d'hypertension artérielle, éducation et prévention pour la santé. PDF Janvier 2017. In <http://www.Ces pharm.com>]

- Au-delà de 60ans, la pression artérielle systolique (PAS) est un facteur pronostique du risque cardiovasculaire plus important que la pression artérielle diastolique (PAd), d'autant plus chez les sujets plus âgés.  
Cette relation continue entre le niveau de PA et le risque cardiovasculaire ne permet pas de déterminer un seuil précis d'HTA.<sup>12</sup>
- Antécédents familiaux d'accident cardiovasculaire précoce : avant 55 ans chez l'homme et 65 ans chez la femme (infarctus du myocarde, mort subite, accident vasculaire cérébral).

L'existence d'un tel accident chez un ou deux parents, augmente de façon significative, et indépendamment des autres facteurs de risque, la probabilité d'évènement cardiovasculaire chez le sujet donné, et ce risque est d'autant plus élevé que l'âge de survenue chez l'ascendant est bas, notamment inférieur à 55 ans chez L'homme et 65 ans chez la femme.

Il est important de rechercher systématiquement dans le cadre du bilan initial de chaque hypertendu des facteurs de risque associés tels que:

- **Présence d'un diabète** : Près de la moitié des diabétiques présentent une HTA avec complications artérielles, rénales ou cardiaques. 80 % des diabétiques qui reçoivent un traitement contre l'HTA sont mal contrôlés. En cas de diabète, l'objectif tensionnel est plus bas.
- **Exposition au tabac** : Il produit des substances qui abiment les artères et favorisent le dépôt de plaques de cholestérol. Continuer à fumer lorsque l'on est hypertendu multiplie fortement le risque d'accident cardiovasculaire.

---

<sup>12</sup> (ATIAS David, 2013-2014, module 9, chapitre 4, page 44)

- **L'alcool** : Sa consommation excessive (au-delà de deux doses par jour chez la femme et trois chez l'homme) fait monter les chiffres de la pression artérielle et peut rendre inefficaces certains médicaments antihypertenseurs.
- **Grosses** : Chez les femmes, l'hypertension peut se développer à trois moments-clés : lors de la prise de la première pilule contraceptive, lors de la grossesse et à l'occasion de la ménopause.

Le cas de l'HTA lors de la grossesse est un peu particulier puisqu'il peut s'agir soit de l'aggravation d'une HTA existante, soit d'une "toxémie gravidique", maladie propre à la grossesse qui associe une HTA et une protéinurie (protéines dans les urines) et qui peut se compliquer de crises d'éclampsie (épilepsie), d'hypotrophie fœtale voire de mort fœtale.

- **Obésité** : Prendre du poids est souvent accompagné d'une élévation de la pression artérielle qui peut mener à une véritable hypertension. L'obésité abdominale est présente chez plus d'un hypertendu sur deux en particulier avant l'âge de 50 ans. Obésité androïde (taille > 102 cm chez l'homme, > 88 cm chez la femme).
- **Âge** : Plus on vieillit, plus la pression artérielle augmente, car nos artères ont tendance à se rigidifier avec l'âge. Plus les artères sont rigides, plus la tension est élevée. (homme > 55 ans et femme > 65 ans)
- **Le sel** : l'absorption en trop grandes quantités de sel (qui attire l'eau dans les artères et en augmente la pression).  
Chez 40 % des hypertendus, une consommation excessive de sel favorise l'élévation de la pression artérielle. En France, une enquête réalisée en



2006 a montré que la moyenne des apports en sel est estimée à 8,5 g par jour. Chez l'hypertendu il est recommandé des apports inférieurs à 6 g par jour, qui sont toujours plus fréquemment observés chez les femmes que chez les hommes, quel que soit l'âge.

- **Le mauvais sommeil :** Un sommeil perturbé, ne permettant pas des phases de récupération suffisantes, altère le contrôle de la pression artérielle.
- **L'isolement social :** un mode de vie lié aux difficultés de la vie contribue à un renfermement de vie précaire lié aux difficultés de la vie contribue à un renfermement sur soi. Ses conséquences négatives sur l'hygiène de vie renforcent l'hypertension.
- **Le déni de la maladie :** La contrainte de prendre un traitement permanent pour l'hypertension peut entraîner un déni de la maladie et une inobservance du traitement avec des conséquences graves. Sans accompagnement, un hypertendu sur deux risque d'être in observant.<sup>13</sup>

## 8. Diagnostic :

### 8.1 Les Symptômes :

L'HTA non compliqué est parfaitement asymptomatique.

Elle peut entraîner des symptômes peu spécifiquement, notamment en cas D'HTA sévère, et être découverte a cette occasion en consultation :

---

<sup>13</sup>[La Fédération Française de Cardiologie finance : prévention, recherche, réadaptation. 1<sup>ère</sup> association de lutte contre les maladies cardiovasculaires. In <http://WWW.FEDECARDIO.ORG>]

- Epistaxis.
- Acouphènes, vertiges.
- Céphalées, le plus souvent occipitales, matinales, cédant au cours de la matinée.
- Fatigabilité, asthénie.<sup>14</sup>

## **8.2 Le diagnostic de L'hypertension artérielle :**

Le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) propose une démarche systématique pour poser le diagnostic d'hypertension Chez les patients présentant une urgence ou une crise hypertensive, une prise en charge immédiate, incluant une évaluation complète, est indiquée.

Il existe 3 catégories de patients :

- Les patients présentent généralement une pression artérielle d'au moins 180/110 mm Hg (fréquemment au-delà de 210/120 mm Hg) accompagnée de symptômes de douleur thoracique, de dyspnée ou de céphalée associée à des manifestations neurologiques qui suggèrent une complication aiguë ou imminente au niveau des organes cibles. Ces patients doivent généralement être référés immédiatement à l'urgence de l'hôpital le plus près.
- Chez les patients présentant une des caractéristiques suivantes : atteinte des organes cibles non aiguë ou non imminente, maladie rénale chronique, diabète ou pression artérielle d'au moins 180/110 mm Hg, le diagnostic d'hypertension peut être posé à la deuxième visite d'évaluation.

---

<sup>14</sup> (ATIAS David, 2013-2014, module 9, chapitre 4, page 46)

- Chez les autres patients, ceux chez qui la pression artérielle se situe entre 140/90 mm Hg et 179/109 mm Hg, le diagnostic sera porté lors des visites subséquentes: au troisième si la pression est égale ou supérieure à 180/100 mm Hg, à la cinquième, si la pression est égale ou supérieure à 140/90 mm Hg. Une fois le diagnostic posé, le PECH prévoit les visites de suivi.<sup>15</sup>

### **8.3 La Mesure de la pression artérielle :**

Trois méthodes sont recommandées :

- Les mesures en clinique
- Le monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA)
- La mesure de la pression artérielle à domicile.

Lorsqu'une HTA est suspectée au cours de la 1<sup>ère</sup> consultation, il faut:

Réaliser une mesure ambulatoire de pression artérielle (MAPA=Holter tensionnel) ou une auto mesure à domicile avant la 2<sup>ème</sup> consultation, afin de diagnostiquer de manière certaine l'HTA et de s'affranchir de l'effet « blouse blanche ».

Sauf HTA sévère, ces 2 examens doivent être réalisés avant de débiter le traitement antihypertenseur.

---

<sup>15</sup> [Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension. Société québécoise d'hypertension artérielle in [Http://www.hypertension.quebecoise.com](http://www.hypertension.quebecoise.com)]

**❖ Les mesures en clinique ou au cabinet médicale :**

La mesure de la pression au cabinet médical nécessite le respect des conditions suivantes :

- repos de quelques minutes laissé au patient avant la mesure.
- utilisation d'un brassard de dimension adaptée à la taille du bras du patient (un brassard trop petit conduit à une surestimation, et trop large à une sous estimation de la pression artérielle) et bras maintenu au niveau du cœur.
- mesure aux deux bras lors de la première consultation et s'il existe une différence, les mesures ultérieures doivent être effectuées sur le bras où la valeur la plus élevée a été retrouvée.
- gonflage du brassard à un niveau suffisant pour rechercher la pression artérielle maximale et dégonflage lent par des paliers de 2 mm Hg.
- réalisation d'au moins deux mesures espacées de 1-2 minutes et, en cas de différence, les répéter.
- mesure après 1 et 5 minutes à l'orthostatisme à la recherche d'une hypotension orthostatique, notamment chez les patients âgés, diabétiques, ou sous traitement antihypertenseur.

**❖ Le monitoring ambulateur de la pression artérielle (MAPA) :**

La mesure ambulatoire de pression artérielle des 24 heures (MAPA) apporte une évaluation de la pression artérielle reproductible et bien corrélée à l'atteinte des organes cibles. En plus, cette méthode permet de connaître la pression artérielle sur l'ensemble du nycthémère et donc de dépister les patients dont la pression ne diminue pas la nuit et qui seraient à risque cardiovasculaire plus élevé.

**❖ La MAPA de l'auto mesure à domicile :**

Permettent ainsi :

- Le diagnostic et le suivi d'une HTA « blouse blanche ».
- D'évaluer la réponse au traitement antihypertenseur.
- De confirmer ou non une HTA résistante.
- D'améliorer l'observance au traitement.<sup>16</sup>

**8.4 L'HTA « blouse blanche » :**

On appelle « HTA isolée de consultation » ou « HTA blouse blanche », est définie par une HTA au cabinet médicale ( $\geq 140$  mm Hg et/ou 90 mm Hg) qui contraste avec une PA basse ont un risque cardiovasculaire moindre par rapport aux patient présentent une réelle HTA. Cependant, ils ne nécessitent pas de traitement, mais une surveillance rapprochée et nécessaire.

Sa prévalence est de l'ordre de 15 % des hypertendus et se rencontre plus souvent lorsque l'« HTA de consultation » est de grade 1 et de découverte récente, plus souvent chez la Femme, et lorsqu'il n'y a pas d'atteinte des organes cibles.

**8.5 « L'HTA masquée » :**

On appelle « hypertension masquée », une mesure clinique  $< 140$  et 90 mm Hg et une moyenne diurne de MAPA ou d'auto mesure  $> 130$ -135 et/ou 85 mm Hg. Le risque cardio-vasculaire des sujets ayant une « hypertension masquée »

---

<sup>16</sup> (ATIAS David, 2013-2014, module 9, chapitre 4, page 47)

est le double de celui des sujets étiquetés normo tendus et voisin de celui des Sujets étiquetés hypertendus à la fois par la mesure clinique et par une des 2 méthodes complémentaires.

Se caractérise Par une pression artérielle normale au cabinet médical et anormalement élevée en dehors. Ce phénomène concernerait plus souvent les sujets âgés et d'après l'étude SHEAF sa prévalence pourrait être estimée à environ 11 %. Chez les patients présentant une HTA masquée, le risque cardiovasculaire est élevé et l'atteinte des organes cibles est aussi fréquente qu'en cas d'une HTA permanente.<sup>17</sup>

## **9. Évaluer le retentissement viscéral de l'hypertension et des comorbidités:**

L'atteinte des organes ciblent (cœur, rein, cerveau, artère) ainsi qu'un antécédent personnel d'évènements cardiaux- ou cérébraux vasculaires augmentent également très fortement le niveau du risque cardiovasculaire global, et donc sont à rechercher Systématiquement.

Classiquement, le retentissement viscéral de l'HTA au niveau cardiaque et rénal, comprend principalement une hypertrophie du ventricule gauche (HVG) et une micro albuminurie, toutes les deux étant facteurs de risque cardiovasculaire indépendants. La macro protéinurie, l'insuffisance rénale, l'insuffisance coronaire, l'accident vasculaire cérébral et l'artériopathie périphérique, représentent un stade de retentissement de l'HTA plus avancé et des évènements morbides.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> (ATIAS David, 2013-2014, module 9, chapitre 4, page 48)

<sup>18</sup> [Aspect clinique, explorations et prise en charge de l'hypertension artérielle. Masson SAS, paris 2007 PDF 11-301-B-10]

**10. Prise en charge thérapeutique du patient hypertendu :**

La prise en charge thérapeutique a pour but de réduire la mortalité et l'incidence d'évènements cardiovasculaires ainsi que de préserver la fonction rénale.

L'initiation du traitement antihypertenseur est basée sur deux critères :

- niveau de la pression artérielle systolique et diastolique.
- niveau du risque cardiovasculaire global du patient.

La prise en charge thérapeutique comporte les mesures hygiéno-diététiques, le traitement antihypertenseur pharmacologique ainsi que la correction des facteurs de risque cardiovasculaire associés ainsi que le traitement des maladies cardiovasculaires et rénales associées.

**10.1 Bilan initial :**

Les examens complémentaires recommandés dans le cadre de ce bilan initial

Sont :

- créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire
- recherche d'une protéinurie et d'une hématurie à l'aide de bandelette réactives urinaires
- kaliémie
- prélèvements à jeun : glycémie, cholestérol total et HDL-cholestérol, triglycérides, calcul du LDL-cholestérol
- électrocardiogramme de repos.

**10.2 Mesures hygiéno-diététiques :**

Les mesures hygiéno-diététiques devraient être instaurées chez tous les patients, y compris ceux avec une pression artérielle normale haute. Elles comportent :

- une réduction de l'apport sodé (< 6 g de sel/j)
- une réduction de la surcharge pondérale (poids idéal défini par l'index de masse corporelle < 25 kg/m<sup>2</sup>)
- un arrêt du tabagisme
- une promotion de l'activité physique (30-45 min d'une activité isotonique [jogging, natation] 3 fois par semaine)
- une réduction de la consommation de l'alcool (< 3 verres de vin/j chez l'homme, < 2 verres/j chez la femme)
- un régime alimentaire riche en fruits et légumes et pauvre en graisses saturées.

**10.3 Objectif tensionnel :**

L'objectif tensionnel est une PA < 140/90 mm Hg, mais chez l'hypertendu diabétique et/ou l'insuffisant rénal, il est recommandé d'atteindre un niveau tensionnel < 130/80 mm Hg, et en cas d'une protéinurie > 1 g/24 h associée, un niveau de < 125/ 75 mm Hg. Il faut noter qu'en utilisant l'auto mesure ou la MAPA pour l'évaluation de l'efficacité du traitement, ces valeurs-cibles sont en moyenne de 5-15 mm Hg plus basses pour la PAS et de 5-10 mm Hg plus basses pour la PAD.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> [Aspect clinique, explorations et prise en charge de l'hypertension artérielle. Masson SAS, paris 2007 PDF 11-301-B-10]



**11. Le Traitement :****11.1. Traitements médicamenteux :**

Il y a en France plus de 100 spécialités pharmaceutiques, réparties en 6 classes principales, destinées au traitement de l'HTA.

Dans l'ordre d'apparition sur la marche, ce sont :

- les diurétiques.
- les antihypertenseurs centraux.
- les vasodilatateurs.
- les bêtabloquants.
- les alpha-bloquants.
- les inhibiteurs des canaux calciques (Inhibiteur des canaux calciques).
- les antagonistes du Système rénine angiotensine.

Eux-mêmes repartis en Inhibiteur de l'enzyme de conversion, Antagoniste des récepteurs de l'Ang II et plus récemment inhibiteurs de la rénine.

Ces produits sont mis sur la marche à des doses choisies pour entraîner une baisse similaire de la PA. Ils sont donc équipotents sur le plan tensionnel dans la population générale des hypertendus. Il est actuellement démontré que la réduction du risque cardiovasculaire est avant tout dépendante de la baisse de la PA, quelle que soit la classe d'antihypertenseurs utilisée parmi les 4 classes principales que sont les diurétiques, les bêtabloquants, les ICC et les inhibiteurs du SRA.

**11.2 Traitements non médicamenteux :**

Pendant la période de surveillance préalable à la décision de prescrire un médicament, un ou plusieurs traitements non médicamenteux sont institués en fonction des caractéristiques et des habitudes alimentaires de l'individu concerné :

- Réduction du poids et des apports en alcool.
- augmentation de l'exercice physique.
- réduction des apports en sel (5-6 g/j) ou recours à une technique de relaxation.

Ces traitements ont un effet modeste sur la PA, notamment le dernier dont l'apport n'apparaît pas significatif dans les essais contrôlés publiés.

Ils ont en revanche des avantages en termes de qualité de vie ou de prévention cardiovasculaire et permettent souvent d'alléger le traitement. Il faut donc encourager le patient à les poursuivre, même si la décision finale est de prescrire un traitement médicamenteux.<sup>20</sup>

**12. Gestion de stress pour les hypertendus :**

Les difficultés rencontrées dans la vie (problèmes familiaux, professionnels, angoisse liée à la maladie elle-même) peuvent perturber l'équilibre tensionnel et même être à l'origine d'une instabilité tensionnelle. Tous les moyens qui peuvent favoriser la disparition de ces situations de stress (relaxation, yoga, sophrologie, apprentissage de la gestion du stress,...) sont les bienvenus.

---

<sup>20</sup> [Traitement médicamenteux de l'hypertension. PDF Encyclopédie Médico-chirurgicale 11-302-B-10]

Parfois, en cas de stress majeur, il est même illusoire d'arriver à maîtriser une véritable hypertension artérielle, avant que la situation ne se soit dénouée. La gestion du stress doit faire partie, chez certains patients, du traitement de leur hypertension artérielle.<sup>21</sup>

### **13. Quelques conseils aux hypertendus stressant :**

- Si votre pression artérielle est élevée mais a été prise dans une période de stress, dites-le à votre médecin, et faites-la mesurer à nouveau, dans un moment de calme, ou à la maison.
- Si vous êtes traité pour une hypertension artérielle, sachez qu'un stress peut s'accompagner d'une élévation ponctuelle de votre pression artérielle, comme chez tout le monde.
- Les moyens utilisés pour traiter le stress ne sont pas efficaces pour soigner l'hypertension. En revanche ils permettent de mieux la vivre et de mieux la maîtriser.
- Les médicaments de l'hypertension artérielle ne sont pas des « antistress ». Ils n'empêchent pas la tension de monter sous l'effet d'une émotion, d'une contrariété, d'une angoisse.
- Il faut apprendre à gérer son stress, en particulier lorsqu'on est hypertendu. Pour autant, il ne faut pas chercher à l'éliminer totalement. Le stress peut en effet être positif. C'est un « moteur » indispensable pour s'adapter aux situations que l'on rencontre dans la vie.

---

<sup>21</sup> [[Http://www.comitehta.org](http://www.comitehta.org), (consulté le 18/02/2018)]

- Si vous êtes hypertendu, prenez votre traitement tous les jours, ne l'interrompez jamais de votre propre initiative. Même si vous n'êtes plus dans une situation de stress son arrêt provoque, systématiquement, le retour de l'hypertension.<sup>22</sup>

### Conclusion :

L'HTA est un facteur de risque cardiovasculaire indépendant, quantitatif et réversible. Même si de nombreux essais thérapeutiques ont prouvé que la prise en charge thérapeutique de l'HTA s'accompagnait d'un indiscutable bénéfice cardiovasculaire en termes de réduction des événements morbides et mortels, Les traitements antihypertenseurs sont à l'évidence perfectible. De nouveaux médicaments, actuellement en cours de développement, seront probablement plus efficaces et/ou mieux supportés. Les thérapeutiques seront probablement mieux individualisées assez rapidement.

Enfin, les décisions de santé individuelle et publique à venir devront tenir compte des difficiles problèmes de l'observance et de la nécessaire implication du patient dans les choix thérapeutiques et dans la prise en charge. De plus, l'avancée du concept de prise en charge globale modifiera de façon radicale nos comportements en nous enseignant que l'hypertendu est avant tout un patient à risque cardiovasculaire élevé.»<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> [<http://www.comitehta.org>,(consulté le 18/02/2017)]

<sup>23</sup> [Aspect clinique, explorations et prise en charge de l'hypertension artérielle. Masson SAS, paris 2007 PDF 11-301-B-10]

**Introduction :**

Afin d'effectuer une recherche il faut se s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation.

Afin de réaliser notre recherche avec des adultes hypertendus nous avons choisi d'appliquer l'échelle d'évaluation Des facteurs de stress de Holmes-Rahe ; en complémentarité cette échelle nous avons l'entretien clinique de recherche.ils nous semble que cette combinaison entre ces deux outils nous permettrons de cerner et d'évaluer le stress chez les personnes hypertendus.

Dans ce chapitre, on va présenter la méthode sur la quelle, on s'est basées pour effectuer notre recherche ainsi que le terrain, la population d'étude et les outils de recherche qu'on a utilisée.

**1- Les objectifs de la recherche :**

- Etudier la relation entre le stress et l'hypertension artérielle chez les personnes âgés de 35-70 ans
- Cette recherche « stress et l'hypertension artérielle » est réaliser en vue d'obtention du diplôme Master II en psychopathologie et psychosomatique.

**2- La démarche de la recherche :****2.1 La pré-enquête :**

La pré-enquête est une étape décisive dans la démarche de recherche puisqu'elle correspond a la phase d'opérationnalisation au cours de la quelle on

cherche justement à répondre à toutes ces questions préalables. Le premier objectif qui a été assigné à l'enquête, est de contribuer à la définition des liens entre un cadre conceptuel et des faits observables. Afin de mettre en place un appareil d'observation conforme aux objectifs de la recherche.<sup>1</sup>

Cette dernière nous a permis d'avoir un premier contact avec le terrain d'enquête et de recueillir plus de données concernant notre sujet de recherche, ce qui nous a aidé à revoir nos hypothèses et cela grâce à plusieurs entretiens effectués avec quelques spécialistes de la santé (infirmiers, médecins etc.....) aux côtés de l'hôpital CHU de Bejaia. Qui nous ont éclairés sur certains points à propos de notre sujet de recherche qui est le stress et l'hypertension artérielle.

Nous avons également eu des entretiens avec plusieurs cardiologues qui nous ont donné leur avis concernant ce phénomène qui est très répandu dans notre société mais ils nous ont prévenu que la majorité de ces cas viennent juste pour une consultation médicale seulement et refusent une prise en charge psychologique.

C'est pour cela que nous avons opté pour la passation de l'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe.

## **2.2 La méthode clinique :**

La méthode clinique est un ensemble de techniques qui ont en commun de produire des informations concrètes sur la personne ou la situation posant un problème ou révélant l'existence d'une souffrance. La méthode clinique en se centrant sur le cas, est destinée à répondre à des situations concrètes souffrantes c'est-à-dire l'individualité. Elle rapporte les faits observés

---

<sup>1</sup> (Chauchat .H, 1990, p19)

a l'individu car le psychologue a pour objet l'individu et non, pas les populations.<sup>2</sup>

Selon Huber (1993) : « elle envisage non seulement a donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes », il s'agit pour le psychologue de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence a son histoire.<sup>3</sup>

De même « la méthode clinique a s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (histoire de l'individu et situation actuelle), et elle prend en compte l'engagement de l'observateur ».<sup>4</sup>

### **3. les limites de la recherche :**

- limites de temps (on à commencer le stage pratique du 11 mars au 11 avril).
- limites de group : L'enquête s'est portée sur quatre adultes femmes et hommes hypertendus.

---

<sup>2</sup> (J.L.Pedinielli, 2005, p32)

<sup>3</sup> ( KH , Chahraoui, H. Bénony, 2003, pp12)

<sup>4</sup> (Ghiglione, R , Richard J.F , 1999, p 467)

**4. la population d'étude et les caractéristiques du choix :**

la population d'étude porte sur des hypertendus âgées de 35-70 ans .cet échantillon de quatre(04) adultes hypertendus femmes et homme , qu'on a pris au Hasard .

On a réalisé avec eux des entretiens et on les a fait passer l'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe dans le but de confirmer ou d'infirmer que le stress est la cause initial de l'hypertension.

<b>Prénom</b>	<b>Age</b>	<b>Le niveau intellectuel</b>	<b>la profession</b>	<b>Les maladies</b>
Fatima	38 ans	supérieur	Enseignante	Juste l'hypertension
Djamel	64 ans	lycée	Retraité	Ulcère d'estomac
Yamina	56 ans	Aucun niveau	Femme au foyer	Cholestérol , Obésité abdominal
Khair-Eddine	51 ans	lycée	infirmier	Trouble gastrique

**Tableau n°1 : récapitulatif de la population d'étude**



**5. Description de lieu de la recherche :**

Notre stage pratique s'est déroulé au sein de l'hôpital khelilil Amran service cardiologie 3<sup>ème</sup> étage, qui est créé en 1991. Il se situe à Bejaïa Rue Didouche Mourad .06000 Bejaia.

Le service de cardiologie de l'hôpital de Bejaïa a été créé il y a juste quelques années. Cette création n'a pas été une mince affaire, surtout au début car il avait nécessité beaucoup d'effort de la part des différents intervenants notamment des cardiologues, à l'image de Docteur Bennour et Docteur Bezghiche qui étaient parmi les principaux initiateurs. Ces derniers mois ont été marqués par l'arrivée de la nouvelle chef de service professeur Zouzou, cardiologue spécialisée dans la rythmologie au sein des CHU d'Alger.

- Capacité litière : Hommes 14 lits, Femmes 12 lits.
- Personnel médical : médecin généraliste 01, médecin spécialiste 05, hospito-universitaire 01.
- personnel paramédical : 19

Nombre d'unité : 02 (hommes-femmes)

- Activité principale : Hospitalisation, Exploration ultrasonographique.

## 6. les outils d'investigation :

### 6.1 L'entretien clinique :

On peut le définir comme suite : « est un outil de prédilection de la phase exploratoire d'une enquête ». Il est « un processus exploratoire, qui contient une possibilité permanente de déplacement de questionnement et permet le processus de vérification continue et de reformulation d'hypothèse ».<sup>5</sup>

Pour Collette Chiland, l'entretien clinique est une relation de soins ou d'aide suite a la demande du patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs Son but est le diagnostic dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et il permetre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité.<sup>6</sup>

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

Dans le cadre de notre recherche, et vue la qualité des informations recherchées, on a opté pour **l'entretien semi-directif** de recherche pour donner plus de liberté aux sujets interrogés. Ce dernier se définit comme suit : « Une technique direct d'investigation scientifique utilisée au prés de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi directif et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaitre en profondeur les informations ».<sup>7</sup>

Il favorise l'expression libre et associative à partir d'une question ouvert tout en orientant ponctuellement la personne sur des questions précises par les quelles l'examineur souhaite une réponse.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> (Blanchet, A et Gotman A, 2007, p 39)

<sup>6</sup> (Chiland (c), 1983, p10-27)

<sup>7</sup> (Engers (M), 1997, p144)

<sup>8</sup> (Chahraoui, K et Bénony, H, 2003, p32)

## 6.2 Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet, 1992) Dans ce guide, le chercheur formule et prépare à l'avance la consigne, celle-ci sera nécessairement identiques pour tous les sujets .<sup>9</sup>

Plus précisément à notre but de recherche, les questions seront posées soit en langues française, arabe, ou kabyle tout dépend la langue maternelle des sujets interrogés.

On a utilisé un guide d'entretien composé de 03 axes :

Des informations générales sur le sujet, afin de recueillir des informations sur nos sujets de la recherche, qui vont nous servir dans l'analyse.

**Axe1** : information sur l'hypertension artérielle, composé de neuf questions, afin de comprendre l'histoire de la maladie.

**Axe2** : des questions sur le stress, composé de huit questions qui vont nous permettre de détecter si le malade est stresser.

**Axe3** : des questions concernant les antécédents, composé de trois sous axe : antécédents familiaux, antécédents psychiatrique, antécédents économique.

---

<sup>9</sup> (Chahraoui, K, Benony, H , 2000 , p 114)

L'examineur souhaite une réponse.<sup>10</sup>

### **6.3 L'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe :**

Pour mesurer le niveau de stress de notre échantillon d'étude, on a privilégié un instrument validé par l'association canadienne pour la santé mental, il s'agit d'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe.

L'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe a été construite pour mesurer les répercussions des changements survenant dans l'existence, comporte « 43 items » décrivant des évènements auxquels le sujet doit répondre.

#### **- les étapes d'analyse des résultats de test d'échelle d'évaluation des facteurs de stress :**

L'analyse des résultats obtenus par l'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe se fait comme suite :

On fait le total des points obtenus pour tous les évènements qui sont survenus dans votre vie pendant l'année écoulée.

Si votre total est inférieur à 150 votre situation est comparable a celle de la moyenne de la population et vos risques de contracter une maladie grave sont d'environ 30% (ou moins).

Si votre total est entre 150 et 300 vous courez environ 50% de risque d'être sujet à une maladie.

Si vous dépassez 300 point vous avez 80/90% de risques de subir un changement sérieux de votre état de santé.

### **8. les difficultés de la recherche :**

---

<sup>10</sup> (Chahraoui, K et Bénony, H, 2003, p32)

- Manque de la documentation et d'ouvrages traitant l'hypertension artérielle au niveau de notre bibliothèque.
- des difficultés d'axé a la bibliothèque de médecine.
- le problème de stage.

**Conclusion :**

Afin d'étier la relation qui existe entre le stress et l'hypertension artérielle chez les personnes âgées de 35-70 ans, on a effectué notre recherche au niveau de « l'hôpital de khelil Amran (CHU) de Bejaïa service cardiologie », on a eu six cas comme échantillon d'étude.

Pour la collecte des informations, on a utilisé deux outils d'investigation qui sont l'entretien clinique semi-directif (de la recherche), ainsi l'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe. La première étape consiste la collecte des informations qui est la réalisation des entretiens avec chaqu'un de nos sujets. La seconde est l'application de l'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe dans le but d'obtenir des informations qui seront présentées et analysées dans la partie suivante.

### **Présentation, analyse et discussion des hypothèses :**

#### **1. Les données cliniques de l'analyse :**

##### **1.1 Le premier cas clinique : Djamel**

###### **Résumer anamnestique :**

Mr Djamel est âgé de 64 ans, retraité, Marié, père de 07 enfants, hypertendu depuis 2013. Sa femme âgée de 55ans est sans emploi, le niveau socioéconomique de sa famille est moyen.

Sur le plan médical, Djamel a subi deux(02) opérations chirurgicales, la 1<sup>ère</sup> est pour une perforation d'estomac et la 2<sup>ème</sup> est pour l'ulcère d'estomac (vagotomie antrectomie).

Lors d'une visite à la médecine du travail, Mr Djamel découvre qu'il a trop de tension, il présente le chiffre tensionnel suivant: 165-95 mm Hg. Le pouls est régulier à 80 battements / min et les pouls périphériques sont tous perçus. Un tabagisme à plus d'un paquet / jour depuis l'âge de 20 ans ainsi qu'une consommation d'alcool. Les antécédents familiaux se limitent à une hypertension chez le père.

Durant l'entretien Mr Djamel s'est montré mal à l'aise et stressé. Il nous a expliqué que ces mauvais chiffres sont dus de son mode de vie. Il mange souvent dans les restaurants, il consomme trop de nourritures salées, Il a abandonné toutes activités physiques, ce qui lui donne un peu d'embonpoint (78 Kg).

Il nous a avoué qu'il a rejeté sa maladie : « je ne veux pas avoir le comportement d'esclave vis-vis du traitement » il nous a demandé comment pourra-t-il gérer son stress ! « J'ai une vie stressante, depuis ma retraite, la société et l'environnement ou je vis génèrent de plus en plus de stress ». Il fume

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

sans arrêt « j'ai toujours continué à fumer malgré les conseils des médecins ! Mais là, je sais que je dois arrêter définitivement ».

Nous avons remarqué chez Djamel un stress énorme, une anxiété vis-à-vis de sa maladie et une incapacité à arrêter de fumer, tout cela s'intensifie par ses responsabilités envers sa famille et son faible revenu qui ne subviens pas à leur besoins et qui n'assurera pas leur avenir.

### **Guide d'entretien :**

#### **Information générales sur le (la) malade hypertendu :**

- Prénom : Djamel
- Age : 64 ans
- Situation matrimoniale : célibataire  mariée  veuf (Ve)
- Nombres d'enfants : Filles  3 Garçons  4
- Niveau d'instruction : primaire  secondaire  lycée  supérieure
- Profession : retraité

#### **Axe1 : information sur l'hypertension artérielle**

- En quelle année votre hypertension vous a-t-elle été signalée ?

Dj : En 2013.

- Quel est, à votre connaissance, le niveau de tension le plus élevé que vous avez atteint?

Dj : 170/11 mm Hg

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

---

- Préférez-vous mesurer votre tension au cabinet médical ou à votre domicile avec un auto-tensiomètre ?

DJ : Je préfère la mesurer chez moi.

- Est-ce que votre médecin vous a-t-il consigné de pratiquer des activités sportives ?

DJ : Oui, récemment, vu que j'ai pris un peu de poids, Il m'a conseillé de faire de la marche et du jogging, Mais malheureusement je ne pratique aucune activité sportive.

- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement certains jours ?

DJ : Oui, Ces derniers temps ça m'arrive de l'oublier.

- Estimez-vous que vous ayez trop de comprimés à prendre ?

DJ : Non, pas du tout, D'ailleurs je n'en ai pas beaucoup.

- Vous arrive-t-il, parfois, de ne pas prendre votre traitement en ayant l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?

DJ : Non, Au contraire je me sens mieux.

- Est-ce que vous suivez un régime alimentaire ?

DJ : Oui, un régime demi-sel.

- Avez-vous des antécédents familiaux d'hypertension ?

DJ : Oui, mon père.

### Axe2 : Questions concernant le stress :

- Est-ce que vous acceptez votre maladie ?



## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

---

DJ : Au départ non, mais avec le traitement et le suivi chez le cardiologue je me suis habitué à ma maladie.

- Est-ce que votre maladie vous pose-t-elle des problèmes au travail ?

DJ : Maintenant, je suis en retraite. Mais avant ça, quand j'ai été au travail parfois elle me gênait.

- Est-ce que vous avez déjà une autre maladie ?

DJ : Non, et même maintenant je n'ai aucune autre maladie que l'hypertension.

- Avez-vous des problèmes de sommeil (hypersomnie ou insomnie)?

DJ : Oui, depuis ma retraite, je ne me lève pas tôt, et je dors tard.

- Êtes-vous colérique ou rapidement irritable ?

DJ : Oui, la plus part du temps colérique.

- Est-ce-que vous buvez de l'alcool pour vous détendre ?

DJ : Oui, presque 2 à 3 fois par semaine.

- Avez-vous des soucis familiaux (couples, enfants,...etc.)

DJ : Oui, parfois avec ma femme.

- Avez-vous un revenu trop faible par rapport à votre mode de vie, est-ce que cela vous cause-t-il des soucis ?

DJ : Oui, évidemment mais je n'ai pas ressenti ce manque, mes enfants s'occupent de moi.

### **Axe 3 : Questions concernant les antécédents médicaux :**

#### **Les antécédents familiaux :**

- Avez-vous vécu une séparation des parents ?

DJ : Non

- Avez-vous perdu un parent ?

DJ : Oui, mon père

- Avez-vous des conflits avec vos parents ?

DJ : Oui, parfois.

- Avez-vous vécu une maltraitance ou une violence familiale ?

DJ : Non.

#### **Les antécédents psychiatriques :**

- Avez-vous déjà subi un mauvais traitement durant votre enfance ?

DJ : Non

- Souffrez-vous d'une maladie psychotique (mentale) ?

DJ : Non

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre ?

DJ : Non, Jamais

- Avez-vous déjà vécu un crime ou un acte violent ?

DJ : Non

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

### Les antécédents sociaux économiques :

- Etes-vous satisfait de votre budget ?

DJ : Non, je ne le suis pas mais j'essaye de gérer la situation.

- Avez-vous des problèmes dans votre lieu de travail ?

DJ : Oui, parfois.

**ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES FACTEURS DE STRESS DE HOLMES-RAHE** : La liste ci-dessous est une échelle typique permettant de mesurer les répercussions des changements survenant dans l'existence. Faites le total des points obtenus pour tous les événements qui sont survenus dans votre vie pendant l'année écoulée. Si votre total est inférieur à 150, votre situation est comparable à celle de la moyenne de la population et vos risques de contracter une maladie grave sont d'environ 30 % (ou moins). Si votre total est entre 150 et 300, vous courez environ 50 % de risques d'être sujet à une maladie. Si vous dépassez 300 points, vous avez 80/90 % de risques de subir un changement sérieux de votre état de santé.

Djamel (-04-2018) total : 580

ÉVÉNEMENT PERTURBANT LE COURS NORMAL DE L'EXISTENCE		VALEUR MOYENNE	VOTRE SCORE
1	Décès du conjoint	<b>100</b>	
2	Divorce	<b>73</b>	
3	Séparation entre les conjoints	<b>65</b>	
4	Peine de prison	<b>63</b>	
5	Décès d'un proche parent	<b>63</b>	63
6	Dommages corporels accidentels ou maladie	<b>53</b>	53
7	Mariage	<b>50</b>	
8	Licenciement	<b>47</b>	
9	Réconciliation avec le conjoint	<b>45</b>	
10	Mise à la retraite	<b>45</b>	45
11	Modification de l'état de santé d'un membre de la famille	<b>44</b>	44
12	Grossesse	<b>40</b>	
13	Difficultés d'ordre sexuel	<b>39</b>	
14	Arrivée d'un nouveau membre de la famille (naissance, adoption)	<b>39</b>	39
15	Problèmes d'ordre commercial ou professionnel	<b>39</b>	
16	Modification de la situation financière	<b>38</b>	38
17	Décès d'un ami intime	<b>37</b>	
18	Changement de situation professionnelle	<b>36</b>	36
19	Multiplications des disputes conjugales	<b>35</b>	35

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

20	Hypothèque ou dette importante	<b>31</b>	31
21	Saisie d'une hypothèque ou échéance d'un emprunt	<b>30</b>	
22	Changement dans les responsabilités au travail	<b>29</b>	29
23	Départ d'un fils ou d'une fille du foyer	<b>29</b>	29
24	Mauvaises relations avec les beaux-parents	<b>29</b>	29
25	Exploit personnel marquant	<b>28</b>	
26	Début ou arrêt de l'activité professionnelle de l'épouse	<b>26</b>	
27	Début ou fin de scolarité	<b>26</b>	
28	Modification des conditions de vie	<b>25</b>	25
29	Modification des habitudes personnelles	<b>24</b>	
30	Difficultés avec le patron	<b>23</b>	
31	Changement d'horaire ou conditions de travail	<b>20</b>	
32	Déménagement	<b>20</b>	20
33	Changement d'école	<b>20</b>	
34	Changement de loisirs	<b>19</b>	
35	Changement religieux (conversion)	<b>19</b>	
36	Changement au niveau des activités sociales	<b>18</b>	18
37	Hypothèque ou emprunt d'un montant moins important que le précédant	<b>17</b>	
38	Changement dans les habitudes de sommeil	<b>16</b>	16
39	Changement dans le nombre de réunions familiales	<b>15</b>	15
40	Modification des habitudes alimentaires (régimes)	<b>15</b>	15
41	Vacances	<b>13</b>	
42	Fêtes de fin d'année : Noël et Nouvel-An	<b>12</b>	
43	Infractions mineures de la loi, amendes ou contraventions mineures	<b>11</b>	

Extrait de *Stress et Burnout* D Ass. Canadienne pour la santé mentale D Avril 1994, P. 61-622

<http://pierrettedesrosiers.com/documents/QuestFacteursStressHolmesRahe.pdf>

### Analyse psychométrique du cas Djamel :

Evènement perturbant le cours normal de l'existence	Résultats
Décès d'un proche parent	63
Domage corporelle ou accidents ou maladies	53
Mise à la retraite	45
Modification de l'état de santé d'un membre de la famille	44
Arriver d'un nouveau membre dans la famille (naissance, adoption)	39
Modification de la situation financière	38
Changement de situation professionnelle	36
Multiplications des disputes conjugales	35
Hypothèque ou dette importante	31
Changement dans les responsabilités au travail	29
Départ d'un fils ou d'une fille du foyer	29
Mauvaise relation avec les beaux-parents	29

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

---

Modifications des conditions de vis	25
Déménagement	20
Changement au niveau des activités sociales	18
Changement dans les habitudes du sommeil	16
Changement dans le nombre de réunions familiales	15
Modification des habitudes alimentaires (régime).	15
Total	580

Les résultats obtenus a l'échelle dévaluation des facteurs de stress de « Holmes-Rahe », de cas Djamel montre un niveau de stress de(580), selon cette même échelle dépasser la valeur de (300) indique, à environ **80/90%**, le risque de subir un sérieux changement dans votre état de santé.

### 1.2 Le deuxième cas clinique : Fatima

Mme Fatima est âgée de 38 ans, Enseignante, Mariée et mère de 03 enfants, hypertendue depuis 2016. Son époux est âgé de 48 ans, il est chef d'entreprise, le niveau socioéconomique de sa famille est très bien.

Sur le plan médical, Mme Fatima a des antécédents familiaux, hérédité cardiovasculaire : deux parents hypertendus. Elle a subi un avortement juste après une année de mariage et ce n'est que 2 ans plus tard qu'elle fait son premier accouchement.

Mme Fatima souffre de vertiges et de maux de tête, sans cesse part voir son médecin pour une visite de routine, lorsque son médecin lui mesure la tension, il la trouve un peu élevée. La mesure ambulatoire de la pression artérielle qu'il lui prescrit pour avoir une vision plus précise révèle des chiffres qui dépassent parfois la limite de (150/9 mm Hg). Quelques mois plus tard, ces chiffres sont toujours un peu transcendantes alors son médecin lui prescrit un traitement contre l'hypertension.

Durant le dialogue avec Mme Fatima, elle était souriante, confiante, à l'aise et s'est même montrée contente de nous raconter son histoire avec sa maladie. Elle est soulagée et le courant passe très bien.

Elle nous a décrit ce qu'elle a ressenti quand son médecin lui a annoncé qu'elle est malade et qu'elle devait prendre des médicaments à vie « On a découvert mon hypertension alors que je n'ai que 38 ans ! Au début je ne voulais pas y croire ».

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

La difficulté que rencontre Mme Fatimalui provient du stress qu'elle vit au travail et de la pression qu'elle reçoit à la maison pendant l'absence de son mari. Elle assume seule la responsabilité de leurs enfants adolescents : « Et puis, je vais essayer de mieux gérer mon stress car je pense que cela ne fait qu'aggraver les choses ! ».

Nous avons déduit du cas de Mme Fatima que c'est ses conditions de vie au travail et aux absences de son mari qui la rendent trop nerveuse et assez stressée.

### **Guide d'entretien :**

#### **Information générales sur le (la) malade hypertendu(e) :**

- Prénom : Fatima
- Age : 38 ans
- Situation matrimoniale : célibataire  mariée  veuf (Ve)
- Nombres d'enfants : Filles  Garçons
- Niveau d'instruction : primaire  secondaire  lycée  supérieure
- Profession : Enseignante

#### **Axe1 : information sur l'hypertension artérielle**

- En quelle année votre hypertension vous a-t-elle été signalée ?

F : En 2016.

- Quel est, à votre connaissance, le niveau de tension le plus élevé que vous avez atteint ?

F : 160/10 mm Hg

- Préférez-vous mesurer votre tension au cabinet médical ou à votre domicile avec un auto-tensiomètre ?



## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

---

F : Je préfère la mesurer au cabinet médical pour me rassurer.

- Est-ce que votre médecin vous a consigné de pratiquer des activités sportives ?

F : Oui, Il m'a conseillé d'essayer les méthodes apaisantes telles que la Relaxation.

- Vous arrive-t-il d'oublié de prendre votre traitement certains jours ?

F : Non, Je prends mon traitement tous les jours et à la même heure.

- Estimez-vous que vous ayez trop de comprimés à prendre ?

F : Non. Je n'ai uniquement deux médicaments.

- Vous arrive-t-il parfois de ne pas prendre votre traitement en ayant l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?

F : Non, je le suis précautionneusement car je sais que quelque soit le traitement il ne peut être efficace que si nous respectons sa posologie.

- Est-ce que vous suivez un régime alimentaire ?

F : Oui, demi-sel.

- Avez-vous des antécédents familiaux d'hypertension ?

F : Oui, mes deux parents.

### Axe2 : Questions concernant le stress :

- Est-ce que vous acceptez votre maladie ?

F : Oui, je l'ai acceptée ! D'ailleurs je ne suis pas étonné puisque je vis dans un stress permanent au travail comme à la maison.

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

- Est-ce que votre maladie vous pose-t-elle des problèmes au travail ?

F : Oui, parfois en plein cours je ressens des vertiges et des maux de tête.

- Est-ce que vous avez déjà une autre maladie ?

F : Non, je n'ai aucune autre maladie.

- Avez-vous des problèmes de sommeil (hypersomnie ou insomnie)?

F : Oui, J'ai beaucoup de soucis et je prends du café noir dosé le soir !  
Donc j'ai de l'insomnie.

- Êtes-vous colérique ou rapidement irritable ?

F : Colérique évidemment, Je m'énerve souvent, je travaille avec des classes de préadolescents ce n'est pas facile tous les jours.

- Est-ce que vous buvez de l'alcool pour vous détendre ?

F : Non.

- Avez-vous des soucis familiaux (couples, enfants,...etc.)

F : Oui, Avec mon époux.

- Avez-vous un revenu trop faible par rapport à votre mode de vie, est-ce que cela vous cause-t-il des soucis ?

F : Non

### **Axe 3 : Questions concernant les antécédents médicaux :**

#### **Les antécédents familiaux :**

- Avez-vous un membre de la famille hypertendu ?

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

F: Oui, mes deux parents.

- Avez-vous vécu une séparation des parents ?

F: Non

- Avez-vous perdu un parent ?

F: Oui, mon père.

- Avez-vous des conflits avec vos parents ?

F: Non

- Avez-vous vécu une maltraitance ou une violence familiale ?

F: Non

### **Les antécédents psychiatriques :**

- Avez-vous déjà subi un mauvais traitement durant votre enfance ?

F: Non

- Souffrez-vous d'une maladie psychotique (mentale) ?

F: Non

- Avez-vous consulté déjà un psychiatre ?

F : Non, par contre j'ai consulté un psychologue.

- Avez- vous déjà vécu un crime ou un acte violent ?

F : Non

### **Les antécédents sociaux économiques :**

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

- Etes-vous satisfaite de votre budget ?

F : Oui, J'ai une bonne situation.

- Avez-vous des problèmes dans votre lieu de travail ?

F : Non.

### ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES FACTEURS DE STRESS DE HOLMES-RAHE :

La liste ci-dessous est une échelle typique permettant de mesurer les répercussions des changements survenant dans l'existence. Faites le total des points obtenus pour tous les événements qui sont survenus dans votre vie pendant l'année écoulée. Si votre total est inférieur à 150, votre situation est comparable à celle de la moyenne de la population et vos risques de contracter une maladie grave sont d'environ 30 % (ou moins). Si votre total est entre 150 et 300, vous courez environ 50 % de risques d'être sujet à une maladie. Si vous dépassez 300 points, vous avez 80/90 % de risques de subir un changement sérieux de votre état de santé.

Fatima (23-04-2018) total : 566

ÉVÉNEMENT PERTURBANT LE COURS NORMAL DE L'EXISTENCE		VALEUR MOYENNE	VOTRE SCORE
1	Décès du conjoint	<b>100</b>	
2	Divorce	<b>73</b>	
3	Séparation entre les conjoints	<b>65</b>	65
4	Peine de prison	<b>63</b>	
5	Décès d'un proche parent	<b>63</b>	63
6	Dommages corporels accidentels ou maladie	<b>53</b>	
7	Mariage	<b>50</b>	
8	Licenciement	<b>47</b>	
9	Réconciliation avec le conjoint	<b>45</b>	45
10	Mise à la retraite	<b>45</b>	
11	Modification de l'état de santé d'un membre de la famille	<b>44</b>	44
12	Grossesse	<b>40</b>	40
13	Difficultés d'ordre sexuel	<b>39</b>	
14	Arrivée d'un nouveau membre de la famille (naissance, adoption)	<b>39</b>	39
15	Problèmes d'ordre commercial ou professionnel	<b>39</b>	
16	Modification de la situation financière	<b>38</b>	
17	Décès d'un ami intime	<b>37</b>	
18	Changement de situation professionnelle	<b>36</b>	
19	Multiplications des disputes conjugales	<b>35</b>	35
20	Hypothèque ou dette importante	<b>31</b>	
21	Saisie d'une hypothèque ou échéance d'un emprunt	<b>30</b>	
22	Changement dans les responsabilités au travail	<b>29</b>	29
23	Départ d'un fils ou d'une fille du foyer	<b>29</b>	

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

24	Mauvaises relations avec les beaux-parents	<b>29</b>	29
25	Exploit personnel marquant	<b>28</b>	
26	Début ou arrêt de l'activité professionnelle de l'épouse	<b>26</b>	
27	Début ou fin de scolarité	<b>26</b>	26
28	Modification des conditions de vie	<b>25</b>	25
29	Modification des habitudes personnelles	<b>24</b>	24
30	Difficultés avec le patron	<b>23</b>	
31	Changement d'horaire ou conditions de travail	<b>20</b>	20
32	Déménagement	<b>20</b>	
33	Changement d'école	<b>20</b>	20
34	Changement de loisirs	<b>19</b>	
35	Changement religieux (conversion)	<b>19</b>	
36	Changement au niveau des activités sociales	<b>18</b>	18
37	Hypothèque ou emprunt d'un montant moins important que le précédant	<b>17</b>	
38	Changement dans les habitudes de sommeil	<b>16</b>	16
39	Changement dans le nombre de réunions familiales	<b>15</b>	
40	Modification des habitudes alimentaires (régimes)	<b>15</b>	15
41	Vacances	<b>13</b>	13
42	Fêtes de fin d'année : Noël et Nouvel-An	<b>12</b>	
43	Infractions mineures de la loi, amendes ou contraventions mineures	<b>11</b>	

Extrait de *Stress et Burnout* D Ass. Canadienne pour la santé mentale D Avril 1994, P. 61-622  
<http://pierrettedesrosiers.com/documents/QuestFacteursStressHolmesRahe.pdf>

### Analyse psychométrique du cas Fatima :

Evènement perturbant le cours normal de l'existence	Résultats
Séparation entre les conjoints	65
Décès d'un proche père	63
Réconciliation avec le conjoint	45
Modification de l'état de santé de santé d'un membre de la famille	44

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

Grossesse	40
Arrivée d'un nouveau membre de la famille (naissance, adoption)	39
Multiplications des disputes conjugales	35
Changement dans les responsabilités au travail	29
Mauvaise relation avec les beaux parents	29
Début Ou fin de scolarité	26
Modifications des conditions de vie	25
Modifications des habitudes personnelles	24
Modifications d'horaires ou conditions de travail	20
Changement d'école	20
Changement au niveau des activités sociales	18
Changement dans les habitudes de sommeil	16
Modifications dans les habitudes alimentaires (régime)	15
Vacances	13

Total	566

Les résultats obtenus à l'échelle dévaluation des facteurs de stress de « Holmes-Rahe », de cas Fatima montre un niveau de stress de (566), selon cette même échelle avoir un niveau au-dessus de (300) indique, à environ 80/90%, le risque de subir un changement sérieux dans votre état de santé.

### 1.3 Le troisième cas clinique : Kheir-Eddine

#### Résumer anamnestique :

Kheir-Eddine est âgé de 51 ans, infirmier, père de 03 enfants, hypertendu depuis 2012. Sa femme âgée de 45 ans est sans emploi, le niveau socioéconomique de sa famille est moyen.

Sur le plan médical, Kheir-Eddine a un antécédent familial, sa mère souffre d'une HTA, ainsi d'un trouble gastrique. Il travaille à l'hôpital comme infirmier depuis 15 ans, son travail est assez stressant il ne dort pas suffisamment, il se nourrit assez mal, après un coup de fatigue et des maux de tête répéter, il a mesuré sa tension il a trouvé des chiffres inhabituelle (15/90 mm Hg).

Le lendemain le médecin lui a demandé de faire un bilan pour mieux rassurer, après une visite médicale d'après l'ECG et plusieurs reprises de tension son médecin lui a confirmé qu'il fait de l'hypertension. Son médecin lui a prescrit un traitement, Kheir-Eddine a commencé à mesurer sa tension chaque jour à l'hôpital mais sa tension ne baissait pas. Cela à commencer à inquiéter

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

Kheir-Eddine « je prenais comme même mes médicaments tous les jours ! ». Alors le médecin lui a prescrit un autre traitement plus fort.

Au cours de l'entretien Khair-Eddine s'est montré motivé, calme et souriant, le contact a été marqué par un climat confiant et une riche collaboration.

Il nous a révélé qu'il a pu accepter sa maladie et vivre avec grâce au soutien de sa famille « depuis que je suis malade, ma famille s'occupe de moi et prend bien soin de moi ».

Le problème qui se pose à Khair-Eddine est sa situation économique, il a dit : « oui effectivement j'ai du mal à joindre les deux bouts, cela se répercute négativement sur mes sentiments et mes préoccupations ».

Nous avons constaté chez Khair-Eddine un sentiment de culpabilité envers ses enfants car il n'a pas les moyens d'assurer leur avenir.

### **Guide d'entretien :**

#### **Information générales sur le (la) malade hypertendu(e) :**

- Prénom : Khair-Eddine
- Age : 51 ans
- Situation matrimoniale : célibataire  mariée  veuf (Ve)
- Nombres d'enfants : filles  garçons
- Niveau d'instruction : primaire  secondaire  lycée  supérieure
- Profession : infirmier

#### **Axe1 : information sur l'hypertension artérielle**

- En quelle année votre hypertension vous a-t-elle été signalée ?



## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

---

KH : En 2012.

- Quel est, à votre connaissance, le niveau de tension le plus élevé que vous avez atteint?

KH : 15/90 mm Hg.

- Préférez-vous mesurer votre tension au cabinet médical ou à votre domicile avec un auto-tensiomètre ?

KH : Je préfère la mesurer à l'hôpital car c'est mon lieu de travail.

- Est-ce que votre médecin vous a-t-il consigné de pratiquer des activités sportives?

KH : Oui, notamment, des activités qui permettent une meilleure régulation sanguine, je pratique du footing.

- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement certains jours ?

KH : Non, jamais, je suis très à cheval sur cela.

- Estimez-vous que vous ayez trop de comprimés à prendre ?

KH : Parfois je suis dépité par le nombre de médicament à prendre mais je me dis que c'est un mal pour un bien et j'en prends sur moi.

- Vous arrive-t-il parfois de ne pas prendre votre traitement en ayant l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?

KH : Non jamais, j'ai confiance en la prescription médicamenteuse de mon médecin traitant.

- Est-ce que vous suivez un régime alimentaire ?

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

---

KH : Oui mais cela n'est pas directement lié à mon hypertension mais au trouble gastrique.

- Avez-vous des antécédents familiaux d'hypertension ?

KH : Oui, ma mère.

### Axe2 : Questions concernant le stress :

- Est-ce que vous acceptez votre maladie ?

KH : Oui je l'accepte assez bien car je trouve que c'est le meilleur moyen d'y faire face.

- Est-ce que votre maladie vous pose-t-elle des problèmes au travail ?

KH : Je ressens des petits passages difficiles mais j'arrive à les surmonter donc NON.

- Est-ce que vous avez déjà une autre maladie ?

KH : Oui, un trouble gastrique

- Avez-vous des problèmes de sommeil (hypersomnie ou insomnie)?

KH : Oui, une insomnie associée à un décalage du sommeil réparateur.

- Êtes-vous colérique ou rapidement irritable ?

KH : Non, je me considère comme étant une personne assez calme.

- Est-ce que vous buvez de l'alcool pour vous détendre ?

KH : Non jamais.

- Avez-vous des soucis familiaux (couples, enfants,...etc.) ?

KH : Non, tous va pour le mieux.

- Avez-vous un revenu trop faible par rapport à votre mode de vie, sic'est oui, est-ce que cela vous cause-t-il des soucis ?

KH : Oui effectivement j'ai du mal à gérer ma situation financière et cela se réfléchit négativement sur mes sentiments et mes préoccupations.

### **Axe 3 : Questions concernant les antécédents médicaux :**

#### **Les antécédents familiaux :**

- Avez-vous vécu une séparation des parents ?

KH : Non

- Avez-vous perdu un parent ?

KH : oui, mon père

- Avez-vous des conflits avec vos parents ?

KH : Non

- Avez-vous vécu une maltraitance ou une violence familiale ?

KH : Non pas du tout

#### **Les antécédents psychiatriques :**

- Avez-vous déjà subi un mauvais traitement durant votre enfance ?

KH : Non

- Souffrez-vous d'une maladie psychotique (mentale) ?

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

KH : Non

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre ?

KH : Un psychiatre non mais un psychologue oui.

- Avez-vous déjà vécu un crime ou un acte violent ?

KH : Non

### Les antécédents sociaux économiques :

- Êtes-vous satisfait de votre budget ?

KH : Non, je ne suis pas satisfait mais j'essaie de gérer la situation.

- Avez-vous des problèmes dans votre lieu de travail ?

KH : Non

### ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES FACTEURS DE STRESS DE HOLMES-RAHE :

La liste ci-dessous est une échelle typique permettant de mesurer les répercussions des changements survenant dans l'existence. Faites le total des points obtenus pour tous les événements qui sont survenus dans votre vie pendant l'année écoulée. Si votre total est inférieur à 150, votre situation est comparable à celle de la moyenne de la population et vos risques de contracter une maladie grave sont d'environ 30 % (ou moins). Si votre total est entre 150 et 300, vous courez environ 50 % de risques d'être sujet à une maladie. Si vous dépassez 300 points, vous avez 80/90 % de risques de subir un changement sérieux de votre état de santé.

Kheir-Eddine (25-04-2018) total : 192

ÉVÉNEMENT PERTURBANT LE COURS NORMAL DE L'EXISTENCE		VALEUR MOYENNE	VOTRE SCORE
1	Décès du conjoint	<b>100</b>	
2	Divorce	<b>73</b>	
3	Séparation entre les conjoints	<b>65</b>	
4	Peine de prison	<b>63</b>	
5	Décès d'un proche parent	<b>63</b>	63
6	Dommages corporels accidentels ou maladie	<b>53</b>	

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

7	Mariage	<b>50</b>	
8	Licenciement	<b>47</b>	
9	Réconciliation avec le conjoint	<b>45</b>	
10	Mise à la retraite	<b>45</b>	
11	Modification de l'état de santé d'un membre de la famille	<b>44</b>	
12	Grossesse	<b>40</b>	
13	Difficultés d'ordre sexuel	<b>39</b>	
14	Arrivée d'un nouveau membre de la famille (naissance, adoption)	<b>39</b>	
15	Problèmes d'ordre commercial ou professionnel	<b>39</b>	
16	Modification de la situation financière	<b>38</b>	
17	Décès d'un ami intime	<b>37</b>	
18	Changement de situation professionnelle	<b>36</b>	
19	Multiplications des disputes conjugales	<b>35</b>	
20	Hypothèque ou dette importante	<b>31</b>	
21	Saisie d'une hypothèque ou échéance d'un emprunt	<b>30</b>	
22	Changement dans les responsabilités au travail	<b>29</b>	29
23	Départ d'un fils ou d'une fille du foyer	<b>29</b>	
24	Mauvaises relations avec les beaux-parents	<b>29</b>	
25	Exploit personnel marquant	<b>28</b>	
26	Début ou arrêt de l'activité professionnelle de l'épouse	<b>26</b>	
27	Début ou fin de scolarité	<b>26</b>	
28	Modification des conditions de vie	<b>25</b>	25
29	Modification des habitudes personnelles	<b>24</b>	24
30	Difficultés avec le patron	<b>23</b>	
31	Changement d'horaire ou conditions de travail	<b>20</b>	20
32	Déménagement	<b>20</b>	
33	Changement d'école	<b>20</b>	
34	Changement de loisirs	<b>19</b>	
35	Changement religieux (conversion)	<b>19</b>	
36	Changement au niveau des activités sociales	<b>18</b>	
37	Hypothèque ou emprunt d'un montant moins important que le précédant	<b>17</b>	
38	Changement dans les habitudes de sommeil	<b>16</b>	16
39	Changement dans le nombre de réunions familiales	<b>15</b>	
40	Modification des habitudes alimentaires (régimes)	<b>15</b>	15
41	Vacances	<b>13</b>	
42	Fêtes de fin d'année : Noël et Nouvel-An	<b>12</b>	
43	Infractions mineures de la loi, amendes ou contraventions mineures	<b>11</b>	

Extrait de *Stress et Burnout* D Ass. Canadienne pour la santé mentale D Avril 1994, P. 61-622

<http://pierrettedesrosiers.com/documents/QuestFacteursStressHolmesRahe.pdf>

### Analyse psychométrique du cas Kheir-Eddine :

Evènement perturbant le cours normal de l'existence	Valeur
Décès d'un proche parent	63
Changement dans les responsabilités au travail	29
Modification des conditions de vie	25
Modification des habitudes personnelles	24
Changement d'horaires ou condition au travail	20
Changement dans les habitudes du sommeil	16
Modification des habitudes alimentaires (régime)	15
Total	192

Les résultats obtenus de l'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe, de cas Kheir-Eddine montre un niveau de stress de (192), selon cette même échelle, se situent entre (150-300) indique, à environ 50%, de risque d'être sujet à une maladie.

### **Le quatrième cas clinique :**

#### **Résumer anamnestique :**

#### **1.4 Le quatrième Cas clinique : Yamina**

Mme Yamina est âgée de 57 ans, femme au foyer, veuve depuis 12 ans. Mère de 5 enfants, hypertendue depuis 2010, le niveau socioéconomique de sa famille est Moyen.

Sur le plan médical, Mme Yamina souffre, constamment, d'hypertension (150/9 mm Hg), Cholestérol (2,80 G/l) et des triglycérides. Elle prend un traitement, pendant 7ans, contre son hypertension et entre temps elle prenait du poids (l'obésité abdominale), elle éprouve des douleurs atroces dans la poitrine qui se propagent dans le bras, respire mal et a une toux sèche indésirable.

Récemment, Son médecin traitant a mesuré une hypertension plus élevée que les précédentes (180/11 mm Hg). Il lui a expliqué qu'elle avait accumulé plusieurs facteurs de risques ; cholestérol et poids, elle doit perdre au minimum 8kg. Il lui a conseillé de pratiquer des activités physiques afin qu'elle se sente mieux.

Au cours de notre entretien avec Mme Yamina, Elle était anxieuse et triste, elle avait de sérieux problèmes de santé ajoutant qu'elle commençait à avoir des troubles de mémoire, elle oublie souvent et rapidement : « ce qui m'angoisse, c'est la perspective de finir atteinte d'Alzheimer comme mon père ! ».

Elle nous a confié qu'elle a du mal à accepter son poids lourd et que c'est plus dur avec les mesures qu'elle effectue chaque jour pour suivre son hypertension « je m'angoisse de plus en plus car je dois faire des mesures tous les jours et parfois plusieurs fois dans la journée ». Et depuis la mort de son époux elle a affronté beaucoup de difficultés.

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

Mais grâce au soutien de ses enfants et de toute sa famille, elle a réussi à faire face à sa maladie : « mes enfants m'ont soutenu, j'aurais aimé être moins anxieuse pour protéger mon cerveau et mon hypertension au même temps ».

Nous avons compris que Mme Yamina a peur, a de l'anxiété et d'angoisse continue à cause de sa maladie et de son état de santé, cependant elle garde son courage et fait d'énormes efforts pour se soigner et aller mieux.

### **Guide d'entretien :**

#### **Information générales sur le (la) malade hypertendu :**

- Prénom : Yamina
- Age : 56 ans
- Situation matrimoniale : célibataire  mariée  veuf (Ve)
- Nombres d'enfants : Filles  Garçons
- Niveau d'instruction : primaire  secondaire  lycée  supérieure
- Profession : Femme au foyer

#### **Axe1: information sur l'hypertension artérielle**

- En quelle année votre hypertension vous a-t-elle été signalée ?

Y : En 2010.

- Quel est, à votre connaissance, le niveau de tension le plus élevé que vous avez atteint ?

Y : 170-11 mm Hg

- Préférez-vous mesurer votre tension au cabinet médical ou à votre domicile avec un auto-tensiomètre ?



## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

---

Y : Mon médecin m'a proposé de prendre ma tension moi-même, à la maison pendant plusieurs jours, avec un appareil spécial.

- Est-ce que votre médecin vous a consigné de pratiquer des activités sportives ?

Y : Oui, vu que je pèse 105 Kg, il m'a conseillé de diversifier les activités sportives telles que la marche, la montée d'escaliers...

- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement certains jours ?

Y : étant donné que j'ai un trouble de la mémoire, J'utilise l'alarme de mon téléphone portable ! Pour ne pas oublier.

- Estimez-vous que vous ayez trop de comprimés à prendre ?

Y : Oui, avec ce nouveau traitement, J'ai beaucoup de comprimés à prendre et les doses de mes médicaments ont tant changé.

- Vous arrive-t-il parfois de ne pas prendre votre traitement en ayant l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?

Y : Non, j'ai toujours été d'accord pour me soigner ! Tant qu'il faut prendre un traitement tous les jours autant que ce soit efficace.

- Est-ce que vous suivez un régime alimentaire ?

Y : Oui, je ne mange plus du salé et j'ai arrêté de consommer tout ce qui contient de la matière grasse. Mon médecin m'a conseillé de prendre davantage de fruits et de boire de l'eau.

- Avez-vous des antécédents familiaux d'hypertension ?

Y : Non, je suis la seule atteinte d'hypertension dans ma famille.

### Axe2 : Questions concernant le stress :

- Est-ce que vous acceptez votre maladie ?

Y : franchement, j'avais du mal à accepter ma maladie et aussi mon poids.

- Est-ce que votre maladie vous pose des problèmes au travail ?

Y : Non, car je ne travaille pas.

- Est-ce que vous avez déjà une autre maladie ?

Y : Oui, j'ai du Cholestérol et une toux sèche.

- Avez-vous des problèmes de sommeil (hypersomnie ou insomnie)?

Y : Oui, Je ne dors pas bien.

- Êtes-vous colérique ou rapidement irritable ?

Y : Non, la plus part du temps je suis assez calme.

- Est-ce-que vous buvez de l'alcool pour vous détendre ?

Y : Non.

- Avez-vous des soucis familiaux (couples, enfants,...etc.)

Y : Oui, évidemment que j'en ai! La vie d'une femme veuve n'est pas vraiment facile.

- Avez-vous un revenu trop faible par rapport à votre mode de vie, est-ce que cela vous cause des soucis ?

Y : Oui, depuis la mort de mon mari, ma situation financière est délicate.

### **Axe 3 : Questions concernant les antécédents médicaux :**

#### **Les antécédents familiaux :**

- Avez-vous un membre de la famille hypertendu ?

Y: Non, je suis la seule dans ma famille qui souffre de l'hypertension.

- Avez-vous vécu une séparation des parents ?

Y: Non

- Avez-vous perdu un parent ?

Y: Oui, mes deux parents.

- Avez-vous des conflits avec vos parents ?

Y: Non

- Avez-vous vécu une maltraitance ou une violence familiale ?

Y: Non

#### **Les antécédents psychiatriques :**

- Avez-vous déjà subi un mauvais traitement durant votre enfance ?

Y: Non

- Souffrez-vous d'une maladie psychotique (mentale) ?

F: Non, Ce n'est pas vraiment une maladie, je suis anxieuse.

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre ?

Y : Non, mais ces derniers temps, mes enfants m'ont proposé d'aller voir un psychologue.

- Avez-vous déjà vécu un crime ou un acte violent ?

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

Y : Non.

### Les antécédents sociaux économiques :

- Etes-vous satisfaite de votre budget ?

Y : moi je n'ai pas de budget ! Ce sont mes enfants qui s'occupent de moi.

- Avez-vous des problèmes au milieu de votre travail ?

Y : Non, Je ne travaille pas.

### ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES FACTEURS DE STRESS DE HOLMES-RAHE :

La liste ci-dessous est une échelle typique permettant de mesurer les répercussions des changements survenant dans l'existence. Faites le total des points obtenus pour tous les événements qui sont survenus dans votre vie pendant l'année écoulée. Si votre total est inférieur à 150, votre situation est comparable à celle de la moyenne de la population et vos risques de contracter une maladie grave sont d'environ 30 % (ou moins). Si votre total est entre 150 et 300, vous courez environ 50 % de risques d'être sujet à une maladie. Si vous dépassez 300 points, vous avez 80/90 % de risques de subir un changement sérieux de votre état de santé.

Yamina (28-04-2018) total : 325

ÉVÉNEMENT PERTURBANT LE COURS NORMAL DE L'EXISTENCE		VALEUR MOYENNE	VOTRE SCORE
1	Décès du conjoint	<b>100</b>	100
2	Divorce	<b>73</b>	
3	Séparation entre les conjoints	<b>65</b>	
4	Peine de prison	<b>63</b>	
5	Décès d'un proche parent	<b>63</b>	63
6	Dommages corporels accidentels ou maladie	<b>53</b>	
7	Mariage	<b>50</b>	
8	Licenciement	<b>47</b>	
9	Réconciliation avec le conjoint	<b>45</b>	
10	Mise à la retraite	<b>45</b>	
11	Modification de l'état de santé d'un membre de la famille	<b>44</b>	
12	Grossesse	<b>40</b>	
13	Difficultés d'ordre sexuel	<b>39</b>	
14	Arrivée d'un nouveau membre de la famille (naissance, adoption)	<b>39</b>	
15	Problèmes d'ordre commercial ou professionnel	<b>39</b>	
16	Modification de la situation financière	<b>38</b>	38
17	Décès d'un ami intime	<b>37</b>	
18	Changement de situation professionnelle	<b>36</b>	
19	Multiplications des disputes conjugales	<b>35</b>	

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

20	Hypothèque ou dette importante	<b>31</b>	
21	Saisie d'une hypothèque ou échéance d'un emprunt	<b>30</b>	
22	Changement dans les responsabilités au travail	<b>29</b>	
23	Départ d'un fils ou d'une fille du foyer	<b>29</b>	29
24	Mauvaises relations avec les beaux-parents	<b>29</b>	
25	Exploit personnel marquant	<b>28</b>	
26	Début ou arrêt de l'activité professionnelle de l'épouse	<b>26</b>	
27	Début ou fin de scolarité	<b>26</b>	
28	Modification des conditions de vie	<b>25</b>	25
29	Modification des habitudes personnelles	<b>24</b>	24
30	Difficultés avec le patron	<b>23</b>	
31	Changement d'horaire ou conditions de travail	<b>20</b>	
32	Déménagement	<b>20</b>	
33	Changement d'école	<b>20</b>	
34	Changement de loisirs	<b>19</b>	
35	Changement religieux (conversion)	<b>19</b>	
36	Changement au niveau des activités sociales	<b>18</b>	
37	Hypothèque ou emprunt d'un montant moins important que le précédent	<b>17</b>	
38	Changement dans les habitudes de sommeil	<b>16</b>	16
39	Changement dans le nombre de réunions familiales	<b>15</b>	15
40	Modification des habitudes alimentaires (régimes)	<b>15</b>	15
41	Vacances	<b>13</b>	
42	Fêtes de fin d'année : Noël et Nouvel-An	<b>12</b>	
43	Infractions mineures de la loi, amendes ou contraventions mineures	<b>11</b>	

Extrait de *Stress et Burnout* D Ass. Canadienne pour la santé mentale D Avril 1994, P. 61-622

<http://pierrettedesrosiers.com/documents/QuestFacteursStressHolmesRahe.pdf>

### Analyse psychométrique du cas Yamina :

Evènement perturbant le cours normal de l'existence	Résultats
Décès du conjoint	100
Décès d'un proche père	63
Modification de la situation financière	38
Départ d'un fils ou d'une fille du foyer	29
Modifications des conditions de vie	25
Modifications des habitudes personnelles	24
Changement dans les habitudes du sommeil	16
Changement dans le nombre de réunions familiales	15
Modifications dans les habitudes alimentaires (régime)	15
Total	325

Les résultats obtenus à l'échelle dévaluation des facteurs de stress de « Holmes-Rahe », de cas Yamina montre un niveau de stress de (325), selon

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

cette même échelle aller au-delà de la valeur de (300) indique, à environ 80/90%, le risque de subir un changement sérieux dans votre état de santé.

### 2. Analyse globale des cas clinique :

A partir de l'analyse des résultats de l'entretien semi directif et l'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe, on a obtenu les résultats suivants :

<b>A</b>	192	50%
<b>B</b>	580	80/90%
<b>C</b>	566	80/90%
<b>D</b>	325	80/90%

Le tableau montre que tous les cas analysés ont un niveau de stress élevé selon les classes présentées à l'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe : « si le total est inférieur à 150, votre situation est comparable à celle de la moyenne de la population et vos risque de contracter une maladie grave sont d'environ 30% (ou moins) , si votre total est entre 150 et 300, vous courez environ 50% de risque d'être sujet a une maladie . Si vous dépassez 300 points, vous avez 80/90% de risque de subir un changement sérieux de votre état de santé »

Les résultats que nous allons présenter ici montre le degré de stress de tout les cas comme suit :

Kheir-Eddine: 192 (50%)

Djamel: 580 (80/90%)

## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

Fatima: 566 (80,90%)

Yamina: 325 (80,90%)

L'analyse de contenu des cas qui constituent notre échantillon, nous permet de dégager quelques constatations.

D'abord la majorité des sujets ont vécu l'annonce de la maladie comme événement stressant, parce qu'ils étaient face à une situation inattendue, comme le cas de Fatma « on a découvert mon hypertension alors que j'ai que 38 ans ! Au début je ne voulais pas y croire ». Ainsi, dans le cas de M Djamel « je ne veux pas avoir un comportement d'esclave vis-à-vis du traitement », on trouve un fort sentiment de tristesse de ne pas pouvoir assurer l'avenir de ces enfants dans le cas de M Kheir-Eddine « oui effectivement j'ai du mal à joindre les deux bouts, cela se répercute négativement sur mes sentiments et mes préoccupations », De plus un sentiment dépressif et une conviction d'être au début d'un trouble de la mémoire, elle oublie rapidement « ce qui m'angoisse, c'est la perspective de finir Alzheimer comme mon père ».

On a constaté que tous les cas étudiés ont un niveau de stress très élevé qui se varie entre 50% à 90% qui a favorisé l'apparition de leur maladie « HTA ».

### **3. Discussions des hypothèses :**

Les résultats obtenus nous permettent de confirmer notre hypothèse principale qui est le stress est la cause initiale de l'hypertension artérielle chez les malades âgés de 35-70 ans est très élevée.

Il s'agit des malades suivis au niveau du secteur public et du secteur privé. Le secteur public est représenté par le service de cardiologie à l'hôpital de Bejaia Khalil Amran. L'hôpital a pris en charge les hypertendus de différents cas, en



## Chapitre IV : Analyse des données et discussion des hypothèses

consultant les dossiers des malades, beaucoup de données à recueillir surtout concernant le mode de vie, les informations sur l'hypertension et certains bilans biologiques.

Leurs scores à l'échelle d'évaluation des facteurs de stress de Holmes-Rahe sont supérieurs à la moyenne qui est de (150).

Ce travail nous a permis d'étudier les relations entre le stress et l'hypertension Artérielle et les facteurs de risques liés au mode de vie des hypertendus stressants, et enfin les facteurs biologiques chez les hypertendus de Bejaia entre 35 ans à 70 ans. Ainsi, cette étude indiquait une prévalence de l'HTA significativement plus élevée, chez les femmes plus que les hommes, Pour les 2 sexes, elle augmentait, de manière prononcée avec l'âge.

### **4. Synthèse générale :**

L'HTA elle est liée tellement au stress, et sa prouve que tout les cas qu'on a vue présente un stress associé a l'hypertension artérielle.

Nous on a travaillées sur stress et l'hypertension artérielle et on ouvre la porte devant d'autres étudiants qui vont faire de la recherche sur le stress dans les hypotensions artérielle.

### **Conclusion :**

Le stress est un facteur d'adaptation de l'organisme à l'environnement, il permet de mobiliser ses forces et de faire face à la situation de façon efficace. Mais parfois, il devient un instrument assez dangereux, donc nous devant faire attention que son processus adaptatif entraîne des conséquences physiopathologiques au niveau du système cardiovasculaire en particulier sur l'hypertension artérielle.

En effet, Il existe un lien étroit entre le stress et l'hypertension artérielle, Les cas cliniques qu'on a suivis pendant l'abs du temps, par apport à notre travail du mémoire, on a trouvé effectivement que le stress est un facteur assez important de déclenchement de l'hypertension artérielle. La preuve c'est qu'on a passé des échelles et des entretiens, On a trouvé des sujets très stressants et hypertendus au même temps.

D'après les chiffres, d'apes les entretiens cliniques et d'après ce qu'on a observé chez ces malades la, on confirme que le stress est effectivement un facteur déclenchant de l'hypertension artérielle. De plus, l'âge, le sexe, l'hérédité familiale, le tabac, la sédentarité sont aussi les facteurs de risque les plus rencontrés dans la maladie hypertensive.

## **Ouvrage :**

- 1-** American psychiatrique association (DSM V), manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>Emme</sup> édition (version international, Washington 1995) Traduction française Guelfi J-D et AL, Pari Masson, 2013.
- 2-** BENONEY H, Chahraoui KH, (1999). L'entretien clinique, Dunod, Paris France.
- 3-** BENONEY H, Chahraoui KH, (2003). Méthode d'évaluation et recherche en psychologie clinique, Paris France.
- 4-** BLANCHETTE A, Gotman A. (2007). L'enquête et ses méthodes, Arnaud colin 2<sup>eme</sup> édition, Paris France.
- 5-** CHILAND.C, l'entretien clinique, PDF, 1983, Paris France.
- 6-** Dr ATIAS David. (2013-2014).Médecins KB cardiologie vasculaire, 5<sup>Emme</sup> édition, Paris France.
- 7-** GAETAN Macaluso. (2008). Le stress chez les personnes âgées, l'Harmattan, Paris France.
- 8-** GHIGLION R, Richard J-F et AL. (1999). Cours de psychologie, bases méthodes et épistémologies, Dunod, Paris France.

**9-** LOUIS CROCQ & All. (2007). Traumatisme psychiques prise en charge psychologique des victimes, Masson, Paris France.

**10-** PIERLUIGI GRAZIANNI. (2005). Le stress émotions et stratégies d'adaptation, Armand colin, 2<sup>Emme</sup> édition, Paris France.

**11-** STORA, J-B. (2000).Le stress, PUF, 4<sup>Emme</sup> édition, Paris France.

## **Sites web :**

### **Ouvrages PDF :**

**12-** Aspect clinique, exploration et prise en charge de l'hypertension artérielle, Masson SAS, Paris 2007. PDF 11-301-B-10.

**13-** Auto mesure tensionnelle. Elsevier Masson SAS, Paris 2007 PDF 11-301-C-20.

**14-** CHILAND.C, l'entretien clinique, Paris, PDF, 1983.

**15-** Le comité de consensus de l'autonomique américaine, déclaration de consensus sur la définition de l'hypotension orthostatique, PDF 11-303-A-10 disponible sur: [http://www.Encyclopédie médicochirurgicale.com](http://www.Encyclopédie_médicochirurgicale.com).

**16-** L'hypertension artérielle dans la commune de Ban El Oud: prévalence, traitement et contrôle. PDF N 63 Juin 2017 disponible sur: [www.santé-MAG.com](http://www.santé-MAG.com).

**17-** La fédération française de cardiologie finance: prévention, recherche, réadaptation 1ère association de lutte contre les maladies cardiovasculaires. Disponible sur: <http://www.Fedecardio.ORG>

**18-** Prise en charge stigmatisée de personnes atteintes d'hypertension. Société québécoise d'hypertension artérielle. Disponible sur: <http://www.hypertension.québécoise.com>.

**19-** Traitement médicale de l'hypertension. PDF Encyclopédie Médicochirurgicale 11-302-B-10.

**20-** Unité d'hypertension, éducation et prévalence pour la santé. PDF janvier 2017 disponible sur: <http://www.Ces pharm.com>.

## **Les Sites internet :**

**21-** [http : //www.neurosciences.asso.fr](http://www.neurosciences.asso.fr), (page consultée le 13-03-2018)

**22-** [http : //www.psychologie. Com](http://www.psychologie.Com). (page consultée le 12-01-2018)

**23-** [http : // www.creer-son-bien-etre-org](http://www.creer-son-bien-etre-org) /les-effets du stress sur la santé, (page consultée le 10/01/2018)

**24-** [http : //www.sante-guerir-notre famille.com](http://www.sante-guerir-notre famille.com) (page consultée le 17-02-2018)

**25-** [http : // www.comiteHTA.org](http://www.comiteHTA.org) (page consulté le 18-02-2018)

## **Guide d'entretien :**

### **Information générales sur le (la) malade hypertendu :**

- Age
- Situation matrimoniale : célibataire  mariée  veuf (Ve)
- Nombres d'enfants : filles  garçons
- Niveau d'instruction : primaire  secondaire  lycée  supérieure
- Profession :

### **Axe1 : information sur l'hypertension artérielle**

- En quelle année votre hypertension vous a-t-elle été signalée ?
- Quel est a votre connaissance le niveau de tension le plus élevé que vous avez atteint?
- Vous préférez mesurer votre tension au cabinet médical ou à votre domicile avec un auto-tensiomètre ?
- Est-ce que votre médecin vous a consigné de pratiquer des activités sportif ?
- Vous arrivez t-il d'oublié de prendre votre traitement certains jours ?
- Estimez vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?
- Vous arrive-t-il parfois de ne pas prendre votre traitement en ayant l'impression qu'il vous fait plus de mal que de bien ?
- Est ce que vous suivez un régime alimentaire ?
- Avez-vous des antécédents familiaux d'hypertension ?

### **Axe 2 : Questions concernant le stress :**

- Est-ce que vous acceptez votre maladie ?

- Est-ce que votre maladie vous pose des problèmes au travail ?
- Est-ce que vous avez déjà une autre maladie ?
- Avez-vous des problèmes du sommeil (hypersomnie ou insomnie)?
- Êtes-vous colérique ou rapidement irritable ?
- Est-ce-que vous buvez de l'alcool pour vous détendre ?
- Avez-vous des soucis familiaux (couples, enfants,...etc.)
- Avez-vous un revenu trop faible par rapport à votre mode de vie, est-ce que cela vous cause des soucis ?

### **Axe 3 : Questions concernant les antécédents médicaux :**

#### **Les antécédents familiaux :**

- Avez-vous vécu une séparation des parents ?
- Avez-vous perdu un parent ?
- Avez-vous des conflits avec vos parents ?
- Avez-vous vécu une maltraitance ou une violence familiale ?

#### **Les antécédents psychiatriques :**

- Avez-vous déjà subi un mauvais traitement durant votre enfance ?
- Vous souffrez d'une maladie psychotique (mentale) ?
- Avez-vous consulté déjà un psychiatre ?
- Avez-vous déjà vécu un crime ou un acte violent ?

#### **Les antécédents sociaux économiques :**

- Vous êtes satisfait de votre budget ?
- Avez-vous des problèmes au milieu de votre travail ?

# ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES FACTEURS DE STRESS DE HOLMES-RAHE

La liste ci-dessous est une échelle typique permettant de mesurer les répercussions des changements survenant dans l'existence. Faites le total des points obtenus pour tous les événements qui sont survenus dans votre vie pendant l'année écoulée. Si votre total est inférieur à 150, votre situation est comparable à celle de la moyenne de la population et vos risques de contracter une maladie grave sont d'environ 30 % (ou moins). Si votre total est entre 150 et 300, vous courez environ 50 % de risques d'être sujet à une maladie. Si vous dépassez 300 points, vous avez 80/90 % de risques de subir un changement sérieux de votre état de santé.

ÉVÉNEMENT PERTURBANT LE COURS NORMAL DE L'EXISTENCE		VALEUR MOYENNE	VOTRE SCORE
1	Décès du conjoint	<b>100</b>	
2	Divorce	<b>73</b>	
3	Séparation entre les conjoints	<b>65</b>	
4	Peine de prison	<b>63</b>	
5	Décès d'un proche parent	<b>63</b>	
6	Dommages corporels accidentels ou maladie	<b>53</b>	
7	Mariage	<b>50</b>	
8	Licenciement	<b>47</b>	
9	Réconciliation avec le conjoint	<b>45</b>	
10	Mise à la retraite	<b>45</b>	
11	Modification de l'état de santé d'un membre de la famille	<b>44</b>	
12	Grossesse	<b>40</b>	
13	Difficultés d'ordre sexuel	<b>39</b>	
14	Arrivée d'un nouveau membre de la famille (naissance, adoption)	<b>39</b>	
15	Problèmes d'ordre commercial ou professionnel	<b>39</b>	
16	Modification de la situation financière	<b>38</b>	
17	Décès d'un ami intime	<b>37</b>	
18	Changement de situation professionnelle	<b>36</b>	
19	Multiplications des disputes conjugales	<b>35</b>	
20	Hypothèque ou dette importante	<b>31</b>	
21	Saisie d'une hypothèque ou échéance d'un emprunt	<b>30</b>	
22	Changement dans les responsabilités au travail	<b>29</b>	
23	Départ d'un fils ou d'une fille du foyer	<b>29</b>	
24	Mauvaises relations avec les beaux-parents	<b>29</b>	
25	Exploit personnel marquant	<b>28</b>	
26	Début ou arrêt de l'activité professionnelle de l'épouse	<b>26</b>	
27	Début ou fin de scolarité	<b>26</b>	
28	Modification des conditions de vie	<b>25</b>	
29	Modification des habitudes personnelles	<b>24</b>	
30	Difficultés avec le patron	<b>23</b>	
31	Changement d'horaire ou conditions de travail	<b>20</b>	
32	Déménagement	<b>20</b>	
33	Changement d'école	<b>20</b>	
34	Changement de loisirs	<b>19</b>	
35	Changement religieux (conversion)	<b>19</b>	
36	Changement au niveau des activités sociales	<b>18</b>	
37	Hypothèque ou emprunt d'un montant moins important que le précédant	<b>17</b>	
38	Changement dans les habitudes de sommeil	<b>16</b>	
39	Changement dans le nombre de réunions familiales	<b>15</b>	
40	Modification des habitudes alimentaires (régimes)	<b>15</b>	
41	Vacances	<b>13</b>	
42	Fêtes de fin d'année : Noël et Nouvel-An	<b>12</b>	
43	Infractions mineures de la loi, amendes ou contraventions mineures	<b>11</b>	



# Introduction générale

# Le cadre général de la problématique

# Partie théorique

# Chapitre I Le stress

Chapitre  
II  
L'hypertension artérielle

# Partie méthodologique

# Partie pratique

Chapitre  
IV

Analyse des données cliniques



# Conclusion générale

# References Bibliographique

# Annexes