



جامعة بجاية  
Tasdawit n'Bgayet  
Université de Béjaïa

*UNIVERSITE Abderrahmane Mira de Béjaïa  
Faculté des Sciences Sociales  
Département Sciences Sociales*

# *Mémoire de fin de cycle*

*En vue de l'obtention du diplôme de master*

Option : Psychologie Clinique

## *Thème*

# **Stratégie de coping et qualité de vie des mères de schizophrènes**

*Etude de quatre cas au sein du service de psychiatrie Frantz Fanon BEJAIA*



**Réalisé par :**

*Mlle BAKOUR Lilia*

*Mr BALHOUANE Omar*

**Encadré par :**

*Mme DOUAKH Alima*

Année Universitaire

2016-2017

# *Remerciements*

*Le travail présenté dans ce mémoire de fin d'études a été effectué au sein de l'université Abderahmane Mira Bejaïa. Nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance et notre gratitude à notre encadreur Madame DOUAKH Alima pour son dévouement inestimable pour nous, et ses orientations et conseils.*

*Nous adressons également nos sincères remerciements au jury et à tous nos professeurs ainsi qu'à toutes les personnes qui par leurs paroles, leurs écrits, leurs conseils et leurs critiques ont guidé nos réflexions et ont accepté de nous rencontrer et de répondre à nos nombreuses questions.*

*Nos remerciements à Dr Abassi. A, chef de service psychiatrie du CHU Frantz Fanon pour son implication dans le choix de notre thème et à la psychologue Mme Mouhoubi. N de nous avoir guidé durant notre stage pratique.*

*Un grand merci aux mères et enfants qui ont bien voulu participer à cette étude, qui nous ont laissé entrer dans leur vie privée, et qui nous ont accordé leur confiance et consacré leur temps.*

*Nous remercions nos très chers parents, notre famille, et nos amis qui ont toujours été là pour nous.*

*À tous, nous présentons nos remerciements, notre respect et notre gratitude.*

# *Dédicaces*

Du fond de mon cœur, je dédie ce travail à tous ceux qui me sont chers.

## *A ma chère mère*

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel, et ma considération pour les sacrifices qu'elle a consenti pour mon instruction et mon bien être.

Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour qu'elle me porte depuis mon enfance et j'espère que sa bénédiction m'accompagne toujours. Que ce modeste travail soit l'accomplissement de ses vœux tant formulés, le fruit de ses innombrables sacrifices.

Puisse Dieu lui accorder santé, bonheur et longue vie.

## *A la mémoire de mon très cher père*

Ce travail est dédié à mon père décédé trop tôt, j'espère qu'il appréciera cet humble geste comme preuve de reconnaissance de la part d'un fils qui a toujours prié pour le salut de son âme, puisse Dieu, l'avoir en sa sainte miséricorde.

## *A mes Frères et sœurs et petits neveux*

Karim, Mounir, Rabah, Sabrina, Feuzia, Nassima

## *A ma très chère Fatima*

A qui Je souhaite succès et réussite

## *A ma grande famille*

Mes oncles et mes tantes

## *A ma binôme*

Lilia

## *A tous ceux que j'aime*

Mabrouk, Malek, Chawki, Toufik, fayzi...

*Omar BALHOUANE*

# *Dédicaces*

*Tout d'abord je remercie Dieu*

*Je dédie mon travail à ;*

*Mes très chers parents qui m'ont toujours soutenue,*

*Mes frère et sœurs pour leur présence à tous moments,*

*Mes oncles et mes tantes,*

*Mes cousines Fella, Yasmine et Mordjane,*

*A tous mes amis, Badis Tafoukt, Sandra et Ines benzenati, Raouf Khiari et à Mehdi Chiker qui m'ont soutenues de près ou de loin et m'ont apporté de la joie durant toutes mes années à l'université.*

***Lilia BAKOUR***

## **Liste des abréviations :**

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**DSM IV** : Manuel de Diagnostic et Statistique des troubles mentaux

**CISS** : Coping Inventory for Stressful Situations

**QDV** : Qualité de vie

**MOS-SF-36** : Medical Outcome Study Short Form 36

# SOMMAIRE

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
Problématique et Hypothèses.....	4
Les définitions opérationnelles des concepts clés.....	7
➤ Définition de la schizophrénie.....	7
➤ Définition de coping.....	7
➤ Définition de la qualité de vie.....	7

## CHAPITE I : SCHIZOPHRENIE ET MERE

### Partie 1 : La schizophrénie

#### Introduction

1. Etymologie.....	9
2. Définition de la schizophrénie.....	10
3. Epidémiologie.....	11
4. Les signes cliniques.....	11
a. Syndrome dissociatif.....	11
b. L'autisme.....	13
c. Les modes de débuts.....	13
5. Les formes cliniques de la schizophrénie.....	14
6. Etiologie de la schizophrénie.....	16
a. Hypothèse génétique.....	17
b. Hypothèse neuro-développementale.....	17

c. Hypothèse socio-environnemental et psychologique.....	17
7. Conduite du traitement .....	18
a. Traitement médicamenteux.....	18
b. Les psychothérapies.....	19
c. Les prises en charges psychosociale.....	20

## **Partie 2 : Le parent**

### **Introduction**

1. La culpabilité des parents.....	22
2. Le couple parental.....	22
a. La mère.....	22
b. Le père .....	22
3. Les parents et l'ordre médical.....	23

### **Conclusion**

## **CHAPITRE II : STRATEGIE D'AJUSTEMENT**

### **Introduction**

1. Définition des stratégies d'ajustement ou coping .....	26
1.1. Stress et coping .....	26
1.2. Définition du stress .....	26
2. Coping et défense.....	29
3. Théorie cognitive du stress et coping .....	30
a. L'évaluation primaire et secondaire.....	31
4. Stratégies générales de coping et classification.....	32
4.1. Difficultés de classification.....	32
4.1.1. Coping centré sur le problème et sur l'émotion.....	32
5. Les déterminants du coping.....	34
5.1. Les déterminants cognitifs.....	35
5.2. Les déterminants conatifs de l'évaluation du coping.....	35
5.3. Les déterminants transactionnels du coping.....	35

## **Conclusion**

### **Chapitre III : LA QUALITE DE VIE**

#### **Introduction**

1. Définition de la qualité de vie selon l’OMS 1993.....	38
2. L’émergence du concept de la qualité de vie.....	38
2.1 le point de vue philosophique.....	39
2.2 le point de vue médical.....	40
2.3 les points de vue économique et politique.....	40
3. les différents aspects conceptuels de la qualité de vie.....	41
3.1 satisfaction de vie.....	41
3.2 le bonheur.....	41
3.3 le bien être subjectif.....	41
4. les domaines de la qualité de vie.....	42
4.1 le domaine psychologique de la qualité de vie.....	42
4.2 le domaine physique de la qualité de vie.....	43
4.3 le domaine social de la qualité de vie.....	43

#### **Conclusion**

### **Chapitre IV: Méthodologie de recherche**

#### **Préambule**

1. La méthode clinique .....	46
2. Pré enquête.....	47
3. Présentation du lieu de recherche.....	47
4. Sélection de la population d’étude.....	48
5. Les outils de recherche.....	50
a. Entretien clinique de recherche.....	50
b. L’entretien semi-directif.....	50
c. Guide d’entretien .....	51
d. Les échelles de mesure.....	51

6. Cadre et définition de coping.....	53
7. Structure de l’outil.....	54
8. Déroulement de la recherche .....	59

## **Chapitre V : Analyse et discussions des résultats**

1. Présentation des cas et analyse des résultats.....	61
2. Récapitulatif des quatre cas du CISS .....	81
3. Récapitulatif des quatre cas de l’échelle SF-36 .....	82
4. synthèse générale des cas .....	83
5. Discussion des hypothèses .....	85

<b>Conclusion .....</b>	<b>88</b>
-------------------------	-----------

## **Références bibliographiques**

## **Annexes**

## Liste des tableaux :

- Tableau N°01 : récapitulatif de choix de la population d'étude..... 49
- Tableau N°02 : guide d'interprétations des notes T..... 56
- Tableau N°03 : mode de calcul des scores MOS-SF-3612.....58
- Tableau N°04 : résultats de l'échelle du SF36 du cas Elza ..... 63
- Tableau N°05 : résultats de l'échelle de coping du cas Elza..... 64
- Tableau N°06 : résultats de l'échelle du SF36 du cas Sarah..... 68
- Tableau N°07 : résultats de l'échelle de coping du cas Sarah..... 69
- Tableau N°08 : résultats de l'échelle du SF36 du cas Assia ..... 73
- Tableau N°09 : résultats de l'échelle de coping du cas Assia ..... 74
- Tableau N°10 : résultats de l'échelle du SF36 du cas Célia..... 78
- Tableau N°11 : résultats de l'échelle de coping du cas Célia..... 79
- Tableau N°12 : récapitulatif des quatre cas selon le CISS ..... 81
- Tableau N°13 : récapitulatif des quatre cas selonle MOS-SF-36..... 82

**Annexes :**

**Annexe N°1 :** guide d'entretien

- **Axe 1 :** Informations concernant les mamans
- **Axe 2 :** Information sur l'enfant et sa pathologie
- **Axe 3 :** Information sur les stratégies de coping

**Annexe N°2 :** échelle de CISS d'Endler et Parker (1990)

**Annexe N°3 :** questionnaire généraliste MOS-SF-36

# **INTRODUCTION**

# INTRODUCTION

Sous l'influence de certains facteurs, L'être humain est voué à des changements étranges dans sa vie. Confronté à des peurs, des hallucinations, entendre des voix des sons, accomplir des gestes désordonnés, errer dans la rue, courir, fuir, se cacher pour ne pas être tué ou être plongé dans le néant.

La schizophrénie est cependant la forme la plus grave des psychoses, c'est une pathologie amenant le sujet à se désintégrer découlant de distorsions de la pensée, de la perception et de l'émotion.

Le traitement et la perception des personnes présentant des troubles de santé mentale est une préoccupation sociale à laquelle on s'attarde d'avantage ces dernières années, bien que la stigmatisation, le rejet et même la peur demeurent toujours des attitudes et des sentiments que suscitent la maladie mentale. En effet, des maladies autrefois mortelles sont devenues des maladies chroniques, c'est-à-dire, des maladies caractérisées par leur durée, par la gestion qu'elles exigent et par l'incertitude qu'elles provoquent. (Direction Générale de la Santé, 2004, p. 6).

Par ailleurs, les stratégies d'ajustement intègrent à la fois les ressources personnelles, sociales, et la façon dont l'individu fait face à la maladie pour augmenter son bien-être. L'être humain fait appel à des stratégies de coping susceptibles de favoriser sa qualité de vie telles que les mères d'enfants schizophrènes. Mais il nous semble que certains aspects situationnels et psychosociaux pouvaient également constituer des facteurs de vulnérabilité ou de protection influençant les interactions sociales et la mise en place des stratégies d'ajustement.

La symptomatologie et les perturbations du climat psychosocial, peuvent entraîner un fardeau très lourd pour l'entourage de personnes atteintes de cette maladie qui partagent le quotidien des patients. 30 à 90 % des malades vivent avec leur

entourage familial de surcroît. Au regard de la diminution des durées d'hospitalisation et des restrictions de traitement involontaires, les proches se retrouvent impliqués dans le fait de fournir un soutien important également dans des périodes marquées par une plus grande instabilité psychique.

Il convient aussi de « tenir compte de la façon dont le sujet réagit ou fait face à ses troubles et à ses souffrances, de la manière dont il donne sens et valeur à sa propre santé, mais aussi, paradoxalement, à la maladie qui le touche » (Tap, Tarquinio et Sordes-Ader, 2002) Et il importe alors de voir comment cette intrusion remet en question la santé et la qualité de vie de la personne. (Pierre Tap, Rolande Roudès, p46, 2008)

La notion de qualité de vie renvoie à une série de préoccupations hétérogènes, depuis la mesure du bien-être en général à l'estimation de l'expérience d'une maladie ou d'une prise en charge hospitalière, en passant par l'étude du retentissement de n'importe quel événement susceptible de modifier, à la hausse comme à la baisse, la satisfaction de l'individu à l'égard de l'existence. Un tel faisceau d'applications tend à suggérer que la question de la santé ne constitue qu'une dimension seulement de la qualité de vie, comme le soulignent d'ailleurs Macia, Duboz et Gueye. (Philippe le Moigne, « La qualité de vie : une notion utile aux sciences sociales ? », Volume 28, n°3, 2010. pp. 75-84

En psychologie, il s'est agi par exemple de considérer que la qualité de vie ou le bien-être dépendent d'une qualité inégalement partagée par la population. Ici, dans la lignée de la psychologie de la personnalité, l'accomplissement total de soi rend compte d'une capacité personnelle à faire face, d'une intelligence particulière des faits émotionnels et sociaux, ou bien encore d'une aptitude remarquable à l'adaptation (Ryan et Deci, 2001 ; Vaillant, 2003) (idem)

Cependant la qualité de vie affecte d'autres domaines de la vie comme la vie familiale, les loisirs, la vie sociale et financière que nous avons pu constater durant notre stage pratique au CHU Frantz Fanon et sur notre population de recherche. Ainsi ces études montrent que la qualité de vie peut avoir de profondes conséquences sur les comportements de la mère.

Ce travail répond donc à un double objectif : d'une part mesurer la stratégie de coping utilisé par notre population et d'autre part évaluer la qualité de vie dans laquelle les mères d'enfant schizophrène vivent.

De ce fait notre thématique de recherche consiste en une problématique ou nous évoquons la problématique et nos hypothèses générales, cette partie consiste à présenter nos objectifs théoriques et pratiques.

Notre mémoire est constitué de deux parties, l'une théorique qui comprend le chapitre I sur la schizophrénie et les mères, puis le chapitre II sur les stratégies de coping et enfin un chapitre III sur la qualité de vie.

La seconde partie est la partie pratique formée du quatrième chapitre qui est la partie méthodologie de notre thème ou nous avons utilisé l'entretien et les échelles, puis le cinquième chapitre qui consiste en notre présentation et l'analyse des entretiens puis la discussion de nos hypothèses.

Et enfin une conclusion qui touchera a tous ce que nous avons tenté d'aborder dans nos chapitres.

L'apparition de la schizophrénie se caractérise fondamentalement par une dissociation de la vie psychique, avec une transformation profonde de la personnalité. La perte du contact vital avec la réalité, le repli dans un monde intérieur « autistique » (dictionnaire de la médecine), elle est à l'origine d'une grande souffrance pour le patient et son entourage. Elle impose des soins continus, et souvent des hospitalisations parfois sous contrainte en raison de l'âge auquel elle survient, elle entrave l'acquisition et le développement de l'autonomie personnels conduisant le plus souvent les sujets à dépendre de leurs familles et du soutien de la société. (Manuel guelfi)

L'évolution de la schizophrénie peut être continue, sans véritable période d'amélioration, comportant même une aggravation progressive, accompagnée notamment d'une accentuation de la composante négative, ou bien épisodique, les épisodes étant plus ou moins espacés, et les intervalles entre les épisodes plus ou moins symptomatiques. Une rechute survient le plus souvent dans les 3 années suit auxquelles succèdent un épisode aigu et une phase de rémission. L'épisode inaugural comme les rechutes peuvent suivre un événement de vie stressant ou la prise de substance. (Manuel guelfi)

Selon une étude près de 3 million d'Algériens souffrent de schizophrénie. L'un des troubles les plus extrêmes. D'après l'analyse du professeur Tedjiza, il y a recul séculaire dans la schizophrénie partout dans le monde mais en Algérie cette assertion n'est pas vérifiée par manque de recul. Il ajoute que la schizophrénie n'est pas le fait seul de la prédestination génétique mais aussi d'événement anxigène, de stress et de traumatisme que l'Algérie a connus et qu'elle connaît. Rare sont les formes bénignes, la plus part sont malignes, celles-ci étant dues à la répétition et les stimuli traumatisants qui entretiennent et aggravent la maladie. (Ghania Lassal, ElWatan, 2010)

Aucune maladie n'est plus lourde à porter que la schizophrénie, dès ses prémices, elle engendre chez les proches du malade le sentiment de culpabilité, de crainte, de honte et d'abattement. La famille est confrontée à des défis énormes lorsqu'un être cher souffre de maladie mentale. Il y a habituellement une période plus

ou moins longue d'anxiété devant une maladie qu'on connaît mal, et de chagrin face aux espoirs compromis par la maladie. Cette période est également marquée par un sentiment de perte, de deuil quant à ce qu'on avait espéré que la personne fasse de sa vie, de vulnérabilité et d'incertitude opérant un vrai changement de la qualité de vie et rythme de ses parents mais surtout de la mère. (Comprendre et aider, 2006)

Le terme de qualité de vie apparaît aux Etats-Unis dans le milieu des années soixante. C'est une notion multidimensionnelle définie comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (World Health Organization, 1993)

La qualité de vie de ses mères d'enfant schizophrène s'articule autour de malaises de différentes dimensions à savoir les dimensions physiques et mentales. Les mères sont alors impuissantes face aux souffrances de leurs enfants.

La famille souvent la mère ne reste pas habituellement passive par rapport à ce qui lui arrive, elle essaie de faire face grâce aux stratégies de coping qui désignent la façon de s'ajuster aux situations difficiles. Parallèlement, le concept de coping et la théorie cognitive du stress, la classification des différentes stratégies de coping et l'efficacité de ces stratégies dans l'ajustement aux événements stressant (Isabel Paulhan, 1992)

Ce concept de coping n'ayant pas d'équivalent en français, (« to cope » = faire face à), il est traduit en français par les termes de « stratégie d'ajustement » (Paulhan, 1994) ou stratégie d'adaptation. Il s'inscrit dans le prolongement des travaux sur les mécanismes de défense de Sigmund Freud (1926) et Anna Freud (1936). Les deux courants, l'un sur les mécanismes de défense, l'autre sur le coping, coexistent aujourd'hui encore et ont de nombreux points communs. En conséquence, ils ne peuvent s'ignorer : « Etudier ou présenter les uns indépendamment des autres

[mécanismes de défense versus stratégies de coping] ne paraît plus adéquat » (Chabrol et Callahan, 2004, p.7).

Dans ce contexte actuel nous nous sommes concentrés aussi bien sur le stress qui fait partie intégrante de la vie de ces mères d'enfant schizophrènes pour qu'elles retrouvent un bien être psychologique et un certain équilibre social afin de faire face aux différents conflits, crises ou situations contraignantes auxquelles elles sont confrontées. (N°67, décembre 2001, p69)

Selon Walker et al. (1987), la propre évaluation de la mère de la sévérité de la maladie de son enfant, peut être un meilleur indicateur de son stress actuel perçu que l'évaluation clinique de la gravité de la maladie de l'enfant par le médecin. Les mères qui perçoivent la maladie de leur enfant plus sévèrement, rapportent plus de difficultés financières et de plus grandes limites dans les opportunités familiales à s'engager dans les activités. Elles s'inquiètent davantage de son évolution, de l'avenir de l'enfant, et ressentent plus le rôle de « soignant » comme un fardeau. Il ressort donc que l'évaluation subjective de la mère de la gravité de la maladie est un meilleur indicateur de détresse. Si elle perçoit la maladie comme sévère, elle est plus susceptible d'être stressée. (Walker, 1987). C'est ainsi que notre problématique de recherche s'est élaborée à partir d'un projet existant auquel nous avons apporté nos propres interrogations.

- Qu'elles sont les stratégies de coping utilisées par les mères d'enfants schizophrènes ?
- Existe-il une relation entre stratégie de coping et qualité de vie de ces mères?

### **Hypothèses:**

*1ère hypothèse :* La prédominance des stratégies de coping utilisés par les mamans d'enfants schizophrènes sont celles qui sont centrées sur l'émotion.

*2ème hypothèse :* Il existe une relation étroite entre les stratégies de coping et la qualité de vie.

- Plus les mamans utilisent les stratégies de coping centrées sur l'émotion ou l'évitement plus la qualité de vie est médiocre.
- Plus les mamans utilisent les stratégies de coping centrées sur la tâche, plus la qualité de vie est meilleure.

### **Les définitions opérationnelles**

#### ➤ **Définition opérationnelle de la schizophrénie :**

La schizophrénie est une maladie mentale dans laquelle le sujet perd le contact avec la réalité et n'est pas conscient de son trouble.

#### ✓ **Caractéristiques de la schizophrénie :**

- Une rupture de l'esprit du patient avec la réalité.
- D'un ensemble de signes et de symptômes (positifs ou négatifs).
- Trouble dure au moins 6 mois.

#### ➤ **Définition opérationnelle de coping :**

Le coping est une défense ou la personne tente d'incorporer des processus psychologiques conscient ou il y a les réactions stratégiques, comportementales et cognitives. Ils peuvent être centrés sur l'émotion ce qui vise à réguler l'émotion associée à l'événement stressant ou centré sur le problème, qui est destiné à « manager » l'événement.

#### ➤ **Définition opérationnelle de la qualité de vie :**

C'est un état complet de bien-être physique, mental et social. C'est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs dimension (bonheur, bien être matériel, bien être subjectif, santé mentale, santé physique) où on peut avoir une bonne estime de soi et une évaluation positive de sa vie et la sensation de pouvoir prendre ses propres décisions et d'être autonome.

# **Partie Théorique**

---

## **CHAPITE I : LES MERES DE SCHIZOPHRENES**

### **Partie 1 : La schizophrénie**

#### **Introduction**

1. Etymologie
2. Définition de la schizophrénie
3. Epidémiologie
4. Les signes cliniques
5. Les formes cliniques de la schizophrénie
6. Etiologie de la schizophrénie
7. Conduite du traitement

#### **Conclusion**

### **Partie 2 : Le parent**

#### **Introduction**

1. La culpabilité des parents
2. Le couple parental
3. Les parents et l'ordre médical

#### **Conclusion**

## *1<sup>ère</sup> Partie : La schizophrénie*

### **Introduction :**

Le concept de schizophrénie, dans la continuité de celui de la démence précoce qui l'avait précédé de peu, a contribué à ancrer fortement les psychoses chroniques dans le champ de la médecine et de la psychologie. Toutefois ses causes et ses mécanismes restent incomplètement caractérisés. (Manuel de psychiatrie, Guelfi, Rouillon, 2012).

A la différence de ce qui se passe pour la plupart des autres maladies, dans lesquelles la présence de signes physiques ou biologiques mesurables concourent au diagnostic, le diagnostic de la schizophrénie ne repose que sur l'observation, par le médecin, les parents, la famille, les proches, les familiers, du discours et du comportement du patient. Les débuts de la maladie peuvent s'installer et progresser de manière à ce point insidieux qu'il faille longtemps avant que les changements subis par le malade ne soient remarqués par son entourage. (Manuel de psychiatrie, Guelfi, Rouillon, 2012)

### **1. Etymologie :**

Le terme de schizophrénie revient aux psychiatres suisses Eugen Bleuler qui en 1911, attribue la dénomination définitive de « schizophrénie », du grec « schizo » (séparé) et « phréne » (esprit). (Pierre-Michel Llorca, janvier 2004)

Le psychiatre allemand Emile Kraepelin fut le premier à établir, en 1906, une entité pathologique unique à partir de trois états jusque-là considéré comme distincts :

- L'hébéphrénie, marqué par un comportement désorganisé et incongru,
- La catatonie, caractérisant une personne alternativement négativiste et immobile, agité et incohérente,
- La démence paranoïde, dominé par le délire de persécution et de grandeur. Selon Kraepelin, le mot désigne une série de psychoses, présentant souvent un cours chronique et parfois, caractérisées par des attaques intermittentes. (Pierre-Michel Llorca, janvier 2004)

## **2. Définitions de la schizophrénie :**

Terme créé par E. Bleuler (1911) pour désigner un groupe de psychoses dont Kraepelin avait déjà montré l'unité en les rangeant sous le chef de la « démence précoce » et en y distinguant les trois formes, restées classique, hébéphrénique, catatonique et paranoïde. (Jean Laplanche et J.-B. Pontalis, 1968, p28)

Les caractéristiques essentielles de la Schizophrénie sont la présence d'un ensemble de signes et de symptômes caractéristiques (positifs ou négatifs) pendant une partie significative du temps pendant une période mois (ou pendant une période plus courte en cas de réponse favorable au traitement).

Certains troubles de la Schizophrénie durent au moins 6 mois et incluent au moins 1 mois de symptômes de la phase active, c'est-à-dire deux (ou plus) des manifestations suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs). Les définitions des sous-types de Schizophrénie (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié et résiduel) sont également incluses dans cette section. (DSM VI-TR).

La Schizophrénie implique un dysfonctionnement dans un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement (p. ex., les relations interpersonnelles, le travail, les études, ou les soins personnels). Typiquement, le fonctionnement est nettement inférieur au niveau atteint avant le début des symptômes. Si cependant l'affection débute pendant l'enfance ou l'adolescence, il peut y avoir une incapacité à atteindre le niveau auquel on aurait pu s'attendre, plutôt qu'une détérioration du fonctionnement. Il peut être utile de comparer le sujet aux membres de sa fratrie non atteints pour faire cette détermination. Il y a fréquemment une interruption du cursus scolaire et le sujet peut être incapable de terminer sa scolarité. Beaucoup de sujets sont incapables de garder un emploi pendant des périodes prolongées et sont employés à un niveau plus bas que leurs parents «déclassement ». La majorité des sujets présentant une Schizophrénie (60-70 %) ne se marient pas, et la plupart ont des contacts sociaux relativement limités. (DSM VI-TR)

### **3. Epidémiologie :**

La schizophrénie existe depuis que l'homme existe et la description des symptômes est retrouvée dans des textes anciens datant de 2500 ans avant notre ère. C'est une maladie qui concerne environs. 0,7% de la population mondiale et 600000 personnes en France. Chaque année, de nouveau cas pour 10000 apparaissent ce qui représente près de 3 millions de sujets atteints et 90000 nouveaux cas apparents en Europe. L'espérance de vie des patients étant moyenne de 10 ans inférieur à celle de la population générale, 40% des personnes qui en sont atteintes tentent de se suicider et 10% de toutes les personnes atteintes de schizophrénie mettent fin à leur jours. C'est une maladie ubiquitaire c'est-à-dire présente sous toutes les latitudes et dans toutes les cultures, elle existe dans le monde entier. (Pierre-Michel Llorca, 2004)

Le profile symptomatique et le profile psychopathologique présentent d'étonnantes similitudes dans tous les pays et apparaissent comme indépendants des variations socioculturelle. (Pierre-Michel Llorca, 2004)

### **4. Les signes cliniques :**

Un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments ; troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité.

Au total, la schizophrénie peut affecter de façon sévère tous les domaines cognitifs. ([http://scolarite.fmpusmba.ac.ma/cdil/mediatheque/e\\_theses/118-09.pdf](http://scolarite.fmpusmba.ac.ma/cdil/mediatheque/e_theses/118-09.pdf))

#### **a. Le syndrome dissociatif :**

Il désigne une rupture de l'unité psychique à l'origine d'une désorganisation de l'activité mentale du sujet. Ce processus interne entraîne une perte de l'harmonie entre les différents champs de la vie psychique de la personne (affect, pensée, comportement, langage). (Par exemple, l'affect ne correspond pas à la pensée qui est émise, ni au comportement réalisé.) La discordance correspond à l'expression clinique de la dissociation. (Docteur Marc DUBUC, 2003)

- **Troubles du cours de la pensée**

Le processus dissociatif entraîne une atteinte dynamique de la pensée. La pensée perd de sa cohérence et de sa logique et devient diffluite. Le sujet passe d'une idée à une autre sans suite logique. Les associations d'idées ne sont pas compréhensibles. (Docteur Marc DUBUC, 2003)

- Le barrage correspond à un arrêt brusque du discours, qui peut ne pas reprendre ou reprendre sur le même ou sur un autre thème.
- Le fading mental correspond à un engluement du discours qui ralentit puis reprend son rythme. (Docteur Marc DUBUC, 2003)

- **Troubles du langage**

Le discours ne semble plus nécessairement destiné à établir un contact.

- Néologismes
- Mauvaise utilisation des mots (paralogisme)
- Mauvaise utilisation de la syntaxe (agrammatisme)
- Maniérisme du langage (préciosité)
- La schizophasie correspond à un langage totalement incohérent et incompréhensible.
- Mutisme ou semi-mutisme. (Docteur Marc DUBUC, 2003)

- **Altération du système logique**

Le sujet schizophrène a sa propre logique qui confère au discours un aspect bizarre et impénétrable.

- Rationalisme morbide
- Altérations des capacités de raisonnement (prend les choses au premier degré). (Docteur Marc DUBUC, 2003)

- **Troubles de l'affectivité**

La discordance affective correspond à l'émission d'affects qui ne sont pas concordant avec la situation ou la pensée qui est émise (parler de la mort d'un proche avec un grand sourire). Ce concept de schizophrénie affective, ou de trouble schizo-affectif, renvoie davantage à la bouffée délirante qu'aux troubles schizo-affectifs au sens moderne. Kasanin avait décrit un début brutal entre 20 et 30 ans, une personnalité et une adaptation pré-morbides normales, des perturbations émotionnelles marquées,

une distorsion du monde et des perceptions, la présence d'un stress spécifique, et une évolution favorable. (J.-M. Azorin, A. Kaladjian, L'Encéphale, 2009)

- **Troubles psychomoteurs**

Par définition, les troubles psychomoteurs sont des troubles perceptivo-moteurs qui se manifestent comme des signes neurologiques doux et qui sont associés à des troubles affectifs comme par exemple :

- Maniérisme gestuel
- Stéréotypies motrices (balancement, grattage...)
- Phénomènes en écho : écholalie, échomimie, échopraxie
- Négativisme (refus de la main tendue, regard fuyant...)
- Catalepsie : perte de l'initiative motrice, conservation des attitudes (rigidité en tuyau de plomb). (Corraz. J, 2010)

- **La dépersonnalisation**

Elle correspond à un sentiment de perte de l'intégrité psychique et physique, de morcellement corporel à l'origine d'une angoisse intense de néantisation. (Docteur Marc DUBUC, 2003)

**b. L'autisme :**

L'autisme est une perte de contact avec le monde environnant : en retrait, peu bavard, peu réactif, le sujet autiste vit en son monde intérieur. C'est pour ne pas ignorer le fait que ce repli sur soi n'exclut ni fantaisies imaginatives, ni angoisse, ni pensées délirantes que Bleuler a proposé de remplacer le terme "**démence** précoce" par celui de "**schizophrénie**" (<https://www.ma-schizophrénie.com/schizophrénie/signes-cliniques/>)

**c. Les modes de début :**

- **Débuts aigus**

Les bouffées délirantes aiguës et les états confuso-onirique aiguës peuvent constituer une entrée brutale dans la schizophrénie.

Les états maniaques inaugurent fréquemment l'entrée dans la schizophrénie, surtout chez des sujets jeunes et dans la symptomatologie est infiltrée d'éléments atypiques (flou de la pensée, dissociation et détachement...)

Les états mélancoliques : possibles, mais rares.

Les actes médico-légaux graves (agression meurtrières immotivé, violence sexuelle...) ou des actes auto agressifs (suicide, automutilation...) apparaissent aussi parfois comme les premières manifestations d'une schizophrénie. Mais, en fait, l'investigation révélera généralement des troubles psychotiques ou prépsychotiques antérieurs plus ou moins tolérés par l'entourage. (Guy BESONÇON, 1993, p177)

- **Etat dépressif atypique**

Rechercher des éléments de bizarreries, des préoccupations à thème sexuel, des hallucinations, des stéréotypies... (Docteur Marc DUBUC, 2003)

- **Etat maniaque**

Repérer toute atypicité (bizarreries, idées délirantes non congruentes à l'humeur...) évocatrice d'une schizophrénie débutante (épisode «schizomaniaque »). (Docteur Marc DUBUC, 2003)

- **Troubles du comportement**

Gestes auto ou hétéro-agressifs bizarres, sans explication, impulsifs. Etats confuso-oniriques. (Docteur Marc DUBUC, 2003)

## **5. Les formes cliniques de la schizophrénie :**

Afin de poser un diagnostic qui soit le plus précis possible et, en conséquence, choisir le traitement qui sera le plus efficace pour chacun de leurs patients, les psychiatres ont défini différents types de schizophrénie en se basant sur des symptômes dominants :

- **Schizophrénie de type paranoïde**

La schizophrénie de type paranoïde est la forme la plus fréquente de la maladie. Elle se caractérise par d'intenses sentiments de méfiance envers les autres, sans que rien ne les justifie. Les personnes perçoivent une multitude de dangers, ont l'impression d'être poursuivies ou persécutées et elles entendent des voix qui les menacent ou leur donnent des ordres. Ces sentiments peuvent être accompagnés par une perception exagérée de leur propre importance, par la conviction de posséder des pouvoirs inhabituels ou spéciaux, et par des idées de grandeur. Sans raisons

apparentes, les personnes souffrant de ce type de schizophrénie peuvent également manifester de l'anxiété, de l'agressivité et même parfois, de la violence. (Schizophrénie, comprendre et aider, 2006)

- **Schizophrénie hébéphrénique :**

Initialement décrite par Hecker, elle représenterait 20% des formes de schizophrénies et semble sensiblement correspondre cliniquement aux démences précoces de Kraepelin elle débute chez le sujet jeune ou adolescent le tableau clinique est dominé par le retrait social, la perte d'intérêt, l'apathie, l'indifférence affective, l'aboulie... le délire, bien que fréquent, n'est pas au premier plan, et le patient ne l'exprime pas spontanément et évoluent progressivement de façon «insidieuse», des phases d'exacerbation pouvant toutefois venir compliquer l'évolution clinique. Répertorié en l'état dans la CIM-10 (F20.1), elle est appelée schizophrénie désorganisée dans le DSM-IV-TR. (Haouzir.S, Bernoussi.A, 2010, p39)

- **schizophrénie de type catatonique**

Dans la schizophrénie de type catatonique, la psychomotricité de la personne est perturbée, soit réduite ou excessive. On remarque de la rigidité musculaire, des mouvements involontaires particuliers se manifestant par des positions catatoniques, des mouvements stéréotypés, des maniérismes ou des grimaces. La personne manifeste peu de réactions face à son environnement, démontre un négativisme extrême ou s'enferme dans un mutisme total. Elle peut refuser de bouger ou résister à toute tentative de déplacement. Elle peut aussi manifester une agitation sans cause ou sans but apparent. Cette forme de schizophrénie est devenue rare dans les pays industrialisés, mais reste fréquente ailleurs. (Schizophrénie, comprendre et aider, 2006)

- **Schizophrénie de type indifférencié**

On parle de schizophrénie de type indifférencié lorsque la personne présente des symptômes psychotiques aigus (positifs et négatifs) pourtant évidents, sans que ces symptômes permettent d'établir la prédominance de l'un ou l'autre des types précédents de la maladie. (Schizophrénie, comprendre et aider, 2006).

- **Schizophrénie de type résiduel**

Cette catégorie elle présente dans le DSM-IV,-TR (295.60) qui associe d'un point de vue évolutif de la maladie, la persistance de symptômes négatifs en l'absence d'idées délirantes manifestes, d'hallucinations, de discours ou de comportement désorganisé ou catatonique. La catégorie diagnostique de schizophrénie résiduel CIM-10 s'inscrit dans le même registre sémiologique ; dans un contexte évolutif de « prédominance de symptômes négatifs durables mais pas obligatoirement irréversibles ». En pratique clinique courante, ce diagnostic n'est pas souvent porté. (Haouzir.S, Bernoussi.A, 2010 p39)

- **Schizophrénie « simple » :**

Décrite initialement par J. Berze, reprise par Bleuler, son existence est discutée, elle se caractériserait par une installation progressive et insidieuse d'un affaiblissement intellectuel et affectif, une perte de volonté, une diminution des capacités à travailler et à veiller sur ses propres besoins, évoluant vers un abêtissement. L'existence de cette forme fut discutée par Bleuler lui-même, voyant dans sa constitution plus un intérêt théorique que clinique. Aujourd'hui, le débat reste encore ouvert et certains cliniciens contestent le rattachement de ces tableaux cliniques à un sous type de schizophrénie. Beaucoup regrettent, en raison de la discrétion, voire de l'absence des symptômes, les mésusages qui ont été faits de ce diagnostic à des fins non médicales. (Haouzir.S, Bernoussi.A, 2010, p42)

## **6. Etiologie :**

La schizophrénie est une pathologie dont l'expression clinique est complexe et dont les facteurs étiologiques semblent multiples. Ils ont suscité de nombreuses hypothèses « étiopathogéniques » (établissant la relation entre une cause et le mécanisme de la maladie) mais aucune des voies de recherche ne s'est à ce jour avérée totalement satisfaisante, du moins quant à son exclusivité causale. (Pierre-Michel Llorca, janvier, 2004).

L'intégration des différentes données issues de toutes les hypothèses étiopathogéniques permettant de rendre compte des phénomènes observés dans la

schizophrénie au sein d'un modèle dit « intégratif », est une des voies de recherche actuellement les plus prometteuses. Les principales hypothèses sont présentées ci-dessous:

**a. Hypothèse génétique:**

Les sujets, dont un parent proche souffre de schizophrénie, ont une probabilité plus élevée de développer cette pathologie que les sujets ne présentant pas de membre de leur famille souffrant de schizophrénie. Ainsi le jumeau monozygote d'un patient souffrant de schizophrénie a un risque allant jusqu'à 40 à 50% de développer lui aussi la maladie. Ceci souligne, l'importance du facteur génétique mais également le fait que, à patrimoine génétique identique, de nombreux autres facteurs puissent entrer en ligne de compte. (Pierre-Michel Llorca, janvier, 2004)

En fait, la schizophrénie ne peut pas apparaître comme une maladie de transmission génétique simple mais plutôt comme une maladie à la fois plurifactorielle (faisant intervenir des facteurs génétiques et aussi non génétiques) et polygénique (impliquant plusieurs gènes).

La notion de maladie plurifactorielle et polygénique conduit à intégrer la notion d'une vulnérabilité, sous-tendue à la fois par les aspects génétiques mais également non génétiques (neuro-développementaux, environnementaux, sociaux et psychologiques). Certains sujets présenteraient une vulnérabilité pouvant s'exprimer dans un certain nombre de circonstances (notamment l'adolescence) mais également dans certains contextes d'environnement. (Pierre-Michel Llorca, janvier, 2004)

**b. Hypothèse neuro-développementale:**

Le model neuro-développemental de la schizophrénie, introduit par T.S Clouston en 1891 est actuellement largement étayé par la littérature.

Les données fournies par l'imagerie cérébrale plaident en faveur de l'hypothèse neuro-développementale de la schizophrénie et ces résultats sont quasi unanimement confirmés par nombre d'études. Cette hypothèse engendre la notion de "phase de latence". En effet, des lésions cérébrales précoces pourraient aboutir à une survenue retardée de symptômes psychotiques. (J-D. Guelfie, F.Rouillon, 2012, p 279)

**c. Hypothèses socio-environnementale et psychologique:**

Plusieurs études épidémiologiques ont mis en évidence l'implication de

facteurs environnementaux et sociaux (en particulier la vie en milieu urbain) dans l'augmentation du risque de survenue d'une pathologie schizophrénique chez des sujets vulnérables. Mais l'observation de la présence de la schizophrénie dans toutes les cultures et sous toutes les latitudes fait ombrage à l'émission d'une causalité socio-environnementale universelle.

De nombreux auteurs ont mis en évidence l'importance de certaines modalités d'interaction intrafamiliales comme facteur favorisant l'émergence d'une pathologie schizophrénique. Toutefois, il pourrait plus s'agir de facteur d'aggravation de la maladie que de facteurs de causalité étiopathogénique. (Pierre-Michel Llorca, janvier, 2004)

## **7. Conduite du traitement :**

Mener la prise en charge d'un patient schizophrène consiste à adapter à chaque sujet une combinaison particulière des différents moyens thérapeutiques disponibles, en fonction de ses symptômes, du stade de la maladie ou il est, de sa personnalité et de sa compréhension de la situation, de la qualité de son environnement. Quelques préalables doivent être pris en compte dans tous les cas. Le traitement durera de nombreuses années, et il est souhaitable d'éviter les ruptures dans la prise en charge. Aussi faut-il créer une relation compatible avec une bonne alliance thérapeutique, où le partenaire a du fait de sa maladie et par rapport à cette maladie et à autrui un fonctionnement particulier. A la fois, il a besoin d'aide dans une situation dramatique et à la fois il la refuse. Un seul thérapeute par ailleurs ne peut pas prendre en charge tous les aspects du traitement et ne peut pas non plus soutenir seul le patient. (J-D. Guelfie, F.Rouillon, 2012, p268)

### **a. Les traitements médicamenteux :**

- **Les neuroleptiques**

Les neuroleptiques restent encore aujourd'hui les médicaments de référence pour le traitement de la schizophrénie. Leurs effets sur les systèmes neurotransmetteurs de la dopamine ont été découverts en 1952 avec la mise à jour, par hasard, des propriétés antipsychotiques de la chlorpromazine, sans que l'on puisse

expliquer les mécanismes d'action de ce produit. Depuis, de nombreux neuroleptiques ont été mis sur le marché, dont les propriétés vont des plus sédatifs, destinés à diminuer l'agitation et l'anxiété, aux plus anti-productifs destinés à amener les hallucinations et les délires. Cette classe de médicaments a des effets secondaires importants qui vont d'un effet hypotenseur (comme l'hypotension orthostatique) sur le système cardiovasculaire pour les sédatifs, à des effets neurologiques sévères comme un syndrome de type parkinsonien) pour les anti-productifs. Le syndrome malin (pâleur, sueurs, raideur, hyperthermie, troubles de la conscience), ainsi que les dyskinésies tardives (troubles dans l'accomplissement des mouvements), souvent définitive, sont les deux risques majeurs des traitements neuroleptiques. (Marion Leboyer et al, 2002)

- **Les antidépresseurs**

Sont également souvent indiqués dans une pathologie où la dépression peut être une complication grave, en particulier du fait du risque suicidaire qui y est souvent associé. Ils sont utilisés dans le cours évolutif de la maladie, ainsi que lors des épisodes dépressifs qui ponctuent les troubles schizo-affectifs. (Marion Leboyer et al, 2002)

- b. Les psychothérapies :**

Les traitements médicamenteux doivent toujours être associés à des psychothérapies de soutien, pratiquées par des thérapeutes spécialement formés, visant à aider les patients à s'adapter à la réalité et à trouver des modes relationnels satisfaisants. Ainsi il existe plusieurs formes de psychothérapies :

- **Les psychothérapies cognitivo-comportementales**

Visent à faciliter le développement de nouvelles compétences sociales et relationnelles chez des patients très démunis dans ce domaine.

- **Les thérapies de groupe**

Sont adaptées aux patients dont la gravité de la maladie rend difficile la prise en charge individuelle.

- **Les thérapies familiales**

Lourdes et complexes à mettre en œuvre, ou certaines interventions simplifiées auprès des parents, visent à corriger certains dysfonctionnements familiaux qui

contribuent à pérenniser les troubles mentaux et affectifs du patient en faisant prendre conscience aux proches les effets négatifs que peuvent avoir sur lui des attitudes trop critiques ou au contraire d'hyperprotection, qui favorisent son sentiment de culpabilité.

- **Le psychodrame**

Permet au patient qui n'est pas capable de verbaliser ses angoisses, de mettre en acte ses difficultés relationnelles ou ses conflits inconscients.

- **Les psychothérapies institutionnelles**

Sont mises en œuvre dans les institutions psychiatriques pour aider le patient, dès le début de son séjour, à maintenir ses liens avec son environnement. (Marion Leboyer et al, 2002)

**c. Les prises en charge psychosociales :**

Les risques de désinsertion sociale, professionnelle et affective associés à la schizophrénie rendent la prise en charge socio-thérapeutique également indispensable pour ces patients très vulnérables, particulièrement exposés aux aléas du contexte économique. C'est pourquoi la construction d'un projet socio-professionnel ou occupationnel au travers d'un suivi en hôpitaux de jour ou de nuit, en foyers thérapeutiques, en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, en centres d'aide par le travail, en ateliers protégés ou sur la base d'emplois protégés est de la plus grande importance. Dans cette perspective, l'accompagnement personnalisé de chaque patient est essentiel, afin de lui offrir des perspectives d'évolution parfaitement adaptées à ses capacités et à ses besoins, évitant à la fois le renoncement et les ambitions démesurées. Dans cet accompagnement coordonné au long cours, le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié du malade et de ses proches, notamment pour fournir soutien, informations et conseil, ainsi qu'un médiateur institutionnel. Des associations de parents comme l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM) peuvent également présenter une aide utile aux familles. Les modes de prises en charge non médicamenteux des schizophrènes sont en fort développement et font très sensiblement progresser l'état clinique et la qualité de vie des patients. (Marion Leboyer et al, 2002).

**Conclusion**

Aucun facteur n'est nécessaire ni suffisant pour développer la maladie de la schizophrénie. Cependant la conclusion naturelle de ses données est la problématique rencontrée par les cliniciens telle que la mauvaise observance thérapeutique des patients souffrant de schizophrénie. Toutefois une prise en charge médicamenteuse reste nécessaire pour une éventuelle stabilité de ces malades dont l'environnement et le vécu et le facteur génétique demeurent la cause majeure de leur souffrance.

## *2ème partie : La mère*

### **Introduction :**

Une famille typique qui compte une personne atteinte de troubles schizophréniques est souvent dans le chaos. Les parents cherchent frénétiquement des réponses qui, le plus souvent, n'existent pas. L'espoir tourne au désespoir, et certaines familles sont détruites en dépit de tous les efforts qu'elles ont mis dans la lutte pour la survie. Dans la suite de ce chapitre, nous allons expliquer comment les mères arrivent-elle a surmonter ces dures épreuves ?

#### **1. La culpabilité des parents :**

Lorsque le médecin les informe que leur enfant est gravement malade, les parents tentent généralement de trouver la cause justifiant un tel malheur. Cette recherche étiologique les amène parfois à cibler un facteur extérieur. La faute est alors attribuée à l'environnement (par exemple, la drogue, l'alcool...). (Evelyne Josse, 2006)

#### **2. Le couple parental :**

##### **a. La mère :**

Dans la grande majorité des familles, c'est la mère qui interrompt ses activités professionnelles afin de rester au chevet de l'enfant. Rapidement, s'établit entre elle et le malade une relation fusionnelle. Cependant, il arrive de plus en plus fréquemment que les pères, longtemps absents, prennent maintenant cette place privilégiée auprès de l'enfant. La mère est alors reléguée au second plan et c'est une dyade père - enfant qui s'instaure. Bien que présente à la maison où elle exerce autant qu'elle peut un rôle actif, la mère souffre d'un sentiment d'échec lié à l'impossibilité de remplir pleinement sa fonction maternelle. (Evelyne Josse, 2006)

##### **b. Le père:**

Analysant les familles de schizophrène, G Pankow constate que les parents mais surtout la mère et aussi le père ont besoin de leur enfant pour se sentir rassurés pour combler leur manque d'identité. L'enfant est soumis au désir de la mère, la relation se caractérisant la aussi par une double contrainte, c'est-à-dire que la mère répond à l'inverse de ce que l'enfant pourrait attendre. Ainsi l'enfant permet à la mère de

comblent les limites de son propre corps et de sa propre identité. Pour G Pankow (1977, P.20), « c'est le langage de corps vécu de la mère qui délimite et aliène le monde du schizophrène. Pour expliquer la notion de « père » sa présence peut être au contraire une absence parce qu'il n'exerce pas son rôle de paternel à l'égard de son enfant. Ainsi, une mère qui assume le rôle du père neutralise ce dernier. Il existe selon elle des pères de famille qui n'ont jamais réussi à acquérir une identité et à s'installer dans leur corps. (Haouzir, Bernoussi, 2010, p82).

### **6. Les parents et l'ordre médical :**

Lorsqu'un enfant est gravement malade, ses parents se trouvent dans l'obligation de le confier à la médecine « pour le meilleur et pour le pire ». (Evelyne Josse, 2006)

Bien que l'institution hospitalière soit un lieu à la fois de séparation et de pouvoir (on « garde » les enfants à l'hôpital), malgré le cortège d'inquiétudes, de tristesse et de douleurs qu'elle charrie, il peut paradoxalement être rassurant de lui confier son enfant. La qualification du personnel médical peut sécuriser les parents en leur donnant la conviction que leur fils/fille malade y est à l'abri du danger. Imaginairement donc, l'hôpital peut aussi être un lieu de protection où les parents se trouvent ainsi déchargés de la lourde tâche d'être responsables de leur enfant gravement atteint. Par ailleurs, au cours du temps, l'hôpital devient aussi un lieu important d'interactions sociales. Les parents y tissent des liens avec les membres de l'équipe hospitalière. Ils y viennent si souvent et parfois pour de si longues périodes qu'ils sont « de la famille ». Ils connaissent le nom de chaque infirmière, des médecins, des institutrices, des éducateurs, des psychologues, des bénévoles, etc. De plus, des échanges, voire des amitiés, se forment avec d'autres parents. (Evelyne Josse, 2006).

**Conclusion :**

La famille semble influencer la mise en place d'un profil schizophrénique. Un de ces membres et inconsciemment désigné pour maintenir la cohésion au sein de cet ensemble. En revanche elle peut aussi aider, être utile dans la stabilisation du malade si elle se remet en question. La famille attachée au lien infantile de leur propre parents, ne donnent pas à l'enfant la possibilité de forger sa propre identité, donc la famille peut être responsable de la maladie d'un des leurs qui risque de renforcer certaines résistances, ou consolider les liens familiaux pathogènes.

## **CHAPITRE II : STRATEGIE D'AJUSTEMENT**

### **Introduction**

1. Définition des stratégies d'ajustement ou coping
  - 1.1. Stress et coping
  - 1.2. Définition du stress
2. Coping et défense
3. Théorie cognitive du stress et coping
  - a. L'évaluation primaire et secondaire
4. Stratégies générales de coping et classification
  - 4.1. Difficultés de classification
    - 4.1.1. Coping centré sur le problème et sur l'émotion
5. Les déterminants du coping
  - 5.1. Les déterminants cognitifs
  - 5.2. Les déterminants conatifs de l'évaluation du coping
  - 5.3. Les déterminants transactionnels du coping

### **Conclusion**

**Introduction:**

Le coping, mot anglais qui se traduit par « faire face à », est un concept relativement nouveau en psychologie. Le coping trouve ses racines dans l'étude de mécanismes de défense. C'est un nouveau mode pour décrire le comportement, et plus précisément la cognition, derrière les moyens utilisés pour faire face à une situation. (Henri Chabrol Stacey Callahan, 2013)

La traduction de ce concept s'avère difficile, car, comme nous allons le voir plus loin, sa définition est compliquée et « multifacettes ». Bruchon-schweitzer (2001) utilise souvent « stratégies d'ajustement », alors que Corraze (1992) propose plutôt « processus de maîtrise ». Au Canada, le terme de « stratégie d'adaptation » est utilisé. Nous verrons plus tard que ces propositions font partie de la notion du coping, mais elles nous paraissent trop restrictives. (Henri Chabrol Stacey Callahan, 2013)

D'une part, le terme « stratégies » peut paraître inadéquat, car il suggère une réflexion, une évaluation, un choix et la mise en jeu programmée d'une réponse qui ne convient qu'à certaines formes de coping parmi les plus fonctionnelles. D'autre part, « ajustement » ou « adaptation » sont inadéquats, car ils suggèrent que le sujet s'adapte à l'adversité plutôt qu'il ne cherche à la modifier. Le terme « ajustement », qui a une connotation de négociation ou de soumission plutôt que d'affrontement, apparaît trop restrictif. (Henri Chabrol Stacey Callahan, 2013)

Le «Processus» fait, en effet, partie des définitions modernes du coping, mais «maîtrise» a une connotation trop positive, car le coping n'implique pas toujours une maîtrise de la situation, seulement la manière dont la personne s'y prend pour faire face, qui peut être soit positive, soit négative, soit les deux. (Henri Chabrol Stacey Callahan, 2013)

La définition du coping fait encore l'objet d'un différent entre chercheurs. Il faudrait distinguer ici la différence entre la conceptualisation du coping, c'est-à-dire sa définition globale élaborée dans un cadre scientifique par des chercheurs, et les définitions classiques du coping, qui intègrent des comportements spécifiques utilisés pour faire face à, ou résoudre un problème (Krohne, 1993). (Henri Chabrol Stacey Callahan, 2013).

### **1. Définition des stratégies d'ajustement ou coping :**

L'individu subit de multiples événements de la vie auxquels il essaye de faire face (to cope en anglais). On parle de « coping » pour faire référence aux différentes stratégies mises en place par une personne pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer une situation stressante. Ce terme est traduit par « stratégies d'ajustement » et admis dans le vocabulaire français depuis 1999. Il s'agit d'un concept récent puisqu'il est apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus en 1966, *Psychological Stress and Coping Process*, où il est défini comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* ». Les stratégies peuvent consister en une activité ou un processus de pensée et peuvent être de nature cognitive ou affective. Elles peuvent également comprendre des formes de comportements plus directs comme affronter un problème ou au contraire l'éviter. Par cette approche du stress à travers le coping, on ne cherche plus à décrire et comprendre les réactions de stress à partir des situations auxquelles le sujet est confronté mais par la façon dont il gère la situation. (Salam Haidar, 2004).

#### **1.1. Stress et coping :**

On ne peut dissocier le coping du stress. Une stratégie de coping n'est en effet mise en place et élaborée qu'à partir du moment où il existe une situation de stress. (Salam Haidar, 2004)

#### **1.2. Définition du stress :**

Selon Richard Lazarus et Susan Folkman : « *Le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être* ». Selon cette définition, c'est l'évaluation d'une situation stressante et son retentissement, propre à chaque personne qui modulerait la relation entre le contexte hostile et l'état émotionnel et somatique de la personne. Il faut donc distinguer les facteurs de stress environnementaux objectifs et l'impact subjectif de cette situation, ou stress perçu. En effet, le stress perçu est constitué par l'ensemble des évaluations concernant la situation et les ressources disponibles. Il s'agit donc d'une transaction et non d'un stimulus ou d'une réponse : c'est un processus dynamique

expliquant que différentes personnes subissant la même situation de stress ne réagiront pas de la même manière. Différentes circonstances peuvent être à l'origine de ce stress : l'individu lui-même (son état de santé, son histoire personnelle), la famille (conflits, difficultés relationnelles ou de communication) ou le milieu professionnel et social (relation, carrière, difficultés socio-économiques). Nous appellerons stresser une situation à laquelle un sujet est exposé et qui nécessite une adaptation pour y faire face. (Salam Haidar, 2004).

## **2. Coping et défense :**

Le concept de défense date de la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Il est étroitement associé au développement de la psychanalyse, de la psychologie dynamique et de l'ego psychology. BREUER et FREUD observent que des idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience. Dans les premiers textes de FREUD sont décrits les divers mécanismes défensifs utilisés par les individus pour détourner, déformer ou déguiser des affects et pensées inacceptables. Puis le concept de défense évoluera et celui de « Répression » jouera un rôle grandissant. Dans un texte de FREUD de 1926 « Inhibition, symptôme et angoisse », le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables, la répression apparaissant comme l'un des mécanismes de défense essentiels. (Bruchon-schweitzer, 2001, P69)

Certaines idées de S. FREUD (et d'A. FREUD) auront un large écho en sciences sociales, bien au-delà de la psychanalyse. On peut les résumer ainsi : chaque individu utilise un répertoire relativement restreint de mécanismes de défense ; un style défensif particulier peut être associé à une pathologie particulière ; certains mécanismes de défense sont fonctionnels, d'autres sont « dysfonctionnels » (PERRY et COOPER, 1989) ; certains de ces mécanismes sont « immatures » (projection, hypocondrie,...), d'autres sont « névrotiques » (intellectualisation, répression, formation réactionnelle) d'autres enfin sont « matures » (sublimation, humour, suppression). (Bruchon-schweitzer, 2001, P69)

A partir des années 60-70, les recherches consacrées aux mécanismes de défense commencèrent à utiliser le terme de « coping » (terme qui fut répertorié pour

la première fois dans les mots-clés de « Psychological Abstracts » en 1967), pour désigner les mécanismes de défense les plus « adaptés » (sublimation, humour). Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. GREER et ses collègues (1979), par exemple, décrivent quatre types d'attitudes chez des patientes atteintes d'un cancer du sein : déni, esprit combatif, stoïcisme et impuissance-désespoir. La technique utilisée (entretiens cliniques) et ces dénominations marquent la transition entre les mécanismes de défense classiques et les stratégies de coping, notions alors en émergence. (Bruchon-schweitzer, 2001, P69)

De 1960 à 1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense (dans un sens comme dans l'autre) et quelques tentatives de clarification furent publiées. (HAAN.N, 1977). On pourrait tenter de résumer les différences entre mécanisme de défense et stratégie de coping de la façon suivante :

- Un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié irrésistible, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable. . (Bruchon-schweitzer, 2001, P69)
- Une stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation). Les stratégies de coping se différencient peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels (Ou récents). (Bruchon-schweitzer, 2001, P70)

### **3. Théorie cognitive du stress et coping :**

Pour les tenants de cette théorie, le stress ne réside ni dans l'événement, ni dans l'individu, mais dans une transaction entre l'individu et l'environnement. Lorsqu'une situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être, la réponse de stress est le résultat d'un déséquilibre entre les

exigences internes ou externes et les ressources de l'individu pour faire face à ces demandes (Folkman et Lazarus, 1986). Par exemple, un individu peut percevoir une mutation professionnelle comme un problème insurmontable tandis qu'un autre peut la percevoir comme une occasion de profit personnel ou une aventure excitante. Les caractéristiques du stresser n'indiquent donc pas l'intensité du stress qu'un individu peut éprouver. En effet, selon le modèle transactionnel du stress, les stressers passeraient à travers une série de « filtres » qui auraient pour fonction de modifier l'événement stressant et donc d'amplifier ou de diminuer la réaction de stress. Trois filtres principaux ont été identifiés :

1. la perception du stresser est influencée par les expériences antérieures avec des stressers similaires, le soutien social et la religion.
2. les mécanismes de défense du moi (déli, répression, etc.) qui agissent inconsciemment.
3. les efforts conscients : mise en place de plans d'action, recours à diverses techniques (relaxation, exercice physique, médication, etc.). (Paulhan Isabelle, 1992, P548)

Ces différents filtres agiraient comme des médiateurs de la relation événement stressant - détresse émotionnelle (Folkman et Lazarus, 1988). Ainsi, selon ces auteurs, deux processus médiatisent la relation entre l'environnement et l'individu: l'évaluation et le coping. (Paulhan Isabelle, 1992, P548)

**a. L'évaluation primaire et secondaire :**

L'évaluation est un processus cognitif à travers lequel un individu évalue de quelle façon une situation particulière peut mettre en danger son bien-être et quelles sont les ressources de coping disponibles pour y faire face. Lazarus et Folkman (1984) distinguent deux formes d'évaluation qui convergent pour définir le potentiel stressant de la situation et les ressources de coping mobilisables :

- **l'évaluation primaire** par laquelle l'individu évalue ce qu'il y a en jeu dans la situation. Il peut s'agir d'une perte (corporelle, relationnelle, matérielle...), d'une menace (possibilité d'une perte) ou d'un défi (possibilité d'un bénéfice). La nature de l'évaluation contribue ainsi différemment à la qualité et l'intensité de

l'émotion. En effet, l'évaluation d'une perte ou d'une menace génère des émotions négatives telles que la honte, la colère ou la peur tandis que l'évaluation d'un défi engendre des émotions positives telles que la passion, l'euphorie.

- **L'évaluation secondaire** par laquelle l'individu se demande ce qu'il peut faire pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir le bénéfice. Différentes options de coping sont alors envisagées : le changement de la situation, l'acceptation, la fuite, l'évitement, la recherche de plus d'informations, la recherche de soutien social, ou l'action impulsive. Cette évaluation oriente les stratégies de coping qui sont utilisées pour faire face à la situation stressante : stratégies dont l'objectif est de diminuer directement la tension émotionnelle en ne changeant en rien le problème (coping centré sur l'émotion), ou stratégies qui, en modifiant la situation, agissent indirectement sur l'émotion (coping centré sur le problème). (Paulhan Isabelle, 1992, p549)

Selon Folkman et Lazarus (1988), les processus d'évaluation des relations personne-environnement sont influencés par les caractéristiques personnelles antérieures (ressources personnelles) et les variables environnementales. Ceci peut expliquer pourquoi un même événement peut être évalué comme une menace par un individu et comme un défi par un autre. Les caractéristiques personnelles sont les suivantes :

- les croyances telles que les croyances religieuses (l'événement revêt le sens d'une épreuve imposée par Dieu et que l'on doit accepter), ou encore, la croyance par l'individu en sa propre capacité de contrôle des événements, ce que Rotter (1966) a appelé « lieu de contrôle interne ». Selon de nombreux travaux, les personnes qui attribuent ce qui leur arrive à des causes internes et contrôlables utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur le problème que les personnes qui attribuent ce qui leur arrive à des causes externes (fatalité, par exemple) et incontrôlables (Lazarus et Folkman, 1984).
- l'endurance (hardiness) ou propension stable de l'individu à être résistant aux exigences externes, et qui correspond au sens de la maîtrise personnelle des

événements stressants survenant dans la vie (Kobasa et al, 1982). Ainsi, les sujets « endurants » sont capables de supporter les stress psychosociaux plus efficacement que les autres (Stephens, 1991).

- l'anxiété-trait, ou composante stable de la personnalité, est une propension à l'anxiété, c'est-à-dire une tendance générale à percevoir les situations aversives comme menaçantes (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg et Jacobs, 1983). Les personnes ayant une anxiété-trait faible perçoivent les événements stressants comme moins menaçants et ont une plus grande prévision de leur contrôle que celles qui ont une anxiété-trait élevée. Selon Lazarus et Folkman (1984), ces facteurs personnels influencent d'autant plus la perception de la situation que celle-ci est nouvelle et ambiguë. En effet, dans ce cas, la personne fait des inférences basées sur les dispositions de sa personnalité (ressources personnelles) pour comprendre ce qui se passe. (Paulhan Isabelle, 1992, P550)

Quant aux variables contextuelles (nature du stressor, durée), elles influenceraient l'évaluation du potentiel stressant de la situation (évaluation primaire) mais aussi l'évaluation des options de coping (évaluation secondaire). En effet, le choix des stratégies de coping est étroitement dépendant des variables environnementales. Celles-ci sont :

- les caractéristiques de la situation : la nature du danger, son imminence, sa durée. Ainsi, des stratégies de coping centrées sur le problème à résoudre sont davantage utilisées si la situation est évaluée comme susceptible de changer ou d'évoluer, tandis que des stratégies de coping centrées sur la diminution de la tension émotionnelle le sont davantage si la situation est évaluée comme ne pouvant être transformée ou comme incontrôlable.
- les ressources sociales ou réseau d'aide de l'individu. Les auteurs les définissent par le terme de « soutien social » qui désigne l'ensemble des relations interpersonnelles d'un individu lui procurant un lien affectif positif (amitié, amour), une aide pratique (matérielle, financière), mais aussi des informations et évaluations relatives à la situation menaçante. Plus que le soutien social réel dont dispose une personne, c'est la perception qu'elle a en cas de difficulté qui joue un

rôle modérateur face à des événements stressants. Les recherches indiquent clairement qu'un niveau élevé de soutien social, augmentant la contrôlabilité perçue, émousserait les effets du stress et rendrait l'individu davantage à même de faire face à celui-ci (Spacapan et Oskamp, 1988).

Ces facteurs environnementaux ont un impact non négligeable sur l'évaluation que l'individu fait de ses capacités de contrôle, ce qui oriente le choix des stratégies de coping pour faire face à la situation. C'est pour cette raison que le coping est un processus changeant, momentané et qu'il est donc difficile de l'envisager comme un trait stable de personnalité. (Paulhan Isabelle, 1992, P550)

#### **4. Stratégies générales de coping et classification :**

##### **4.1. Difficultés de classification :**

Il existe une gamme étendue de stratégies de coping utilisées. Les auteurs ne sont pas toujours d'accord sur la classification des stratégies, dépendant de la manière dont celles-ci sont évaluées : s'agit-il d'une stratégie liée aux caractéristiques cognitives de l'individu ou liée à la situation considérée ? Néanmoins, le plus souvent, les stratégies de coping sont classées en deux grandes catégories. On distingue les coping centrés sur le problème et les coping centrés sur l'émotion. En effet, le coping a deux fonctions principales : permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress et de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème. (Salam Haidar, 2004)

##### **4.1.1. Stratégie centré sur le problème et sur l'émotion :**

Le Coping centré sur l'émotion constitue une catégorie de stratégies qui visent à réguler l'émotion associée à l'événement stressant alors que le Coping centré sur le problème concerne une catégorie de stratégies destinées à « manager » l'événement. Le Coping centré sur le problème peut être orienté vers l'action, dans le dessein de changer la relation entre la personne et sa situation par le biais des actions qui auraient ou non du succès. Dans le cas du Coping centré sur l'émotion, les sujets adoptent des stratégies qui ne modifient pas la situation mais plutôt l'attitude envers la situation. On parle souvent de recadrage. Ces deux stratégies ont pour fonction de réduire l'anxiété.

Les préférences des personnes pour l'une ou l'autre de ces stratégies dépendant de la personnalité, des situations, des autres personnes en présence. Le Coping centré sur le problème est par exemple pertinent pour réduire l'anxiété dans le cas de situations contrôlables alors qu'il augmenterait l'anxiété dans le cas de situations incontrôlables. (Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B, 2001)

- **Planification de solutions et résolutions (focalisation sur le problème):** analyser la situation pour obtenir des solutions et entreprendre des actions pour corriger le problème. Par exemple consulter et prospecter des informations pour trouver un médecin.
- **Coping de confrontation (focalisation sur le problème):** prendre des mesures actives et radicales souvent accompagnées de colère et d'une prise de risque importante- pour changer la situation.
- **Recherche de soutien social (focalisé sur le problème et/ou l'émotion):** tenter d'obtenir des informations ou du soutien émotionnel.
- **Distanciation (focalisé sur l'émotion):** faire un effort cognitif pour se distancier de la situation ou pour changer de point de vue.
- **Evitement-échappement (focalisé sur l'émotion):** pensées magiques sur la situation ou fuir le problème.
- **Self-control (focalisé sur l'émotion):** tenter de moduler ses sentiments ou ses actions, cacher ses émotions.
- **Acceptation de responsabilité (focalisé sur l'émotion) :** reconnaître son rôle dans le problème et essayer de modifier les choses dans le sens de sa responsabilisation dans le futur.
- **Réappréciation positive (focalisé sur l'émotion):** positiver, tenter de donner une nouvelle signification à la situation afin de s'améliorer, utiliser l'expérience.

Face à un stresser, une personne qui se focalise sur le problème peut adopter une stratégie dite de résolution active directement et ouvertement destinée à faire face et à réussir. À l'opposé, une personne qui est centrée sur l'émotion peut adopter une stratégie dite d'évitement du problème destinée à réduire le stress et les émotions

négatives. Le premier type de Coping correspond donc alors à une action qui vise à modifier la relation personne-environnement en fournissant les efforts comportementaux qui permettront de résoudre le problème. J'ai des examens cette année, je révise régulièrement, je me prépare en temps et en heure, je me couche tôt la veille des examens. (Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B, 2001)

Le Coping évitant (centré sur l'émotion) consiste alors à détourner l'attention de la source du stress (évitement). Il peut s'agir par exemple de faire du sport, de trouver des activités pour penser à autre chose et réduire la tension émotionnelle et accroître le sentiment de bien-être. Le Coping évitant conduit le sujet à avoir le sentiment que l'activité réduit ou fait disparaître la tension liée à l'événement stressant (je vais passer un examen, je vais faire du sport pour oublier le stress lié à cet événement). Le risque des Coping évitant par exemple sera d'engendrer des catégories d'activités aux conséquences négatives comme l'addiction (fumer, boire de l'alcool, prendre des médicaments) dans le dessein de fuir la détresse émotionnelle.

Le Coping de type actif est donc une stratégie de contrôle du problème. Il s'agira par exemple de rechercher l'information supplémentaire et de trouver des solutions pour résoudre le problème. La vigilance du sujet est orientée sur la situation. Cela peut avoir des conséquences négatives lorsque l'individu devient obsédé par le problème sans être en mesure de trouver une solution efficace. Finalement, dans un cas, les sujets affrontent le danger et dans l'autre ils l'évitent. (Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B, 2001)

### **5. Les déterminants du coping :**

Comme nous l'avons vu, le coping entre dans une dynamique de gestion du stress. Mais il est nécessaire d'analyser le coping de manière plus globale en relation avec d'autres variables psychologiques. En effet il faut rendre compte des différences individuelles (que nous appellerons déterminants « dispositionnels »), des différences de situations et des différences de réponses possibles au stress. Toutes ces caractéristiques influencent le type de coping utilisé. (Salam Haidar, 2004).

### **5.1. Les déterminants cognitifs :**

Trois dimensions sont généralement évoquées, les croyances (sur soi-même, l'environnement, autrui, des capacités de faire face, etc.), l'aspect motivationnel (valeurs, buts, centre d'intérêts...) et le *lieu de contrôle* (LOC). L'impact de cette dernière dimension paraît des plus patents dans ses liens avec le coping. Ainsi les personnes jugées *internes* percevraient la situation comme contrôlable et disposeraient de ressources pour y répondre. En outre, elles manifesteraient une plus grande propension dans le déploiement de stratégies centrées sur le problème. (Jean-Pierre PARROCCHETTI, 2011).

#### **5.1.1. Les déterminants conatifs de l'évaluation du coping :**

Les deux niveaux d'évaluation, primaire et secondaire ainsi que le coping seraient déterminés par des caractéristiques personnelles stables (traits / personnalité). Pour Costa et consorts (1996), ce lien est plus qu'évident. L'évaluation et le coping semblent, du moins en partie, tributaires de ce qu'ils nomment les caractéristiques psychosociales stables et non par les caractéristiques jugées fluctuantes de la situation. Mac Crae (1992) et Vollrath et al. (1995) évoquent la consistance temporelle du coping, indépendante des situations, qui pour Bruchon- Schweitzer (2001) doit être imputable aux liens entre coping et personnalité. Parmi celles-ci, on peut citer le névrosisme. Ce trait, associé à d'autres (anxiété, dépression, hostilité), s'avère un très bon prédicteur de niveau de stress élevé, de faible efficacité perçue et d'emploi majoritaire de stratégies centrées sur l'émotion. Inversement, l'aptitude à la résilience, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable (agreeableness), l'aspect consciencieux (conscientiousness) paraissent déterminer des évaluations plus favorables et l'utilisation plus fréquente de coping centré sur le problème. Enfin, on peut également évoquer l'endurance ou hardiness (contrôle perçu, engagement, défi) qui, pour Kobasa et al. (1982) demeure corrélée avec l'emploi de stratégies efficaces aux conséquences bénéfiques pour la santé globale de l'individu. (Jean-Pierre PARROCCHETTI, 2011).

### **5.2. Les déterminants transactionnels du coping :**

Dans le cadre de l'approche transactionnelle, facteurs dispositionnels et situationnels influenceront sur les deux niveaux de l'évaluation, primaire et secondaire,

ainsi que sur le coping. L'évaluation agit au niveau du stresser (nature, imminence, durée, ambiguïté, fréquence, intensité, contrôlabilité) et du soutien social (disponibilité, nature, qualité, etc.).

De manière globale, il semble que la contrôlabilité de l'évènement détermine en grande partie le type de stratégie privilégié : coping centré sur les émotions quand les évènements sont perçus comme incontrôlables et coping centré sur le problème pour ceux perçus comme contrôlables.

Lazarus et Saunier (1978) avaient déjà pointé l'importance de la signification accordée à un évènement indépendamment de sa valence objective, ainsi avaient-ils décidé de classer les stresser en trois catégories ; défi, menace ou perte. (Jean-Pierre PARROCCHETTI, 2011)

Mc Crae (1984), c'est précisément lors de ce premier niveau de l'évaluation qu'on doit rechercher le choix de la stratégie de coping. Ainsi on retrouve généralement ;

- des stratégies de type expression émotionnelle tel le fatalisme quand l'évaluation est perçue comme une perte et lorsque l'évènement est vécu comme une menace ; la présence de la négation, la minimisation du danger, la réévaluation positive et les croyances religieuses (ou autres « fuites » mystiques).
- un coping centré sur le problème dans la mobilisation de techniques positives comme l'optimisme, l'humour et l'autodérision dans le cas où l'évènement est perçu comme un défi à relever. (Jean-Pierre PARROCCHETTI, 2011)

**Conclusion**

Le vécu des parents d'un enfant atteint du trouble de schizophrénie est un handicap sérieux. Les facteurs psychosociaux et les stratégies d'adaptation peuvent jouer un rôle sur l'ajustement des parents ayant un enfant atteint de trouble de schizophrénie, ainsi, l'humeur et les affects positifs en lien avec l'intégration sociale, le soutien social et le sentiment d'être valorisé et estimé demeurent importants face à un événement stressant.

## **Chapitre III : LA QUALITE DE VIE**

### **Introduction**

1. Définition de la qualité de vie selon l’OMS 1993
2. L’émergence de concept de la qualité de vie
  - 2.1 le point de vue philosophique
  - 2.2 le point de vue médical
  - 2.3 les points de vue économique et politique
3. les différents aspects conceptuels de la qualité de vie
  - 3.1 satisfaction de vie
  - 3.2 le bonheur
  - 3.3 le bien être subjectif
4. les domaines de la qualité de vie
  - 4.1 le domaine psychologique de la qualité de vie
  - 4.2 le domaine physique de la qualité de vie
  - 4.3 le domaine social de la qualité de vie

### **Conclusion**

**Introduction**

Le concept de la qualité de vie s'est construit par l'intégration, au fil du temps, de différents indicateurs: le bonheur d'origine philosophique, le bien-être matériel d'origine économique et politique, le bien-être subjectif d'origine sociologique et psychologique, la santé physique d'origine médicale et la santé mentale d'origine psychiatrique. (Marilou Bruchon-Schwitzer, 2002).

**1. Définition de la qualité de vie selon l'OMS 1993 :**

C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. » De « la bonne santé à tout prix », on est passé à une relativisation de l'état physique, mental et social des individus. La sagesse semble toucher la médecine moderne. La qualité de vie concerne tout un chacun. Chaque maladie présente ses caractéristiques et donc ses conséquences sur la qualité de vie du patient qui en est atteint. (Dr Lucien Mias, 2003).

**2. L'émergence du concept de la qualité de vie :**

La qualité de vie est un concept en plein développement. Mais il est nécessaire de préciser sa nature pour pouvoir le communiquer et le mesurer .On le retrouve dans plusieurs domaines: médecine, sociologie, psychologie, économie, philosophie (Bowling, A, 1999). Historiquement, l'expression de la qualité de vie apparaît aux Etats Unis dans les années 50, dans un slogan politique révélé par Lyndon Johnson dans son discours au Madison Square Garden le 31 octobre 1964 «Goals can not be measured in the size of our bank balance. They can only be measured in the quality of lives that our people lead..."(Martin, J.-P., &Royot, D., 2003).Ce slogan s'inscrit dans le cœur de la

constitution américaine de Jefferson qui considère le bonheur comme un droit inaliénable des citoyens américains. Johnson a réemployé le concept une année plus tard lors de la présentation de son programme gouvernementale appelé "*The Great Society*" (Shea, W.R & King-Farlow, J, 1976, Martin, J.-P., & Royot, D, 2003). Par la suite le concept de la qualité de la vie, utilisé uniquement dans le domaine politique, a fait l'objet de recherches dans plusieurs milieux scientifiques (Médical, psychologique, philosophique...etc.) (Elkinton, J. R, 1966; Bradburn, N. M., & Noll, C. E, 1969; Mercier, C et Filion, J, 1987). A ce propos Corten (1998) décrit trois courants conceptuels:

- La qualité de vie sous son aspect environnemental.
- La qualité de vie en relation avec la santé.
- La qualité de vie abordant tous les domaines de la vie et vue comme un tout ou qualité de vie subjective. (ACHACHERA Asma, 2014-2015)

### **2.1 Le point de vue philosophique :**

Le bien-être serait l'objectif ultime de l'existence, que cherchent à atteindre les êtres humains (souhaiter être heureux est, pour Aristote, le désir suprême). La tradition philosophique occidentale oppose les optimistes, pour qui le bonheur, état de satisfaction totale, est possible (Spinoza, Montaigne, Diderot), voire facile (Épicure) et les pessimistes, pour qui il est difficile (Rousseau), voire impossible (Pascal, Schopenhauer, Freud). Les épicuriens, les hédonistes et certains empiristes comme John Stuart Mill prônent la recherche du plaisir qui aboutit à un sentiment de plénitude, proche du bonheur (mais le premier est momentané, alors que le second est durable). D'autres, comme Kant, opposent la recherche du bonheur et la morale. Les stoïciens reconnaissent que le bonheur est une aspiration humaine fondamentale, mais cette quête étant source de frustrations, ils conseillent d'éviter la recherche du plaisir et de renoncer à la poursuite du bonheur. Plusieurs auteurs pensent que des positions philosophiques explicites ou implicites sous-tendent encore les conceptions et les mesures actuelles de la qualité de vie. (Marilou Bruchon-Schweitzer, Émilie Boujut, 2014).

**2.2 Le point de vue médical :**

Ce sont essentiellement les médecins et les chercheurs en santé publique, en épidémiologie et en psychiatrie qui vont assurer le succès de la notion de qualité de vie, qui finira par intégrer les notions voisines (bien être, santé, bonheur, satisfaction...), jusqu'à devenir extrêmement étendue et complexe. Si l'on mesurait au départ des «critères » simples de santé/maladie (morbidité, mortalité, longévité), cohérents avec le modèle biomédical longtemps dominant, divers bouleversements vont faire évoluer les « issues » considérées dans les recherches. (Marilou Bruchon-Schweitzer, Émilie Boujut, 2014)

**2.3 Les points de vue économique et politique :**

La notion de qualité de vie, telle qu'elle était conçue par les économistes et politiciens, se référait surtout à un niveau de vie optimal auquel tout individu devrait pouvoir accéder. Flanagan (1982), chargé d'évaluer la qualité de vie des Américains, proposera de prendre en compte, non seulement des indicateurs classiques (niveau d'éducation, niveau socio-économique...), mais aussi certains aspects du bien-être subjectif (santé perçue, aspirations, sentiment de liberté...). Dans les pays développés, il y a longtemps que les responsables politiques affirment que les droits des citoyens ne se réduisent pas à la satisfaction de leurs besoins matériels<sup>3</sup>. Selon Rapley (2003, p. 2-10) et Bognar (2005, p. 561-566), les gouvernements et institutions de santé des pays développés admettent de plus en plus que les indicateurs économiques de développement sont insuffisants et qu'il faut y ajouter des indicateurs psychosociaux. Les recherches, centrées tout d'abord sur le bien-être matériel (economic welfare) intégreront de plus en plus d'indicateurs environnementaux et sociétaux (épidémies, niveau de pollution, nombre de médecins, taux de criminalité...), puis des indicateurs individualisés et « subjectifs » (satisfaction, bonheur...). Ainsi, les informations sur les conditions de vie objectives des individus seront complétées par la façon dont ceux-ci évaluent globalement leur vie. (Marilou Bruchon-Schweitzer, Émilie Boujut, 2014).

**3. les différents aspects conceptuels de la qualité de vie :**

La qualité de vie s'est construite par l'intégration, au fil du temps, de différents aspects : le bonheur, le bien-être subjectif et la satisfaction de vie, Ces notions ont contribué à tenter de définir ce qu'est une vie satisfaisante pour un individu donné. (Michèle Montreuil, Eva Tazopoulou, Jean-luc Truelle, 2009)

**3.1 La satisfaction de vie :**

La satisfaction de vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre la vie d'une personne et ses normes de référence (valeurs, idéaux...). C'est «l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie» (Pavot et al, 1991). Pour Diener (1994), la satisfaction de vie renvoie à un jugement conscient et global sur sa propre vie. Elle peut être à son tour déclinée, en domaines plus spécifiques tels que la profession, la famille, les loisirs, la santé, les finances, le soi, le groupe d'appartenance. La satisfaction de la vie est définie comme «une appréciation subjective de la personne de sa situation actuelle par rapport à ses propres espérances» (Corrigan, 2001). (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002, P. 55-58)

**3.2 Le bonheur :**

Le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désigne un état dans lequel les affects positifs l'emportent sur les affects négatifs. Ce terme est remplacé peu à peu par les composantes du bien-être subjectif (absence d'affectivité négative, présence d'affectivité positive, satisfaction globale). Quelques chercheurs en psychologie ont réhabilité la notion de «bonheur» depuis les années 1990 (Argyle *et al*, 1989; Buss, 2000; Eysenck, 1990; Myers, 1995). Selon eux, le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver, fréquemment, des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité). (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002, p.58-59)

**3.3 Le bien-être subjectif :**

Le bien-être subjectif repose sur trois critères essentiels (Rolland, 2000):

- Il est subjectif, c'est une autoévaluation qui ne se réduit pas aux conditions de vie objectives (bien-être matériel, par exemple)

- Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie)
- Il ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives (telles que les explorent les échelles d'anxiété, de dépression ou d'hostilité) mais, il implique la présence d'affects agréables. (Eva Tazopoulou, 2008, P.21)

L'intérêt de ce modèle est d'intégrer des processus cognitifs (évaluation, jugement, comparaison) et des processus émotionnels. Il prend en compte, à la fois, l'affectivité négative et l'affectivité positive. Le bien-être subjectif ne correspond pas seulement à l'absence de symptômes psychopathologiques, il inclut la présence d'émotions et d'états agréables (plaisir, joie, satisfaction, bonheur). Le bien-être subjectif est l'un des sous-ensembles les plus importants de la qualité de vie. S'il inclut ce qu'on a appelé le bonheur et la satisfaction de vie il ne se confond pas seulement avec le bien-être matériel (Welfare) et il n'est pas entièrement dépendant de la santé. (Michèle Montreuil, Eva Tazopoulou, Jean-luc Truelle, 2009)

Nous voyons bien que ces différentes notions ne sont pas exclusives l'une de l'autre et se superposent partiellement. Dans une démarche scientifique, il faut pourtant bien s'entendre sur une définition pour permettre des comparaisons, même si cette définition est appelée à évoluer, surtout lorsqu'il s'agit d'un concept aussi difficile à «capter». (Eva Tazopoulou, 2008, P.21)

#### **4. Les domaines de la qualité de vie :**

La qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines: psychologique, physique ou biologique et social, suivant le modèle bio-psycho-social. (Eva Tazopoulou, 2008, p18)

##### **4.1 Le domaine psychologique de la qualité de vie :**

Pour la plupart des auteurs, la composante psychologique de la qualité de vie inclut des émotions et des états affectifs positifs. Pour d'autres, elle impose l'absence d'affects négatifs. Les auteurs se rapprochent des notions de santé psychologique ou de bien-être subjectif qui sont un peu plus vastes car elles incluent certains processus cognitifs (comme la satisfaction de la vie). Quelques auteurs situent dans le domaine

psychologique de la qualité de vie des notions dynamiques comme le développement personnel, l'actualisation ou la réalisation de soi prenant en compte la créativité, le sens donné à la vie, la morale, la vie spirituelle, la compréhension du monde. (Eva Tazopoulou, 2008, p.18)

#### **4.2 Le domaine physique de la qualité de vie :**

À l'intérieur de ce domaine, les auteurs classent plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles. La santé physique implique la prise en compte de: l'énergie, la vitalité, la fatigue, du sommeil, du repos, des douleurs, des symptômes et divers autres indicateurs biologiques. Les capacités fonctionnelles incluent: le statut fonctionnel, la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que la personne peut accomplir et le degré d'autonomie. On peut évaluer ces deux aspects (santé physique et capacité fonctionnelle) selon deux points de vue: un point de vue «externe» (médical) qui va évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles et, un point de vue «interne», seulement accessible par une autoévaluation du patient lui-même, pour atteindre ses représentations, ses perceptions et son vécu subjectif quant à sa santé. C'est ce dernier point de vue, qui, seul, reflète la satisfaction de vie d'un individu. (Marilou Bruchon-Schwietzer, 2002, P.53.)

#### **4.3 Le domaine social de la qualité de vie :**

Les relations et les activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. Les évaluations cliniques opposent généralement l'existence d'une vie sociale à l'isolement et au retrait, ceci dans différentes sphères: familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations quantitativement suffisant (c'est l'intégration sociale effective) et qualitativement satisfaisant (c'est le soutien social perçu, en termes de disponibilité et de satisfaction). Pour Griffin (1988), il faut prendre en compte la qualité jugée par l'individu et non la quantité des relations sociales des individus, aspect plus objectif. Selon Flanagan (1982), la façon dont un individu évalue ses activités sociales (estime de soi «social», sentiment de réalisation de soi, échec et réussite) est aussi un indicateur d'un bon

fonctionnement social. La qualité de vie sociale est généralement évaluée par des échelles génériques. (EVA Tazopoulou, 2008, P.19).

**Conclusion :**

A travers ce chapitre, on remarque que la notion de la qualité de vie est un concept pluridisciplinaire et multidimensionnel qui se structure autour de quelques dimensions : il s'agit de celles du bonheur, bien être subjectif et matériel ou encore au degré de satisfaction de vie. Elle intègre les éléments suivants : objectifs (cadre de vie, niveau socio-économique), subjectifs (bonheur, sentiments de bien-être), physique : (état de santé réel, absence ou présence d'une pathologie) et des facteurs d'ordre cognitif et social.

# **Partie Pratique**

---

## **Chapitre IV : Méthodologie de recherche**

### **Préambule**

1. La méthode clinique
2. Pré enquête
3. Présentation du lieu de recherche
4. Sélection de la population d'étude
5. Les outils de recherche
6. Cadre et définition de coping
7. Structure de l'outil
8. Déroulement de la recherche

**Préambule :**

La méthodologie est une démarche fondamentale dans une recherche, elle guide et oriente le chercheur dans l'organisation de son travail de recherche pour le rendre objectif.

Dans ce chapitre nous allons vous présenter notre méthode de recherche, ainsi que les démarches méthodologiques qui nous ont permis de vérifier la réalité de nos hypothèses de recherches, puis les outils et les techniques d'investigations qu'on a suivies pour l'élaboration et le déroulement de notre étude.

**1. La méthode clinique :**

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. (Lydia Fernandez, Jean Louis Pardinielli, 2006).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires :

- Le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte)
- le second niveau vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation. (Lydia Fernandez, Jean Louis Pardinielli, 2006)

## **2. Pré-enquête :**

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

A cette étape de cette pré-enquête nous avons cherché à nous familiariser de la façon la plus complète possible au niveau du service psychiatrique, Hôpital Frantz Fanon CHU de Bejaia, aussi à quelle population s'adresse l'enquête? Quelles sont les caractéristiques de cette population? On effectue des observations auprès des parents des patients... On a effectué une recherche sur ces parents ayant un enfant schizophrène en utilisant un entretien semi directif et deux échelles de la qualité de vie SF36 et stratégie de coping le CISS.

## **3. Présentation du lieu de recherche:**

Notre stage a été effectué au CHU de Bejaia, au service de psychiatrie unité Frantz fanon, l'ancien hôpital de la willaya, il a été construit en 1888.

### **➤ Présentation du service de psychiatrie :**

Le service est constitué de deux unités : service femme et service homme.

a. Le service homme :

Avec 12 lits, une cour, une salle pour visite, ce dernier est aussi divisé en deux (la salle commune, et le bloc d'isolement avec 06 chambres), un bureau du chef de service, et un autre pour les urgences accompagné d'une salle d'attente.

b. Le service femme :

Avec 08 lits une petite cour, une cuisine, une salle, 03 chambre d'isolement, un bureau de consultation, un autre pour le médecin-chef.

c. Capacité humaine :

- On trouve 06 psychiatres.

Quatre (04) maitres-assistants, deux psychiatres et un CES en psychiatrie

- Deux psychologues
- 08 infirmiers pour le service homme et six (06) pour le service femme.

d. Condition de recherche :

Notre stage a duré (60) jours, à savoir du 12 mars 2017 au 12 mai 2017, au service de psychiatrie a l'hôpital Frantz fanon de Bejaia.

**4. Sélection du groupe de recherche:**

Notre étude a été menée sur un groupe de mères de schizophrènes. On à sélectionné quatre cas d'une façon hiérarchique, dont l'âge entre 54 ans et 63 ans, Pour faciliter la rencontre avec les mamans ayant des enfants schizophrènes pris en charge dans l'hôpital Frantz fanon ou services cités ci-dessus, Nous avons utilisé les heures de visite des parents.

➤ **Caractéristique de choix du groupe de recherche :**

Voir le tableau ci-dessous

Nom	Age	Situation Matrimonial	Niveau d'instruction	Profession	La pathologie de l'enfant	Age des schizophrènes
<b>ELZA</b>	54 ans	mariée	7 <sup>eme</sup> année CEM	Agent de nettoyage	Psychose déficitaire	<b>22 ans</b>
<b>SARAH</b>	58 ans	mariée	sans niveau d'instruction	femme au foyer	Schizophrénie paranoïde	<b>28 ans</b>
<b>ASSIA</b>	63 ans	mariée	aucun niveau d'instruction	femme au foyer	Schizophrénie simple	<b>30 ans</b>
<b>CELIA</b>	54 ans	mariée	aucun niveau d'instruction	femme au foyer	Schizophrénie simple	<b>28 ans</b>

*-Tableau N°01 récapitulatif des caractéristiques de choix du groupe de recherche -*

➤ **Critères d'inclusion des mères de schizophrènes :**

- Les mamans de schizophrènes atteints de schizophrénie simple ou d'autre type.
- Les mamans ayant un enfant atteint de schizophrénie âgée entre 20 et 35 ans.

## 5. Les outils de recherches :

### a. Entretien clinique de recherche :

L'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné. « L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens [...] vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». Il est donc le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de la méthode clinique qui comprend :

- Une clinique « à mains nues », l'observation et l'entretien.
- Une clinique instrumentale (testes projectif, échelle clinique...etc.)

L'entretien clinique a une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même par exemple : l'histoire personnelle du sujet, son histoire familiale, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité... etc. (Bénony & Chahraoui, 1999, p.11, 12,13).

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

- D'aide ou soins psychologique.
- De diagnostique ou d'évaluation psychologique.
- Ou de recherche clinique.

Cette visée de traitement ou de diagnostic distingue l'entretien clinique utilisé en psychologie clinique et l'entretien utilisé dans les enquêtes sociales ou pratiquées dans d'autres disciplines des sciences humaines. (Bénony & Chahraoui, p13).

### b. L'entretien semi directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien ; il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée,

mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet. (Bénony & Chahraoui, P16)

Le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (Bénony & Chahraoui. P16)

### **c. Guide d'entretien :**

Au niveau méthodologique, l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, terrassant les hypothèses construites autour de la problématique explorée. Le guide d'entretien construit en fonction des objectifs de la recherche, les structures de l'entretien et en est un de ses fondements. (GALLON Elise, 2011, P 181).

Notre guide d'entretien est divisé en quatre axes, chaque axe contient des questions soit principales ou secondaires qui sont :

Axe N°1 : information sur les mamans.

Axe N°2 : information sur l'enfant et sa pathologie.

Axe N°3 : information sur les stratégies de coping.

Axe N°4 : information sur la qualité de vie.

### **d. Les échelles de mesures :**

- **Le test de coping : Le CISS d'Endler et Parker (1990)**

Il a été mis au point dans le cadre théorique du modèle interactionniste de l'anxiété, du stress et du *coping* (Endler, 1988 ; Endler & Parker, 1990). Il vise à évaluer de façon fidèle et valide les stratégies d'ajustement habituellement utilisées par un sujet

lors d'une situation stressante. Le CISS ajoute aux deux stratégies de base que sont le *coping* centré sur l'*émotion* et le *coping* centré sur le *problème* (et pour lesquelles il y a un consensus dans les recherches), une troisième dimension nommée *évitement* qui peut inclure des stratégies soit orientées vers la personne, soit orientées vers la tâche. (Rolland 1998)

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

L'objectif de départ des auteurs était de distinguer deux dimensions : un coping centré sur l'émotion et un coping centré sur le problème. On peut souligner le souci des auteurs d'assurer la validité de contenu des items (d'origine empirique et rationnelle). Un premier inventaire de 70 items fut administré à 559 étudiants e 1988, avec des consignes « trait » (fréquence relative de chaque réponse coping).

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

discuté). Enfin cet outil évalue des styles de coping (disposition) et non coping comme processus transactionnel.

La CISS a le mérite, par rapport à d'autres mesures du coping, d'évaluer des facteurs stables. Elle vise donc des styles de coping (dispositionnels) et non un coping défini comme une transaction individu-environnement. Fort heureusement, les auteurs ont développé une version de la CISS orientée vers la situation, évaluant les aspects processuels du coping (Endler et al.1994). Il faut souligner également le travail remarquable d'adaptation française et de validation de la CISS sur 1056 sujets effectué par Rolland (1998). Nous ne pouvons présenter cette version française du CISS au lecteur (elle est protégée par un copyright). (Marilou Bruchon-Schweitzer, paris, 2002, P366-367).

#### **6. Cadre et définition de coping :**

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

- **Le coping orienté vers la tâche :** décrit des efforts pour résoudre le problème, le restructurer sur le plan cognitif ou pour tenter de modifier la situation.
- **Le coping orienté vers l'émotion :** décrit les réactions émotionnelles dans le but de réduire le stress (ex : m'en vouloir d'être trop émotif, me mettre en colère, devenir tendu).
- **Le coping orienté vers l'évitement :** décrit les activités et les modifications cognitives visant à éviter la situation stressante. Les moyens d'apaiser le stress

sont soit la distraction avec d'autres situations, soit la diversion sociale (avec d'autres personnes).

### **7. Structuration de l'outil :**

#### **➤ Le CISS comprend trois échelles :**

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

#### **➤ Le matériel d'échelle :**

Le CISS est une mesure multidimensionnelle du coping qui comporte 48 items. Il évalue les dimensions du coping orientées sur la tâche, l'émotion et l'évitement. Le coping orienté sur l'évitement est évalué comme ayant une composante de diversion sociale et de distraction.

Le matériel est constitué des éléments suivants :

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

On demande au sujet « d'indiquer dans quelle mesure il s'engage dans ce type d'activité quand il rencontre une difficulté, une situation stressante ou déstabilisante » (Jean-Pierre Rolland, 1998, P2).

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

➤ **Temps de passation :**

Le CISS peut être passé en 10 minutes environ

➤ **La cotation :**

5 notes sont calculées : 3 notes pour les échelles : tâche (T), émotion (E) et évitement (A), et 2 notes pour les 2 composantes de l'évitement : distraction (D) et division sociale (SD).

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

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

L'étendue possible pour chacune des notes aux trois échelles (tâche, émotions et évitement) est de 16 à 80. L'étendue pour la note à l'échelle D (distraction) de 8 items est de 8 à 40. Et pour la note à l'échelle SD (division sociale) de 5 items, de 5 à 25.

➤ **Interprétation des notes aux échelles du CISS :**

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

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

➤ **La note T :**

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

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

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

<b>Rang</b>	<b>Indication</b>
Au-dessus de 70	De loin au-dessus de la moyenne
66 à 70	Très au-dessus de la moyenne
61 à 65	Au-dessus de la moyenne
56 à 60	légèrement au-dessus de la moyenne
45 à 55	Moyenne
40 à 44	légèrement en-dessous de la moyenne
35 à 39	en dessous de la moyenne
30 à 34	très en dessous de la moyenne
En dessous de 30	de loin en dessous de la moyenne

*Tableau N°02: guide d'interprétation des notes T*

- **L'échelle de qualité de vie questionnaire généraliste MOS-SF-36 :**

Cette échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie est issue de la Medical Outcome Study (Ware and Sherborne 1992) qui était constituée de 149 items. L'échelle dérivée n'en contient plus que 36, et une version raccourcie en présente 12. (<https://www.scribd.com/doc/59168437/EchellesDeQualiteDeVieSF12etSF36>)

Elle se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré de 36 questions auxquelles le sujet est invité à répondre. Il s'agit d'une échelle de qualité de vie générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. Le SF-36 évalue 8 dimensions de la santé. Pour chacune, on obtient un score variant de 0 à 100, les scores tendant vers 100 indiquant une meilleure qualité de vie. A partir de ces huit échelles, il est possible de calculer deux scores synthétiques qui ont été identifiés par analyse factorielle : un score agrégé de santé physique et un score agrégé de santé mentale. Le SF-36 se prête aux enquêtes en population générale et peut être administré à des personnes de plus de 14 ans. (<https://www.scribd.com/doc/59168437/EchellesDeQualiteDeVieSF12etSF36>)

Le questionnaire SF-36 permet de renseigner 8 dimensions distinctes, dont le contenu et Plusieurs items sont regroupés pour constituer le score de chaque dimension. Les dimensions elles-mêmes peuvent être regroupées pour constituer un score résumé physique et un score résumé psychique. Le tableau ci-après indique sommairement comment ces regroupements sont effectués. (Olivier GARDENAL, 2004)

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)
1, 2, 6, 11b et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0 point
	2	75 points		2	20 points
	3	50 points		3	40 points
	4	25 points		4	60 points
	5	0 point		5	80 points
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j	1	0 point		10, 11a et 11c	6
	2	50 points	1		0 point
	3	100 points	2		25 points
4a, 4b, 4c, 4d et 5a, 5b, 5c	1	0 points	3		50 points
	2	100 points	4		75 points
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	100 points	5	100 points	
	2	80 points			
	3	60 points			
	4	40 points			
	5	20 points			
	6	0 point			
Dimension	Calcul du score		Dimension	Calcul du score	
PF= Fonctionnement Physique	somme des notes obtenues aux items 3a,3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j <b>divisée par 10</b>		VT = Vitalité	Somme des notes obtenues aux items 9a, 9e, 9g et 9i <b>divisée par 4</b>	
RP = Limitation physique	somme des notes obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d <b>divisée par 4</b>		SF= Fonctionnement Social	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 <b>divisée par 2</b>	
BP=Douleur Physique	somme des notes obtenues aux items 7 et 8 <b>divisée par 2</b>		RE = Limitation Emotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a, 5b, et 5d <b>divisée par 3</b>	
GH= Santé Générale	somme des notes obtenues aux items 1,2, 11a, 11b, 11c et 11d <b>divisée par 6</b>		MH=Santé Psychique	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f et 9h <b>divisée par 5</b>	
<b>SCORE PHYSIQUE</b>	somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus <b>divisée par 4</b>		<b>SCORE MENTAL</b>	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus <b>divisée par 4</b>	

- Tableau N°03 : Mode de calcul des scores-

A chaque dimension est associée un score compris entre 0 (qualité nulle) et 100 (qualité maximale), de même que pour les scores résumés physiques (PCS) et psychiques (MCS). Le mode de calcul est basé sur une addition de points donnés selon les réponses aux questions concernées, suivi d'un algorithme de calcul (Annexe V). On dispose actuellement d'une importante base de données SF-36 pour diverses populations (générale, par sexe, par âge, par maladie) à titre de référence, permettant ainsi des analyses comparatives. (Olivier GARDENAL, 2004)

- **Les instruments génériques de l'échelle SF36**

Parmi les instruments génériques de mesure de l'état de santé, le SF-36 est peut-être celui qui souffre le moins «d'effet-plafond» (proportion de répondants ayant le score maximum en population générale). Cela signifie qu'il peut être mieux à même de détecter des différences ou des changements au cours du temps. En revanche, le SF-36 peut poser des problèmes «d'effet-plancher» important, lorsque les patients sont très atteints (une proportion élevée de patients ayant le score minimum de 0) (12). Quoique d'utilisation très large, le questionnaire SF-36 présente quelques limitations. (Olivier GARDENAL, 2004)

Malgré sa simplicité apparente, il comporte des instructions assez longues et spécifiques, ce qui peut poser des difficultés à des personnes peu éduquées, ayant des déficits cognitifs, ou n'ayant pas l'habitude de remplir des questionnaires. Cet instrument peut également poser problème pour des populations marginalisées (alcooliques, illettrés fonctionnels). En outre, le SF-36 est normatif dans le sens où on suppose que le répondant mène une vie «normale» au sens d'une société occidentale du début du XXI<sup>ème</sup> siècle. Il n'est pas vraiment adapté à des personnes vivant en institution (armée, prison, maison de retraite, pensionnat, hôpital). De même, il peut être inadapté à certaines formes de vie sociale non occidentalisée. (Olivier GARDENAL, 2004).

**8. Déroulement de la recherche :**

Notre stage pratique s'est déroulé à l'hôpital Frantz fanon de Bejaia, service psychiatrie qui est composé de deux unités : service hommes et service femmes, d'une durée de deux mois.

Les conditions dans lesquelles on a effectué notre recherche ne sont pas favorables, nous avons eu des difficultés par rapport à la sélection des cas, qui découle à l'indisponibilité de temps des mamans, ainsi que de leurs conditions socioéconomiques et leur lieu d'habitation qui est loin de la ville.

Le déroulement de l'entretien et la passation des deux échelles sont élaborées dans les salles d'attentes des deux services suite à l'occupation du bureau du psychologue, on a réussi à passer le tout ensemble dans une durée d'une heure pour chaque cas, 30 minutes pour l'entretien sachant que ce dernier compose de 11 questions et 15 minute pour la passation de chaque échelle le CISS et MOS-SF-36, les mamans se sont montrées compréhensives et collaboratrices avec nous.

## **Chapitre V : Analyse et discussion des résultats**

1. Présentation des cas et analyse des résultats
2. Récapitulatif des quatre cas du CISS
3. Récapitulatif des quatre cas de l'échelle SF-36
4. synthèse générale des cas
5. Discussion des hypothèses

## **1. PRESENTATION DES CAS ET ANALYSES DES RESULTATS :**

### **Présentation de Madame Elza**

#### **Présentation et analyse de l'entretien :**

Madame Elza est une mère de 54 ans, mariée depuis 30 ans. Elle a 3 enfants dont une fille et deux garçons. Sa fille âgée de 22 ans avec un niveau d'instruction ne dépassant pas la 7<sup>ème</sup> année fondamentale est atteinte d'une psychose déficitaire depuis l'âge de 14ans.

Cette maman d'un niveau d'instruction 9AF, a été élevée en tant qu'orpheline. Marié à l'âge de 27 ans, Madame Elza est issu d'un milieu socioéconomique bas. Elle a travaillé en tant que nourrice puis en tant que agent de nettoyage dans des structures étatiques actuellement où elle considère être surmenée par son patron. Elle n'a pas de moment de répit et a été victime d'une mise à pied à la suite d'une absence durant laquelle elle devait se présenter à l'hôpital rendre visite à sa fille malade. Son niveau de vie aléatoire retenti sur sa négligence vestimentaire inadéquate pour la saison. Son mari était ouvrier dans une entreprise. Il est aujourd'hui en retraite suite à ses problèmes de cœur qui l'empêchent de subvenir aux besoins de sa femme et de ses enfants.

Les troubles de leur fille unique ont commencés à l'âge de 14 ans par des difficultés scolaire après l'obtention difficile de l'examen de 6ème année. Elle finit par abandonner en 7AF. L'enfant mineure est donc orientée vers un suivi psychologique dès la reconnaissance des troubles par la mère, ce qui, d'après elle, n'a pas donné de résultats positifs.

Ce 2ème enfant aimé et chéri par ses parents. Fille unique de la fratrie, elle a monopolisé les efforts de sa mère. Celle-ci a employé tous les moyens nécessaires pour améliorer sa santé morale, mais malgré tous les efforts consentis, la fille présente une agressivité au sein de la famille et cela a poussé les parents vers son hospitalisation l'année en cours, avril 2017 au Service psychiatrique de l'hôpital

FRANTZ FANON de Bejaia car la patiente a rechuté suite à un abandon de traitement bien qu'elle était traitée à titre externe par son médecin traitant.

A l'annonce de cette rechute, qui a commencé par un refus de se nourrir à la maison, plus précisément des plats préparés par la maman. La maman affirme l'avoir prise chez des marabouts pour tenter une éventuelle amélioration qui s'est soldée par un échec alors que la mère avait déboursé toutes les économies de son travail pour subvenir aux soins médicaux de sa fille. Mme Elza, consciente de la maladie de sa fille, affirme que « ce trouble est imprévisible » et « qu'elle a souvent été violente envers moi ». Aujourd'hui âgée de 22 ans, elle a rechuté ceci étant due à une humiliation par son frère la traitant de "folle" suite au traitement prescrit par les psychiatres. Ainsi ce dernier met en évidence que ses médecins traitant « sont pour les fous » « que ta maman te prends chez les médecins pour les fous ».

Aujourd'hui la mère étant troublée par la situation, lutte pour la stabilité de sa fille qui la rejette depuis plus de 3 mois. Cette dernière rapporte la notion de problématique familiale. Cette jeune fille souffre de troubles de comportements et une insuffisance mentale manifeste et éventuellement de troubles de persécution, de troubles hallucinatoires et délirants. Elle est actuellement prise en charge au CHU.

### **Synthèse de l'entretien :**

Notre entretien met en évidence le quotidien déplorable de Mme Elza. Nous constatons une souffrance interne qui influence son état psychique. Elle se sacrifie au travail tout en sachant au fond d'elle même que ses efforts sont voués à l'échec. Sa détresse est profonde de par le fait que l'état de sa fille ne s'améliore pas. Ses larmes durant l'entretien, en disent long sur l'angoisse vécue au quotidien depuis l'apparition des premiers symptômes de la maladie de sa fille. Son manque de soutien de son entourage immédiat dans les tâches internes et externes du foyer aggravent le chaos de son existence.

**Présentation des résultats et analyse des notes de l'échelle du CISS d'Endler et Parker :**

<b>Les stratégies</b>	<b>La note brute</b>	<b>Le Note T</b>	<b>Le percentile %</b>	<b>Interprétation de la note T</b>
<b>La tache</b>	57	49	46%	<b>Moyenne</b>
<b>L'émotion</b>	51	53	62%	<b>Moyenne</b>
<b>L'évitement</b>	53	59	82%	<b>Légèrement au-dessous de la moyenne</b>
<b>Distraction</b>	23	56	73%	<b>Légèrement au-dessous de la moyenne</b>
<b>Diversion sociale</b>	19	55	69%	<b>Moyenne</b>

**-Tableau N°04 Résultats CISS cas d'Elza-**

D'après l'échelle passée par notre patiente, nous constatons qu'elle adopte des stratégies de coping centré sur l'évitement qui est la plus élevée, d'un percentile la plaçant au 82<sup>ème</sup> rang, puis la distraction, qui elle aussi se trouve légèrement au de la moyenne et la stratégie centré sur la diversion sociale dans la moyenne. Pour ce qui est de l'émotion et la tache sont dans la moyenne.

**Synthèse des résultats du CISS :**

Selon les résultats obtenus on note que notre patiente n'a pas un coping qualifiant la norme car elle utilise un coping centré sur l'évitement, qui est la plus dominante c'est-à-dire élevé par rapport à la norme.

**Présentation des résultats et analyse du questionnaire généraliste SF-36 de Mme****Elza:**

	Dimensions physiques				Dimensions mentales				
Dimensions	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	35	75	65	54,15	27,5	62,5	100	20	54,89
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	56,93	52,15	64,3

**-Tableau N°05 Résultats SF-36 cas d'Elza-****1. Les dimensions physiques :**

- Fonctionnement physique PF qui est de  $35 < 70,61$
- Limitation physique RP qui est de  $75 > 52,92$
- Douleurs physique BP qui est de  $65 < 70,38$
- Santé générale GH qui est de  $54,15 < 78,77$

Nous remarquons que Mme Elza présente une estimation très basse du fonctionnement physique PF, mais aussi la douleur physique BP et santé générale GH sont plus ou moins inférieure à la norme du SF-36, tant dis que nous avons constaté une limitation physique supérieur à la norme.

**2. Les dimensions mentales :**

- Vitalité VT qui est de  $27,5 < 70,38$
- Fonctionnement Social SF qui est de  $62,5 < 65,78$
- Limitation Emotionnelle RE qui est de  $100 > 56,93$
- Santé Mentale MH qui est de  $20 < 52,15$

Pour ce qui est des dimensions mentales Mme Elza, présente une estimation médiocre de la santé mentale MH et de la vitalité VT, cela dit un fonctionnement social légèrement inférieur à la norme SF-36. Cependant une évaluation dominante de la limitation émotionnelle qui est de  $100 > 56,93$ .

**Synthèse des résultats SF-36 :**

La qualité de vie globale de Mme Elza est évaluée de 54,89, elle est inférieure par rapport à la norme du SF-36 qui est de 64.30, même si elle présente des normes élevées dans certaines dimensions. Comme nous l'avons constaté. L'évaluation des dimensions physique et mentale, sont des normes inférieures, supérieures ou proches par rapport à l'échelle SF-36. (Voir tableau 05).

## **Présentation de Madame Sarah**

### **Présentation et analyse de l'entretien :**

Sarah est une maman âgée de 58 ans, sans niveau d'instruction, mariée à l'âge de 16 ans par un père très sévère. Issu d'un niveau socioéconomique bas. Le père est un émigré ouvrier dans la mécanique. Cette maman a 6 enfants, 4 filles et 2 garçons dont une fille atteinte de schizophrénie paranoïde.

Mme Sarah a élevé tant bien que mal sans l'aide, ni de la famille ni du mari qui très avare, ne contribue que rarement aux besoins de sa femme et de ses enfants. Elle a affirmé durant l'entretien n'avoir aucune liberté d'agir ni de sortir. Ses moyens financiers sont rudimentaires. La présence du père dans le foyer est irrégulière, marquée par une violence verbale et un refus de contact social et familial même envers ses propre enfants qui ont manqué d'amour et de chaleur paternels.

Cette jeune fille qui est la 5eme née de la fratrie, est âgée de 28 ans aujourd'hui. Ses problèmes ont débuté à l'adolescence et se sont traduits par des comportements inadéquats et une humeur irrégulière remarquée par sa mère, à savoir un excès d'achats vestimentaires et cosmétiques, mettre de la musique jusqu'à perturber l'entourage et manger en se salissant. La maman n'aimait pas trop discuter avec elle suite à ses gros troubles de comportements. Elle vie dans la terreur de sa fille qui était violente et a des réactions impulsives incontrôlées et toujours animée d'un sentiment de vengeance.

En classe de terminale, a l'âge de 22ans elle a développé de l'agressivité envers sa mère et son père jusqu'à menacer sa mère de la tuer si elle sortait de la chambre lors d'un épisode violent. La mère ne sachant pas quoi faire, restait parfois des nuits enfermées dans la chambre pour éviter tout contact avec elle car son mari n'est pas toujours présent pour prendre sa défense.

Ainsi leur fille a été hospitalisée au CHU Frantz Fanon trois fois de suite durant la même année 2011 puis récemment en 2017 suite à une interruption de traitement alors qu'elle disait avoir pris ses médicaments que la maman retrouvait dans les poubelles.

Elle aimait mener une vie secrète et ne partageait aucun projet avec sa famille et n'aime surtout pas être commandée. Elle refuse de nettoyer sa chambre et ses vêtements, en disant à sa mère que « tu es là pour ça » et affirme qu'elle ne veut plus figurer dans le livret de famille. Elle a aussi déjà tenté de se suicider et menace jusqu'à présent de le faire une fois sortie de l'hôpital.

Cette jeune fille souffre d'instabilité psychomotrice, insomniaque, a une activité délirante et de persécution à mécanisme hallucinatoire. Elle affirme entendre des voix qui lui disent que « tes parents te veulent du mal » et qu'elle entendait des hommes, des femmes et des enfants crier.

### **Synthèse de l'entretien :**

Notre entretien révèle un déchirement familial au sein duquel cette jeune fille est une victime. Les différents facteurs intrafamiliaux ont eu un impact négatif, essentiellement sur cette jeune malade. La maman dépourvue de pouvoirs et de moyens est sous l'emprise d'un mari insensible aux besoins de sa femme et de sa fille. Elle ne sort jamais et n'a aucune occasion ni pouvoir de penser à elle-même car elle est accablée par un quotidien pénible à gérer pour une femme seule et démunie.

**Présentation des résultats et analyse des notes de l'échelle du CISS d'Endler et Parker :**

<b>Les stratégies</b>	<b>La note brute</b>	<b>Le Note T</b>	<b>Le percentile %</b>	<b>Interprétation de la note T</b>
<b>La tache</b>	56	48	42 %	<b>Moyenne</b>
<b>L'émotion</b>	57	58	79 %	<b>Légèrement au-dessus de la moyenne</b>
<b>L'évitement</b>	32	41	18 %	<b>légèrement en-dessous de la moyenne</b>
<b>Distraction</b>	20	51	54 %	<b>moyenne</b>
<b>Diversión sociale</b>	6	32	4 %	<b>Très en dessous de la moyenne</b>

*-Tableau N°06 Résultats CISS cas de Sarah-*

D'après les notes du tableau N°2 de notre patiente, selon ses résultats, Mme Sarah est centré sur l'émotion et la diversion sociale sont en enclin c'est-à-dire en dessous de la moyenne. En ce qui concerne la tâche et la diversion sociale selon la note T sont dans la moyenne. Tant dis que y a une forte estimation de la stratégie de coping centré sur l'émotion qui est de 79 % ce qui conclut une norme loin de la moyenne. (Voir Tableau N°06)

**Synthèse des résultats du CISS :**

Selon les résultats obtenus on avance que notre patiente n'adopte pas un coping régulier ou dans les normes car elle utilise un coping centré sur l'émotion qui est de loin en dessus de la moyenne et sur tout une diversion sociale anéantis.

**Présentation des résultats et analyse du questionnaire généraliste SF-36 de Mme Sarah:**

	Dimensions physiques				Dimensions mentales				
Dimensions	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	35	75	50	33,33	40	100	100	32	58,16
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	56,93	52,15	64,3

*-Tableau N°07 Résultats SF-36 cas de Sarah-*

**3. Les dimensions physiques :**

- Fonctionnement physique PF qui est de 35 < 70,61
- Limitation physique RP qui est de 75 > 52,92
- Douleurs physique BP qui est de 50 < 70,38
- Santé générale GH qui est de 33,33 < 78,77

Nous remarquons que Mme Sarah présente une estimation très basse du fonctionnement physique PF, et aussi la douleur physique BP notamment une santé générale GH inférieur à la norme du SF-36, tant dis que nous avons constaté une limitation physique RP distinguée.

**4. Les dimensions mentales :**

- Vitalité VT qui est de 40 < 70,38
- Fonctionnement social SF qui est de 100 > 65,78
- Limitation émotionnelle RE qui est de 100 > 56,93
- Santé mentale MH qui est de 32 < 52,15

Pour ce qui est des dimensions mentales Mme Sarah, présente une estimation de la santé mentale MH pas très loin à la norme et une vitalité VT médiocre, de par

son vécu cela dit un fonctionnement social SF transcendant à la norme SF-36 et une évaluation dominante de la limitation émotionnelle RE qui est de  $100 > 56,93$ .

**Synthèse des résultats SF-36 :**

La qualité de vie globale de Mme Sarah est évaluée de 58,16 une légère diminution par rapport à la norme du SF-36 qui est de 64.30. Et dans l'évaluation des dimensions physique et mentale, nous avons remarqué des scores soit plus que la moyenne soit très en dessous de la norme par rapport à l'échelle SF-36. Ces données ne résument une bonne santé mentale loin à la norme. (Voir tableau N°07).

## **Présentation de Madame Assia**

### **Présentation et analyse de l'entretien :**

Mme Assia une mère âgée de 63 ans mariée depuis 38 ans est mère de 6 enfants, 4 garçons et 4 filles. Le père de famille est à la retraite.

Mme Assia n'a aucun niveau d'instruction, elle n'a jamais été scolarisée. C'est une femme au foyer issue d'un milieu socioéconomique bas. Elle souffre d'un cancer. Elle mène une vie d'angoisses, stress, de mal être et de regrets insurmontables. Durant l'entretien elle affirme l'anarchie dans laquelle elle vit ou le père ne communique pas, comme elle a dit « *c'est un dictateur et on dirait que nous sommes ses ennemis* » elle se sent dans l'incapacité de gérer ou de contrôler sa famille car aucun d'entre eux n'écoute ni n'applique ce qu'elle dit.

Mme Assia souffre psychologiquement du fait que l'un de ses enfants, le 4 eme de la fratrie présente une schizophrénie depuis 13ans. Il est âgé de 33 ans, son niveau d'instruction est de première année de lycée.

D'après la maman les troubles présentés par son fils ont été inattendus. Ils ont débuté à l'âge de 20 ans juste après la maladie de sa sœur qui d'après elle est possédée par le « djen » (hanté), a cela s'ajoute le harcèlement verbale du père qui se répète chaque jour dans la maison. Tout a commencé par l'échec scolaire du garçon qui a engendré fini des conséquences désastreuses, à savoir le recours à l'agressivité, le refus de sortir, des comportements inadaptés de sa part. Sa famille a pensé qu'il souffrait de la même sorte que sa sœur. Il a ensuite tenté de se suicider. Sa famille a réalisé que son cas nécessite une hospitalisation et une prise en charge thérapeutique pour se rétablir. Effectivement il a été hospitalisé pendant une courte durée à l'hôpital FRANTZ FANON de Bejaia dans le service psychiatrie pour la première fois en 2016. Après 15 jours son état s'est amélioré mais malheureusement ça n'a pas duré longtemps car il a aussitôt rechuté et réadmis a l'hopital, son état ne s'étant pas amélioré depuis a nécessité une autre admission en avril 2017.

Malgré les efforts et le dévouement de la mère dans le but d'améliorer son état morale et physique et de préserver sa stabilité, elle a mis de côté sa propre santé. Sa

rechute est due au refusé du père de le marier et la prise anarchique de son traitement car le père oblige sa femme à lui donner ses médicaments sans respecter le dosage indiqué par ses médecins traitants sans respecter l'heure de la prise de ces derniers, ce qui lui a causé une réadmission au service psychiatrique.

Aujourd'hui, Mme Assia est bouleversée et étouffée rapporte que : « *je ne sais pas est ce que je suis dans la journée au bien dans la nuit, aussi rien ne va changer dans ma situation, que Dieu prenne mon âme pour me reposer* ». Elle refuse même de consulter un médecin pour se soigner.

### **Synthèse de l'entretien :**

Cette maman sombre dans une profonde dépression. Durant notre entretien nous avons ressenti un fort sentiment de déception de n'avoir pas pu suffisamment contrôler sa famille et surtout la maladie de son fils. Elle marquait des périodes de silence qui se traduisent par une incapacité de continuer à parler. Elle avoue son échec et son sentiments d'inutilité face à cette décente aux enfers. Nous avons pu constater l'impact de répression du mari sur sa femme et ses enfants.

**Présentation des résultats et analyse des notes de l'échelle du CISS d'Endler et Parker :**

<b>Les stratégies</b>	<b>La note brute</b>	<b>Le Note T</b>	<b>Le percentile %</b>	<b>Interprétation de la note T</b>
<b>La tache</b>	42	34	6%	<b>Très en dessous de la moyenne</b>
<b>L'émotion</b>	60	60	84%	<b>Légèrement au-dessus de la moyenne</b>
<b>L'évitement</b>	37	45	31%	<b>Moyenne</b>
<b>Distraction</b>	23	56	73%	<b>Légèrement au-dessus de la moyenne</b>
<b>Diversión sociale</b>	7	34	6%	<b>Très en dessous de la moyenne</b>

*Tableau N°08 Résultats CISS- du cas Assia-*

D'après l'échelle passée par notre patiente, on note qu'elle adopte des stratégies de coping centré sur l'émotion qui est légèrement au-dessus de la norme et qui de T 60 la mettant à la 84% et distraction qui est légèrement au-dessus de la moyenne pas loin de la norme suivant les percentiles dans l'ordre de 73%, notamment l'utilisation de stratégie de coping orienté vers l'évitement qui est moyenne suivant son percentiles de 31%, et une stratégie de coping centrée sur la tâche qui est très en dessous de la moyenne avec un percentile de 6%, et elle utilise une stratégie de coping centré sur la diversion sociale T 34 qui est de loin en-dessous de la moyenne avec un percentile de 6 %.

**Synthèse des résultats du CISS :**

Selon les résultats obtenus on note que notre patiente n'a pas un coping qualifiant la norme car elle utilise un coping centré sur l'émotion qui est très élevé.

**Présentation des résultats et analyse du questionnaire générale de la qualité de vie****MOS SF 36 :**

	Dimensions physiques				Dimensions mentales				
Dimensions	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	60	25	75	12.5	25	62.5	33.33	4	37.16
MOS-SF36	<b>70.61</b>	<b>52.92</b>	<b>70.83</b>	<b>78.77</b>	<b>70.38</b>	<b>65.78</b>	<b>56.93</b>	<b>52.15</b>	<b>64.3</b>

*-Tableau N°09 Résultats SF-36 du cas Assia-***5. Les dimensions physiques :**

- Fonctionnement physique PF qui est de 60 < 70.61
- Limitation physique RP qui est de 25 < 52.92
- Douleur physique BP qui est de 75 < 70.38
- Santé générale GH qui est de 12.5 < 78.77

Nous remarquons que Mme Assia présente une estimation très basse à la norme de la limitation physique RP et aussi la santé générale GH, et une estimation proche de la norme du fonctionnement physique PF, mais aussi une douleur physique BP qui est légèrement supérieure à la norme du SF-36.

**6. Les dimensions mentales :**

- Vitalité VT qui est de 25 < 70.38
- Fonctionnement social SF qui est de 62.5 < 65
- Limitation émotionnelle RE qui est de 33.33 < 56.93
- Santé psychique MH qui est de 4 < 52.15

Pour ce qui est des dimensions mentales Mme Assia présente une estimation médiocre de la santé mentale MH, la vitalité VT et de limitation émotionnelle, cela dit un fonctionnement social légèrement inférieur à la norme SF-36.

**Synthèse des résultats du SF-36 :**

La qualité de vie globale de Mme Assia est évaluée à 37.16, elle est inférieure par rapport au score moyen référentiel du SF-36 qui est de 64.30. Et dans l'évaluation des dimensions physique et mentale altérée, nous avons aussi remarqué la majorité des dimensions sont très loin à la norme (inférieure), par rapport à l'échelle SF-36. (Voir tableau 09).

## Présentation de Madame Célia

### Présentation et analyse de l'entretien :

Mme Célia est une mère âgée de 54 ans mariée depuis 39 ans, son mari est en retraite. C'est une mère ayant 6 enfants ; 3 garçons et 3 filles.

Mme Celia est une femme illettrée, elle n'a jamais été scolarisée. C'est une femme au foyer issue d'un milieu socioéconomique moyen. Il y a de cela 4 ans elle vivait une vie tranquille, heureuse et en bonne santé jusqu'à l'apparition de la maladie de l'un de ses enfants, le quatrième de la fratrie atteint de schizophrénie de catégorie négative. Il est âgé de 29 ans. Il a abandonné ses études en troisième année universitaire. Cette maladie a négativement influencé la vie de sa maman qui à son tour s'est vue atteinte d'une maladie chronique, elle rapporte: *« j'étais bouleversée à l'annonce de sa maladie et je ne m'attendais pas qu'il vienne un jour ou je verrai un de mes enfants souffrir de cette maladie »*.

D'après la mère les troubles présentés par son fils étaient inattendus. Ils ont commencé à l'âge de 25 ans juste avant l'obtention de sa licence en 2014. ou tout a débuté par des maux de tête au point de cogner sa tête contre le mur. Il crie, il s'isole dans sa chambre, il refuse de sortir de la maison. Ses comportements sont inadaptés suivie par une auto agressivité et de l'agressivité verbale et physique envers toute la famille. C'est ce qui a poussé sa famille à l'hospitaliser à l'hôpital FRANTZ FANON de Bejaia dans le service de psychiatrie en 2017 pour une courte durée qui est de 20 jours.

Toute la famille est bouleversée et désorientée, du fait du choc reçu par la situation critique de leur frère. Cette dernière a influencé beaucoup plus sur la mère qui pleure tout le temps quand elle le voit, elle pose toujours des questions pour quoi lui ? Quelle est la cause ? Elle rapporte : *« c'est le plus sage de mes enfants, il respecte tous ses proches et aimé de tous, il aime la lecture mais quelle est la cause de sa situation? »*, Elle n'arrête pas de penser à l'état de son fils

Aujourd'hui Mme Celia est éprouvée par la situation de son fils qui ne se stabilise pas et qui est devenue une source de perturbation de l'ensemble de la famille.

**Synthèse de l'entretien :**

Mme Celia semblait désemparée, elle a vécu et vit à ce jour un traumatisme lié à la maladie de son fils. Elle a développé de l'angoisse, du stress et de l'hypertension. Aussi cette maman semble ne pas accepter la maladie de son fils car elle refuse que son entourage en parle, cependant elle craint beaucoup de le laisser seul malgré la peur de ses comportements imprévisibles envers lui-même et les autres. La mère semble prisonnière de la maladie de son enfant tant aimé.

**Présentation des résultats et analyse des notes de l'échelle du CISS d'Endler et Parker :**

<b>Les stratégies</b>	<b>La note brute</b>	<b>Le Note T</b>	<b>Le percentile %</b>	<b>Interprétation de la note T</b>
<b>La tache</b>	47	39	14%	<b>En dessous de la moyenne</b>
<b>L'émotion</b>	57	58	79%	<b>Légèrement au-dessus de la moyenne</b>
<b>L'évitement</b>	53	59	82%	<b>Légèrement au-dessus de la moyenne</b>
<b>Distraction</b>	24	57	76%	<b>Légèrement au-dessus de la moyenne</b>
<b>Diversion sociale</b>	17	51	54%	<b>Moyenne</b>

*-Tableau N°10 Résultats CISS cas de Célia-*

D'après l'échelle passée par notre patiente, on note qu'elle adopte une stratégie de coping d'évitement T59 légèrement au-dessous de la moyenne de 82 %. Puis juste au-dessous, la stratégie de l'émotion de T58 la plaçant à la 79 percentile vient ensuite la stratégie de distraction T57 a la 76<sup>eme</sup> percentile. notamment l'utilisation de stratégie de coping orienté vers la diversion social qui est moyenne suivant son percentiles de 54%, et une stratégie de coping centrée sur la tâche très en dessous de la moyenne avec un percentile de 14%.

**Synthèse des résultats du CISS :**

Selon les résultats obtenus on note que notre patiente n'a pas un coping qualifiant la norme car elle utilise un coping centré sur l'émotion qui est légèrement élevé.

**Présentation des résultats et analyse du questionnaire générale de la qualité de vie MOS SF 36 :**

Dimensions	Dimensions physiques				Dimensions mentales				QDV Globale
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	80	25	55	29.16	30	50	33.33	20	40.31
MOS-SF36	<b>70.61</b>	<b>52.92</b>	<b>70.83</b>	<b>78.77</b>	<b>70.38</b>	<b>65.78</b>	<b>56.93</b>	<b>52.15</b>	<b>64.3</b>

*-Tableau N°11 Résultats SF-36 cas de Célia-*

**7. Les dimensions physiques :**

- Fonctionnement physique PF qui est de  $25 < 70.61$
- Limitation physique RP qui est de  $25 < 52.92$
- Douleur physique BP qui est de  $55 < 70.38$
- Santé générale GH qui est de  $29.16 < 78.77$

Nous remarquons que Mme celia présente une estimation très basse à la norme du fonctionnement physique PF, limitation physique RP et aussi la santé générale GH, mais aussi une douleur physique BP qui est plus ou moins inférieur à la norme du SF-36.

**8. Les dimensions mentales :**

- Vitalité VT qui est de  $30 < 70.38$
- Fonctionnement social SF qui est de  $50 < 65$
- Limitation émotionnelle RE qui est de  $33.33 < 56.93$
- Santé psychique MH qui est de  $20 < 52.15$

Pour ce qui est des dimensions mentales Mme Celia présente une estimation médiocre de la santé mentale MH, la vitalité VT et de limitation émotionnelle, cela dit un fonctionnement social légèrement inférieur à la norme SF-36.

**Synthèse des résultats SF-36:**

La qualité de vie globale de Mme Celia est évaluée à 40.31, elle est inférieure par rapport au score moyen référentiel du SF-36 qui est de 64.30. Et dans l'évaluation des dimensions physique et mentale, nous avons remarqué des normes inférieures, supérieures ou proches de la norme par rapport à l'échelle SF-36. D'après l'analyse de l'échelle MOS SF-36, on distingue que cette maman est altérée des deux côtés physique et mentale et cela est bien déterminé par leurs taux globaux (voir tableau 11).

## 2. Récapitulatif des quatre cas selon le CISS:

### a. Tableau récapitulatif des cas

Les cas	Les Stratégies centrées sur La Tache (T)	les stratégies centrées sur l'émotion (T)	les stratégies centrées sur l'évitement (T)			les stratégies utilisées
			l'évitement (T)	distraktion (T)	diversion social (T)	
<b>ELZA</b>	49	53	59	56	55	Evitement
<b>SARAH</b>	48	58	41	52	32	Emotion et diversion sociale
<b>ASSIA</b>	34	60	45	56	34	Emotion, évitement et diversion sociale
<b>CELIA</b>	39	58	59	57	51	Evitement et émotion

*-tableaux N°12 synthèses des cas d'après le CISS-*

### Conclusion :

D'après le tableau récapitulatif des cas selon l'échelle du CISS, parmi trois cas adoptent une stratégie centrées sur l'émotion est seulement un cas adopte la stratégie d'ajustement centrées sur l'évitement.

### 3. RECAPITULATIF DE L'ECHELLE MOS-SF-36 :

#### b. Tableau récapitulatif des cas :

les cas	dimensions physique				dimensions mental				Score global	QDV gble
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH		
<b>ELZA</b>	35	75	65	54.15	27.5	62.5	100	20	54.89	64.3
<b>SARAH</b>	35	75	50	33.33	40	100	100	32	58.16	
<b>ASSIA</b>	60	25	75	12.5	25	62.5	33.33	4	37.16	
<b>CELIA</b>	80	25	55	29.16	30	50	33.33	20	40.31	

*-Tableaux N°13 synthèse des cas MOS-SF-36-*

#### Conclusion :

Selon le tableau du SF-36, nous remarquons que 2 cas de notre population ont une estimation très basse à la norme de la Qualité De Vie globale, et 2 cas ont un score pas très loin à la norme mais cela ne résume pas une qualité de vie honorable pour nos deux cas.

#### 4. Synthèse générales des cas :

Durant les entretiens et la passation des échelles, SF-36 et CISS, nous allons synthétiser les résultats obtenus de nos quatre cas en fonction des normes de chacun en les partageants en deux groupes.

Le premier groupe est composé de Mme Assia, Mme Sarah et Mme Célia. **Mme Assia** à laquelle le mari impose des règles, et dont son fils est atteint de schizophrénie, est exposée à une déception et sombre dans un malaise incommensurable pour n'avoir pas réussi à créer un équilibre et une stabilité permanente dans son foyer. Elle est soumise à des contraintes qui engendrent chez elle du stress. Son coping est négatif centré sur l'émotion avec une absence de tâches et de diversion sociale selon l'interprétation des notes T du CISS. Cela résume son incapacité à extérioriser ses douleurs. Son mari ne communique que très rarement en plus du poids de sa maladie survenue suite aux tensions familiales prédominantes dans sa vie comme nous l'avons déduit par un score très faible de QDV. De même pour **Mme Sarah** qui aurait pu être pleine de vie mais n'a jamais eu de pouvoir et de moyens à la maison en plus de la maltraitance de son mari et de l'impossibilité d'agir, de sortir ou de recevoir sa famille. Cette maman manifeste une stratégie de coping centrée sur l'émotion et une diversion sociale inexistante comme nous l'avons confirmé par le CISS qui est de loin au-dessus de la moyenne. Les différents facteurs intrafamiliaux l'ont poussé à manifester un dégoût profond. Cette maman avoue un quotidien pénible à gérer. Nous notons chez elle un empiétement de son mari sur son temps de loisirs en plus des difficultés financières dont elle souffre beaucoup et cela est déterminé aussi bien par le taux global du SF-36. La dimension la plus marquée est le fonctionnement social. Quant à **Mme Célia**, elle semblait perdue pendant l'entretien suite à la maladie de son fils à laquelle elle ne s'attendait pas. Elle a développé une maladie chronique en plus du refus d'accepter la maladie de ce dernier atteint de schizophrénie, ce qui l'a épuisé physiquement et moralement. Selon les données du CISS elle présente une stratégie de coping négative centrée sur l'émotion et une passivité par rapport à l'évitement et la tâche. Cette maman est éprouvée, ce qui confirme son activité restreinte. Elle présente aussi un malaise inexprimé dans les relations sociales et familiales ce qui est confirmé

par son score global de la QDV qui est assez loin de la norme. Selon le tableau N°13 nous voyons que sa santé psychique est altérée.

En ce qui concerne **Mme Elza**, l'entretien nous dévoile une femme introvertie qui use beaucoup de ses forces sans se plaindre de la situation, elle est très active et travaille énormément dans différents emplacements. Cependant Mme Elza accepte les choses telles qu'elles sont depuis l'apparition de la maladie de sa fille qui a aggravé ses souffrances. Elle se sacrifie au travail, dans la maison pour son mari invalide et pour sa fille. Elle vit avec une absence de soutien familial et social. Comme nous l'avons vérifié par l'échelle de coping CISS d'après laquelle nous avons obtenu un résultat négatif néanmoins centré sur l'évitement. Sa stratégie de coping est différente du reste de notre population de recherche. Toutefois Son quotidien et ses efforts excessifs se voient au niveau de sa limitation physique qui dépasse la norme de la dimension QDV ce qui confirme ses travaux multiples.

## 5. DISCUSSION DES HYPOTHESES :

Dans cette partie, à partir des résultats obtenus à savoir l'interprétation de l'entretien clinique semi-directif, des deux échelles, CISS et SF-36 élaborées sur nos quatre cas. Nous avons mis en pratique deux hypothèses pour une étude rationnelle de nos cas. La première hypothèse est comme suit: « **La prédominance des stratégies de coping utilisés par les mamans d'enfants schizophrènes sont celles qui sont centrées sur l'émotion**» la seconde hypothèse « **Plus les mamans utilisent les stratégies de coping centrées sur l'émotion ou l'évitement plus la qualité de vie et médiocre** ».

L'objectif de ces hypothèses porte sur les différentes stratégies de coping utilisées par les mères d'enfant schizophrène pour s'adapter au lourd fardeau de leur vécu au quotidien avec leurs enfants atteints de cette psychose à savoir la schizophrénie qui est considérée comme une pathologie incomprise car le patient atteint semble ne pas se plaindre de la situation, mais c'est surtout l'entourage qui subit et qui souffre car le quotidien est difficile à gérer. Le comportement de ces malades est en perpétuel changement. Cette psychose entretient surtout le mal-être pour les mamans qui gèrent ces enfants atteints. Parallèlement le mécanisme de coping met en place une stratégie d'adaptation de la mère pour faire face aux événements majeurs susceptibles de les mettre en difficultés.

Ces stratégies ont été élaboré pour la première fois telles qu'elles sont aujourd'hui par LAZARUS et LAUNIER (1978) qui ont proposé de classer les événements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisaient les individus. Or ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents. Suite à l'analyse des entretiens et l'interprétation des échelles des cas que nous avons élaborés au préalable, porté sur quatre cas, trois cas ont confirmés notre première hypothèse à savoir **Mme Célia** qui confirme la première hypothèse adopte une stratégie de coping centrée sur l'émotion mais refuse l'idée d'avoir un enfant atteint de schizophrénie. Dans deux études différentes, Mc CRAE (1984) a montré en effet que c'est l'évaluation primaire de la situation stressante qui

détermine le choix d'une stratégie de coping. Un événement vécu comme une perte induit plutôt l'expression émotionnelle et le fatalisme (résignation) ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses. (Marilou B.SCHWEITZER, 2001, p73)

Le coping négatif implique une articulation retrait et refus mais cette deuxième structure s'organise autour de la dénégation, de retrait mental et de l'alexithymie (difficulté à gérer ses propres émotions). (Laboratoire, personnalisation et changement sociaux)

**Mme Assia** et **Mme Sarah** qui adoptent aussi bien les stratégies centrées sur l'émotion, la tâche et la diversion sociale. Nous comprenons donc que l'individu élabore des stratégies de coping tendant à se modifier lui-même, dans le but de supporter la situation (Bruchon-Schweitzer, 2002). La stratégie centrée sur l'émotion, quant à elle, vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation. La régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelles, physiologiques, cognitives ou comportementales).

L'approche que l'on utilise pour définir le coping peut avoir une influence importante sur les stratégies employées par rapport à la qualité de vie. Tous ces résultats ne sont pas applicables par tous les individus et n'adoptent pas les mêmes stratégies de coping. Ainsi nous pouvons estimer que nos deux hypothèses sont confirmées en se basant sur les résultats de nos échelles, soulignant que quatre cas sont centrés sur l'émotion et l'évitement, y compris Mme Elza, qui, elle adopte une stratégie de coping uniquement centrée sur l'évitement.

L'hypothèse partielle « **Plus les mamans utilisent les stratégies de coping centrées sur la tâche, plus la qualité de vie est meilleure** » suit à notre population de recherche restreinte aucun n'est centrées sur la tâche.

Nous pouvons dire que le processus est en perpétuel changement c'est-à-dire que ce ne sont pas des données stables au long cours de la vie. L'individu essaie de faire face avec un « self-control » qui permet de moduler ses sentiments.



# **CONCLUSION**

## CONCLUSION

En guise de conclusion, notre recherche s'est élaborée autour de la schizophrénie, malgré les lacunes et les difficultés rencontrées dans le choix de notre sujet. Les différents entretiens que nous avons eu avec les mères des enfants atteints que la schizophrénie a un impact considérable sur la vie de la famille mais surtout sur ces mamans avec lesquelles nous avons partagé une part de douleur face à leur tragédie.

Cependant ces mères qui s'occupent de leurs enfants atteints de schizophrénie ont parfois eu du mal à faire face aux épisodes psychotiques et aux symptômes du patient. S'occuper d'un enfant atteint de schizophrénie est une occupation à plein temps, très difficile à combiner avec des besoins personnels et des relations normales avec les autres membres de la famille. De plus, ces mamans se sentent totalement désemparés, tristes, et dépassées par la situation, ce qui perturbe leurs activités familiales et sociales et qui rendent alors impossible toute vie normale. En effet, elles connaissent toutes une période plus ou moins longue d'anxiété devant la maladie de leurs enfants.

Néanmoins, notre recherche apporte une modeste contribution à l'étude des phénomènes transactionnels liés à la qualité de vie et à la compréhension de l'interaction mères/ enfants schizophrènes. En effet, au-delà de la guérison ou de la rémission, les domaines fondamentaux de la qualité de vie, la qualité de vie physique, psychologique et sociale, sont des aspects essentiels qui se doivent d'être pris en compte dans une approche globale.

Ce travail souligne l'impact et les retentissements de la maladie sur la mère, la famille et la société. D'autre part, la prise en compte de l'entourage est devenue indispensable à la compréhension de ce qui se joue autour de la schizophrénie. La mère

est celle qui vit avec la maladie de son enfant tout en étant elle-même touchée par cette maladie.

Pendant le déroulement de notre enquête sur le terrain on a constaté à quel degré les mamans sont affectées par les pathologies de leurs enfants, marquées par la tristesse, l'angoisse, le stress et des appels à l'aide sans suites.

Enfin d'un point de vue méthodologique, afin d'affronter ces situations, certaines mères de notre population adoptent des stratégies de coping négatives centrées sur l'émotion. Ainsi les émotions négatives, c'est aussi oublier qu'il existe dans toute vie une part de tragique. C'est pourquoi, bonnes ou mauvaises, ces émotions existent et doivent être identifiées et acceptées pour parvenir à une nouvelle construction de la réalité. (Anne Hartmann, 2007)

L'intérêt pour nous a été d'étudier les liens entre coping et qualité de vie en utilisant les entretiens cliniques semi-directifs, l'échelle du CISS et le MOS-SF-36 que nous avons adoptés dans notre recherche sur les quatre cas qu'on a sélectionnés. D'après les résultats nous avons constaté que ces mères présentent des signes de mal-être, tristesse, épuisement, et des difficultés à s'adapter avec les situations de leurs enfants, ce qui les a poussé à utiliser les stratégies de coping pour faire face aux situations complexes de leur quotidien. Ainsi les dimensions physiques et mentales trouvées sont très loin de refléter un équilibre de vie normal.

En revanche la pluralité des cas était restreinte du fait que les patients vivent en zone rurale d'où l'accès difficile à l'entretien avec ces derniers.

Enfin nous souhaitons avoir pu apporter un plus dans la compréhension de la situation souvent incomprise des mamans d'enfants atteints. La contribution et l'aide du personnel soignant de l'hôpital nous ont aidé à mettre en pratique les théories acquises durant notre cursus et nous ont permis de découvrir le poids de cette maladie sur les mamans. Nous souhaitons que notre mémoire soit ouvert à tout apport bénéfique sur notre thème de recherche.

**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### Ouvrage:

1. Bénony.H, Chahraoui. Kh, « L'ENTRETIEN CLINIQUE », Paris DUNOD 1999.
2. Bruchon- Schweitzer Marilou, « PSYCHOLOGIE DE LA SANTE MODELES, CONCEPTS ET METHODES » édition DUNOD, Paris, 2002.
3. Bruchon-Schweitzer, M., & Quintard, B. « Personnalité et maladies : stress, coping et ajustement ». Paris : Dunod. 2001.
4. Bruchon-Shweitzer Marilou, Boujut Emilie, « PSYCHOLOGIE DE LA SANTE, CONCEPT, METHODE ET MODEL » Edition DUNOD, Paris 5, 2014.
5. Chahraoui.Kh, Bénony.H, « METHODE, EVALUATION ET RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE », Paris DUNOD, 2003.
6. Guy Besançon, « MANUEL DE PSYCHOPATHOLOGIE- LES PSYCHOSES-SCHIZOPHRENIE », 1993, Edition DUNOD, Paris.
7. H. Chabrol & S Callahan, “MÉCANISMES DE DÉFENSE ET COPING”, 2004, Paris, Dunod.
8. Haan N. “A tripartite model of ego functioning values and clinical and research applications” J Nerv Ment Dis. janv 1969.
9. Haouzir Sadeq, Bernoussi Amal, « LES SCHIZOPHRENIES », édition ARMAND COLIN, France 2010.
10. Henri Chabrol, Stacey Callahan « mécanisme de défense », 2ème édition, DUNOD, Paris, 2013.
11. Julien-Daniel Guelfi, Frédérique Rouillon, « MANUEL DE PSYCHIATRIE », 2<sup>ème</sup> édition ELSEVIE Masson (sous la direction de Julien-Daniel Guelfi).

12. L.S Walker, M.B, Ford, & W.D Donald, « CYSTIC FIBROSIS AND FAMILY STRESS: EFFECTS OF AGE AND SEVERITY OF ILLNESS ». Pediatrics, 1987.
13. Lucien Mias, septembre 2003 / Bacqué M-F., « LE DEUIL A VIVRE », Odile Jacob, Paris, 1996.
14. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, IV-TR, texte révisé, 4<sup>ème</sup> édition Masson.
15. Montreuil Michèle, Tazapoulou Eva, Truelle Jean-luc, « LA QUALITE DE VIE OU L'INTERET DE LA SUBJECTIVITE DE L'OPINION, INDIVIDUELLE », 2009.
16. R.S, Lazarus, & S Folkman, (1984). "STRESS, APPRAISAL AND COPING". NY: Springer Publishing Company.
17. Rolland Jean-Pierre, « MANUEL D'INVENTAIRE DE COPING EN SITUATION STRESSANTES », les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris, 1998.
18. Société canadienne de schizophrénie, « APPRENDRE A CONNAITRE LA SCHIZOPHRENIE : UNE LUEUR D'ESPOIR », Manuel de référence pour les familles et le personnel, 3<sup>ème</sup> édition, 2003.
19. Société québécoise de la schizophrénie, « SHIZOPHRENIE, COMPRENDRE ET AIDER », Canada 2006.

**THESE :**

1. ACHACHERA Asma, « Handicap de l'enfant et impact sur la qualité de vie des parents en Algérie: validation d'un instrument », thèse de doctorat en psychologie. Université Paul Valéry-Montpellier, 2015.
2. DUPUY Corine, « la schizophrénie une pathologie aussi fréquente que mal connue », fondation pour la recherche médicale, 2002.
3. GALLON Elise, "cancer du sein ET sentiment de guérison: impact de l'hormonothérapie lors de l'après-cancer chez la femme ménopausée", Université Aix-Marseille 1, 2012.

4. GARDENAL Olivier, « Evaluation de la qualité de vie des traumatisés crâniens graves : enquête perspective dans la région Lorraine en 2001 », Université Henri Poincaré, Nancy 1, 2004.
5. Haidar Salam, thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, « les stratégies d'ajustement face au stress des internes en médecine générale », université Paris Descartes, 2004.
6. PARROCCHETTI Jean-Pierre, « Stress, coping et traits de personnalités (Névrosismes et lieu de control) chez les sauveteurs et les conseillers du pole emploi », université Aix Marseille, 2011.
7. TAZOPOULOU Eva, thèse de doctorat de psychologie clinique, « évaluation de la qualité de vie subjective après un traumatisme crânien : relation entre qualité de vie, psychopathologie, stratégies d'ajustement et reconstruction identitaire », université paris 8, 2008.

**Article :**

1. Azorin.J.M, A. Kaladjian « le concept de schizo-affective », L'Encéphale, Paris, 2009
2. Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2002.
3. BRUCHON-SCHWEITZER Marilou, « LE COPING ET LES STRATÉGIES D'AJUSTEMENT FACE AU STRESS », N°67, décembre, 2001.
4. DUBUC Marc, « schizophrénie (278a) », faculté de médecine de Grenoble., 2003.
5. Evelyne Josse, « le vécu des parents d'un enfant malade du cancer », 2006.
6. Fernandez Lydia, Pidinielli Jean Louis, « Recherche en soin infirmier », Association de recherche en soins infirmiers (ARSI), N°84, Mars 2006.
7. Lassal Ghania, El Watan « Psychiatrie : plus de 3 millions d'Algériens souffrent de schizophrénie », 27 juin, 2010.
8. Llorca Pierre-Michel « LA SCHIZOPHRENIE ». Encyclopédie Orphanet, janvier 2004.

9. Marion Leboyer, Bruno Giros, Françoise Casadebaig, Jean-Luc Martinot, Marc Jeannerod, Nicolas Dantchev, « la schizophrénie, une pathologie aussi fréquente que mal connue », fondation pour la recherche médicale, Mars 2002.
10. Paulhan Isabelle. « LE CONCEPT DE COPING » In: L'année psychologique. 1992 vol. 92, n°4.
11. Pierre Tap, Rolande Roudès, « QUALITÉ DE VIE, SOUFFRANCES ET IDENTITÉ(S) » Le Journal des psychologues n°260–septembre 2008.
12. Y. Hodé « Prise en charge des familles de patients schizophrènes », Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2011.

### **Dictionnaire :**

1. DOMART André, BOURNEUF Jacques, « Dictionnaire de la médecine », Larousse, Canada, 1985.
2. Laplanche Jean ET Pontais J.-B, “Vocabulaire de la psychanalyse” 2ème édition, P.U.F, Paris, 1968.

### **Sites web :**

1. [http://scolarite.fmpusmba.ac.ma/cdil/mediatheque/e\\_theses/118-09.pdf](http://scolarite.fmpusmba.ac.ma/cdil/mediatheque/e_theses/118-09.pdf)  
consulter le 27/04/2017 à 10:28
2. <https://tel.archives-ouvertes.fr/> consulter le 23/02/2017 à 17h20
3. [www.ergotonic.net/psychologie-du-stress/](http://www.ergotonic.net/psychologie-du-stress/) consulter le 25/05/2017 à 13h25.
4. [www.cairn.info](http://www.cairn.info)
5. <https://www.ma-schizophrenie.com/schizophrenie/signes-cliniques/> consulter le 27/04/2017 à 14h28

# **ANNEXES**

## **Annexe N°1:**

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

#### **Axe 1 : Informations concernant les mamans :**

1. Quel-est votre âge ?
2. Quelle-est votre adresse ?
3. Quel-est votre niveau socio-économique ?
4. Quel-est votre niveau professionnel ?
5. Etes-vous nombreux dans la famille ?

#### **Axe 2 : Information sur l'enfant et sa pathologie :**

1. Quelle est son rang dans la fratrie ?
2. Pouvez-vous nous parler du développement de votre enfant ?
3. Pouvez-vous nous parler du début de la pathologie de votre enfant ?
4. Avez-vous des connaissances ou bien une idée sur la maladie de votre enfant ?

#### **Axe 3 : Information sur les stratégies de coping :**

1. Pouvez-vous nous parler de la gestion des crises dans votre foyer ?
2. Comment gérer vous la prise de traitement de votre enfant ?

#### **Axe 4 : Information sur la qualité de vie :**

1. Avez-vous eu du soutien de votre famille ou quelqu'un de votre entourage pour accomplir vos tâches ?
2. Pouvez-vous nous parler de votre réaction à la découverte du trouble de votre enfant ?

Rubrique : auto-administré/généraliste
--

**Note préliminaire :** ces repères permettent de s'assurer de l'adéquation entre le patient et l'outil de bilan proposé.

	<b><u>BILAN D'UTILISATION COURANTE :</u></b>		
<b>International</b> « validé » (3)	<b>International,</b> largement accepté (2)	<b>National</b> (1)	<b>Local</b> (0)

### Niveau du bilan : 3

#### POINT DE VUE UTILISATEUR (SI POSSIBLE)

Simplicité d'utilisation  <b>SCORE = 2</b>	Facilité de lecture  <b>SCORE = 1</b>	Sensibilité aux très petits écarts <b>SCORE = 3</b>	Fiabilité vérifiée  <b>SCORE = 3</b>	Reproductible inter intra <b>SCORE = 3</b>
---	--	--	---	---

Scores appliqués : 3 = excellent    2 = bon    1 = acceptable    0 = questionnable

### Présentation :

Ce bilan de santé généraliste peut être utilisé en complément de bilans plus spécifiques.

### Critères d'inclusion (les catégories majeures cliniques) :

Toutes catégories de personnes ayant des difficultés de santé.

### Critères d'exclusion (ne pas utiliser pour) :

Aucun.

### Critères de péjoration (diagnostic associé) :

Dépression, difficultés relationnelles.

### Evolution du score :

Varie selon les items, afin de tester la vigilance du patient. La lecture des résultats fournit une appréciation sémantique.

## Le questionnaire généraliste SF-36

**1.- En général, diriez-vous que votre santé est :** (cocher ce que vous ressentez)

Excellente \_\_\_ Très bonne \_\_\_ Bonne \_\_\_ Satisfaisante \_\_\_ Mauvaise \_\_\_

**2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?**

Bien meilleure qu'il y a un an \_\_\_ Un peu meilleure qu'il y a un an \_\_\_  
A peu près comme il y a un an \_\_\_ Un peu moins bonne qu'il y a un an \_\_\_  
Pire qu'il y a un an \_\_\_

**3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).**

*a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.*

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

*b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.*

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

*c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.*

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

*d. Monter plusieurs étages à la suite.*

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

*e. Monter un seul étage.*

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

*f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.*

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

*g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.*

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

*h. Marcher plus de 500 mètres*

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

*i. Marcher seulement 100 mètres.*

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

ANNEXE N° 03

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

**4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)**

	oui	non
limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?		
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?		
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort		

**5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).**

	oui	non
limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		
Faire moins de choses que vous n'espérez ?		
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?		

**6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Pas du tout                      très peu                      assez fortement                      énormément

7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Pas du tout                      très peu                      assez fortement                      énormément

**8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Pas du tout                      un peu                      modérément                      assez fortement                      énormément

**9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :**

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout le temps                      très souvent                      parfois                      peu souvent                      jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓

ANNEXE N° 03

Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*f. étiez-vous triste et maussade ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

*a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

**ANNEXE N° 03**

*d. mon état de santé est excellent.*

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473–483.

# CISS

**N.S. Endler et J.D.A. Parker**

adapté par J.P. Rolland

## CONSIGNE « GÉNÉRALE »

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

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

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

Le mode de réponse est une échelle qui va de **1 = PAS DU TOUT** à **5 = BEAUCOUP**, en passant par les réponses intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

# CISS

**N.S. Endler et J.D.A. Parker**

adapté par J.P. Rolland

## CONSIGNE « PROFESSIONNELLE »

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

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

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

Le mode de réponse est une échelle qui va de 1 = **PAS DU TOUT** à 5 = **BEAUCOUP**, en passant par les réponses intermédiaires (2, 3, 4) qui vous permettent de nuancer votre réponse.

نرجوا منكم الإجابة بكل صراحة لأن نجاح الدراسة متوقف على صدقكم و صراحتكم و نعدكم بأن إجاباتكم ستحظى بسرية تامة.

Nous vous prions de bien vouloir répondre en toute objectivité à nos questions qui sont à votre portée, et nous vous promettons que vos réponses resteront strictement confidentielles.

مقياس إستراتيجيات المواجهة للوضعية الضاغطة

Coping Inventory of stressful situations  
N.S Endler & J.D.A Parker  
«CISS» 1998

#### التعليمة العامة:

قد يحصل لك على الأرجح أن تقع في تجارب لوضعية تكون شخصيا فيها جد محرجا، حيث المخرج منها يعتبر مهما بالنسبة لك، هي وضعية ترو بأنها ضاغطة (حادثة أو وضعية تضعك في صعوبات و ترتبك و تتطلب منك جهدا كبيرا من أجل تجوزها).

يوجد عدد كبير من الأساليب لمواجهة هذه الوضعية الضاغطة، المطلوب منك أن تشير إلى ما تفعله و/أو تشعر به عادة عندما تكون لديك صعوبات و تعيش أحداثا أو وضعية صعبة و فترات ضغط حاد.

أجب على كل واحد من الأساليب التالية بوضع دائرة حول الإجابة التي تتناسب مع أسلوب استجابتك الاعتيادي.

طريقة الجواب عبارة عن سلك متدرج من الدرجة 1= أبدا إلى 5= كثيرا مرورا بإجابة وسيطة (2، 3، 4) التي تسمح لك بتدقيق إجابتك.

#### La consigne générale :

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

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

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

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

ANNEXE N° 02

					في الوضعية الضاغطة أميل عادة إلى:
كثيرا		أبدا			
Beaucoup		Pas de tout			
5	4	3	2	1	
					Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :
5	4	3	2	1	1 أحسن تنظيم الوقت الذي بحوزتي. Mieux organiser le temps dont je dispose.
5	4	3	2	1	2 أركز على المشكلة و أفكر في إمكانية حلها. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.
5	4	3	2	1	3 أتذكر أجمل اللحظات التي عرفتھا. Repenser à de bons moments que j'ai connus.
5	4	3	2	1	4 أحاول أن أكون (أتواجد) برفقة أشخاص آخرين. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes.
5	4	3	2	1	5 ألوم نفسي على تضييع الوقت. Me reprocher de perdre du temps.
5	4	3	2	1	6 أفعل ما أعتقد أنه الأفضل. Faire ce que je pense être le mieux.
5	4	3	2	1	7 أرتبك (انزعج) بشأن مشاكلي. Me tracasser à propos de mes problèmes.
5	4	3	2	1	8 ألوم (أعاتب) نفسي لكوني في وضعية كهذه. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation.
5	4	3	2	1	9 أقوم بمشاهدة واجهات المحلات و التسوق. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping ».
5	4	3	2	1	10 أحدد و أستخلص أولوياتي. Définir, dégager mes priorités.
5	4	3	2	1	11 أحاول النوم. Essayer de dormir.
5	4	3	2	1	12 أتناول أحد أطباقي أو أكلاتي المفضلة. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris.
5	4	3	2	1	13 أشعر بالحصرة لعدم استطاعتي التغلب على الوضعية. Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation.
5	4	3	2	1	14 أصبح متوترا (ة) جدا و/أو متشنجا (ة) (منقبضا). Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e).
5	4	3	2	1	15 أفكر في الطريقة التي حلت بها مشاكل مشابهة. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires.
5	4	3	2	1	16 أقول أن ما حصل لي ليس حقيقا. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver.

## ANNEXE N° 02

كثيرًا		أبداً			في الموضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:
Beaucoup	Pas de tout				
5 4 3	2	1			
5 4 3	2	1	Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :		
5 4 3	2	1	أقول لي نفسي أن هذا لن يتكرر أبداً. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais.		
5 4 3	2	1	أسترجع (أردد) في ذهني نقائصي و عدم توافقاتي العامة. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales.		
5 4 3	2	1	أتحدث لشخص أقدر نصائحه. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils.		
5 4 3	2	1	أحلل المشكلة قبل التصرف. Analyser le problème avant de réagir.		
5 4 3	2	1	أهاتف لصديق (ة). Téléphoner à un(e) ami(e).		
5 4 3	2	1	أغضب. Me m'être en colère.		
5 4 3	2	1	أعدل أولوياتي. Ajuster mes priorités.		
5 4 3	2	1	أشاهد فيلماً. Voir un film.		
5 4 3	2	1	أخذ بزمام أمور الموضعية. Prendre le contrôle de la situation.		
5 4 3	2	1	أبذل جهداً إضافياً حتى تسير الأمور. Faire un effort supplémentaire pour que les « marchant ».		
5 4 3	2	1	أضع مجموعة مختلفة من الحلول للمشكلة. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème.		
5 4 3	2	1	أجد وسيلة حتى لا أفكر و أتفادى هذه الموضعية. Trouver un moyen pour ne plus y penser, que éviter cette situation.		
5 4 3	2	1	ألوم أشخاصاً آخرين. M'en prendre à d'autres personnes.		
5 4 3	2	1	أستغل الموضعية لإثبات ما أنا قادرٌ على فعله. Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable.		
5 4 3	2	1	أحاول أن أنظم نفسي حتى أسيطر على الموضعية. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation.		
5 4 3	2	1	أشاهد التلفاز. Regarder la télévision.		

ANNEXE N° 02

Fiche de dépouillement

**Tache :**

N°Question	1	2	6	10	15	21	24	26	27	36	39	41	42	43	46	47	Total
NT																	

**Emotion :**

N°Question	5	7	8	13	14	16	17	19	22	25	28	30	33	34	38	45	Total
NT																	

**Evitement :**

N°Question	3	4	9	11	12	18	20	23	29	31	32	35	37	40	44	48	Total
NT																	

**Distraction :**

N° Question	9	11	12	18	20	40	44	48	Total
NT									

**Diversion sociale :**

N° Question	4	29	31	35	37	Total
NT						

ANNEXE N° 02

Norman S. Endler, ph. D, F.R.S.C et James D.A parker. M.A					ورقة تصحيح CISS				
التاريخ: .....					الجنس: .....				
الاسم: .....					العمر: .....				
1					5	4	3	2	1
2					5	4	3	2	1
3					5	4	3	2	1
4					5	4	3	2	1
5					5	4	3	2	1
6					5	4	3	2	1
7					5	4	3	2	1
8					5	4	3	2	1
9					5	4	3	2	1
10					5	4	3	2	1
11					5	4	3	2	1
12					5	4	3	2	1
13					5	4	3	2	1
14					5	4	3	2	1
15					5	4	3	2	1
16					5	4	3	2	1
17					5	4	3	2	1
18					5	4	3	2	1
19					5	4	3	2	1
20					5	4	3	2	1
21					5	4	3	2	1
22					5	4	3	2	1
23					5	4	3	2	1
24					5	4	3	2	1
25					5	4	3	2	1
26					5	4	3	2	1
27					5	4	3	2	1
28					5	4	3	2	1
29					5	4	3	2	1
30					5	4	3	2	1
31					5	4	3	2	1
32					5	4	3	2	1
33					5	4	3	2	1
34					5	4	3	2	1
35					5	4	3	2	1
36					5	4	3	2	1
37					5	4	3	2	1
38					5	4	3	2	1
39					5	4	3	2	1
40					5	4	3	2	1
41					5	4	3	2	1
42					5	4	3	2	1
43					5	4	3	2	1
44					5	4	3	2	1
45					5	4	3	2	1
46					5	4	3	2	1
47					5	4	3	2	1
48					5	4	3	2	1
	الدعم الاجتماعي	التسلية	التجنب	الانفعال	المهمة	المجموع			

FEUILLE DE PROFIL - CISS - « CONSIGNÉ GÉNÉRALE »

Norman S. Endler, Ph.D., F.R.S.C. et James D.A. Parker, M.A.

Nom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

%tile	Note T	Tâche		Emotion		Evitement		Distraction		Diversion Sociale		Note T	%tile
		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
99	89							36-40				89	99
98	88											88	98
97	87											87	97
96	86											86	96
95	85											85	95
94	84											84	94
93	83											83	93
92	82											82	92
91	81											81	91
90	80											80	90
89	79											79	89
88	78											78	88
87	77											77	87
86	76											76	86
85	75											75	85
84	74											74	84
83	73											73	83
82	72											72	82
81	71											71	81
80	70											70	80
79	69											69	79
78	68											68	78
77	67											67	77
76	66											66	76
75	65											65	75
74	64											64	74
73	63											63	73
72	62											62	72
71	61											61	71
70	60											60	70
69	59											59	69
68	58											58	68
67	57											57	67
66	56											56	66
65	55											55	65
64	54											54	64
63	53											53	63
62	52											52	62
61	51											51	61
60	50											50	60
59	49											49	59
58	48											48	58
57	47											47	57
56	46											46	56
55	45											45	55
54	44											44	54
53	43											43	53
52	42											42	52
51	41											41	51
50	40											40	50
49	39											39	49
48	38											38	48
47	37											37	47
46	36											36	46
45	35											35	45
44	34											34	44
43	33											33	43
42	32											32	42
41	31											31	41
40	30											30	40
39	29											29	39
38	28											28	38
37	27											27	37
36	26											26	36
35	25											25	35
34	24											24	34
33	23											23	33
32	22											22	32
31	21											21	31
30	20											20	30
29	19											19	29
28	18											18	28
27	17											17	27
26	16											16	26
25	15											15	25
24	14											14	24
23	13											13	23
22	12											12	22
21	11											11	21
20	10											10	20
19	9											9	19
18	8											8	18
17	7											7	17
16	6											6	16
15	5											5	15
14	4											4	14

ecpa Copyright © 1996 by Multi-Health Systems, Inc. International copyright in all countries under the Berne Union, Bilateral, and Universal Copyright Conventions. Not to be translated or reproduced in whole or in part, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, photocopying, mechanical, electronic, recording or otherwise, without prior permission in writing from Multi-Health Systems, Inc. All property rights reserved by Multi-Health Systems Inc., 65 Overlea Blvd., Suite 210, Toronto, Ontario, Canada, M4H 1M1

FEUILLE DE PROFIL - CISS - « CONSIGNE PROFESSIONNELLE »

Norman S. Endler, Ph.D., F.R.S.C. et James D.A. Parker, M.A.

Nom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

%	Note T	Tâche		Emotion		Evitement		Distraction		Diversion Sociale		Note T	%tile
		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
99	89			80								89	99
99	88			79								88	99
99	87			78								87	99
99	86			77								86	99
99	85			76				40				85	99
99	84			75	80							84	99
99	83			74	79			38				83	99
99	82			73-74	78	80		38				82	99
99	81			72	77	79			40			81	99
99	80			71	76	78		37	39			80	99
99	79			70	75	76-77	80	36				79	99
99	78			69	74	75	78-79		38			78	99
99	77			68	72-73	74	77	35	37			77	99
99	76			67	71	73	76	34				76	99
99	75			66	70	72	75		36			75	99
99	74			65	69	70-71	74	33	35			74	99
99	73			64-64	68	69	72-73					73	99
99	72		80	63	67	68	71	32	34			72	99
99	71		79	62	66	67	70	31	33	25		71	99
99	70	80	78	61	65	66	69					70	99
99	69	79	77	60	63	65	67-68	30	32			69	99
99	68	77-78	76	59	62	63-64	66	29	31	24	25	68	99
99	67	76	75	58	61	62	65					67	99
99	66	75	74	57	60	61	64	28	30	23	25	66	99
99	65	74	73	56	59	60	63	27	29		24	65	99
99	64	73	73	55	58	59	61-62			22	24	64	99
99	63	72	72	54	56-57	57-58	60	26	28		23	63	99
99	62	71	71	53	55	56	59	25	27	21	23	62	99
99	61	70	70	52	54	55	58	24	26	20	22	61	99
99	60	69	69	51	53	54	56-57	23	25	19	21	60	99
99	59	68	68	50	52	53	55	22	24	18	20	59	99
99	58	67	67	49	51	51-52	54	21	23	17	19	58	99
99	57	66	66	48	50	50	53	20	22	16	18	57	99
99	56	65	65	47	49	48-49	52	19	21	15	17	56	99
99	55	64	64	46	48	47	50-51	18	20	14	16	55	99
99	54	63	63	45	47	46	49	17	19	13	15	54	99
99	53	62	62	44	46	45-46	48	16	18	12	14	53	99
99	52	61	61	43	45	44	47	15	17	11	13	52	99
99	51	60	60	42	44	43	46-46	14	16	10	12	51	99
99	50	59	59	41	43	42	45	13	15	9	11	50	99
99	49	58	58	40	42	41	44	12	14	8	10	49	99
99	48	57	57	39	41	39-40	43	11	13	7	9	48	99
99	47	56	56	38	40	38	42	10	12	6	8	47	99
99	46	55	55	37	39	37	41	9	11	5	7	46	99
99	45	54	54	36	38	36	40	8	10	4	6	45	99
99	44	53	53	35	37	35	39	7	9	3	5	44	99
99	43	52	52	34	36	34	38	6	8	2	4	43	99
99	42	51	51	33	35	33	37	5	7	1	3	42	99
99	41	50	50	32	34	32	36	4	6	0	2	41	99
99	40	49	49	31	33	31	35	3	5	0	1	40	99
99	39	48	48	30	32	30	34	2	4	0	0	39	99
99	38	47	47	29	31	29	33	1	3	0	0	38	99
99	37	46	46	28	30	28	32	0	2	0	0	37	99
99	36	45	45	27	29	27	31	0	1	0	0	36	99
99	35	44	44	26	28	26	30	0	0	0	0	35	99
99	34	43	43	25	27	25	29	0	0	0	0	34	99
99	33	42	42	24	26	24	28	0	0	0	0	33	99
99	32	41	41	23	25	23	27	0	0	0	0	32	99
99	31	40	40	22	24	22	26	0	0	0	0	31	99
99	30	39	39	21	23	21	25	0	0	0	0	30	99
99	29	38	38	20	22	20	24	0	0	0	0	29	99
99	28	37	37	19	21	19	23	0	0	0	0	28	99
99	27	36	36	18	20	18	22	0	0	0	0	27	99
99	26	35	35	17	19	17	21	0	0	0	0	26	99
99	25	34	34	16	18	16	20	0	0	0	0	25	99
99	24	33	33	15	17	15	19	0	0	0	0	24	99
99	23	32	32	14	16	14	18	0	0	0	0	23	99
99	22	31	31	13	15	13	17	0	0	0	0	22	99
99	21	30	30	12	14	12	16	0	0	0	0	21	99
99	20	29	29	11	13	11	15	0	0	0	0	20	99
99	19	28	28	10	12	10	14	0	0	0	0	19	99
99	18	27	27	9	11	9	13	0	0	0	0	18	99
99	17	26	26	8	10	8	12	0	0	0	0	17	99
99	16	25	25	7	9	7	11	0	0	0	0	16	99
99	15	24	24	6	8	6	10	0	0	0	0	15	99
99	14	23	23	5	7	5	9	0	0	0	0	14	99
99	13	22	22	4	6	4	8	0	0	0	0	13	99
99	12	21	21	3	5	3	7	0	0	0	0	12	99
99	11	20	20	2	4	2	6	0	0	0	0	11	99
99	10	19	19	1	3	1	5	0	0	0	0	10	99
99	9	18	18	0	2	0	4	0	0	0	0	9	99
99	8	17	17	0	1	0	3	0	0	0	0	8	99
99	7	16	16	0	0	0	2	0	0	0	0	7	99
99	6	15	15	0	0	0	1	0	0	0	0	6	99
99	5	14	14	0	0	0	0	0	0	0	0	5	99
99	4	13	13	0	0	0	0	0	0	0	0	4	99