



FACTEURS SPÉCIFIQUES ASSOCIÉS LA MISE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES DE COPING CHEZ LES PATIENTS TUBERCULEUX EN HOSPITALISATION À L'HÔPITAL SAINT VINCENT DE PAUL DE DSCHANG/CAMEROUN

**Chancine FUHURA MUHUNGA¹, Célestin Pierre MBOUA², François Roger NGUEPY KEUBO³,
Zita NANKEN SOBGOM⁴**

¹*P.h.D. cand. Psychologie clinique et psychopathologie. Université de Dschang/Cameroun*

²*Maitre de conférences Université de Dschang, Cameroun*

³*Dr/P.h.D. Psychologie clinique et psychopathologie. Université de Dschang/Cameroun; Synergie d'Action pour la Recherche, l'Intervention en Sciences Psychologiques et Santé/ Dschang; Hôpital St Vincent de Paul de Dschang/Cameroun*

⁴*Dr/P.h.D. Psychologie clinique et psychopathologie. Université de Dschang/Cameroun*

Abstract

La maladie, qu'elle soit graves ou non, est source d'anxiété, de stress et parfois de dépression. C'est ce que souligne Lenaerts (1986, p.53) lorsqu'il déclare: « le malade est un être anormal qui vient à l'hôpital dans des conditions anormales, avec une autre personnalité qui découle bien souvent de son inquiétude, de son angoisse et de sa souffrance ». Le présent article a pour objectif d'analyser les facteurs spécifiques qui déterminent la mise en œuvre des stratégies de coping. Pour atteindre cet objectif, une étude qualitative avec une dimension diagnostic a été menée à l'Hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang sur la base d'un échantillon non probabiliste par choix raisonné auprès de 05 patients atteints de la tuberculose pulmonaire. Les diagnostics de stress et de coping ont été faits avec les échelles de stress perçu de Cohen, Kamarck et Mermelstein et the Perceived Stress Scale. Les entretiens cliniques de recherche ont été menés dans le respect de l'éthique de la recherche. Les résultats montrent que les processus cognitifs et le soutien social jouent un rôle important dans la mise en œuvre du coping. Toutefois, le rôle de l'équilibre affectif reste moins performant. L'accompagnement psychologique de cette catégorie de malade doit dorénavant tenir compte de l'évaluation de leur qualité du vécu psychoaffectif dans le but de le valoriser.

Keywords

Tuberculose, Coping, Stress, Ajustement, Dschang/Cameroun

Introduction

La maladie, qu'elle soit graves ou non, est source d'anxiété, de stress et parfois de dépression. C'est ce que souligne Lenaerts (1986, p.53) lorsqu'il déclare: « Le malade est un être anormal qui vient à l'hôpital dans des conditions anormales, avec une autre personnalité qui découle bien souvent de son inquiétude, de son angoisse et de sa souffrance ».

L'annonce de la mauvaise nouvelle notamment d'une maladie grave, qu'elle soit guérissable ou pas, modifie le rapport du malade au réel. Elle est potentiellement déclencheuse des symptômes anxieux ou dépressifs chez l'individu. Grimaldi (2006) montre que dans la maladie chronique, il faut être à l'affût des moments clefs que sont les moments d'angoisse ou d'émotion, propices aux changements.

Dans le monde entier, les troubles mentaux et autres pathologies chroniques sont la principale cause de décès et d'incapacité (Agence de la Santé Publique du Canada, 2016). On estime que les maladies non transmissibles notamment les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, les maladies respiratoires et les

troubles mentaux interviennent pour 86 % des décès et 77 % de la charge de morbidité dans les régions européennes (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2010). L'OMS soulignera que la mauvaise santé mentale va souvent de pair avec la maladie chronique (ONUSIDA, 2018).

Parlant de la tuberculose, elle est une maladie infectieuse transmissible et contagieuse provoquée par une mycobactérie du complexe tuberculosis correspondant aux différents germes et principalement *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch (B.K). Elle touche principalement les poumons, mais peut aussi atteindre d'autres organes (Varaine et Rich cité par Nguepy et al, 2018). Sa transmission est toujours directe, du sujet réceptif, par voie aérienne du fait des bacilles contenus dans l'air, dans les gouttelettes de salive en suspension émises par le patient.

L'annonce du diagnostic de la tuberculose est parfois vécue comme un séisme qui semble avoir détruit définitivement tout espoir et toute vie. Cependant, après le choc, il y'a une nécessité de se réaliser pleinement, de vivre avec intensité tous les meilleurs moments offerts par l'existence. Tout dépend de la capacité à faire face à la situation. Dans le cadre de la tuberculose, le stress vécu déborde le patient et affecte les proches aidants (Olive, 2011). Ce stress peut aussi se justifier par le cadre d'accueil du patient à l'hôpital.

Le milieu hospitalier est un milieu à forte charge anxiogène, soit lié à la souffrance que l'on y rencontre, soit au vécu de la maladie, soit au rapport du patient et le soignant ou encore aux effets de la médication. Pour Carpenito (1995), ce que ressent un patient en entrant à l'hôpital est une anxiété envers ce milieu inconnu. Dans le même sillage, il va affirmer qu'en lisant les travaux des autres auteurs, l'hospitalisation reste un moment difficile à vivre.

Habibech et col. (2017) dans une étude d'évaluation de la dépression chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire ayant évalué 50 patients traités et suivis aux pavillons I, II, IV et C de l'hôpital Abderrahmane-Mami de l'Ariana, montre que 2 % avaient un score entre 8 et 11; et 50 % des malades avaient un syndrome anxio-dépressif certain. La même étude montre que le traitement antituberculeux peut contribuer au développement d'une dépression. Les mêmes auteurs ont fait une recherche sur les troubles du sommeil chez les patients atteints de la tuberculose pulmonaire, ils ont montré que sur 50 patients tuberculeux, l'insomnie était présente chez 28 patients (56 %) et la somnolence diurne excessive chez 14 malades (28 %).

L'hospitalisation est documentée comme potentiellement source de stress (Janis, 1958; Duhamel, 2007). Ceci est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation de longue durée (Duhamel, 2007; Wright & Leahey, 2014). En effet, l'hospitalisation au-delà d'être une situation normale pour le médecin qui a pour objet l'instauration de la santé, reste un réel facteur de déclenchement des émotions chez les patients.

Abordant la question sur l'hospitalisation en contexte de maladie grave, les auteurs montrent que les patients atteints de tuberculose pulmonaire ont un syndrome anxio-dépressif certain. La même étude montre que, le traitement antituberculeux peut contribuer au développement d'une dépression (Habibech et col., 2017; Mbaye et coll., 2018). Ce vécu de stress nécessite la mobilisation des ressources d'ajustement pour y faire face.

Le paradigme stress-coping, bien qu'il ne s'intéresse pas directement à la tuberculose, fournit, selon une approche contextuelle, une explication des effets du stress sur la santé. Selon ce paradigme, le processus de coping permet de diminuer les effets néfastes du stress et favorise l'adaptation en présence de situations difficiles ou problématiques (Folkman et al., 1991). Le paradigme stress-coping favorise la transposition de la théorie en intervention ; le nouveau modèle précise les concepts sur lesquels il apparaît possible d'intervenir afin de favoriser la gestion du stress des personnes atteintes de la tuberculose.

Les études sur le coping constituent un apport incontesté pour tenter de comprendre le processus d'ajustement aux situations stressantes afin de comprendre le comportement humain. À cet effet, il a été démontré que lorsqu'on est confronté à un événement stressant tel que la maladie, certaines personnes adoptent un profil de coping plus efficace que d'autres pour atténuer l'anxiété et les symptômes dépressifs (Lipowski, 1981). À la suite de ces travaux, le présent article a pour objectif d'analyser les facteurs spécifiques qui déterminent la mise en œuvre des stratégies de coping chez les patients tuberculeux en hospitalisation à l'Hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang/Cameroun.

Méthode et Matériels

Il s'agit d'une étude qualitative, clinique avec une perspective diagnostique. Les données de l'étude ont été collectées à l'hôpital Saint Vincent de Paul, dans la ville de Dschang dans la Région de l'Ouest Cameroun. Ont participé à cette étude cinq personnes atteintes de la tuberculose reçues à l'hôpital de Saint Vincent de Paul et hospitalisées dans les pavillons leur dédiés.

L'étude a été menée sur la base de la technique d'échantillonnage par choix raisonné sur quota. Il s'agit d'un type d'échantillonnage non probabiliste encore appelée par Angers (1992) échantillonnage typique. Cette méthode consiste à sélectionner les cas « types », par exemple, les cas extrêmes ou les phénomènes rares. Ici, les participants choisis pour faire partie de l'échantillon apparaissent comme des modèles de la population d'étude. En effet, le chercheur en fonction de l'étude fixe des traits (dans le cas de la présente, les critères inclusifs) que doivent

remplir les participants. Les malades admis dans le pavillon des tuberculeux à l'hôpital Saint Vincent de Paul ont été systématiquement enrôlés.

Concernant les critères d'inclusion: - Être atteint de la tuberculose et confirmé par le diagnostic; - Être hospitalisée pour cette la maladie à l'hôpital Saint Vincent de Dschang; - Accepter volontairement de participer à l'étude; - Avoir un score positif au stress.

Les données ont été collectées à l'aide de deux échelles et un guide d'entretien clinique de recherche. D'où l'échelle de stress perçu de Cohen pour évaluer si le sujet perçoit la situation qu'il vit comme stressante ou pas et l'échelle de la "Ways of Coping Check List (WCC), afin d'évaluer le coping et les stratégies d'ajustement face au stress.

L'échelle de stress perçu de Cohen, Kamarck et Mermelstein a été publiée en 1983. Cette échelle est basée sur l'approche transactionnelle de stress de Lazarus et Folkman (1984) et vise l'appréhension des mécanismes psycho cognitifs du stress

Elle est originellement en langue anglaise. Elle a subi une vingtaine de traduction donc celle en français par Quintard (1994). Elle comporte trois versions dont celle de 14 items, celle de 10 items et enfin celle de 4 items. L'échelle de stress perçu, utilisé dans cette étude est la version 10 items mis sur pied par Cohen et Williamson (1988). On a conçu cette échelle comme une échelle unidimensionnelle c'est-à-dire avec le calcul d'un seul score, malgré que certains auteurs proposent de calculer deux sous scores correspondant aux deux sous-échelles car les analyses factorielles de cette version mettent systématiquement en évidence deux facteurs soit la « perception de débordement » ou « détresse perçu » et « efficacité personnelle perçue » ou « capacité à faire face » (Hewitt, flett & Mosher, 1992).

Pour le mode de passation et de cotation, cette version est passée en 5 minutes et la consigne demande au sujet d'estimer sur une période (un mois passé), la fréquence d'apparition de certains symptômes. Les réponses sont cochées sur une échelle Likert de 5 points, allant de « jamais » à « très souvent » ou bien très souvent (4), assez souvent (3), parfois (2), presque jamais (1) et jamais (0). Attention, les items 4,5, 7, 8 sont cotées à l'envers (Langevin, Boini, François & Riou, 2015). L'algorithme de traitement montre qu'un sujet ayant un score inférieur à 21 est une personne qui sait gérer son stress, qui sait s'adapter et pour laquelle il existe toujours des solutions. Ensuite, lorsque le score est compris entre 21 et 26, il s'agit d'une personne qui sait en général faire face au stress, mais il existe un certain nombre de situations qu'elle ne sait pas gérer. Par contre, lorsque le score est supérieur à 27. Cela signifie que la vie est une menace perpétuelle pour cette personne: elle a le sentiment de subir la plupart des situations et de ne pouvoir rien faire d'autre que de les subir. La cohérence interne est satisfaisante car son Coefficient alpha est de 0,86 et son coefficient de stabilité de 0,85. Cependant, l'étude plus récente de Bellinghausen et al. (2009) positionne cette cohérence interne dans l'intervalle 0,78 et 0,87.

Deuxièmement ils ont répondu à l'échelle la « Ways of Coping Checklist »(WCC) version française de Lazarus et Folkman (1984). Selon Parrocchetti (n.d.), censé évaluer les stratégies d'ajustement au stress. Il évalue les deux fonctions principales du processus de coping: affronter/résoudre les problèmes liés au stress et réguler les émotions consécutives à cette stress. C'est un instrument diagnostic avec un niveau de langue compréhensible pour un adulte. L'échelle originale était en anglais et comprenait 68 items divisés en 8 sous échelles. Elle a subi beaucoup de traduction dont la plus récente est l'adoption française de Cousson et al. en 1996. En effet, Paulhan et al. (1994), ont adopté une nouvelle version, celle française avec 29 items qui a plus tard été réduite en 27 items et adaptée par Cousson et al. (1996). Cette nouvelle version met en exergue trois catégories de coping: le coping centré sur le problème, centré sur l'émotion et la recherche du soutien social.

Lors de la passation, il est demandé aux sujets de penser à un événement récent qui les a particulièrement bouleversés, troublés, et d'indiquer pour chacune des stratégies proposées s'il les avait utilisés pour faire face à cette situation (Langevin, Boini, François & Riou, 2013). Le sujet répond sur une échelle de Likert à quatre degrés: non, plutôt non, plutôt oui et oui (Fernandez, et al., n.d.). Le score total est calculé par sous-échelle de coping. Les scores peuvent être comparés aux normes françaises (Cousson, 1996). Dans la version courte de Cousson et al. (1996) (WCC-R), chaque item est coté comme suit: 1(non); 2(plutôt non); 3 (plutôt oui); et 4(oui). Sauf l'item 15 qui est coté à l'envers (Langevin, & al., 2013). Le temps de passation est de 10 minutes environ.

Concernant les qualités psychométriques, Bruchon-Schweitzer (2001) montre que, la version française de Cousson et al. (1996) a été validée auprès de 468 adultes (247 femmes, 221 hommes), afin d'étudier sa structure factorielle et de déterminer ses qualités psychométriques. Ainsi, les coefficients de consistance interne sont très satisfaisants (0,71 à 0,82) et les coefficients de fidélité test-retest à une semaine d'intervalle sont très convenables (respectivement + 0,90, + 0,84 et + 0,75). La solution factorielle est identique chez les hommes et les femmes de l'échantillon (Langevin, & al., 2013). L'alpha de Cronbach de chacune des sous-échelles est identique. Soit 0,76 pour le coping centré sur le problème (10 items), 0,76 pour le coping centré sur l'émotion (9 items) et 0,76 pour le soutien social (8 items) (Langevin, & al. 2013).

Entre la passation de ces deux Instruments, on a procédé à des entretiens cliniques individuels avec chacun des patients. L'entretien clinique est une relation spécialisée, avec une dimension technique essentielle (Fernandez, & Pedinielli, 2006). C'est un partage permettant de mettre en évidence la subjectivité d'un sujet, les conditions de production et d'analyse des discours, interrogeant la validité des connaissances produites.

Le guide d'entretien est structuré en cinq sections qu'il suit: L'histoire personnelle, histoire familiale, relations amicales et amoureuses, facteurs de stress psychosociaux et événements heureux de la vie, ajustement au stress, processus de (coping).

Résultat de l'étude

Les Résultats porteront sur l'analyse des résultats aux échelles, l'analyse des résultats aux entretiens et la discussion.

L'analyse des résultats aux échelles

Le tableau 1: Résultats des tests de diagnostic de l'échelle de stress perçu de Cohen

Nom des participants	Scores	Diagnostics
Isaac	28	Stress élevés
Samuel	23	Stress moyen
Erick	23	Stress moyen
Rachel	23	Stress moyen
Nelson	22	Stress moyen

L'analyse du tableau montre que Rachel, Samuel, Erick et Nelson manifestent un stress moyen tandis que Isaac à un stress élevé.

Le tableau 2 Présente les résultats au la Ways of coping check-list (WCC de Lazarus et Folkman 1984).

Noms des participants	Scores			Interprétations	
	Coping problème	Coping émotion	Coping soutien	Coping général	Coping spécifique
Isaac	39	29	24	Très bon	Coping problème plus élevé
Samuel	25	27	14	bon	Coping émotion plus élevé
Erick	34	29	29	Très bon	Coping problème plus élevé
Rachel	40	30	27	Très bon	Coping problème et coping émotion plus élevé
Nelson	25	25	20	Très bon	Coping problème et coping émotion plus élevé

Le tableau précédent présente cinq sujets (Erick, Isaac, Samuel, Rachel et Nelson) dont trois sont enregistré des scores plus élevés au coping problème par rapport à d'autres types de coping. Soit respectivement 39, 34 et 40.

Analyse des résultats aux entretiens

Le rôle des processus cognitifs, en particulier l'information (médicale) sur la mise en œuvre du coping centré sur le problème

Le rôle des processus cognitifs a été mis en évidence dans le présent travail. On a remarqué une préférence qu'avaient les sujets de mieux suivre leur traitement. A l'exemple de Isaac qui souligne que *«oui j'ai des amis mais dès que ma maladie à commencer je me préoccupe de rien que ma maladie»*. Cette posture privilégiée par les répondants leur permet d'espérer à une meilleure guérison. Il est important de remarquer que le stress déclenché par l'hospitalisation à longue durée n'a pas connue de résonance de souffrance psychique à longue durée chez ces sujets. Cette fragilité de l'impact du stress est en partie justifiée par l'information médicale qui a permis aux sujets de s'ajuster rapidement. *« Mais quand je suis arrivé ici, le Docteur m'a expliqué qu'il y a les remèdes pour cette maladie et ça prend beaucoup des jours et la maladie disparaisse. Je n'ai pas eu des mauvaises idées »* (Eric). Dans la même perspective, bien que cette information soit source d'ambivalence et productrice de stress comme le montre les déclarations de Rachel, *« Premièrement la radio qui montrait un problème, et ensuite les examens de crachats qui ne donnaient pas encore de diagnostic exacte[...] »*, on constate que le respect du protocole de prise en charge en cas de forte suspicion du diagnostic de tuberculose et la mise sous traitement est finalement accepté par le sujet comme facteur de quiétude : *« [...]et pendant ce temps je ne prenais pas encore de traitement mais à demander à en prendre quelques-uns (il s'agit du responsable de la prise en charge qui a donné quelques comprimés au sujet en attendant d'autres examens de crachats) »*.

Cette rigueur dans le respect de la prise des médicaments est un indicateur d'un meilleur ajustement par rapport au problème. Le recours constant au coping centré sur le problème est un indicateur majeur que

l'information médicale a joué un rôle positif dans l'ajustement au stress de l'hospitalisation. Ces informations sont comme un socle de sécurité et de quiétude pour l'assurance d'une guérison chez la personne atteinte de la tuberculose. En ce sens, Erick mentionne au cours de l'entretien que *« suis à l'hôpital, je dois suivre d'abord mon traitement très bien »*. Aussi on observe que le désir de se soigné, guérir, retrouver sa famille et vaquer à ses occupations a été une motivation forte chez certains sujets. *« Je supporte l'hospitalisation car je veux être en bonne santé et reprendre ma santé en mains de peur d'aller encore empirer mon cas à la maison »*(Nelson). Dans la même dynamique de l'entretien avec Isaac va mentionner les même motivations: *« l'hospitalisation pour cette maladie n'est m'a pas touché, car on m'avait déjà dit que le médicament va me guérir et l'homme ne peut pas travailler sans sa santé »*.

L'influence du soutien affectif (amour reçu) dans la mobilisation du coping centré sur le soutien.

Il est observé dans la présente analyse que l'influence du soutien affectif dont l'amour reçu, a influencée positivement la mobilisation des mécanismes d'ajustement au stress. On a remarqué que la transaction familiale de bonne qualité ont permis aux sujets de bénéficier d'un meilleur apport psychoaffectifs: *«Pour la première fois les relations de mon père avec ma mère étaient bien car maman travaille et fait tout pour mon père. Ça va quand, même ils sont là »* ou encore *« Moi et mes frères et sœurs nous sommes unis... »*(Isaac). Dans cet univers de transaction familiale bien régulé, les sujets auront bénéficié de l'apport affectif passé et actuel qui leur permet de faire faces de manière efficace à l'épreuve de l'hospitalisation à longue durée. En effet, l'union, l'expérience avec les frères comme exprimée dans le discours d'Isaac est vécue par le sujet comme un facteur de coping centré sur le soutien social.

Rachel, dans la logique de ses verbalisations ne s'éloigne pas de la logique de Isaac. Elle nous relate que *« La concession était également faite de femmes qui n'avaient pas d'enfant et celles qui en avaient; mais les repas ou le café était pris en commun entre toute la famille »*. Ainsi, on observe de quelle une réalité familiale sécurisante, que ce soit passée ou actuelle est un référentiel très important pour un travail cognitif dans la perspective d'adaptation en contexte de vécu significative de stress. Dans cette logique, l'amour donné par la famille, les amis (es) fait que certains sujets soient forts et développent un coping centré sur le soutien.

Nelson nous a relaté dans son discours que *« ses frères et lui sont toujours unis jusqu'à présent et il y a toujours eu de l'entente »*. Il ne s'arrêtera sur la dynamique familiale comme appareil social, il va également faire référence à ses rapports aux autres, notamment ses amis qui lui apportent un soutien de temps en temps, mais très efficace pour une personne en situation de stress psychosociale comme le sujet. Dans ces raptus de production verbale. Il souligne: *« Concernant les amis, nous sommes également éloigné mais ils me visite très rarement et ces visites font beaucoup du bien chez moi »*. Ce discours du sujet permet de remarquer que malgré son niveau de stress moyen à l'entrée (Score de 22 à l'échelle), ses référents qui lui ont fourni des soutiens psychoaffectifs ont permis que ses rapports à soi, aux autres et au monde ne soient significativement pas changée au moment de l'entretien. Chez Nelson, l'amour reçu de ses frères et ses amis lui permet de s'ajuster à sa maladie. Erick souligne dans l'entretien que *« avec mon ami tout va bien et il vient me voir chaque jour ici à l'hôpital. « Mon rencontre avec mon ami ça me soulage beaucoup » parce que suis en bonne santé aujourd'hui, par l'aide de ma famille et mon ami, je mange bien plus que chez moi. Ma femme et mes enfants viennent me voir avec quelque chose »*. Toutes choses qui s'inscrivent dans la même dynamique du vécu de stress en contexte d'hospitalisation à longue durée et des stratégies de coping chez les sujets.

L'importance de l'équilibre affectif (amour exprimé, donné) sur le coping centré sur le soutien et sur l'émotion

La bonne expression de l'affectivité envers l'autre semble être un facteur important de coping, mais moins envisagé chez les sujets. En ce sens, Isaac mentionne que *« Cette fille je l'aime beaucoup plus que tout »*. La lecture du discours des sujets fait très peu référence à des qualités humanistes et affectives exprimées envers le monde. On rapporte des rares situations de partage d'affectivité. Ce fait émerge dans le discours d'Isaac dans une perspective émotive comme des indicateurs de coping centré sur l'émotion. Chez Nelson dans son discours, il souligne que *« je savais que je vais m'en sortir et je communique plus par des appels téléphoniques le fait qu'on ne me rend presque pas visite ça ne me gêne pas car je suis déjà habitué à ça »*.

Ce sujet s'inscrit dans une relation communautaire avec une dimension narcissique faible en ce sens qu'il ne reçoit pas seulement de l'affectivité de son entourage, il pense également la partager avec les autres. Le rapport affectif avec la famille veut être chez Nelson un bon facteur de coping centré sur le soutien tandis que Erick souligne dans ce sens que *« non, moi et mes frères et sœurs nous sommes. Et sont très bien »*. Cette déclaration associée à son niveau de coping qui est le plus élevé (objectif 92 à l'échelle) après celui de Rachel (objectif 97 à l'échelle) est un indicateur d'un véritable équilibre psychoaffectif en contexte de situation stressante. En effet, dans ce contexte d'harmonie familiale, la dynamique des rapports d'affectivité est un véritable rendez-vous du donner et du recevoir.

Arrivé au terme de ces analyses basées sur les objectifs, il en ressort que les informations éventuellement médicales aident dans la mise en œuvre du coping centré sur le problème aussi, le soutien affectif reçu des autres

comme expression d'amour a joué un rôle positif dans la mobilisation du coping centré sur le soutien. Toutefois, l'importance de l'équilibre affectif vu dans l'angle de l'amour exprimé n'a pas beaucoup fait écho dans les discours de notre sujet. Ces résultats feront l'objet d'une confrontation avec les autres études dans la suite de ce travail.

Discussion des résultats

La discussion porter sur différents temps de l'analyse pour en dégager les significations au regards des théories psychologiques et de la confrontation de ces résultats issus de l'analyse aux travaux des auteurs ayant œuvré dans le domaine.

Le rôle des processus cognitifs, en particulier l'information (médicale) sur la mise en œuvre du coping centré sur le problème

L'analyse du discours susmentionné a montré que les informations médicales favorisent la mise en place d'un coping centré sur le problème. En effet, les sujets ayant reçu des informations médicales quant à l'implication de l'hospitalisation déclenchaient très rapidement un processus de mentalisation permettant ainsi une rapide acceptation de la situation et donc une mise en place urgente de mécanismes d'ajustement (Issac, Eric). Ces résultats vont droit avec ceux de l'étude de Sophie et al. (2009) qui montrent que la qualité de l'information perçue par le patient joue un rôle primordial dans sa satisfaction et dont la réduction du caractère stressant et anxiogène de la situation d'attente, d'annonce du diagnostic et d'hospitalisation. Insistant aussi sur l'attente des résultats à un examen complémentaire comme c'est le cas de Rachel dans notre étude (en attente des résultats de l'examen des crachats), ces chercheurs montrent que l'ajustement du patient dépend fortement de la qualité de l'information qu'il a reçue. Ils interpellent à cet effet le corps médical à mettre un point d'honneur sur l'information afin d'améliorer le vécu des patients et pour ainsi dire leur sentiment d'efficacité personnel et leur capacités d'adaptation.

Par ailleurs, l'analyse révèle aussi que l'information médicale booste chez le sujet l'observance thérapeutique qui est une stratégie de coping que le sujet adopte dans ce cadre d'hospitalisation à long cours. En fait, le sujet confronté à cette situation trouve le respect des prescriptions médicales comme un raccourci permettant un retour précipité et surtout précoce en famille et aussi dans ses activités. Yerly (2016) montre à cette effet que, adhésion thérapeutique qui est une appropriation réfléchie, de la part du patient, de la prise en charge de sa maladie et de ses traitements, associée à la volonté de « s'accrocher », de persister dans la mise en pratique d'un comportement prescrit est une stratégie d'adaptation qui pousse souvent le patient à être observant. Ceci reflète la ténacité des patients à maintenir un changement de comportement au fil du temps et leur implication dans le processus, mais surtout à recouvrir la guérison comme c'est le cas des sujets de la présente étude. L'adhésion traduit donc le degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique. Elle ne renvoie pas seulement à un comportement mais à une attitude trahissant le désir de guérir, de retrouver sa famille et de reprendre sa profession.

L'influence du soutien affectif (amour reçu) dans la mobilisation du coping centré sur le soutien

Le soutien affectif en terme d'amour reçu ressort fortement de l'analyse des entretiens comme un facteur favorisant un coping centré sur le soutien social. En effet, l'attention reçue de la famille, les amis, galvanise considérablement le sujet sur le plan narcissique et lui donne de comprendre que malgré la maladie et la longue durée d'hospitalisation qui en découle, il reste fortement investi par son entourage. Fedor et Leyssene-Ouvrard (2007) tout comme Baudrant-Boga (2009) estiment que dans les maladies chroniques, le stress et l'anxiété sont fréquents, auxquels peuvent s'ajouter la fatigue, la douleur et les effets indésirables des médicaments. Parce qu'il n'est pas toujours possible de faire face tout seul à la maladie, le soutien de la famille et des amis devient un élément important pour pouvoir s'adapter. Ces auteurs montrent que l'irruption de la maladie dans la vie d'une personne est souvent vécue comme une rupture à l'origine de difficultés d'ordre médical, psychique et social. A partir de ce moment, la prise en charge d'une maladie chronique nécessite pour le patient de « faire avec » des professionnels de santé, une hospitalisation de longue durée, et des traitements souvent complexes, d'être soutenu devient un atout et une nécessité.

L'importance de l'équilibre affectif (amour exprimé, donné) sur le coping centré sur le soutien et sur l'émotion

Le rôle de l'équilibre affectif s'est révélé moins important dans la mise en place du coping centré sur l'émotion. Les discours des participants ont très peu exploré ce facteur, ce qui montre que pour eux cela ne se trouve pas être un élément nécessaire. Au contraire, les analyses laissent voir que, vue sous la perspective de l'équilibre affectif, l'amour donné se trouve favoriser un coping centré sur le problème. Centré sur l'émotion, le sujet du présent travail donne de comprendre que l'amour donné baise leur estime de soi car ils se trouvent en position de dépendance. Or envisagé comme un soutien permettant la mise en place d'un coping centré sur le problème, il permet aux sujets de préserver leur famille de la maladie, et donc de l'hospitalisation à longue durée dont ils sont victime. Fedor et Leyssene-Ouvrard (2007) montraient déjà que le fait pour le patient de protéger sa famille en

acceptant l'hospitalisation améliore le vécu de la maladie et de hospitalisation pour le patient, l'entourage et les soignants, atténuer la rupture entre domicile et hospitalisation. Ceci en permettant aux familles des patients hospitalisés de réaliser des gestes simples, choisis, enseignés et encadrés par les soignants, dans l'idée que le soin est considéré ici comme un vecteur de communication preuve de la reconnaissance du geste de protection.

Conclusion

L'hospitalisation à longue durée d'action est reconnue par les auteurs comme une question à potentiel stress important. La présente étude menée dans ce sens a voulu questionner la stratégie de coping utilisée par les personnes atteintes de tuberculose après l'annonce de l'hospitalisation à long cours. L'étude qualitative et diagnostic a été menée à l'UPEC de la tuberculose de l'hôpital Saint Vincent de Paul de Dschang sur cinq sujets atteint de la tuberculose en situation d'hospitalisation à long cours. Les diagnostics de stress et de coping ont été faits à partir des échelles standardisées. En outre, les entretiens individuels standardisés ont été menés dans le strict respect des règles éthiques, puis ont été analysés selon la méthode des analyses thématiques des contenus. Les résultats montrent que les processus cognitifs, le soutien social joue un rôle important dans la mise en œuvre du coping. Toutefois, le rôle de l'équilibre affectif reste ambigu. Dans la suite de ces résultats, cette étude conclut sur le fait que le service de prise en charge des personnes atteintes de la tuberculose de l'hôpital Saint Vincent de Paul devrait se conformer aux prescriptions du Ministère de la Santé du Cameroun qui voudrait que seul les cas de tuberculose multi résistant soient hospitalisés.

Références

- Cohen, S., & Williamson, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the united States. In: S. Spacapan, S. Oskamp (Eds), *The social psychology of health*. London: Sage Publications.
- Cohen, S., Kramarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal health soc behav*, 24(4), 385-396.
- Baudrant-Boga, M. (2009). *Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien-Application aux patients diabétiques de type 2*. Grenoble : Université Joseph-Fourier - Grenoble I.
- Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Cadre d'indicateurs des maladies chroniques et des blessures, Statistiques rapides, édition 2016*. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/36-8/assets/pdf/ar-04-fra.pdf>
- Fernandez, L., & Pedinielli, J. L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 1(84), 41-51. doi:10.3917/rsi.084.0041.
- Folkman, S., Chesney, M., Mckusick, L., et al. (1991). Translating Coping theory into an intervention, in John Eckenrode, éd., *The Social Context of Coping*, NY. Penum Press 239-260.
- Langevin, V., Boini S., François, M. & Riou, A. (2013). Ways of Coing Checklist : stratégies d'adaptation au stress. *Références en santé au travail*, 135(33), 135-138.
- Lazarus, S., & Folkman S.(1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer,.
- Lipowski, Z.J. (1981). *Psychosocial reactions to physical illness*. *Psychiatria Fennica*, suppl., 11-18
- Organisation mondiale de la Santé (Ed). (2010) *Thèmes de santé – Tuberculose*, OMS. [Consulté le 10 juin]. www.who.int
- Paulhan, I., Nuissier, J., Quintard, B., & Cousson, F. (1994). La mesure du coping. Traduction et validation françaises de l'échelle de Vitaliano. *Annales MédicoPsychologiques*, 125 (5), 292-299.
- Angers, M. (1992). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Montréal: Centre éducatif et culturel inc.
- Fedor, M. & Leyssene-Ouvrard, C. (2007). *L'intégration des familles à l'hôpital : quelles attentes et quelles réticences de la part des patients, proches, et soignants : Une étude en cours au CHU de Clermont-Ferrand*. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 58-75. doi:10.3917/rsi.089.0058.
- Bruchon Schweitzer, M. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en Soins Infirmiers*, (67), 68-83.
- Carpenito, L. J. (1995). *Diagnostics infirmiers* (5e ed.). Paris: Masson.
- Cousson, Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B., Nuissier, J., & Rasclé, N. (1996). Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la W.C.C.(Ways of coping checklist). *Psychologie française*, 41(2), 155-164.
- Grimaldi A., (2006). *La maladie chronique*. Presses de Sciences Po. Les Tribunes de la santé. 3 : pp 45-51
- Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille: Une approche systémique en soins infirmiers* (2ième Éd.). Montréal : Gaëtan Morin.
- Lenaerts A.,(1986).*L'umanisation des hopitaux*.

- Langevin, V., Boini S., François, M. & Riou, A. (2015). Perceived stress scale (échelle de stress perçu). *Références en santé au travail*, 143, 101-104.
- Quintard, B. (1994). Du stress objectif au stress perçu.
- Nguepy Keubo F.R., Djifack Tadongfack T., Tsafack J., Djoufack G.1, Bianke P. (2018). *Profil clinique des personnes atteintes de la tuberculose à Dschang au Cameroun : rôle des itinéraires thérapeutiques dans le retard au diagnostic*. Hôpital St-Vincent-de-Paul de Dschang, Cameroun BP 11 Dschang, Cameroun.
- S. Habibeche, S. Bacha, S. Agrebi, I. Moussa, Racil, A. Chabbou.(2017). *Évaluation de la dépression chez les patients atteints de tuberculose pulmonaire*. Service de pneumologie et d'endoscopie, pavillon 2, hôpital Abderrahmane-Mami, Ariana, Tunisie.
- Reich M.(2010). *La dépression en oncologie*. Elsevier Masson SAS.
- Mbaye,F.,Cisse,M.F.,Thiam,K. Ka,W.,Ndao,M.,Niang,S.,Toure,N.O., & Diakane,Y.(2018). Évaluation de la qualité de vie chez 112 patients tuberculeux suivis dans le service de pneumologie du CHNU de Fann de Dakar. *Révue des Maladies respiratoires*, 36, A258.
- Janis, Irving L. (1958) .*Psychological Stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. New york : John Wiley & sons.pp.439
- Labisi O. (2006). *Assessing for suicide risk in depressed geriatric cancer patients*. *Psychosoc Oncol*; 24:43–50.
- Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. (1990). Relation of psychopathology in general medical inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry*;147:1498–503.
- Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, Robertson C, Bredart A, Goldhirsch A. (2000). Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*;356:1326–7.
- Bellinghausen, K. Collange, J. Botella, M., Emery, J.L. & Albert, T. (2009). Validation factorielle de l'échelle française de stress perçu en milieu professionnel. *Santé Publique*, 21(4), 365- 373.doi : 10.3917/spub.094.0365
- Lévy, D. (1995).*La demande d'insémination artificielle avec donneur par les couples dont l'homme est séropositif pour le VIH*. (Doctorat dissertation).
- Sophie,A., Coolidge ,F.,& Wynn,T.(Eds.).(2009). *Cognitive archaeology and human evolution*. Cambridge University Press.
- Yerly , J., Ginami, G., Nrdio G., Coristine, A. J., Coppo. S., Monney,P.,& Stuber ,M.(2016).Coronary endothelial function assessment using self-gated cardiac cine MRI and K-t sparse SENSE. *Magnetic resonance in medecine*,76(5),1443-1454.
- Wright ,L.M.& Leahey, M.(2014). *Familienzentrierte pflege, lehrbuch fur familien- Assessment und interventionen*, 2., Vollst. Uberarb.U. erg. Aufl.Huber Hogrefe,Bern.
- Olive,D.L.(2011,March).The surgical treatment of fibroids for infertility. *In seminary in reproductive medicine* (vol.29.N0.02,pp.113-123).(C) Thieme Medical publishers.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L. & Mosher, S.W. (1992). The perceived stress scale: factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. *Psychopathol behav acces*, 14(3), 247-257