



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences Humaines et sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de

Master

Option : psychologie clinique

Thème

Les stratégies de coping chez les mamans ayant un enfant diabétique

Etude clinique de 06 cas réalisée à hôpital Amizour

Préparé par :

Berkou Assia

Berri Ouahiba

Encadré par :

Mr.Benchallal Abdelouhab

Année Universitaire : 2021/2022

Remerciement

Tout d'abord nous aimerons remercier dieu de nous avoir donné la volonté et la patience de pouvoir mener ce travail à terme, aussi à nous parents qu'ils ont toujours été à nous côté avec leurs tendresse et soutiens.

*Et nous tenons à adresser nos vifs remerciements à notre encadreur Mr **BENCHALLAL Abdelouhab** pour ces orientations et conseils tout le long de notre travail.*

*Que l'ensemble de personnel de l'hôpital d'amizour et surtout a la psychologue **Assia ben idir** qui nous à aidé tout au long de notre racherche pour contribué à notre formation, et **Monsieur kandira** le directeur de l'hôpital <BENMERRAD EL-Maki > d'Amizour trouvé ici l'expression de notre profonde reconnaissance.*

Enfin, nous remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, et nous pensée va également à tous nos amis(e) qui nous soutenus au cours de ces années.

Dédicaces

C'est avec un grand plaisir que je dédie ce modeste travail aux êtres qui me sont les plus chères :

A ma très chère mère,

Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurai point te remercier comme il se dit. Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles.

A mon très cher père,

Tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager. Tu été toujours un très bon exemple pour moi. Que ce travail traduise ma gratitude et mon affection.

A mes très chers frères **TAYEB** et **NASSIM**.

A mon très cher mari **MOHAMED** avec qui je suis fière et heureuse aucun mot ne serait t'exprimer mon profond attachement et ma reconnaissance pour l'amour, la tendresse et la gentillesse dont tu m'as toujours entourée. J'aimerais bien que tu trouves dans ce travail l'expression de mes sentiments de ma reconnaissance les plus sincères car grâce à ton aide et à ta patience avec moi que ce travail a pu voir le jour...

Que dieu réunisse nos chemins pour un long commun serein et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle. Que dieu puissant nous accorde un avenir meilleur.

A ma très chère belle famille mon beau père **Boualem**, ma belle mère **Halima**, mes beaux frères **Karim** et **Boumediene**, mes belles sœurs **Nassima**, **Chalabia**, **Koukou**, **Sabrina**, **Malika** et leurs enfants.

Mes chères amies **Bahia**, sa mère et tous les membres de sa famille.

A tous les membres de ma famille, petits et grands. Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection.

À tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer.

A ma très chère binôme **Ouahiba** et sa famille.

Puisse dieu vous donner santé, bonheur, courage et surtout réussite.

Assia

Dédicaces

C'est avec un grand plaisir que je dédie ce modeste travail aux êtres qui me sont les plus chères :

A ma très chère mère,

Quoi que je fasse ou que je dise, je ne saurais point te remercier comme il se doit. Ton affection me couvre, ta bienveillance me guide et ta présence à mes côtés a toujours été ma source de force pour affronter les différents obstacles.

A mon très cher père,

Tu as toujours été à mes côtés pour me soutenir et m'encourager. Tu es toujours un très bon exemple pour moi. Que ce travail traduise ma gratitude et mon affection.

A mes très chers frères **Bachir** et **Badrije** vous remercie infiniment pour votre encouragement.

Mes chères amies et collègue **Nessma, Souhila, Chanez, Ilham, Kenza Salem, Billel, Nadir.T** qui m'ont toujours encouragé tout au long de mon parcours

A tous les membres de ma famille, petits et grands, sœur et cousin (**Danielle**), je remercie infiniment ma chère tante, tata **Zohra** qui m'encourage à chaque instant malgré la distance qui nous sépare.

A ma très chère binôme Assia

Ma chère binôme, ça me fait un grand plaisir de finir mon parcours avec une personne aussi gentille que toi, ton soutien moral, ta patience, ta compréhension tout au long de ce projet

Puisse Dieu vous donner santé, bonheur, courage et surtout réussite.

OUAHBA

Liste des figures

Numéro de la figure	Titre	Page
Figure N° 1	Les complications du diabète	47
Figure N° 2	La maladie de Dupuytren	50
Figure N° 3	Mal perforant plantaire sur un pied neuropathique: Plaie du médio-pied sur un pied de Charcot à la phase chronique	51
Figure N° 4	La carie dentaire	52
Figure N° 5	La gingivite chez le diabétique.	52

Liste des tableaux

Numéro du tableau	Titre	page
Tableau N° 1	Evolution du nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde de 1985 à 2014	33
Tableau N° 2	les 10 premiers pays comportant le plus d'adultes atteints de diabète en 2017	32
Tableau N° 3	Comparaison entre diabète type 1 et diabète type 2	45
Tableau N° 4	Récapitulé des caractéristiques de groupe d'étude	73
Tableau N° 5	Présentation des résultats de l'échelle toulousaine de coping	97

Table des matières

Dédicaces

Résumé

Sommaire

Liste des figures

Liste des tableaux

Introduction ----- 07

Chapitre 1 :Le cadre générale de la problématique

1. Problématique et hypothèse -----	11
2. Intérêt du choix de thème-----	15
3. Les objectifs de la recherche -----	15
4. Définition du concept de coping -----	15
4.1.Opérationnalisation du concept de coping-----	16
4.2.Définition du concept de diabète -----	16
4.2.1 Opération du concept de coping -----	16
5. Les Etudes antérieures -----	17
5.1.L'étude antérieure en relation entre le diabète et le coping -----	17
5.1.1. Etude N°1 -----	17
5.2.L'étude antérieure sur le coping -----	21
5.2.1. Etude N°2 -----	21
5.3.Commentaire sur les études -----	25

Partie théorique

Chapitre 2 : Le diabète

Préambule

1. Généralité sur le diabète -----	27
1.1.Historique -----	27
2. définition du diabète -----	29
3. critère diagnostiques du diabète -----	29
3.1.Diagnostic clinique -----	29
4. Epidémiologie du diabète -----	30
4.1.La prévalence du diabète dans le monde -----	31
4.2.En Europe -----	33
4.3.En Afrique -----	33
4.4.En Algérie-----	33
5. Classification du diabète-----	35
5.1.Le diabète type 1 -----	35
5.2.Le diabète type 2 -----	37
5.3.Les autres types du diabète -----	39
6. Physiopathologie du diabète sucré -----	40

6.1. Les causes	40
6.1.1. L'hérédité	40
6.1.2. Facteurs environnementaux	40
6.1.2.1. L'obésité	40
6.1.2.2. La mauvaise alimentation	40
6.1.2.3. La sédentarité	41
6.1.3. Facteurs physiologique	41
6.1.3.1. Grossesse	41
6.1.3.2. Age	42
6.1.3.3. Le tabagisme	42
6.1.4. facteurs pathologique	42
6.1.4.1. infection	42
6.1.4.2. Défaut du système immunitaire	42
6.1.4.3. Un traumatisme physique	43
6.1.4.4. Médicament	43
6.1.4.5. Stresse	43
6.2. Les symptômes	43
6.2.1. Diabète type 1	44
6.2.2. Diabète type 2	44
7. Complication du diabète	47
7.1. Maladie cardiovasculaire	47
7.2. Néphropathie	48
7.3. Trouble oculaire	48
7.4. Neuropathie	49
7.5. Sensibilité aux infections	49
7.6. Complication du la main diabétique	50
7.7. Complication du pied diabétique	51
7.8. Complication buccales	51
7.8.1. Carie dentaire	51
7.8.2. Gingivite	52
8. L'aspect psychologique et stratégie d'ajustement au diabète	53
8.1. L'aspect psychologique	53
8.2. Détresse émotionnelle	53
8.3. Stratégie d'ajustement au diabète	54
9. L'éducation thérapeutique des diabétiques	54
Synthèse	

Chapitre 3 : Les stratégies de coping

Préambule

1. Histoire de la notion de coping	57
2. Le concept de coping et les autres concepts apparents	58
2.1. Mécanisme de défense	58
2.2. Coping	59
2.3. Stratégie de coping	59
2.4. Stresse	60
3. les phases d'évaluation de coping	60
3.1. l'évaluation primaire	61

3.2.l'évaluation secondaire -----	61
4. les stratégies générales de coping-----	61
4.1.Le coping centre sur le problème -----	61
4.2.Le coping centré sur l'émotion -----	62
4.3.La recherche du soutien sociale -----	62
5. Stabilité des stratégies de coping -----	62
6. Les différents modèles de coping-----	62
6.1.Le modèle animale de l'adaptation -----	62
6.2.Le modèle de la psychanalyse -----	63
6.3.Le modèle transactionnelle-----	63
7. L'efficacité des stratégies de coping -----	63
8. Les sources de coping -----	64
8.1.Le sexe -----	64
8.2.La religion -----	64
8.3.Le sport -----	64
9. Les mesures de coping -----	65
9.1.La CISS d'Endler et Parker -----	65
9.2.La WCC-R de Vitaliano et al -----	65
Synthèse	

Partie pratique

Chapitre 4 : Cadre méthodologique

Préambule	
1. La pré enquête-----	69
2. Présentation lieux et la durée de la recherche-----	70
3. La méthode utilisée -----	71
3.1.La méthode clinique-----	71
3.2.L'étude clinique -----	71
4. Présentation du groupe de recherche -----	72
4.1.Les caractéristiques de groupe d'étude-----	73
5. Les outils de la recherche -----	73
5.1.Présentation et analyse de l'entretien semi-directif-----	73
5.1.1. Le guide d'entretien clinique -----	74
5.2.Présentation et analyse d'échèle toulousaine de coping -----	75
5.2.1. Définition de l'échèle toulousaine de coping-----	75
5.2.2. Histoire de teste-----	75
5.2.3. Le contenu -----	75
5.2.4. Présentation des stratégies de coping-----	76
6. Le déroulement de la recherche-----	76
Synthèse	

Chapitre 5 : Présentation analyse des discussions des hypothèses

Préambule	
1. Présentation du premier cas -----	78
2. Présentation du deuxième cas -----	81

3. Présentation du troisième cas -----	84
4. Présentation du quatrième ca -----	88
5. Présentation du cinquième cas-----	91
6. Présentation du sixième cas-----	94
Présentation des résultats de l'échèle toulousaine de coping -----	97

Chapitre 6 : Discussions des hypothèses et présentation des résultats de l'échelle

Résultats de l'échèle

1. Présentation et analyses des données de l'entretien et du teste-----	100
---	-----

Conclusion -----	103
-------------------------	------------

Liste bibliographique

Annexes

Introduction

Introduction

Il y a des millions d'années quelques créatures se mettent debout, ses étranges mammifères sont en danger, ils ont peut de chance de survivre, alors ils se défendent et s'adaptent, ils inventent, ils marchent, ils parcourent les terres et les océans, ils explorent et conquièrent le monde, mais ils trébuchent sur un obstacle dont ils ne peuvent se débarrasser ni éradiquer, un obstacle appelé maladie chronique.

Les maladies chroniques constituent le principal problème de morbidité à l'échelle mondiale, puisqu'elles sont responsables de 63 % des décès.(MOREAU.P, et al, 2011).

Cependant, le développement des sciences médicales n'a pas été suffisant pour éradiquer les maladies non transmissibles qui existent encore et qui sont de plus en plus répandues telles que le cancer, les affections cardiovasculaires et le diabète sucré. Ce dernier constitue une préoccupation majeure pour les institutions internationales telles que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale de Diabète (FID).

Actuellement le diabète pose un vrai problème de santé publique par sa prévalence et le poids de ses complications chroniques dominées par les complications cardiovasculaires, le pied diabétique, l'insuffisance rénale chronique et la rétinopathie....(FID,2019,P.12).

Le taux du diabète augmente de façon alarmante dans le monde. Maladie longtemps silencieuse, il peut être à l'origine de graves complications. Il touche les deux sexes et peut apparaître à tous les âges (Togo, 2010), caractérisé par la présence d'une hyperglycémie chronique, accompagnée d'une perturbation des métabolismes glucidique, lipidique et protéique, résultant d'un défaut de la sécrétion d'insuline, de son activité ou des deux associées.

En effet, le monde d'aujourd'hui assiste à une augmentation spectaculaire du nombre de personnes atteintes de diabète. Ce phénomène est à l'origine d'une forte mortalité et morbidité de la population mondiale du fait que, le diabète est une source des handicaps, d'invalidité et d'autres affections de longue durée. Cette hausse remarquable de l'épidémiologie du diabète est intimement liée au vieillissement de la population, à l'alimentation déséquilibrée et au manque de l'activité physique mais aussi, au diagnostic tardif de la part de la population, d'où la nécessité du recours à la prévention et à la

sensibilisation des citoyens au dépistage précoce afin d'éviter d'éventuels nouveaux cas et cela constitue la première mesure de lutte contre cette épidémie.

Le diabète prend des proportions d'une épidémie dans le monde entier. L'utilisation du terme épidémie pourrait s'expliquer par les perspectives de progression alarmantes du diabète, lequel d'ailleurs n'est plus l'apanage des seuls pays développés. Sa prévalence chez les adultes de plus de 18 ans, selon l'OMS, est passée de 4,7% en 1980 à 8,5% en 2014. En effet, l'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la septième cause de décès dans le monde. Véritable problème de santé publique, le diabète, est une maladie chronique caractérisée par une altération du métabolisme du glucose et des autres substrats énergétiques (OMS, 2016).

Le diabète survient dans l'enfance, à un âge où il n'est pas toujours facile d'apprendre à vivre avec une maladie chronique, cette maladie touche presque tout les âges elle devienne dangereuse à l'âge d'enfance.

Divers modèles ont été proposés dans le contexte d'étudier la physiopathologie du malade en générale et de la maladie chronique en particulier, lesquels mettant l'accent sur l'influence de certains modulateurs de stress secondaire émanant de la maladie chronique. Néanmoins, la focalisation s'est posée sur un concept assez récent, qui est le coping, lequel signifie faire face à un stress ou à un conflit et le gérer selon les moyens de l'individu. Lazarus et Folkman sont les deux pères fondateurs de sa conception en psychologie, en tant que processus médiateur, de manière cognitive, comportementale et émotionnelle. (BRUCHON-SCHWEITER M. 2002, p 353).

Les mères ayant un enfant diabétique sont confrontées à des situations stressantes, fortes. On diversifie certaines d'entre elles, car elles sont modifiables, contrôlables, d'autres inchangeables. Ceci est associé soit aux caractéristiques des situations, soit aux caractéristiques personnelles. Car le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par ces femmes, pour qu'elles retrouvent un bien être psychologique et un certain équilibre. Aussi pour dépasser la situation difficile qu'elles vivent, Elles mettent en place des stratégies de coping désignant la manière de faire face à la situation stressante et de la maîtriser. Et on peut dire que ces femmes emploient des stratégies défensives pour faire face à la situation.

(BRUCHON- SCHWEITER. M. et BOUJUT.M, 2014, p 497).

L'objectif principal de notre travail de recherche, porté sur « *les stratégies de coping chez les mamans ayant un enfant diabétique* », est le fait d'être une source de documentation et de pouvoir procurer des informations qui peuvent se révéler indispensables pour effectuer des recherches ultérieures dans ce domaine, est de connaître le type de stratégies de coping employés par ces derniers pour faire face à leur maladie et le stress qu'elle engendre. Pour cela notre travail a été effectué à l'hôpital d'Amizour, qui répond aux objectifs de notre recherche. Nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et de l'échelle toulousaine de coping. De S. Esparbes, F. Sords-Ader et P. Tap (1993).

Pour cela, notre recherche s'est appuyée sur le plan de travail suivant : on a amorcé par une introduction suivie d'une problématique introduite par la question de départ, suivie par les hypothèses.

Dans la suite de notre recherche, on présentera deux parties : La partie théorique, dans laquelle on a abordé deux chapitres, le premier est consacré à parler, sur le diabète, son histoire, quelques définitions, et ces différentes formes. De ce qui est de chapitre suivant qui est celui de stratégie de faire face on histoire, quelques définitions, ses origines.

La seconde porte sur La partie pratique, ce dernier est subdivisé en deux chapitres, le premier chapitre, consacré au cadre méthodologique de la recherche dans lequel on aborde la méthode utilisée, la pré-enquête présentation le lieu de recherche, et les outils de la recherche et leur analyse. Le second chapitre, réservé à la présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses. Enfin, on a clôturé notre travail de recherche avec une conclusion, une liste bibliographique, et les annexes.

Partie théorique

Chapitre 1

Le cadre générale de la problématique

1. Problématique et hypothèse :

L'arrivée au monde d'un premier enfant est un événement unique, chargé d'émotion, d'espoir, de craintes aussi. Devenir mère est une étape de la vie tout à fait singulière, magnifique et difficile. Magnifique car on accompagne l'éveil d'un tout petit, on ne cesse de le mettre au monde chaque jour ; difficile car cet accompagnement demande apprivoisement et ajustement. C'est ainsi que l'on se forge mère, tous les jours, pas à pas, Etre parent est une formidable aventure à travers laquelle nos enfants acquièrent leur autonomie, leur indépendance et la capacité à bâtir leur projet de vie. Etre parent d'enfant malade, c'est une aventure très particulière, un défi où s'entrecroisent une lutte continue et de grande satisfaction lorsque les frontières de la dépendance reculent et que l'on rencontre la confiance des autres. (HeNRIETTE,BLOCH ET ALL,1992,P807).

Parmi ces maladies nous nous sommes intéressés à une en particulier et qui est le diabète ou la maladie du siècle.

Selon l'OMS, le diabète est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, d'accident cardiaque, d'accidents vasculaires cérébraux et d'amputation des membres inférieurs. En 2012, on a estimé que 1,5 million de décès étaient directement dus au diabète et que 2,2 millions de décès supplémentaires devaient être attribués à l'hyperglycémie. Près de la moitié des décès supplémentaires devaient être attribués à l'hyperglycémie. Près de la moitié des décès dus à l'hyperglycémie surviennent avant l'âge de 70 ans, la prévalence mondiale du diabète chez les adultes de plus de 18 ans est passée de 4,7% en 1980 à 8,5% en 2014.).(ATLAS MONDIAL DE DIABETE, 2017).

Le mot diabète vient du mot grec (couler à travers), terme qui renvoie aux deux principaux symptômes de la maladie : une grande soif et le besoin d'uriner fréquemment. C'est 4000 ans avant J.C. en Chine que le diabète a été mentionné pour la première fois. On parlait alors d'urine sucrée ou d'urine de miel.

En 1500 avant J.C. un papyrus égyptien, appelé papyrus Ebert, décrit des symptômes similaires à ceux du diabète : soif intense et amaigrissement. Au fil des siècles et des avancées de la recherche médicale, des expériences ont été réalisées pour comprendre et trouver des traitements au diabète

Le diabète vient en deuxième position au classement des maladies chroniques, derrière l'hypertension En Algérie, selon la 3e étude nationale des indications multiples. Le nombre de personnes atteintes de diabète est en progression, passant de 0,3% chez les sujets âgés de moins de 35 ans à 4,1% chez les 35-59 ans et 12,5% chez les plus de 60 ans, selon cette étude menée par le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, en collaboration avec l'Office national des statistiques et des représentations des Nations Unies à Alger.). (Atlas mondial de Diabète, 2017).

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme est incapable de produire suffisamment d'insuline ou d'utiliser l'insuline de manière efficace. L'insuline est une hormone fabriquée dans le pancréas, qui permet au glucose contenu dans les aliments de pénétrer dans les cellules de l'organisme, où il est transformé en énergie nécessaire au bon fonctionnement des muscles et des tissus. Chez une personne atteinte de diabète, le glucose n'est pas absorbé correctement et continue de circuler dans le sang (un trouble connu sous le nom d'hyperglycémie), endommageant ainsi peu à peu les tissus. Ces dommages peuvent entraîner des complications invalidantes mettant la vie de la personne en danger, il existe trois grands types de diabète qui sont, type 1, type 2, et gestationnel. . (HeNRIETTE,BLOCH ,1992,P810)

Par conséquent, le diabète et particulièrement de type 2, peut entraîner des complications sur la vue, les reins et l'appareil cardiovasculaire. De ce fait, être diabétique signifie être confronté à un stress, et être confronté à un stress implique certainement des méthodes pour y faire face et pour faire face à une source de stress l'être humaine fait appel à ces ressources et met en place des stratégies qui sont connues sous le nom de stratégies de coping ou d'ajustement. La notion de coping est un concept récent apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus, « *psychological stress and coping process* » en 1966. Selon R.S Lazarus et S. Folkman 1984, « *le coping est un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant, déployés pour gérer des exigences spécifiques interne et/ou externe qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ces ressources* »

De manière générale les stratégies de coping se réfèrent à tout ce qu'une personne met en œuvre pour faire face à une situation stressante. En générale, on distingue trois types de stratégies de coping, celle qui sont centrées sur l'émotion et qui vise à réguler l'émotion associée à l'évènement stressant, et celle qui sont centrées sur le problème et qui correspond à des actions qui consistent à maîtriser, diminuer ou éliminer les facteurs présents dans l'environnement qui sont à l'origine de la transaction stressante. Globalement, ces réponses

sont utilisées pour résoudre le problème auquel l'individu est confronté et englobent des stratégies spécifiques de coping tels que la planification, la rationalisation de la situation, la recherche des solutions et des moyens d'action, la réorganisation de la tâche, l'effort accru, etc. (ANDREEA DINCA SEPTEMBRE 2008, P40)

Outre le coping centré sur le problème et celui centré sur l'émotion qui sont les deux stratégies principales, la recherche du soutien social apparaît parfois comme troisième Stratégie générale, elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie ou l'aide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social ni avec le soutien social, cette stratégie correspond parfois à une tentative des informations ou une aide matérielle pour régler une difficulté. (BRUCHON, SCHWEITERM ET EMILIE, 2014, P477)

Le diabète ait suscité si peu de recherches ayant pour objectif d'étudier les principales stratégies de coping utilisées par les patients pour faire face à leur maladie (BRUCHON,SHWIZERM et B.QUINTARD, 2001 ,DUNOD, P107)

La recherche de Milousheva et al. 1996 (cité par, M. bruchon schweitzer et B.Quintard en 2001), est l'une des première à avoir mis en évidence chez des adolescents IDDM, des stratégies de coping spécifique, différents sensiblement selon le sexe. Les adolescents diabétiques masculins semblent adopter préférentiellement des stratégies d'évitement (ex : oublier une visite de contrôle), de distraction cognitif (penser à autre chose que sa maladie) ou de désengagement comportemental (s'adonner à des activités multiples pour ne pas penser à sa maladie), les adolescentes IDDM, quant à elles, ont tendance à utiliser davantage la Recherche de soutiens sociaux (parler de leurs maladies à leurs proches). Quant aux adultes diabétiques, il semblerait que les hommes utilisent plutôt des stratégies centrées sur le Problème, et les femmes des stratégies centrées sur l'émotion, mais vu les limites Caractérisant ces deux études (absence de groupe de contrôle, effectifs restreints), il est difficile de généraliser ces résultats à l'ensemble des sujets diabétiques. (BRUCHON,SCHWEITZERM, 2001, P107)

Les conséquences de cette anomalie sont lourdes ; car ces jeunes Diabétiques ne sont pas les seuls à subir la maladie, ces difficultés ont bien des Répercussions sur tout le groupe familial de l'enfant atteint, et ce, tant sur le plan Affectif que du point de vue social. Chez les mamans le drame commence sitôt ; à partir de l'annonce du diagnostique de leur enfant, qu'est un moment crucial ; ce qui rendre la tache des parents difficile voir pénible ; les épuiser Physiquement mais surtout psychologiquement, car ils sont constamment face à des situations délicates et stressantes rencontrer au quotidien plus Particulièrement, les mères puisque elles

occupent une place très importante dans le quotidien de leurs enfants on générale, et dans leurs éducation particulièrement.

A fin de faire face aux difficultés concernant l'éducation d'un enfant atteint de Diabète, et aux multiples situations stressantes rencontrée au quotidien, les mamans d'enfants diabétique peuvent développer une série de réactions et de stratégies ; soit conscientes ou inconscientes, d'un aspect cognitif, comportemental ou affectif, et ce, en vu de tenter de prévenir, résoudre, atténuer ou apaiser leur souffrances vis-à-vis de la pathologie de leur enfant. C'est ce que Lazarus et Folkman appellent « *stratégie de coping* » ou d'adaptation, qui sont définit comme étant : « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changants, (déployés) pour gérer des exigences spécifique internes et/ou externes qui sont évalué (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (M.Bruchon-Schweitzer, 2002, p 356).

Selon Lazarus et Folkman, ces stratégies sont répartie en trois types et dimensions ; interviendrait fondamentalement à partir de l'estimation des risque :

- une focalisation sur le problème (réflexion et intervention) ;
- une focalisation sur l'émotion (control rte expression de la détresse émotionnelle) ;
- une focalisation sur la recherche du soutien social.

La pré-enquête que nous avons menée a pour objectif la prise de connaissance de notre terrain d'étude, qui consiste a connaitre la population d'étude qui est les mamans d'enfants diabétique au sein de l'hopital d'amizour de la willaya de Bejaia ou nous somme présentée autan qu'étudiants en master 2 de psychologie clinique, et c'est ainsi qu'on a rencontrer ses mere et discuter de leurs situation a l'égard de la pathologie de leur enfant, ainsi que les multiples problème qu'elle pouvaient avoir. Et pour pouvoir mener à bien notre recherche, on va utiliser les outils suivants : l'entretien clinique semi-directif et l'échelle toulousaine de coping de Sylvie Esparbes.

En s'appuyant sur l'ensemble des lectures et sur la pré-enquête que nous avons effectuée auprès de ses mamans, nous avons était amener à s'interroger sur les réactions de ses dernières face à la maladie de leur enfant ainsi que les difficultés rencontrées au quotidien. Ce qui nous a amené a formulé la question suivante :

- Est-ce que les mères d'enfants diabétiques utilisent des stratégies de coping particulières, afin de faire face aux différentes situations qu'elles rencontrent ?

Les hypothèses qu'on a formulées dans le but de répondre à notre question posé dans la problématique sont les suivantes :

- Les mamans d'enfants diabétiques utilisent des stratégies de coping basée
- sur le problème, beaucoup plus que les deux autres stratégies émotions et soutiens.

2. Intérêt du choix de thème

Toute recherche doit être conduite dans un sens d'objectivité en vue d'obtention des résultats bénéfiques.

Nous avons choisi le sujet de stratégie de coping chez les mères ayant un enfant diabétique en raison de :

- Donner une importance aux parents d'enfants diabétique ; y compris les mères, et ainsi comprendre leur endurance et leur souffrance.
- Inciter les autres à s'intéresser à cette maladie (diabète) dans notre société et bien s'occuper de ces enfants ainsi que les conséquences que cette maladie peut avoir sur la vie des parents.
- La nouveauté de ce thème ; car durant notre pré recherche on s'est aperçu qu'on ne donnait pas l'importance méritée aux parents d'enfants diabétique (en Algérie). Les recherches sont plutôt focalisées sur l'enfant et sa maladie plutôt que sur les parents.

3. Les objectifs de la recherche

- Découvrir les stratégies de coping utilisées chez les mères d'enfants diabétiques, afin de faire face aux tensions et aux états rencontrés au quotidien.
- Découvrir la qualité et le degré des stratégies de coping basée sur le problème, l'émotion et la recherche du soutien social que les parents d'enfant diabétique utilisent le plus.
- Évaluation appropriée de l'efficacité du coping afin de comprendre les processus psychologiques par lesquels les mamans d'enfant diabétique.
- Décrire le ressenti de ces femmes face à la maladie de leur enfant.
- Enrichir notre bibliothèque avec un travail sur les mères ayant un enfant

Diabétique et les stratégies de coping utilisées pour y faire face.

4. Définition du concept de coping

Lazarus et Folkman définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (Lazarus et Folkman, 1984, p.356).

Le dictionnaire de psychologie la définit comme étant un « processus actif par lequel l'individu, par l'auto appréciation de ses propres capacités, de ses motivations fait face a la vie et notamment a une situation stressante et réussit à la maîtriser. (A.G grand dictionnaire de psychologie, 1991, p. 218).

4.1. Opérationnalisation du concept coping

- Désigne la façon de s'ajuster aux situations.
- La mise en place d'une réponse pour faire face à un événement stressant.
- Acceptation.
- Evitement.
- réduction de l'effet du stress.
- Stratégie centré sur le problème, ou sur l'émotion ou le soutien social.

4.2 Définition du concept de diabète :

C'est un groupe de maladies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de la sécrétion de l'insuline ou d'un défaut de l'action de l'insuline ou de ces deux anomalies associées.(BUFFET.CAMILLE,VATIER CAMILLE, OCTOBRE 2010)

4.2.1 Opérationnalisation du concept coping

La personne atteinte de diabète est une personne qui présente des symptômes qui différent d'une personne normal, ces symptôme se caractérisent par :

- Besoin fréquent d'uriner (même la nuit) (polyurie).
- Une soif excessive (polydipsia).
- Toujours être très faim (polyphagie).
- La peau sèche.
- Démangeaisons de la peau.
- Guérison lente des coupures.
- Vision floue.
- Sensation de fatigue et de faiblesse.
- Perte de poids.
- Infections de la peau.
- Engourdissement ou picotements dans les pieds. (ATALLAH, 2007, P 59)

5. Les études antérieures

5.1. L'étude antérieure en relation entre le diabète et le coping

5.1.1. Etude N°01 :

-Présentation de l'étude

Il s'agit d'une thèse de doctorat intitulée « **Étude de l'influence des stratégies psychologiques de "coping" sur l'état anxiodépressif et l'équilibre glycémique chez des adultes diabétiques de type 1 : une étude transversale** » réalisée par Carole Engel-Zerbinati, à la faculté de médecine de Nice (l'université de Nice-Sophia Antipolis), le 3 octobre 2014.

-Objectifs

L'objectif générale de cette étude elle répond à une question qui se pose lorsque elle a interviens en tant que psychiatre de liaison dans un service de diabétologie-endocrinologie : ils ont amenés à avoir un nombre important de patients diabétiques, de type 1 ainsi que de type 2, pour l'évaluation d'état anxiodépressif.

Hypothèse principale

Chez les patients diabétique de type 1 il ya une prévalence importante d'état anxiodépressif (variable en intensité et en qualité). Elle émet l'hypothèse que ces états sont en lien avec des stratégies de coping non adaptées, qui sont significativement plus présentes chez ces patients anxieux et / ou dépressifs.

Hypothèses secondaires

Ces états dépressifs et anxieux son corrélés à un mauvais équilibre glycémique, lui-même en lien avec certains styles de coping. (ENGEL-Z, C, 2014, p. 100).

-Groupe de recherche

68 patients, dont 31 hommes, ont été dont 67 au CHU de Nice pasteur, et une au centre hospitalier François Mitterrand de Pau. Les sujets étaient âgés de 18 à 80 ans avec une moyenne de 41,7 ans et une médiane de 37ans.

Parmi eux, 31 soit 46% étaient hospitalisés au moment de l'inclusion, 29 soit 42M avaient été hospitalisés dans les 5 ans précédents, et seulement 8 soit 12% d'entre eux il y a plus de 5 ans.

Critères d'inclusion :

Elle a sélectionné tous les patients hospitalisés ou consultants dans les services sus cités ayant un diabète de type 1 et âgés de plus de 18 ans.

Critères de non-inclusion :

Elle avait choisi de ne pas inclure les patients dont les troubles pourraient interférer avec la compréhension des questionnaires :

- Troubles psychotiques tels que schizophrénie ou trouble schizo-affectif
- Détérioration cognitive

Ainsi que les patients présentant un trouble bipolaire dont la symptomatologie pourrait interférer avec leur évaluation des troubles anxieux et dépressifs.

Critères d'exclusion :

Mauvaise coopération ou refus des questions, difficultés importantes de compréhension lors de la passation. (ENGEL-Z, C, 2014, p.103).

-technique utilisées

L'inclusion a été réalisée par elle sur les sites de l'hôpital pasteur à Nice et François Mitterrand à Pau, ainsi que pour une quinzaine de patients par les IDE de liaison de psychiatrie de CHU, entre octobre 2013 et juin 2014.

La première partie de l'entretien a permis le recueil des données socio-biographiques sous la forme d'un hétéro-questionnaire. Elle était complétée d'une évaluation clinique de l'état anxiodépressif, à l'aide d'extraits de la MINI (Mini international neuropsychiatric interview) et de l'appréciation des diagnostics psychiatriques associés et des antécédents. Le dossier du patient a été consulté pour confirmer les données biologiques et médicales apportées.

Pour la seconde partie, elle a choisi des échelles validées en langue française pour l'évaluation de l'état antidépresseur et des stratégies de coping, en auto ou hétéro évaluation. (ENGEL-Z, C, 2014, p.103).

-Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Caractéristiques de leur diabète de type 1 (DT1)

Les patients avaient une durée d'évolution de la maladie en moyenne de 21 ans (et en médiane de 19 ans), la moyenne d'âge au moment du diagnostic est de 20 ans (médiane 18 ans).

Leur taux moyen d'HbA1c sanguin au moment de l'inclusion est de 8,33%, ce qui est plutôt élevé (médiane de 7,95%), avec 47% de l'échantillon au dessus ou au niveau du seuil de 8%, et donc 53% en dessous.

32% de leurs patients avaient dans leur famille un membre atteint aussi de cette maladie.

Le traitement insulinaire le plus répandu dans leur population est sous la forme d'injections (53%).

Les complications au diabète étaient fréquemment présentes avec un taux de 40%, 78% parmi ces patientes ont déclaré que leurs complications étaient symptomatiques, 59% les trouvent gênantes dans leur quotidien.

Caractéristiques psychiatriques

28 de leur patients ont un antécédent psychiatrique (41%) lors de l'inclusion, pour 26 c'était un antécédent de trouble anxio-dépresseur (38%). Chez un patient cet antécédent était une agoraphobie, un autre avait souffert de crises d'anxiété, un patient était sevré pour une toxicomanie en opiacés, et 3 patients étaient sevrés pour une dépendance éthylique. Ces chiffres sont globalement élevés. Les patients ayant déjà reçu un traitement psychotrope sont au nombre de 20, soit 29,4%. Parmi eux, 15 ont déjà reçu un traitement anxiolytique et 13 un traitement antidépresseur.

Les moyennes pour les sous scores de l'échelle HADS sont :

Pour le sous score anxiété : 7,3

Pour le sous score dépression : 3,4

Les diagnostics de troubles anxieux et dépressifs en dehors de l'EDM et du TAG sont au nombre de 2 dans leur population : dysthymie et trouble panique.

(ENGEL-Z, C, 2014, p.109).

Le coping

Les résultats de l'échelle GISS ont donné les moyennes et médianes suivantes :

Pour le coping centré sur la tâche : 58,1 de moyenne, avec un écart type de 11,8 et une médiane de 59.

Pour le coping centré sur l'émotion : 42,9 de moyenne, avec un écart type de 15 et une médiane de 41,5.

Pour le coping centré sur l'évitement : 41,9 de moyenne, avec un écart type de 13,6 et une médiane de 41.

Centré sur la distraction : 19,3 de moyenne, avec un écart type de 7,5 et une médiane de 19,5.

Centré sur la diversion sociale : 14,6 de moyenne, avec un écart type de 5,8 et une médiane de 14.

Ces moyennes sont assez proches de celles de la population générale.

(ENGEL-Z, C, 2014, (p.112).

Pour la deuxième étude on n'a pas trouvés une thèse qui abord le sujet du diabète alors on a choisis de travailler sur un autre sujet qui s'agit d'une thèse de doctorat en psychologie intitulée « **LES STRATÉGIES DE COPING COMME PRÉDICTEURS DE LA RÉSILIENCE ET DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ DES PERSONNES VIVANT AVEC UNE LÉSION À LA MOELLE ÉPINIÈRE** ».

5.2.L'étude antérieure sur le coping

5.2.1. Etude N°02 :

-Présentation de l'étude

Il s'agit d'une thèse de doctorat en psychologie intitulée « **LES STRATÉGIES DE COPING COMME PRÉDICTEURS DE LA RÉSILIENCE ET DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ DES PERSONNES VIVANT AVEC UNE LÉSION À LA MOELLE ÉPINIÈRE** » réalisée par ROSELINE MASSICOTTE, à l'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTREAL, année NOVEMBRE 2015.

-Objectifs

La présente étude sur la manifestation de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire vise six objectifs :

- À l'aide d'un instrument de mesure validé, décrire la manifestation de la résilience chez des personnes vivant avec une lésion médullaire.
- Vérifier si les stratégies de coping constituent des prédictors statistiquement significatifs de la résilience chez ces personnes et préciser quelles stratégies de coping s'avèrent des prédictors 2a) associés de façon positive avec la résilience et 2b) associés de façon négative à la résilience.
- Vérifier si les caractéristiques de la lésion médullaire constituent des prédictors statistiquement significatif de la résilience.
- Faire état du lien entre la résilience et la psychopathologie chez des personnes vivant avec une lésion médullaire.
- Vérifier si les stratégies de coping constituent des prédictors statistiquement significatifs de la psychopathologie chez ces personnes et préciser quelles stratégies de coping s'avèrent des prédictors 2a) associés de façon positive avec la psychopathologie et 2b) associés de façon négative à la psychopathologie.
- Vérifier si les caractéristiques de la lésion médullaire constituent des prédictors statistiquement significatif de la psychopathologie.

(MASSICOTTE, R, 2015.p.36).

Les hypothèses de recherche

Les hypothèses avancées se subdivisent en deux catégories : les hypothèses liées à la résilience et les hypothèses liées à la psychopathologie.

Parmi les hypothèses liées à la résilience, la recension des écrits permet d'avancer :

-Une première hypothèse, issue de la conceptualisation de la résilience comme processus plutôt qu'un trait inné, suggère qu'elle sera une manifestation assez fréquente chez les participants vivant avec une lésion médullaire.

-Une seconde hypothèse stipule que les stratégies de coping seront des prédicteurs statistiquement significatifs de la résilience. Plus particulièrement, les stratégies de coping associées de façon positive à des indicateurs d'ajustement psychologique sont envisagées comme prédicteurs positifs de la résilience, soit l'acceptation, la réinterprétation positive, le recours au soutien social et le coping centré sur le problème. À l'inverse, les stratégies les stratégies de coping associées de façon négative aux indicateurs d'ajustement psychologique sont envisagées comme prédicteurs négatifs de la résilience, soit la ventilation des émotions et l'évitement.

-Une troisième hypothèse stipule que certaines variables liées à la lésion médullaire expliqueront une part de variance de la résilience.

Parmi les hypothèses liées à la psychopathologie, la recension des écrits permet d'avancer que :

-La psychopathologie ne sera pas spécifiquement corrélée à la résilience.

-Les stratégies de coping associées de façon négatives à des indicateurs d'ajustement psychologique, dont la ventilation des émotions et l'évitement, seront des prédicteurs positifs de la psychopathologie, alors que les stratégies associées de façon positive à l'ajustement psychologique, dont les stratégies d'acceptation, de réinterprétation positive, de recours au soutien social et le coping centré sur le problème, seront des prédicteurs négatifs la psychopathologie.

-Certaines variables liées à la lésion médullaire expliqueront une part de variance de la psychopathologie.

(MASSICOTTE, R, 2015.p.37).

-Groupe de recherche

Cent dix personnes (110) ayant une lésion médullaire ont été sollicitées pour participer à l'étude via l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal.

De l'échantillon initial, 82 personnes ont été rencontrées pour l'administration d'une entrevue semi-structurée qui évaluait la présence de diagnostics de psychopathologie et pour l'administration d'un questionnaire évaluant les données sociodémographiques et les données associées à leur lésion médullaire. Les participants devaient par la suite remplir à domicile et retourner une série de questionnaires évaluant la manifestation de la résilience et des stratégies de coping. De ce groupe, 12 personnes n'ont pas retourné ces questionnaires et ont conséquemment été exclues de l'étude. Des analyses ont été effectuées à l'aide de la version 11.5 du logiciel Statistical Package for the Social Science (SPSS) dans le but d'évaluer si les participants ayant retourné les questionnaires (n=70) diffèrent des personnes exclues (n=12). Les variables continues ont été soumises à un Test de Student (test T) alors que les variables catégorielles ont été soumises à un Test du Chi-carré. Ces analyses ne révèlent aucune différence statistiquement significative entre les participants et les personnes exclues en ce qui a trait aux diagnostics de psychopathologie. Les participants ne diffèrent pas non plus des personnes exclues en ce qui a trait aux données recueillies sur la lésion médullaire, soit le fait de présenter une tétraplégie ou une paraplégie, d'avoir une lésion complète ou incomplète, l'âge au moment de la lésion, le délai depuis la lésion, le fait de recevoir des soins à domicile ou d'avoir un domicile adapté ou non. Finalement, aucune différence n'est observée entre les deux groupes quant aux variables sociodémographiques dont le genre, l'âge au moment de l'entrevue, l'occupation, la durée de la relation en couple et le revenu moyen. Les analyses révèlent toutefois que les participants diffèrent des personnes exclues quant au nombre d'enfants, ces dernières ayant moins d'enfants.

(MASSICOTTE, R, 2015.p.39).

-technique utilisées

Les instruments de mesure utilisés dans cette étude ont été choisis en fonction des objectifs de l'étude et de leurs forces psychométriques démontrées. La résilience et les stratégies de coping

ont été mesurées à l'aide de questionnaires autorapportés. La psychopathologie était évaluée à l'aide de l'entrevue semi-structurée SCID-I.

(MASSICOTTE, R, 2015.p.43).

-Résultats

Les résultats confirment ces hypothèses et montrent que 66% des participants obtiennent un score de plus de 50 sur le CD-RISC (59% un score > 70), et que les stratégies de coping notamment de réinterprétation positive, les stratégies actives, l'expression émotionnelle et l'humour sont des prédicteurs favorisant statistiquement la résilience, alors que la stratégie d'évitement comportemental est un prédicteur statistiquement nuisible à son développement. Les résultats confirment l'indépendance de la psychopathologie et de la résilience (absence de corrélation significative), et montrent que les participants peuvent avoir vécu des périodes de psychopathologie tout en montrant ultérieurement de la résilience.

Les diagnostics le plus prévalents au cours de la trajectoire post-lésionnelle sont la dépression et l'état de stress post-traumatique, et dans une moindre mesure des troubles anxieux et d'usage de substances. Les résultats confirment que la sévérité de la lésion n'influence pas le développement de la résilience ou de la psychopathologie chez les personnes vivant avec une lésion médullaire. Ces résultats mettent de l'avant le parcours fréquent de la résilience chez les personnes vivant avec une lésion médullaire et la contribution significative des stratégies de coping dans la résilience, deux éléments à même d'influencer les pratiques cliniques en réadaptation. L'utilisation du CD-RISC et le développement d'interventions renforçant les stratégies de coping et favorisant la résilience ouvrent ainsi la voie à de meilleures identifications et traitement des patients. (MASSICOTTE, R, 2015.p.53).

5.3. Commentaire sur les études antérieures

D'après ces différentes études, nous constatons que Les facteurs environnementaux et les facteurs individuels pouvant avoir des effets interaction et des effets principaux sur les critères sont évalués tout d'abord L'issue, ou critère à prédire, est évaluée dans un second temps. Ce modèle convient à la prédiction d'issues somatiques, Ou d'issues psychosociales un tel modèle permet d'éprouver en outre des effets médiateurs éventuels, effets des antécédents sur les critères qui peuvent transiter par différents processus transactionnels. On appelle ces processus des réponses cognitives, comportementales, émotionnelles et physiologiques élaborées par un individu placé dans une situation aversive.

Ces réponses, déterminées à la fois par les caractéristiques de la situation et par celles de l'individu, vont lui permettre soit de modifier la situation, soit de se modifier lui-même. Ces processus se déroulent en plusieurs séquences : évaluation des caractéristiques de la situation (stress perçu), évaluation des ressources personnelles permettant de la maîtriser (contrôle perçu) et des ressources sociales perçues (soutien social perçu) et élaboration de stratégies coping.

On peut conclure en soulignant que Les stratégies de coping sont plus ou moins mises en œuvre de façon consciente, une formation aux comportements utiles pour faire face à une situation difficile, permet d'adopter des attitudes efficaces pour réduire l'anxiété et le stress perçu.

Chapitre 2

Le diabète

Préambule

Selon l'OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié étaient des femmes.

Parmi ces maladies en retrouve le diabète selon l'organisation mondiale de la santé (l'OMS), est une maladie chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang. L'hyperglycémie, ou concentration sanguine élevée de sucre, est un effet fréquent du diabète non contrôlé qui conduit avec le temps à des atteintes graves de nombreux systèmes organiques et plus particulièrement des nerfs et des vaisseaux sanguins.

En 2014, 8,5% de la population adulte (18 ans et plus) était diabétique. En 2012, le diabète a été la cause directe de 1,5 million de décès et l'hyperglycémie a causé 2,2 millions de décès supplémentaires.

1. Généralité sur le diabète

1.1. Historique

Le diabète a été décrit pour la première fois dans des textes de l'Égypte ancienne, il y a plus de 3 500 ans, comme l'existence d'« urines très abondantes ». Un document turc vieux d'environ 2 000 ans rapporte la soif extrême et le volume urinaire très important de personnes ayant un diabète. Alors que le goût sucré des urines était mentionné depuis longtemps, il a fallu attendre 200 ans avant notre époque pour que l'Anglais Chevreul mette au point un test pour mesurer la concentration de sucre dans l'urine, et montrer l'existence d'une glycosurie.

Plus tard au XIX^e siècle, le Français Bouchardat a publié un travail sur « le traitement hygiénique du diabète sucré », associant cet état à l'hyperphagie. Le bien-fondé du traitement proposé par Bouchardat fut confirmé lors du siège de Paris de 1870, durant lequel la privation de nourriture améliorait nettement l'état de santé des Parisiens ayant un diabète (probablement de type 2)

Toutefois, après plusieurs milliers d'années d'observation, la cause et le mécanisme du diabète sont restés inconnus jusqu'au XXe siècle.

En 1869, Paul Langerhans a démontré que le pancréas contient des cellules autres que celles qui sécrètent le suc pancréatique, de fonction inconnue et auxquelles il a donné son nom. À l'université de Strasbourg, Minkowski a montré que les îlots de Langerhans contribuent à la pathogenèse du diabète sucré, en déclenchant la maladie chez le chien par l'ablation du pancréas (STUART ET AL, 2011, p.20).

En 1900, le Russe E.Stobolev et l'Américain E.L.Opie ont confirmé que le diabète sucré est provoqué par la destruction des îlots de Langerhans

Quelques années plus tard, à Toronto, les chercheurs Banting, Best, Macleod et Collip sont parvenus à soigner des chiens diabétiques avec des extraits pancréatiques. Le premier homme traité avec un extrait pancréatique fut Leonard Thompson, en 1922. L'amélioration spectaculaire de son état de santé a valu à Banting et Macleod le Prix Nobel en 1923, prix qu'ils ont partagé avec leurs collègues chercheurs

À l'université de Toronto, Best avait refusé d'accorder les droits exclusifs de fabrication de l'insuline à un seul laboratoire. Les laboratoires Ely Lilly aux États-Unis, Novo Nordisk au Danemark, Hoechst en Allemagne et Endopancrine en France ont lancé la production dès 1930. L'insuline NPH (neutralprotamine Hagedorn) a été mise au point en 1946 par Hans Christian Hagedorn, des laboratoires Nordisk

Au cours des décennies suivantes, les chercheurs ont développé une insuline permettant de mieux contrôler le taux de sucre sanguin (glycémie), adaptée à un traitement quotidien, et ayant peu d'effets secondaires

Après la production d'insuline pure d'origine bovine ou porcine, l'étape suivante a été de transformer l'insuline animale en insuline « humaine » par substitution d'un acide aminé. À compter de 1979, le génie génétique s'est imposé comme la technologie privilégiée pour produire l'insuline, utilisant des bactéries puis des levures plutôt que des extraits animaux. Une troisième étape a été la modification du profil d'activité de l'insuline humaine afin de permettre une assimilation plus rapide ou plus lente, sur 24 heures. Si le manque d'insuline n'est plus une cause de mortalité chez les personnes atteintes

de diabète qui vivent dans des pays développés, il constitue aujourd'hui encore un grave problème dans certaines régions du globe (STUART ET AL, 2011, p.21).

2. Définition du diabète

Défini par l'élévation chronique de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie)(RODIER.M, 2001, p.91).

Cette augmentation résulte d'un défaut de l'utilisation de l'insuline par l'organisme ou d'une carence de production de cette même hormone qui a un rôle de faire passer le glucose du sang vers les cellules des tissus de l'organisme (Carpentier, 2014).Où il est transformé en énergie nécessaire au bon fonctionnement des muscles et des tissus. (Hirst.M, 2013, p.22).

De plus, l'augmentation des sucres dans le sang est principalement liée à un défaut de sécrétion de l'insuline (autodestruction des ilots de Langerhans par la réaction immunitaire (Diabète insulino-dépendant ou Diabète type 2).

3. Critères diagnostiques du diabète

Les critères actuels de diagnostic biologique sont indiqués comme suite :

Il y a le diabète sucré lorsqu'une glycémie plasmatique à jeun est égale ou supérieure à 126mg/dl ou lorsqu'en présence de symptômes cliniques prélevée à un moment quelconque de la journée, elle dépasse 200 mg/dl. Le diagnostic peut également être posé sur la base d'une valeur égale ou au-delà de 200 mg/dl à la 120e minute d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale. Plus récemment une valeur d'hémoglobine glyquée HbA_{1c}, égale ou supérieure à 6.5 % (48 mmol/mol) a également été validée comme critère de diagnostic en l'absence d'interférence de dosage

(BUYSSCHAERT.M, 2011, p.19).

3.1. Diagnostic clinique

La présentation clinique d'un diabète sucré est très variable son diagnostic doit être évoqué dans cinq situations différentes :

- C'est « le coup de tonnerre dans le ciel serein ». le patient se plaint de symptômes aigus d'installation brutale, habituellement une polyurie, une polydipsie, une polyphagie et un amaigrissement. S'y ajoutent éventuellement des signes digestifs

lorsqu'il y a une cétose ou acidocétose, le diagnostic sans équivoque est confirmé par la biologie. Il s'agira pratiquement toujours d'un diabète de type 1.

- L'ensemble de ces symptômes, ou certains d'entre eux sont présents sur un mode plus mineur, et éventuellement plus chronique, il n'y a pas de signes de cétose, le diagnostic de diabète est conforté par la biologie. Cette présentation clinique peut être celle d'un diabète de type 1, type 2 ou d'un diabète spécifique.
- Le sujet est asymptomatique, il consulte à l'occasion d'un bilan de santé systématique ou d'une hyperglycémie (ou d'une glycosurie) parfois, c'est une complication infectieuse qui est le point d'appel : lésion mycotique ou bactérienne génitale (balanite, prurit vulvaire) et/ou cutanée le diagnostic sera le plus souvent celui d'un diabète de type 2.
- C'est une complication chronique rétinienne, neurologique ou macro-vasculaire qui amène à découvrir un diabète antérieurement méconnu que la biologie qu'il s'agira pratiquement toujours d'un diabète de type 2.
- Le sujet est non symptomatique, la glycémie à jeun est anormale (> 100 mg/dl), mais inférieure à 126 mg/dl l'HbA est mesurée entre 5,7 et 6,4 % le diagnostic sera a priori celui d'un pré diabète. (BUYSSCHAERT.M, 2011, pp.3, 4).

4. Epidémiologie du diabète

Le nombre de diabétique ne cesse d'augmenter à travers le monde. En effet, cette pathologie lourde touche toute la population qu'elle soit jeune ou adulte, femme ou homme, personne ne semble épargné par cette affection, mais avec des fréquences qui varient d'un pays à l'autre, d'une région ethnique à l'autre.

Les statistiques que nous allons présenter sont issues des études et enquêtes faites par la Fédération internationale du diabète (FID) et l'organisation mondiale de la santé (OMS). (Atlas mondial de Diabète, 2017).

La prévalence du diabète dans le monde

Le diabète de type 1 ne concerne généralement qu'une minorité de la totalité de la population atteinte du diabète, soit 10 à 15% des diabétiques. Cela dit, son incidence ne cesse d'augmenter, aussi bien dans les pays pauvres que les pays riches. Ce type de diabète apparaît le plus souvent chez le sujet jeune, alors que le diabète de type 2 constitue 85 à 95 % de l'ensemble des diabétiques dans le monde et affecte particulièrement la population adulte, mais peut survenir à n'importe quel âge. Le diabète de type 2 est répandu et se présente aujourd'hui comme un sérieux problème de santé publique (OMS, 2016). Selon FID, le nombre des diabétiques dans le monde en 2014 est estimé 422 millions de personnes. De plus, cette même organisation estime qu'en 2030, 552 millions de personnes à travers le monde pourraient être diabétiques.

Cependant, le nombre de personnes atteintes de cette maladie est toujours sous-estimé du fait de l'existence d'un nombre important de cas méconnus pour plusieurs raisons, tels que le Caractère asymptomatique du diabète de type 2 et l'abstention des gens de faire le dépistage d'une manière volontaire.

La prévalence du diabète a connu une augmentation considérable, voire exponentielle à travers tous les pays du monde. Le tableau ci-dessous nous présentera l'évolution du nombre de personnes atteintes de diabète, tout type confondu, dans le monde de 1985 à 2014 (Atlasmondial de diabète, 2017).

Tableau 01 : Evolution du nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde de 1985 à 2014 (OMS, 2016).

Années	1985	1995	2000	2003	2007	2010	2012	2014
Nombre diabétique (millions)	30	135	177	194	246	346	371	422

Le Tableau 01 nous donne une image globale de la gravité de la maladie diabétique et l'augmentation vertigineuse de sa fréquence d'une année à une autre. En effet, le nombre de diabétique dans le monde est passé de 30 millions en 1985 à 422 millions en 2014, ce qui présente une véritable épidémie mondiale.

Le Tableau ci-dessous donnera les dix premiers pays qui comptent le plus grand nombre d'adulte atteints de diabète en 2017 :

Tableau 02 : les 10 premiers pays comportant le plus d'adultes atteints de diabète en 2017(Atlas mondial de diabète, 2017).

Les pays	Le nombre de diabétiques (en millions)
Chine	144.4
Inde	72.9
Etat unis d'Amérique	30.2
Brésil	12.5
Mexique	12.0
Indonésie	10.3
Russie	8.5
Egypte	8.2
Allemagne	7.5

Nous remarquons à partir de cette classification que la répartition des diabétiques est très inégale dans le monde. En effet, deux tiers d'entre-deux vivent dans les pays en voie de développement, dont la Chine et l'Inde qui sont les plus touché ; ils comptent à eux seuls, plus de 210 millions de diabétiques, ce qui peut s'expliquer par leur démographie importante.

Les autres pays dans le Tableau 02 comptent un nombre moins important de personnes diabétiques par rapport aux deux premiers, mais reste toujours élevé d'où la nécessité de lutter contre cette maladie. En plus de ces pays, plusieurs autres sont menacés par cette épidémie de diabète en enregistrant des taux de prévalence très élevés(Atlas mondial de diabète, 2017).

4.2. En Europe

En France, l'incidence annuelle dans quatre régions (Haute et Basse-Normandie, Lorraine et Aquitaine) est passée de 7,8 à 10 nouveaux cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, de 1988 à 1997, et à 13,5 pour 100 000 en 2004 pour la région Aquitaine. Les causes de ces différences et de cette évolution sont

L'étude épidémiologique réalisée par le groupe EURODIAB Tiger est publiée en Février 2004 effectuée dans neuf centres à travers l'Europe indique que l'incidence du diabète variait de 4,8/100000 en Slovaquie à 13,4/100000 habitants en Angleterre

Chez l'enfant l'incidence du diabète type 1 varie de 5,3/100000 en Roumanie à 42/100000 en Sardaigne. Donc, il existe une disparité géographique puisqu'elle est 350 fois supérieure chez les enfants Finlandais par rapport aux enfants Chinois. Dans Les neuf centres, le diabète type 1 semble toucher plus les garçons que les filles. Contrairement à ce qui est observé chez l'adulte (CLAIRE.L.M, 2007, p.44).

4.3. En Afrique

Au Mali, une étude a montré que sur 1296 patients diabétiques hospitalisés ou suivis en consultation externe, 20 étaient les enfants et adolescents de moins de 15 ans, soit une fréquence de 1,54 %.

Cette fréquence rapportée dans ce travail (1,54 %), est superposable à celle publiée en Afrique Occidentale, en Côte d'Ivoire ; au Cameroun ; au Sénégal ; ou ses fréquences vont respectivement de 1,52 à 3,66 % et au Congo 2,8 %. Par contre, elle diffère de celle rapportée en Ethiopie où l'on trouve 7,4% (CLAIRE.L.M, 2007, p.45).

4.4. En Algérie

L'Algérie est en pleine transition épidémiologique et le diabète pose un vrai problème de santé publique par le biais des complications chroniques dominées par les complications cardiovasculaires, le pied diabétique, l'insuffisance rénale chronique et la rétinopathie.

Une étude menée dans l'ouest algérien entre 1989 et 1993, montre que seul le pied diabétique représente près de 10 % des hospitalisations, avec une mortalité de 9,1 % et une amputation chez un tiers des cas (Malek et al. 2001). D'après ONS, la population

Algérienne était estimée à 33,5 millions de personnes au 1er juillet 2006. Le diabète sucré pose de sérieux problèmes de santé publique.

La répartition des causes de décès selon une enquête par interview, réalisée en 1990 par l'institut national de santé publique (INSP), et ayant porté sur un échantillon représentatif de la population algérienne, montre que, parmi les dix premières causes de décès, le diabète occupe la 4ème place dans les maladies non transmissibles avec une prévalence de 0,54 %. En 1992, une autre enquête, par sondage sur des ménages, réalisée à Alger, portant sur 1 302 ménages, soit 9 384 habitants, retrouve un taux de prévalence des diabétiques connus de 2,1%.

En 1994, une étude menée dans une commune d'Alger, intéressant 985 sujets âgés de plus de 25 ans, en utilisant comme moyen de dépistage l'interrogatoire et une glycémie à jeun > 130 mg/dl, a révélé un taux de prévalence de diabète de 8,7 %, dont 3,14 % étaient connus.

À la même période, une étude utilisant l'épreuve (HGPO), dans l'Ouest algérien (région d'Oran) sur un échantillon de 641 sujets a trouvé une prévalence de diabète de 6,8 % pour les sujets âgés de 30 à 64 ans. En utilisant les nouveaux critères diagnostiques de diabète ($GPJ \geq 126$ mg/dl), la prévalence passe à 6,6 %.

En 1998, en se basant sur l'HGPO (critères de l'OMS, 1985) comme méthode diagnostique, parmi un échantillon de 1 457 sujets de 30 à 64 ans, dans l'Est algérien (Sétif), la prévalence du DT2 était de 8,2 %. L'application des nouveaux critères diagnostiques du diabète ($GPJ \geq 126$ mg/dl) donne des taux de 8,8 % pour le DT2

En 2002, chez les Touaregs du Sud algérien, à Adrar, et sur un échantillon de 1000 sujets, la prévalence était de 1,3 %.

En 2003, une enquête (l'approche « Step Wise »), dirigée par la direction de la prévention du ministère de la Santé, en collaboration avec le bureau de liaison de l'OMS en Algérie, fut menée dans deux zones pilotes à l'Est (Sétif) et à l'Ouest (Mostaganem), sur un échantillon total de 4 050 sujets. Elle a retrouvé une prévalence globale du diabète chez les 25-64 ans de 8,9 % dont 2,9 % de diabétiques connus et 6,02 % non connus

Une autre enquête nationale de santé (projet TAHINA 2005), avec un échantillon de 4 818 sujets âgés de 35 à 70 ans, a montré une prévalence du DT2 de 12,29 %

Dans la région de Tlemcen (Ouest algérien), sur un échantillon de 7 656 individus, la prévalence du DT2 est de 10,5 % et celle du diabète de type 1 (DT1) de 3,7

Toutes ces études ne montrent pas de différence selon le sexe, mais une relation croissante avec l'âge.

Grâce aux projections faites par la FID dans sa 3ème édition de « Diabètes Atlas » (2006) et sur la base des résultats publiés, une estimation sur la population algérienne âgée de 20 à 75 ans, estimée à 20 346 000 individus en 2007, donne une prévalence du diabète de 7,3% sur le plan national.

Les données existantes sur le diabète de type 2 en Algérie restent parcellaires, sous-estimées et ne répondent pas aux critères de l'OMS. L'ampleur des complications dégénératives cardio-vasculaires, souvent associées aux autres facteurs de risques (obésité, hypertension artérielle, hyperlipidémie) et le caractère asymptomatique du diabète de type 2 (diagnostiqué en moyenne avec un retard de 7 ans et demi), sont autant d'arguments pour nous inciter d'avantage à dépister cette affection

(MALEK et al, 2001, 2008, pp.165, 298).

5. Classification de diabète

Selon l'ADA, l'OMS et FID (ADA, 2016), le diabète a été classé en :

5.1. le diabète de type 1

Définition

Le diabète de type 1 résulte d'une destruction sélective des cellules B (bêta) des îlots de Langerhans. Les données expérimentales et celles des observations cliniques concordent pour

faire de cette maladie une pathologie auto-immune exemplaire déclenchée, chez un sujet génétiquement prédisposé, par des facteurs d'environnement. La destruction auto-immune des cellules insulinosécrétrices aboutit progressivement (probablement plusieurs années) mais inexorablement à un état d'insulinopénie et d'élévation permanente de la glycémie, lorsque plus de 80% des cellules B sont détruites, il en résulte alors une expression clinique, terme d'une longue évolution préclinique (Martin Buyschaert, 2011). L'absence de concordance complète pour la maladie chez les jumeaux monozygotes et l'augmentation rapide de l'incidence du diabète de type 1 suggèrent que des facteurs d'environnement peuvent moduler les stades initiaux et l'évolution de la maladie auto-immune.

Les cause de diabète de type 1

Le diabète de type 1 (anciennement diabète insulino-dépendant), est une maladie qui touche préférentiellement les enfants et les jeunes adultes, il n'y a pas de facteurs favorisant, ce type de diabète arrive souvent comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu chez une personne jusque-là en parfaite santé. On ne connaît pas exactement les causes même si un lien avec des infections virales semble de plus en plus plausible, dans des cas exceptionnels les défenses de corps réagissent en effet avec excès à ces virus ; l'organisme produit des anticorps contre les virus mais ces anticorps se trompent en quelque sorte de cible et vont attaquer également les cellules du pancréas qui produisent l'insuline, suite à cette attaque par les anticorps (maladie auto-immune), il se produit une inflammation des petits îlots producteur d'insuline au sein du pancréas, les îlots de Langerhans. Cette inflammation détruit les cellules en quelques semaines ou quelques mois, entraînant un arrêt de la production

(JACQUES ALTMAN-P, J, et al, 2014, p.89).

On peut trouver plusieurs facteurs aussi qui peuvent causer un diabète de type 1, parmi ces facteurs il y a :

- Le facteur d'hérédité ; en effet le fait d'appartenir à la famille d'un diabétique de type 1 est en soi un facteur de risque particulier puisque 6% des apparentés au premier degré développeront un diabète¹². En contre-parti d'autres médecins chercheurs affirment qu'il n'y a généralement pas de transmission du diabète de type 1 dans la famille moins qu'avec le type 2, il existe certes une prédisposition génétique mais qui reste très faible et n'est pas une fatalité

(JACQUES ALTMAN-P, J, et al, 2014, p.9).

- Les facteurs nutritionnels ; dans les pays scandinaves, des diabètes de type 1 ont été rapportés plus fréquemment chez des patients ayant consommé de grandes quantités de viande fumées, le rôle toxique des nitrosamines a été avancé, d'autre part une prévalence plus élevée de type 1 est mentionnée chez des sujets ayant consommé du lait de vache dans les premiers mois de leur vie

(BUYSSCHAERT.M, 2011, p.15).

Les risques du diabète du type 1

Si on n'apporte pas rapidement de l'insuline à l'organisme qui n'en produit plus, le déstockage des graisses va entraîner la production de composé toxiques, notamment l'acétone. Cette acétone acidifie le sang, causant des symptômes qui vont aller en s'aggravant ; nausées, perte d'appétits, vomissement, difficultés respiratoires, déshydratation, acidification du sang, coma, si on n'est pas pris en charge rapidement on risque la malheureusement la mort, le risque à long terme entraîne une hyperglycémie qui peut faire vieillir prématurément les organes internes cœur, artères, yeux, reins, nerfs....etc. le traitement de diabète à pour but d'équilibrer les glycémies et d'éviter ainsi ces complications

(JACQUES ALTMAN-P, J,et al, 2014, p.12, 13).

Traitement du diabète type 1

L'insulinothérapie est de loin la principale thérapeutique actuelle, elle suppose une posologie flexible qui permet à l'insuline d'exercer son action en réponse à l'absorption d'aliments et à l'activité physique, pour y parvenir plusieurs petites injections sous-cutanées quotidiennes d'insuline permettent d'équilibrer le diabète mieux qu'une forte injection(DE BLANDA-A, B, 2015, p.17).

L'insuline ne peut pas en effet être prise en comprimés, car elle serait détruite par l'acidité de l'estomac, des essais on été réalisés pour administrer l'insuline à travers les poumons, grâce à des sprays, comme ceux utilisés dans le traitement de l'asthme, mais ces méthodes ont pour l'instant échoué(JACQUES ALTMAN-P, J, et al, 2014, p.14).

5.2. Le diabète de type 2

Définition

Le diabète type 2, anciennement nommé Diabète non insulino-dépendant (DNID) est une maladie hétérogène, non auto-immune

Le diabète de type 2 est une maladie hétérogène, non auto-immune, dont le diagnostic est posé à l'occasion de l'apparition de symptôme caractéristique, dans près un tiers des cas, il peut être identifié indirectement par des signes plus atypiques et/ou par la découverte fortuite d'une hyperglycémie. Comme la maladie évolue souvent insidieusement, c'est une complication qui mène éventuellement au diagnostic, contrairement au diabète de type 1, il existe dans le type 2 une production endogène d'insuline suffisante pour éviter l'acidose(BUYSSCHAERT.M, 2011, p.19).

Les causes de diabète type 2

Plusieurs facteurs favorisant l'apparition du diabète de type 2 chez les personnes prédisposées, parmi ces facteurs on trouve :

- L'âge : en effet le vieillissement favorise l'apparition de plusieurs maladies qui sont due à la fatigue de certains organes, tels que le pancréas qui fabrique de moins en moins d'insuline.
- Le surpoids : quand on est obèse le risque de diabète est multiplié par six
- La sédentarité : un manque d'efforts physiques augmente la résistance à l'insuline et diminue la consommation de glucose
- Une alimentation déséquilibrée : un excès de graisse, un manque de fruits et de légumes favorisent la résistance à l'insuline
- certains médicament : certains médicaments sont très efficaces et utiles, mais ont des effets indésirables
- La grossesse : les besoin en insuline en insuline augmentent de façon majeure avec la grossesse.
- Et enfin le facteur d'hérédité, le diabète de type 2 à une forte composante familiale certaines familles ont des gènes de prédisposition au diabète.

Les risque de diabète de type 2

Les risques essentiels sont ceux des complications à long terme, le diabète pouvant atteindre de nombreux organes et spécialement les yeux, les reins, les nerfs, le cœur, le cerveau et les artères (JACQUES ALTMAN-P, J, et al, 2014, p.19).

Le traitement de diabète de type 2

Le traitement se compose des mesures hygièno- diéétiques en l'occurrence mieux manger et d'augmenter son activité physique, et l'autre mesure est constitué par les médicaments en comprimés appelé les antidiabétiques oraux, en troisième lieu on procède aux médicaments injectable dans lesquels on trouve deux familles d'hormones qui peuvent être utilisées en complément des autres traitements pour équilibrer le diabète (JACQUES ALTMAN-P, J, et al, 2014, p.20).

5.3. Les autres types de diabètes

- **Diabètes secondaires**

Peu fréquents, comprennent : les affections génétiques, les infections, les affections du pancréas exocrine, endocrinopathies, causes médicamenteuses.

Ce type de diabète peut être à l'origine d'une destruction des îlots pancréatiques et donc d'une insulinopénie, d'une insulino-résistance ou d'une association des deux

(KLEIN.A, 2009, p.17).

- **Diabète gestationnel**

Le diabète gestationnel est une entité qui est définie par la présence d'un trouble quelconque de la glycorégulation pendant la grossesse. Cette définition est indépendante du devenir des anomalies de la glycorégulation après la grossesse. Certains de ces états peuvent disparaître, d'autres peuvent persister, voire même s'aggraver (MONNIER-J, M, 2010, p.37).

Les femmes ayant présenté un diabète gestationnel ont un risque élevé de développeras la suite un DT2(KLEIN.A, 2009, p.88).

On trouve également des formes rares de diabètes liés à une pathologie du système immunitaire, Par exemple la production d'anticorps dirigés contre les récepteurs insuliniques peut conduire à des états diabétiques. Toutefois dans certains cas, ces anticorps peuvent conduire non pas à un diabète mais à des hypoglycémies (MONNIER-J, M, 2010, p.45).

- **Diabètes de types MODY**

Maturity Onset Diabètes of the Young (MODY) sont des formes héréditaires de diabète sucré transmises sous le mode autosomique dominant, ces maladies monogéniques sont caractérisées par un diabète de gravité variable se développant chez l'enfant et chez l'adulte jeune (Hennen, 2001). Ces types de diabètes ressemblent au diabète de type 2 dans leur expression clinique mais surviennent avant l'âge de 30 ans, ils présentent 50% des enfants de couples dont un est atteint.

- **Diabète mitochondrial**

Le diabète mitochondrial (MIDD) est une mutation ponctuelle de l'ADN mitochondrial en position 3243 conduisant à un déficit en ATP provoquant une diminution de l'insulino-sécrétion (HENNEN.G, 2001, p.229).

- **Diabète médicamenteux**

Certains nombres de médicaments sont capables de provoquer une intolérance au glucose, par exemple les corticoïdes ; oestroprogestatifs combinés ; les diurétiques thiazidiques ; diazoxide et propranolol.

6. Physiopathologie du Diabète Sucré

6.1. Les causes

De nombreux facteurs, notamment l'hérédité et l'obésité sont importants dans le développement du diabète.

6.1.1. L'hérédité

Le mode de transmission de la maladie reste encore mal connu, le diabète de type 2 est probablement une affection polygénique, c'est-à-dire déterminé par l'interaction d'anomalies de plusieurs gènes, aboutissant à une altération de la production et /ou de l'action de l'insuline (Slama, 2000). Cependant, en dehors du cas particulier du MODY, ces gènes ne sont pas encore identifiés avec exactitude, bien que certains d'entre eux aient fait l'objet de recherche approfondie.

6.1.2. Facteurs environnementaux

6.1.2.1. L'obésité

80% des personnes atteintes de diabète de type 2 sont en surpoids au moment du diagnostic. Symptômes du diabète disparaît dans un grand nombre de ces patients obèses quand ils perdent du poids (MONNIER-J, M, 2010, p.408).

6.1.2.2. La mauvaise alimentation

Les facteurs alimentaires les plus incriminés dans la genèse du diabète sont la forte consommation d'acides gras saturés, d'aliments à index glycémique élevé et une faible consommation de produits céréaliers complets (Steyn et al, 2004). Intuitivement on est tenté de rattacher l'influence de l'alimentation sur la survenue du diabète à son action sur

l'obésité, cependant des études ont montré que l'alimentation pouvait induire un diabète par l'intermédiaire des médiateurs de l'inflammation.

Un apport alimentaire excessif en chlorure de sodium a aussi été incriminé dans la genèse du diabète mais cette constatation reste à être prouvée.

La qualité de la composition du régime alimentaire, notamment la présence d'un index glycémique élevé, alimentation riche en acides gras et pauvre en fibres double le risque de diabète.

Au cours de la vie fœtale une dénutrition protéino-calorique (alimentation déséquilibrée) aurait pour certains auteurs un effet diabétogène

(STEYN et al, 2004, pp.147 ,165).

6.1.2.3. La sédentarité

La sédentarité constitue un facteur de risque, elle est plus en plus présente dans les sociétés industrialisées, des études récentes montrent que l'exercice continu entraîne l'amélioration de l'équilibre glycémique et donc présente un effet protecteur.

L'activité physique protège de la survenue du diabète de type 2. Des études ont mis en évidence, que pour chaque augmentation de 500 Kcal de dépense énergétique, il ya une diminution de 10% du risque de diabète de type 2 (HELMRICH et al, 1991, p.52).

6.1.3. -Facteurs physiologiques

6.1.3.1. Grossesse

Un diabète gestationnel peut se révéler dès les 24èmes semaines de grossesse, lors d'une glycémie à jeun. Cette affection, touchant 3% des femmes enceintes et disparaît en général après la grossesse.

Cependant, il s'avère être un facteur de risque ultérieur de diabète de type 2. Chez la mère, au même titre que la naissance d'enfant de plus de 4 Kg. De façon plus inquiétante, on constate que des enfants nés de mère ayant souffert de diabète gestationnel ont un risque plus élevés d'obésité et de diabète de type 2 (GRIMALDI.A, 2000, p.19).

6.1.3.2. Age

Le risque de développer un diabète de type 2 augmente avec l'âge. Actuellement, la tranche d'âge la plus touchée par le diabète est celle des 40-59 ans

(GRIMALDI.A, 2000, p.19).

Chez le sujet âgé, il y a une baisse de l'insulino-sécrétion et une augmentation de l'insulino-résistance. Lorsque l'organe a atteint ses limites de production, le diabète se manifeste.

Donc le vieillissement des populations constitue le principal facteur d'explication de la croissance du diabète, qui constitue en effet un important facteur de risque du diabète de type 2 (SIMON et ESCHWEGE, 2002, pp.86, 87).

6.1.3.3. Le tabagisme

Les personnes atteintes de diabète, notamment de type 2, sont également exposées à un risque élevé de maladies cardiovasculaires. La combinaison du diabète et du tabagisme accentue le risque de maladies cardiovasculaires et aggrave les complications du diabète telles que la néphropathie ou la rétinopathie. De plus, au cours des dernières décennies, des données scientifiques ont fait leur apparition suggérant un lien entre le tabagisme et le développement du diabète de type 2 (Ko et COCKRAM, 2005, p.50).

C'est l'association d'un terrain génétique et de certains facteurs de milieu qui amène l'éclosion d'un diabète type 2.

6.1.4. -Facteurs pathologique

6.1.4.1. Infections

Certains virus peuvent détruire les cellules β chez les personnes sensibles.

6.1.4.2. Défaut du système immunitaire

Il n'est pas la cause de diabète, mais de multiples facteurs qui peuvent déclencher le système immunitaire pour détruire les cellules β .

6.1.4.3. Un traumatisme physique

Un accident ou une blessure peut détruire le pancréas, où l'insuline est normalement produite.

6.1.4.4. Médicaments

Les médicaments prescrits pour une autre condition peuvent démasquer le diabète. (Cortisone médicaments et certains médicaments contre l'hypertension).

6.1.4.5. Stress

Les hormones libérées pendant les périodes de stress peuvent bloquer l'effet de l'insuline.

Les risques découlant d'une glycémie mal contrôlée sont environ les mêmes pour les différents types de diabète. Certaines complications graves sont plus fréquentes chez les patients atteints d'un diabète de type 1 parce que la durée de la maladie y est plus longue. Le diabète lui-même est un facteur de risque primordial pour l'apparition de maladies vasculaires athérosclérotiques, coronarienne, cérébrovasculaire et périphérique. Les autres facteurs de risque de complications sont : excès pondéral, hypertension, hyperlipidémie et tabagisme (VIALETTES.B ET AL, 2006, pp.1, 45).

6.2. Les symptômes

La symptomatologie clinique de l'hypoglycémie dépend de l'activation du système nerveux autonome et de la privation cérébrale de glucose. La réponse nerveuse autonome à l'hypoglycémie se traduit par une anxiété, des palpitations, des sueurs et une sensation de faim. Les symptômes neurologiques liés à la glyco-génie sont très nombreux et variés : malaise, troubles de l'humeur et du comportement, dysfonctions cognitives (difficultés de concentration ou d'élocution, incapacité à prendre des décisions), convulsions, coma. L'encéphalopathie hypoglycémique représente la forme la plus grave. Elle est responsable directement ou non de 2 à 4% des décès dû au diabète (LAING-R, A et al, 1999, p.165).

Plusieurs études ont montré une association entre l'hypoglycémie et une diminution du fonctionnement cognitif chez les enfants avec DT1 en particulier ceux diagnostiqués avant l'âge de cinq à six ans.

Ces troubles touchent en particulier des capacités verbales (Rovet et al.,1990),les qualifications de mémoire (Rovet & Ehrlich, 1999 ; Kaufman et al .,1999), et la capacité

d'organiser et rappeler l'information (Hagen et al., 1990), même après une hypoglycémie légère (Ryan et al., 1993). Des anomalies d'EEG ont été trouvées chez 80% des enfants diabétiques avec une histoire d'hypoglycémie grave, comparée seulement à 30% des enfants diabétiques sans une histoire d'hypoglycémie grave et 24% d'enfants avec un bon contrôle glycémique (SOLTESZ & ACSADI, 1989, p.64).

6.2.1. Diabète Type 1

Besoin fréquent d'uriner, une soif accrue, une faim extrême, perte de poids inexplicable, fatigue extrême, troubles de la vision, de l'irritabilité, des nausées et des vomissements

6.2.2. Diabète Type 2

Tous les symptômes du type 1 plus le gain de poids inexplicable, des douleurs, des crampes, des fourmillements ou des engourdissements dans les pieds, somnolence inhabituelle, de fréquentes infections vaginales ou de la peau, peau sèche, démangeaisons et des plaies guérison lente.

Si une personne connaît ces symptômes, il faut consulter immédiatement un médecin :

- Besoin fréquent d'uriner (même la nuit) (polyurie).
- Une soif excessive (polydipsie).
- Toujours être très faim (polyphagie).
- La peau sèche.
- Démangeaisons de la peau.
- Guérison lente des coupures.
- vision floue.
- Sensation de fatigue et de faiblesse.
- Perte de poids.
- infections de la peau
- Engourdissement ou picotements dans les pieds.

6.2.3. Différence entre diabète de type 1 et de type 2

Plusieurs caractéristiques nous permettent de distinguer le diabète de type 1 de celui de type 2, telle que la fréquence, l'âge, les causes, les signes révélateurs et autres qui sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 03 : Comparaison entre diabète type 1 et diabète type 2

(YOUNG- P, J, 2011, pp.242, 308).

	Diabète type 1	Diabète type 2
Autres appellations	Diabète insulino-dépendant (DID) Diabète juvénile Diabète maigre	Diabète non insulino-dépendant (DNID) Diabète de la maturité
Fréquence	Moins de 10% des cas	Plus de 90% des cas
Age de survenue	avant 35 ans	après 40 ans
Poids	normal ou maigre	obésité ou surcharge adipeuse abdominale
Hyperglycémie au Diagnostic	majeure > 3 g/l	souvent < 2 g/l
Cétose	souvent ++ à ++++	le plus souvent 0
Complication Dégénérative	Absente	présente dans 50 % des cas au moment du diagnostic
Cause principale de Mortalité	insuffisance rénale	Maladie cardiovasculaire
Injection d'insuline	Obligatoire	Nécessaire qu'après échec des mesures hygiéno-diététiques et des antidiabétiques oraux

Développement	Rapide et symptomatique	Progressif et asymptotique
Mécanismes	Destruction de la cellule bêta du pancréas entraînant l'arrêt de la production d'insuline	Diminution de la production d'insuline et moindre efficacité (insulino-résistance)
complication aiguë	Acido-cétose diabétique	État hyperosmolaire: cétose, rarement avec infection ou de stress.
Causes	Maladie auto-immune dirigée contre les cellules du pancréas	Maladie sous l'influence du mode de vie (alimentation, sédentarité,..) et de facteurs génétiques
Symptômes	Besoin fréquent d'uriner, une soif accrue, une faim extrême, perte de poids inexplicable, fatigue extrême, troubles de la vision, de l'irritabilité, des nausées et des vomissements.	Tous les symptômes du type 1, plus : le gain de poids inexplicable, des douleurs, des crampes, des fourmillements ou des engourdissements dans les pieds, somnolence inhabituelle, de fréquentes infections vaginales ou de la peau, peau sèche, démangeaisons et des plaies guérison lente

7. Complications du diabète

Les maladies non transmissibles, qui sont considérées comme des pathologies chroniques à long durée (ALD), sont responsables de 63% des décès dans le monde, dont 5% sont dus au diabète sucré. Cependant, selon les estimations de l'OMS et FID, le diabète serait à l'origine de 4,8 millions de décès dans le monde, en tenant compte des liens de causalité du diabète avec les autres maladies chroniques (OMS, 2016).

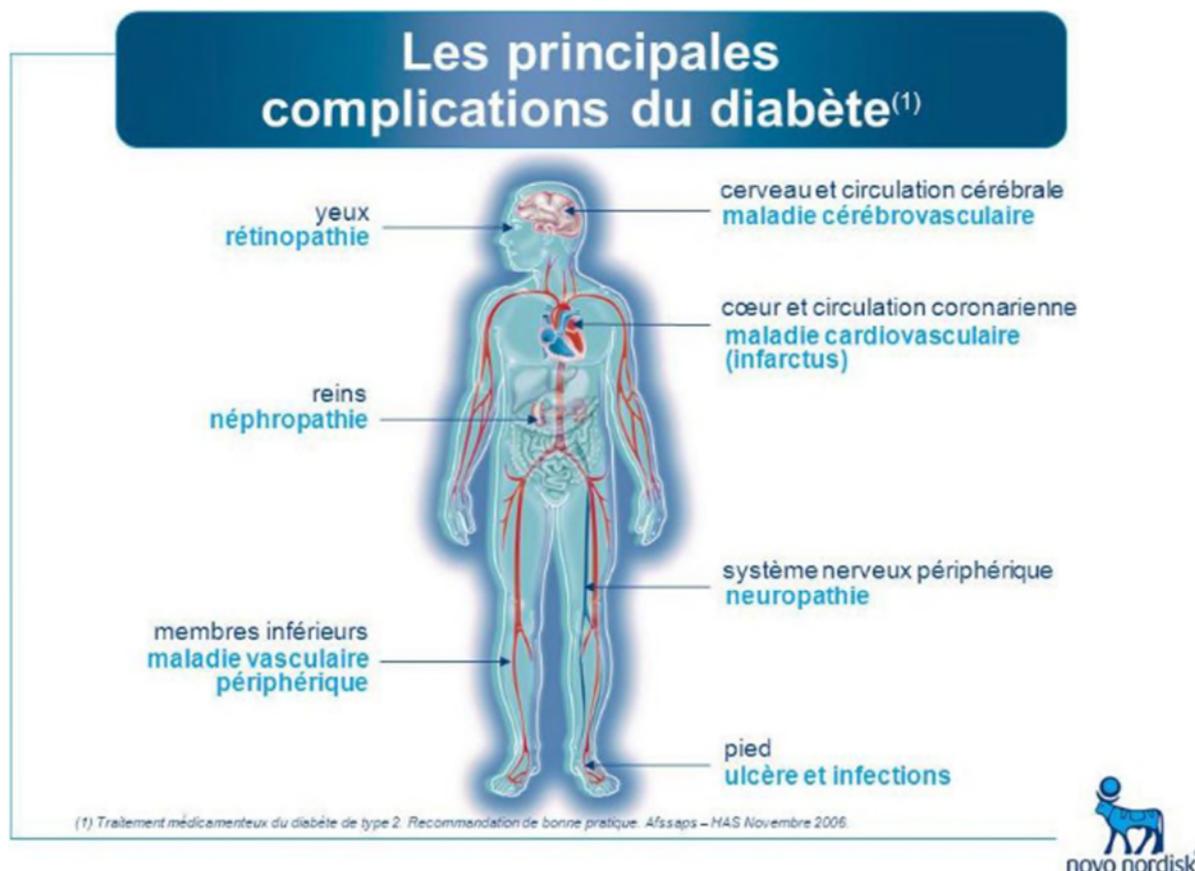


Figure 01 : Les complications du diabète

(DOULACHE. N et BOUDJAOUI. W, 2020, p.23).

En effet, le diabète n'est pas considéré comme principale cause de mortalité du fait de son caractère asymptomatique et le décès est attribué aux autres maladies qui sont plutôt des complications du diabète, telles que :

7.1. Maladies cardiovasculaires

Les conséquences les plus importantes du diabète se situent au niveau macrovasculaire, et en particulier au niveau coronarien, dont l'atteinte conditionne le pronostic vital des patients. Chez les patients diabétiques la principale cause de

mortalité est en effet cardiovasculaire (60% de décès) 6,20. En pratique, le diabète multiplie par trois à cinq le risque d'infarctus du myocarde. En 2006 en France, 12 639 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour un infarctus du myocarde et 9 % en sont décédées. (FAGOT-CAMPAGNA.A, et al, 2010, p.12).

Les atteintes macrovasculaires touchent les carotides, l'aorte, les artères des membres inférieurs, et surtout les coronaires.

7.2 Néphropathie

La néphropathie touche préférentiellement les diabétiques de type 1 : 50% des malades en sont atteints. Ses principaux facteurs d'apparition et de progression sont le mauvais équilibre glycémique et l'hypertension. La néphropathie diabétique évolue en plusieurs étapes et débute par une protéinurie discrète, couramment appelée microalbuminurie, qui traduit des défauts anatomiques et biochimiques au niveau des glomérules rénaux. Elle évolue associée à une hypertension en un syndrome œdémateux susceptible d'évoluer vers une insuffisance rénale.

Le patient est alors macro albuminurique et les glomérules rénaux diminuent en nombre et en capacité fonctionnelle. La néphropathie diabétique évolue à terme vers une insuffisance rénale chronique sévère.

7.3. Troubles oculaires

Le diabète peut conduire à une détérioration progressive de la vision. Il peut aussi mener à la formation de cataractes, même à la perte de la vue. Les troubles oculaires constituent la complication du diabète la plus fréquente. Pratiquement toutes les personnes souffrant du diabète de type 1 en développent, tandis qu'ils touchent 60 % des diabétiques de type 2.

La rétinopathie est la complication du diabète la plus répandue (Sasaki et al, 2015). Au niveau mondial, elle touche environ 93 millions d'individus, dont 28 millions susceptibles de perdre la vue (Sasaki et al, 2015). Des travaux récents mettent en lumière différentes avenues de traitement (Sasaki et al, 2015) et d'amélioration du dépistage de la rétinopathie diabétique au sein des cliniques ambulatoires de diabète (Roser et al, 2016). Les lignes directrices de la Fédération Internationale du Diabète (FID) recommandent un dépistage annuel de la rétinopathie diabétique et un examen dans un délai de trois à six mois lorsqu'une détérioration est remarquée lors de l'examen du fond de l'œil.

7.4.Neuropathie

La neuropathie est la complication la plus fréquente et la plus précoce du diabète sucré. Il s'agit d'une démyélinisation segmentaire des axones associée à des dépôts lipidiques sur les cellules de Schwann entourant les axones. Sa manifestation la plus commune est la polyneuropathie : atteinte bilatérale et symétrique au départ distale puis qui remonte progressivement au niveau proximal des membres, touchant quasi exclusivement les membres inférieurs. Elle débute par des paresthésies et des dysesthésies qui évoluent par une symptomatologie douloureuse notamment la nuit et qui cèdent en général au cours de l'exercice physique. On observe fréquemment une disparition des réflexes ostéo-tendineux.

Une altération des sensibilités profondes et superficielles, les troubles moteurs étant exceptionnels. La polyneuropathie diabétique peut être compliquée par des troubles trophiques, notamment le mal perforant plantaire. Il s'agit d'une ulcération cutanée au niveau des points de pression du pied, en général non douloureuse du fait de la neuropathie. La présence d'une infection à ce niveau est susceptible de la faire évoluer en lésions destructives articulaires et osseuses s'accompagnant d'une déformation du pied. La neuropathie peut également se manifester par des atteintes végétatives : vasomotrices, génito-urinaires et digestives. Sa prévention passe essentiellement par le maintien d'un bon équilibre glycémique.

(Monnier.L, 2007, p64).

7.5.Sensibilité aux infections

L'élévation de la glycémie et la fatigue parfois engendrée par la maladie rendent les diabétiques plus à risque d'infections périodiques parfois difficiles à guérir. Il peut s'agir d'infections de la peau, des gencives, des voies respiratoires. En outre, le diabète peut ralentir le processus de cicatrisation, ce qui peut causer des infections récalcitrantes dans les plaies. Les infections aux pieds sont les plus fréquentes. En partie dues à la neuropathie, elles peuvent s'accompagner d'ulcères, et parfois même nécessiter l'amputation du pied en cas de gangrène.

7.6.Complications de la main diabétique

Il n'y a pas de désignation unique pour qualifier les affections de la main en lien avec le diabète. Elles sont multifformes. Pour certaines, l'hyperglycémie chronique n'est pas un facteur aggravant mais leur point commun est l'ancienneté du diabète qui

favorise leur développement. C'est pourquoi, statistiquement, elles touchent plus souvent les diabétiques que les non-diabétiques.

La chéiroarthropathie diabétique : par exemple, désigne un syndrome responsable d'une raideur dans les doigts elle se caractérise par une limitation sans douleur de la flexion et surtout de l'extension des doigts. Il peut s'accompagner d'un épaissement de la peau

L'exemple typique est la maladie de Dupuytren (**figure 02**) qui peut provoquer à terme une flexion irréductible d'un ou plusieurs doigts elle est due à une fibrose et à une rétractation de la structure fibreuse située à la paume de la main, entre les tendons fléchisseurs des doigts et la peau

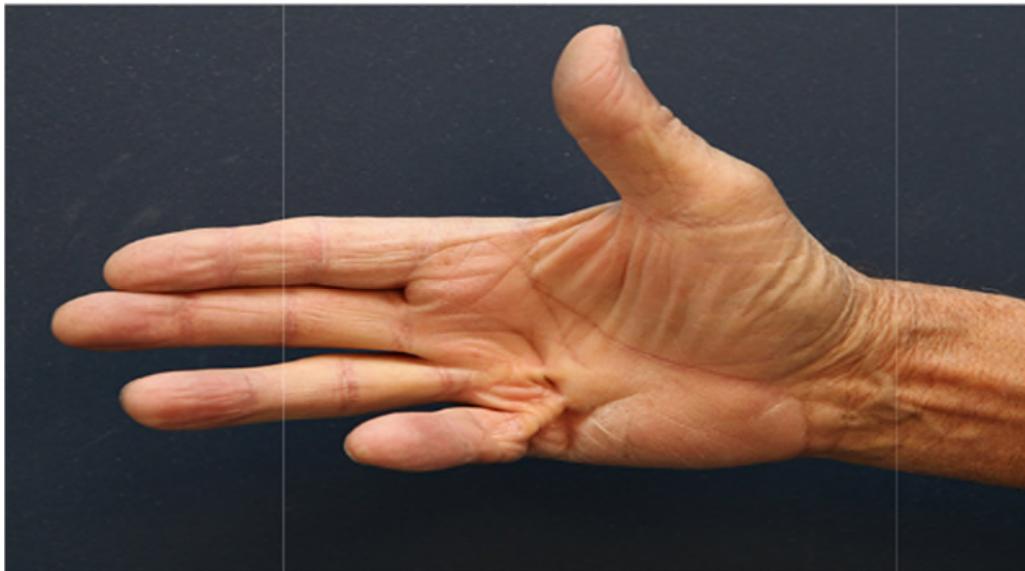


Figure 02 : La maladie de Dupuytren (MALGRANGE.D, 2008).

7.7. Complications du pied diabétique

Les complications du pied diabétique sont graves et chroniques. Elles comprennent des lésions des tissus profonds associées à des troubles neurologiques et la maladie vasculaire périphérique (MVP) des membres inférieurs. La prévalence rapportée de la neuropathie périphérique diabétique va de 16 % à près de 87 %⁵⁷, avec une neuropathie diabétique douloureuse signalée chez environ 26 % des adultes vivant avec le diabète.

L'amputation des membres inférieurs chez les personnes vivant avec le diabète est 10 à 20 fois plus courante que chez les personnes ne vivant pas avec le diabète⁵⁹. On a estimé que dans le monde, un membre inférieur est amputé (même partiellement) toutes les 30 secondes pour cause de diabète⁶⁰. Les ulcères du pied et les amputations sont plus

courants dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire que dans les pays à revenu élevé⁶¹. L'incidence annuelle des ulcères du pied chez les personnes vivant avec le diabète est d'environ 2 %. Environ 1 % des personnes vivant avec le diabète subissent une amputation au niveau des membres inférieurs à un moment ou à un autre.

(L'Atlas du Diabète de la FID, 2019, p.88).



Figure 03 : a : Mal perforant plantaire sur un pied neuropathique. b : Plaie du medio-piedsur un pied de Charcot à la phase chronique (MALGRANGE.D, 2008).

7.8.Complications buccales

Elles regroupent les caries dentaires, les gingivites, les parodontites souvent sous estimées, les complications dentaires du diabète cachent un mal évolutif qui peut aller jusqu'à l'infection buccale généralisée et la perte des dents. Ces complications ont un lien étroit avec le diabète, car elles sont à la fois "cause et effet" d'un déséquilibre.

En effet le salive plus sucrée et la diminution de la résistance aux infections microbiennes rendent les personnes diabétiques plus vulnérables aux infections bucco-dentaires (caries dentaire, gingivite, parodontite).(LEQUART.C, 2009).

7.8.1 Carie dentaire

La carie dentaire est une destruction de l'émail de la dent par la plaque dentaire (LEQUART.C, 2009).(Figure 04).



Figure 04: La carie dentaire(LEQUART.C, 2009).

7.8.2 Gingivite

La gingivite est une inflammation de la gencive par dépôt de bactéries au niveau du collet de la dent. Elle se traduit le plus souvent par des rougeurs, des saignements au moment du brossage et un gonflement de la gencive (Figure 05). (LEQUART.C, 2009).



Figure 05 : La gingivite chez le diabétique. (LEQUART.C, 2009).

8. L'aspect psychologique et stratégie d'ajustement au diabète

8.1. l'aspect psychologique

La santé n'est pas seulement physique. Pourtant, pendant longtemps le modèle biomédical expliquait à lui seul la santé en considérant que toute maladie ou dysfonctionnement physiologique pouvait être ramené à des perturbations dans les processus physiologiques dues à des blessures, des déséquilibres hormonaux ou biochimiques, ou à des infections bactériennes ou virales, pourtant nous avons tous eus des expériences avec des maladie que sa soit d'ordre chronique ou passagère et généralement ils'agit de coté psychologique qu'on souffre le plus.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les aspects psychologiques reliés à l'annonce d'une maladie chronique(ESTERLE.M, 2010, pp. 7,8).

Sarafino (1998) décrit trois réactions initiales à l'annonce d'une maladie chronique :

- D'abord, la personne est confrontée au choc initial, c'est-à-dire qu'elle a une sorte de réponse d'urgence qui est marquée par un état de stupéfaction, voire de confusion. Elle ressent du détachement devant la situation qui lui arrive et se sent comme un observateur plutôt que l'acteur de l'événement. Cette période est assez brève, mais diffère selon les individus, tout comme le degré de choc ressenti.
- Ensuite, vient la rencontre avec la maladie (encounter). La personne peut se sentir complètement bouleversée, ses pensées peuvent être désorganisées, elle peut ressentir un sentiment de perte, se sentir désemparée, accablée par la réalité.
- Finalement, pour éviter la confrontation, la personne va elle-même se mettre en position de retrait social. C'est à cette phase que des stratégies d'évitement ou de déni de la maladie sont utilisées. À cette étape, les symptômes commencent à apparaître, ou alors ils sont exacerbés, et la réalité vient frapper durement la personne atteinte. Des ajustements sont alors nécessaires.

8.2. Détresse émotionnelle

Selon (Dawn diabète, attitude, Wiskes and need) les personnes atteintes de diabète ont signalé qu'ils étaient stressés en raison de leur diabète. Soucieux de ne pas pouvoir remplir leurs obligations familiales et plus stressés que la plus part des

personnes de leur entourage. La moitié des diabétiques interviewées sont très angoissées en ce qui concerne leur poids, et ils ont peur d'une aggravation possible de leurs conditions, et redoutent les crises hypoglycémiques (baisse de glucose dans le sang).

Il ressort de cette étude que la responsabilité de soins est un lourd fardeau pour les individus susceptibles de nuire à leur bien-être. En effet, les études menées précédemment révèlent que la détresse émotionnelle est le sentiment fréquent chez les personnes atteintes de diabète, et que la prévalence de la dépression est deux fois plus élevée chez ces individus, par rapport à la population en générale soit environ 15 à 20% indépendamment du type de diabète.

8.3. Stratégies d'ajustement au diabète

Les ajustements à la maladie sont très variables d'une personne à une autre. Plusieurs théories ont tenté d'identifier certains facteurs qui modulent les réactions devant la maladie (Lazarus et Folkman, 1984; Maes, Leventhal et De Ridder, 1996; Moos et Schaefer, 1993). En général, les auteurs s'accordent pour dire que les facteurs liés à la maladie sont une source importante d'information qui va modifier la réaction de la personne. L'incertitude du développement de la maladie, des causes possibles, de la douleur ressentie et la perte d'autonomie associée aux différents symptômes, ont un impact majeur sur le processus d'ajustement. D'autre part, la personnalité et les événements passés de la personne peuvent aussi moduler l'attitude de la personne atteinte. Ainsi, l'âge de la personne, le genre, la maturité et l'estime de soi sont plusieurs aspects qui aident ou qui nuisent à la façon dont va réagir la personne. Il est donc important d'investiguer ces aspects

(ESTERLE.M, 2010, p.8).

9. L'éducation thérapeutique des diabétiques

Les pratiques d'éducation thérapeutique s'inscrivent le plus souvent dans une perspective cognitivo-comportementale ou psycho-émotionnelle. Au niveau cognitivo-comportemental, les apprentissages dépendent largement du type de diabète : dans le diabète de type 1, il s'agit de remplacer le mieux possible la fonction insulino-sécrétoire absente (le pancréas ne produit plus d'insuline). Dans le diabète de type 2, l'accent est mis sur la compréhension de l'impact des mesures qualitatifs « d'hygiéno-diététiques » et des traitements dans le contrôle des variables biologiques, ainsi que sur la prévention des complications à long

terme. Pour autant, la composante psycho-émotionnelle ne peut pas être négligée. L'individu est une trinité avec un moi biologique, un moi rationnel et un moi émotionnel et relationnel : bon nombre d'individus sont prêts à accepter des contraintes thérapeutiques quotidiennes, alors que d'autres les considèrent comme étant insupportables et difficiles à gérer. Les mesures thérapeutiques ne doivent pas être présentées comme étant antagonistes aux projets de vie : elles doivent s'y intégrer. Le patient doit peu à peu avoir confiance dans sa capacité à gérer la maladie et avoir la conviction que cela en vaut la peine. La maladie et ses traitements mettent en jeu des connaissances, des croyances et des représentations qui peuvent aider ou faire obstacle à l'adoption de comportements rationnels. La tâche de l'équipe d'éducation thérapeutique est de permettre au patient de les exprimer pour aider si nécessaire à les modifier, afin de trouver le meilleur compromis entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible (FOUCAUD .J, et al, 2010, pp.55, 56).

Synthese

D'après tout ce qu'on a pu lire et exposer sur le diabète on peut conclure donc qu'il s'agit d'une maladie qui touche tous les tranches d'âge allant de l'enfance à un âge plus avancé de la vie, touchant tous les pays de monde développé ou non, sa prévalence est en augmentation constante suite à des modifications dans le mode de vie humain (stress quotidien, mauvaise alimentation...etc.), le diabète notamment le diabète de type 2 est une maladie dite incurable qui implique des conséquences négatives sur l'état psychique et physique de l'être humain.

Chapitre 3

Les stratégies de coping

Préambule

La Succession des événements dans la vie d'une personne, qu'ils soient majeurs ou mineurs peuvent être perçus comme menaçants pour l'individu. Du fait il ne reste pas passif par rapport à ce qui lui arrive ; il essaye donc de faire face, On parle du coping qui est une façon d'ajustement aux situations difficiles qu'une personne utilise pour dépasser le problème, Lazarus et Folkman se sont intéressés à la manière dont l'individu gère ces perturbations se qui appelé coping.

Dans ce chapitre, nous commencerons d'abord par un aperçu historique de coping. Ensuite, nous allons donner quelques définitions pour qu'on puisse éclaircir le terme de stratégie de coping, après on va donner les phases d'évaluation de coping, puis les différentes stratégies de coping, et leur stabilité, et aussi les modèles de coping, puis l'efficacité de coping, les mesures de coping, et les sources de coping, et nous terminerons par une conclusion de ce chapitre.

1. L'histoire de la notion de coping

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du 19^e siècle par la psychanalyse, et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du 19^e siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier).

(M. BRUCHON-SCHWEITZER, 2001, p.69).

On a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses « adaptée » en tant qu'activités de coping (Alker, 1968), mais au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi, étudiée à part, la formulation s'est modifiée. Ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situations difficiles. Ces stratégies étaient définies dans la littérature en tant que « réponses de coping ». (CIHABROL ET CALLAHAN.S, p.105).

Le concept de défense date de la fin du 19^e 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.

(M. BRUCHON-SCHWEITZER, 2001, p.69).

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-clé 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.

2. Le concept de coping et les autres concepts apparentés

On a choisi de donner plusieurs définitions au début de ce chapitre ; pour qu'on puisse traiter la notion de stratégies de coping pour bien définir et mieux cerner nos concepts de base, on a même donné la définition du stress au milieu d'un chapitre qui parle du coping, car pour parler de ce dernier, on doit parler du stress, qui est une notion très importante à aborder. Et pour qu'on puisse après, élargir et donner les différents points de ce chapitre.

2.1. Mécanisme de défense

Les mécanismes de défense constituent un élément central de la théorie psychanalytique. Il s'agit de processus inconscients élaborés par le Moi pour se défendre de pulsions incontrôlables générées par le Ça, et donc destinés à se protéger de l'angoisse. Il en existe de multiples, le premier décrit par Freud étant le refoulement, qui désigne le rejet dans l'inconscient de représentations inacceptables aux yeux de la personne. C'est en quelque sorte un faux oubli, susceptible de réapparaître sous forme de rêves (« la voie royale qui mène à l'inconscient » selon Freud), d'actes manqués tels que les lapsus ou de psychopathologie (retour de refoulé). Autre exemple : la rationalisation est l'explication apparemment logique et raisonnable d'un acte ou d'une pensée, mais dont les vrais motifs sont enfouis dans l'inconscient.

Freud, puis sa fille Anna, ont surtout insisté sur la facette pathologique des mécanismes de défense. Cependant, le regard des psychanalystes a fortement évolué depuis.

(J, LECOMPE, 2013 .p.8).

Selon le vocabulaire de psychanalyse, le mécanisme de défense est : « Différents types d'opérations dans lesquelles peut se spécifier la défense. Les mécanismes prévalent sont différents selon le type d'affection envisagée, selon l'étape génétique considérée, selon le degré d'élaboration du conflit défensif, etc. ..., on s'accorde à dire que les mécanismes de défense sont utilisés par le moi, la question théorique restant ouverte de savoir si leur mise en jeu présuppose toujours l'existence d'un moi organisé ».

(J.LAPLANCHE. J.-B. PONTALIS, 1981, p.312).

Selon le DSM IV les mécanismes de défense se définie comme « processus psychologique automatique qui protège de l'anxiété et de facteur de stress ou des dangers internes ou externes. Les mécanismes de défense médient la réaction de l'individu aux conflits émotionnels et aux facteurs de stress externes. Certain de ses mécanisme (la projection, le clivage, et le passage à l'acte) sont presque toujours inadapté. D'autre tel que l'annulation et le déni son adapté ou non selon leurs intensité, leur inflexibilité et le contexte dans lequel ils surviennent ». (DSM IV, 2000, p. 930).

2. 2. Coping

C'est un mot anglais qui se traduit par « *faire face* », est un concept relativement nouveau en psychologie, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus, *Psychological Stress and Coping Processus* (1966), le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années soixante-quinze dans les pays anglo-saxon.

(M. BRUCHON-SCHWEIZER, 2002, p.356).

Il existe plus de 30 définitions du terme « coping », dans la conception transactionniste de Lazarus et Folkman, proposant la suivante : le coping est « l'ensembles des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externe qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ».

2.3. Stratégie de coping

Lazarus et Folkkman définissent le coping comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources. Il s'agit bien ici d'une conception transactionnelle du stress et du coping qui ne sont ni des caractéristiques de la situation, ni des caractéristiques des individus, mais des processus impliquant des actions réciproques entre sujet et environnement (l'individu pouvant modifier - et être modifié par - la situation). Il s'agit de stratégies élaborées pour tenter de

maîtriser les situations aversives et/ou pour réduire la détresse induite par ces situations. Cette définition souligne bien que le coping est un processus (constamment changeant et spécifique) et non une caractéristique générale et stable. Elle permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à la situation) avec leurs effets (réussite ou échec). Ainsi on ne peut considérer à priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, une stratégie pouvant être efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres. (LAZARUS et FOLKMAN. 1984, p.141).

2.4. Stress

Selon le dictionnaire de psychologie le stress est défini comme suivant « mot anglais utilisé depuis 1936, à la suite de H. Selye, pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques ».

Tout facteur susceptible physique (traumatisme, froid...), chimique (poison), infectieuse ou psychologique (émotion), est appelé « agent stressant ». Le mot de stress désigne, à la fois, l'action de l'agent d'agression et la réaction du corps. (N.SILLAMY, 1999, pp.253-254).

Conformément au modèle transactionnel, le stress est défini comme une « Transaction particulière entre l'individu et son environnement, dans laquelle la situation est jugée par l'individu comme dépassant ses capacités et mettant en danger son bien-être ». A partir de cette définition on peut dire que le stress est un processus qui intègre à la fois les agents stressants et les réponses du sujet dans le cadre d'une relation dynamique, notamment réciproque et les bidirectionnelles entre l'individu et son environnement, et la situation de stress apparaît lorsque cette relation est interprétée par l'individu comme engendrant un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et ses ressources. (A.DINCA, 2008, p.31).

3. Les phases d'évaluation de coping

Le coping est donc un processus durable et changeant qui ne peut être réduit à un phénomène linéaire du type stimulus-réponse. Il est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des évaluations incessantes par le sujet de sa relation à son environnement. (M. BRUCHON-SCHWEITZER, 2001, p.71).

L'évaluation est un processus cognitif continu par lequel le sujet évalue la situation stressante (évaluation primaire) et ses ressources pour y faire face (évaluation secondaire). Toute modification de la relation entre individu et environnement pourra donner lieu à des réévaluations de la situation et des ressources disponibles.

Maintenant, on va donner les différentes phases qui permettent de faire une évaluation du coping, on a deux types :

3.1. L'évaluation primaire

C'est l'évaluation de la situation aversive. L'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation et quel impact elle peut avoir sur lui. De sa façon d'évaluer la situation dépendront des cognitions et émotions particulières.

Un même événement peut par exemple être évalué par certains comme une perte (affective, matérielle, corporelle,...) et s'accompagner de tristesse, de honte ou de colère. Il peut être évalué comme une menace (perte potentielle), et s'accompagner d'anxiété et de peur. Il peut enfin être perçu comme un défi (un challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie. (M. BRUCHON-SCHWRITZER, 2001, p.71).

3.2. L'évaluation secondaire

Le sujet se demande ce qu'il peut faire pour faire face à cette situation, de quelles ressources et de quelles réponses il dispose, et quelle sera l'efficacité de ses tentatives. De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, comparées et sélectionnées (rechercher des informations, faire un plan d'action, demander de l'aide ou des conseils, exprimer ses émotions, éviter le problème me, se distraire, minimiser la situation,...). En principe, le sujet pensant disposer de ressources suffisantes pour contrôler la situation utilisera des stratégies visant à affronter celle-ci. Le sujet croyant ne pas pouvoir la maîtriser tentera de se modifier lui-même pour mieux la supporter.

4. Les stratégies générales du coping

D'après les recherches menées sur une palette étendue de stress depuis une vingtaine d'années, il existe de nombreuses stratégies de coping spécifiques, différentes d'une situation aversive à l'autre, mais si l'on considère le regroupement de celles-ci en facteurs plus généraux, alors une certaine stabilité des situations obtenues apparaît et l'on obtient habituellement deux ou trois stratégies de coping.

4.1. Le coping centré sur le problème

Correspond aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet pour modifier la situation. Il comprend diverses stratégies : élaboration de plans d'action, réévaluation positive, recherche d'information, esprit combattif...etc. ou le nom parfois coping « vigilant » ou « actif ».

(M. BRUCHON-SCHWRITZER, 2001, p.26).

4.2. Le coping centre sur l'émotion

Comprend les diverse tentatives du sujet pour gérer tensions émotionnelle induit par la situation : évitement (dormir plus que habitude ,ne Pas penser ou problème...) distraction (regarder la télévision, écouter la musique...) pensée «magique» ou déni (faire comme si la situation n'existe pas ...), dramatisation, impuissance, désespoir ou pessimisme (maximisation de la menace, perte de contrôle , anticipation d'une issue défavorable...), expression ou, contraire, répression des émotions négatives (anxiété, colère, tristesse...) autoaccusation (se sentir responsable) stoïcisme et fatalisme (supporter, se résigner), religiosité (prier...), donc on parle parfois ici de coping «évitement » ou encore «passif».

4.3. La recherche du soutien social

Apparaît parfois comme troisième stratégie globale elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social, ni avec le soutien social présente ci-dessus (et qui sont des caractéristiques réelles ou perçues du contexte).il s'agit ici de tentative affective de la personne pour obtenir une écoute, des informations ou encore une aide matérielle, c'est donc bien une stratégie de coping et non une ressource.

5. la stabilité des stratégies de coping

Des recherches récentes suggèrent à la fois une certaine stabilité et une variété considérable des styles de coping. Les individus devraient avoir acquis certaines préférences pendant les interactions stressantes antérieures, et être prêts à généraliser leurs expériences à travers le temps. Les ressources personnelles sont aussi considérées comme stables et générales à travers les situations. Les caractéristiques de personnalité et de coping précédent et déterminent la perception de la situation stressante qui affecte le bien-être mentale de l'individu. Les capacités de coping sont présentes en permanence et ne sont pas provoquées après la perception du stress. Wearing et Hart (1996) trouvent que si un individu choisit un coping centré sur l'émotion dans un domaine, il aurait tendance à l'utiliser aussi dans un autre domaine. Dolan White (1988) montrent que les individus utilisent des stratégies de coping relativement répétitives face aux différents stressors du quotidien.

(P.GRAZZIANI,J. SWENDSEN, 2004, p.79).

6. Les différents modèles de coping

6.1. Le modèle animal de l'adaptation

Il est issu des théories évolutionnistes, en particulier de Darwin. Très général, il est applicable à tous organismes vivants, et comprend des raiponcez comportementales

automatiques de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face à une menace issue de l'environnement. (A. PUPAT, 2004, p.28).

6.2. Les model de la psychanalyse

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

6.3. Le model transactionnelle

Dans leur approche transactionnelle du coping, le définissent comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeant, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources.

Ce model se différencie des précédents par le fait que l'on parle ici du coping comme un processus dynamique et non une simple réaction automatique et répétée conscient et spécifique et non inconscient, générale et stable à une situation qui est évaluée comme stressante ou couteuse. Dans ce processus, des évaluations constantes de la relation entre l'individu et la situation interviennent, faisant varier les efforts cognitifs et comportementaux. (A. PUPAT, 2004, p.28).

Le processus de coping est décrit comme séquentiel, impliquent des boucles de rétroactions entre les différents étapes.

7. L'efficacité des stratégies de coping

Selon Laborit (1980), si le contrôle de l'événement est efficace, peu de perturbations biologiques, physiologiques ou comportementales en résultent...

En effet, l'ensemble des travaux consultés indique que les critères de l'efficacité du coping sont multidimensionnels : une stratégie de coping est bonne si elle permet au sujet de maîtriser ou diminuer l'impact de l'agression sur son bien-être physique et psychologique. La question est donc de savoir, laquelle des stratégies (centrées sur l'émotion ou centrées sur le problème, par exemple) est la plus efficace dans son rôle modérateur de la relation stress-détresse. L'étude de l'efficacité du coping sur la détresse émotionnelle a fait l'objet de nombreuses recherches. Les principaux critères évalués sont l'anxiété et la dépression. Ainsi,

les travaux de Schmidt (1988) sur des patients hospitalisés pour une intervention chirurgicale montrent que les sujets qui utilisent une stratégie de coping active (recherche d'informations sur le déroulement de l'opération, de ses conséquences, participation lors des traitements) sont significativement moins anxieux et présentent moins de complications postopératoires que les sujets qui utilisent une stratégie de coping passive. (I. PAULHAN, 1992, p.554).

8. les sources de coping

8.1. Le sexe

Le sexe semble influencer l'emploi des stratégies de coping, les femmes sont décrites comme utilisant plus de réponses émotionnelles dans la confrontation au stress, utilisant peu de stratégies de résolution de problème, et ayant peu de ressource de coping.

(P. GRAZIANI, J. SWENDSEN, 2004, pp.102).

Les femmes utilise plus de stratégie de retournement contre soi, et des stratégies d'attention sélective (déli sélective), et utilise moins de distraction par rapport aux hommes. Ces recherches tendent à montrer que les femmes expérimentent plus de souffrance et utilise un coping qui est efficace, elles emploient moins de coping culturellement désirable, comme la résolution de problème, et plus de coping émotionnel, comme la recherche de support sociale ou des stratégies d'évitement.

8.2. La religion

La religion intervient aussi comme modérateur de l'adaptation, le coping religieux peut être défini comme l'emploi de techniques comportementales et cognitives, face à des situations stressantes, qui sont suggérées par sa propre religion ou spiritualité. Le coping religieux a été associé à niveaux moins élevés de stress occupationnel chez des officiers de police et leurs épouses, et à une santé mentale générale meilleure et un bien être chez des patients cancéreux. Des exemples de coping religieux incluent le fait de prier, confesser ses péchés, rechercher forces et réconforts en dieu face à un événement particulier.

(P. GRAZIANI, J. SWENDSEN, 2004, pp.103).

8.3. Le sport

Le sport atténue l'impact de l'agression stressante, une activité physique vigoureuse réduit l'anxiété et améliore l'humeur. L'impact des stressors intervenant après une activité physique est diminué par celle-ci. L'exercice physique est associé à une inhibition temporaire des mécanismes de stress. Cet effet peut être secondaire à une modification de l'humeur intervenant chez les sujets qui font de l'exercice physique, mais ces

exercices n'ont pas d'impacts sur les changements psychologiques des sujets anxieux à long terme.

9. Les mesures de coping (quelques instruments)

Nous avons choisi de décrire quelques uns des outils les plus utilisés, parmi les plus connus, les plus prometteurs et ceux dont les qualités psychométriques sont satisfaisants.

9.1. La CISS d'Endler et Parker (1990)

Le CISS (Coping Inventory For Stressful Situations) d'Endler et Parker (1990) est actuellement l'outil le plus satisfaisant. L'objectif de départ des auteurs était de distinguer deux dimensions, un coping centré sur l'émotion et un coping centré sur le problème. Un premier inventaire de 70 items fut administré à 559 étudiants en 1988 et l'analyse factorielle des réponses donna 3 dimensions (problème, émotions, évitement). Cette structure fut retrouvée sur 4 nouveaux groupes et finalement 48 items furent sélectionnés (16 par facteur). Cet inventaire a donné des résultats stables quels que soient l'âge, le sexe et la culture des sujets. On dispose ici d'un instrument ayant d'excellentes qualités psychométriques.

(M, BRECHEN-SCHWEITZER, 2001, p.75).

9.2. La WCC-R de Vitaliano et al. (1985)

La WCC-R (WCC, de Folkman et Lazarus, 1988, et de Lazarus et Folkman, 1984b, révisée par Vitaliano et al, 1985) a été traduite et adaptée en français par l'équipe (Cousson et al, 1996). Une analyse factorielle menée sur les réponses de 468 adultes français (247 femmes, 221 hommes) aux 42 items de cette échelle a permis d'isoler 3 facteurs extrêmement clairs (expliquant environ 35% de la variance totale) : coping centré sur le problème (efforts, plans d'action, se battre,...), coping centré sur l'émotion (évitement, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation,...), et recherche de soutien social (soutien informatif, matériel, émotionnel,...). 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. On trouvera l'échelle finale à 27 items à la Table II. Ce sont les sujets anxieux qui ont le plus tendance à utiliser un coping émotionnel. (M, BRUCHON-SCHWEITZER, 2001, p.75).

Synthèse

D'après tous ce que a été abordé, on distingue que le coping fut l'intérêt de plusieurs chercheurs et auteurs qui ont tous accordé à la considérer comme l'effort adopté par le sujet pour s'adapter à la situation stressante, et au exigences interne et externe.les sources de

stratégies de coping sont différentes, il ya les sources corporelles ou le sujet réagit aux agents stressante en faisant des efforts corporels, comme il existe aussi des sources psychologique qui englobe les croyance et les processus sociale tel que le soutien social.

La partie pratique

Chapitre 4

Le cadre méthodologique

Préambule

Pour réaliser une recherche, il faut se baser sur une méthodologie bien déterminée, avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigation. Avant d'approcher le terrain d'étude, on est sensé d'abord faire une pré-enquête, en vue de recueillir le maximum d'information concernant notre thème de recherche, et ce, avant d'aborder l'enquête.

Dans ce chapitre, on va présenter la méthode sur laquelle s'est basée notre recherche ainsi que le terrain et le groupe de recherche, et les outils de recherche qu'on a utilisés et leurs analyses.

1. La pré-enquête

La pré-enquête se fait par le biais de l'observation préliminaires des faits afin de recueillir le maximum d'information, qui permettent le déroulement de l'enquête. Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiable, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses. (O. AKTOUF, 1987, p102).

La pré-enquête nous permet à la fois d'envelopper notre thème de recherche, et d'être auprès des personnes concernées et même non concernées par le sujet, tout ça pour mieux cibler le projet.

Durant la pré-enquête, on à essayer de nous renseigner sur les établissements qui prennent en charge les personnes diabétique.

La pré-enquête que nous avons menée, a pour objectif la connaissance du terrain d'étude, et consiste à connaître la population des mère ayant un enfants Diabétique ou niveau de l'hôpital CHU d'Amizour

2. présentation lieux et la durée de la recherche : présentation lieux de stage

1. Le CHU d'Amizour :

L'établissement public hospitalier d'Amizour, baptisé <<Hôpital BENMRADEL MEKKI>>. est créé suite à la nouvelle carte sanitaire mise en application en 2007 (date d'ouverture remonte à 1992).implanté à 27 km au sud du chef-lieu de la wilaya de Bejaia , sa capacité d'accueil est de 250 lits techniques , la population s'élève à environ 160 000 habitants issus des huit communes de l'ex secteur sanitaire d'Amizour ainsi que la population relevant des communes , des wilaya limitrophes (Sétif , Bouira ,..)

L'hôpital est composé d'un tableau et des services d'hospitalisation.

1-1Plateau technique comprend :

- Le pavillon des urgences médico-chirurgicales (25 lits organisés).
- Le bloc opératoire (5 salles opératoires).
- Réanimation chirurgicale : 08 lits.
- Deux salles de radiologues, une salle de scanner, une salle d'échographie et une salle de fibroscopie.
- Un laboratoire d'analyse médicale.
- Une pharmacie centrale.
- Une banque de sang.
- Un bureau des entrées.

1-2 service d'hospitalisation comprend :

- Chirurgie générale avec une capacité de 60 lits.
- Gynécologie obstétrique avec une capacité de 30 lits.
- Médecine interne avec une capacité de 56 lits.
- Oncologie médicale avec une capacité de 12 lits.
- Urgence médico-chirurgicales avec une capacité de 20 lits.
- Nombre de lits du service d'oncologie est revu à la hausse (12 à 36 lits)
- Outre les services sus cité, l'hôpital dispose d'un service d'épidémiologie et d'un service de médecine de travail.

3. La méthode utilisée

Pour effectuer notre étude, nous avons adopté la méthode clinique afin d'analyser les différents éléments de notre recherche.

3.1. La méthode clinique

La méthode clinique est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la longueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à répondre à la question, pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. La psychanalyse fonde sa recherche sur l'anamnèse d'un sujet, c'est-à-dire l'histoire racontée par un individu pour faire revivre son passé et ainsi comprendre son présent. Et l'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet. (L-J. BEDIMIELLI, 2006, p.43).

La méthode clinique « est une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui visent à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée ». (N.SILLAMY, 1999, p.58).

Les chercheurs en psychologie clinique, font principalement appel aux méthodes descriptives, elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

Dans notre recherche, on a donc décidé d'adopter la méthode clinique, parce qu'elle nous permet d'approfondir dans le vécu psychologique des femmes ayant un enfant diabétique. A savoir décrire le type de coping et le type de stratégies utilisés pour faire face à la situation.

3.2. L'étude de cas

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au coeur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence.

Le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tente compte de ses différents circonstances de survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanisme me défense, etc.). Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources. (K. CHAHRAOUI, H, BENONY, 2003, p.126).

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le probl me d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension. L'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui à conduit à telle ou telle difficulté de vie importante.

L'étude de cas comme méthode de recherche, nous permet de rester au plus près de la réalité clinique, et de décrire le groupe de recherche avec ses détails, sujet par sujet, décrire le ressenti, les émotions et les stratégies défensives de ces femmes.et d'approfondir pour mieux les analyser.

4- présentation du groupe de recherche :

Pour répondre aux objectifs de cette étude, nous avons opté pour des femmes ayant un enfant diabétique au CHU d'Amizour, notre population porte sur cinq (6) cas différents, L'âge moyen des patients au moment de l'évaluation est varié entre (35 à 53) ans.

4-1 - Les caractéristiques de groupe d'étude :

Tableau N°04 : Récapitule des caractéristiques de groupe d'étude :

Cas caractéristique	Age	Niveau D'instruction	Type de maladie	Situation familiale	Situation Professionnel
Karima	35 ans	1 AS	Diabète	Mariée	Couturière
Fadhila	45 ans	Rien	Diabète	Mariée	Femme au foyer
Nwara	48 ans	4 années moyennes	Diabète	Mariée	Femme au foyer
Samira	48 ans	Rien	Diabète	Mariée	Femme au foyer
Malika	50 ans	Rien	Diabète	Mariée	Femme au foyer
Fadhila	53 ans	6 éme année primaire	Diabète	Mariée	Femme au foyer

5. Les outils de la recherche

Dans notre recherche on a utilisé comme techniques, l'entretien clinique de recherche, et l'échelle toulousaine de coping.

5.1 Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose le petit robert, simplement comme l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. C'est le synonyme de conversation, discussions ou dialogue. (H. BENONY, K, CHAHRAOUI, 1999, p.11).

L'entretien consiste à une conversation avec le sujet ou des membres de son milieu de vie, permettant de préciser les antécédents et l'évolution de la situation ou de la maladie qui a conduit à l'examen mettant les sujets dans une situation particulier. L'entretien est un dispositif de base en psychologie clinique à la fois outils de diagnostique, outils de thérapie et de soutien. C'est lui qui permet d'accéder à la représentation du patient, à ses émotions et à son vécu. Il prend en compte tous les aspects originaux, en amnésiques et actuel de problème posé par le sujet. Il existe différents types d'entretien mais dans notre recherche, on a opté

pour l'entretien semi directif pour donner plus de liberté aux sujets interrogés, ce dernier implique la disposition du chercheur d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance. (K. CHAHRAOUI, H, ENONY, 2003, P.143).

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 hiérarchisées ni ordonnées, mais au moment opportun de l'entretien clinique, à la fin d'une association du sujet, par exemple. De même, dans ce type d'entretien, 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. (H. BENONY, KH, Chahraoui, 1999, p.16).

Ce type d'outil permet au-delà d'obtenir des informations, l'opinion, et les sentiments et émotions et pensées des femmes interrogées. Il est plus approprié pour notre travail afin de permettre au sujet de produire un discours plus riche sans pour autant sortir du cadre précis de la recherche, au même temps il est structuré selon notre objectif qui est bien déterminé afin de limiter ses réponses.

5.1.1. Le guide d'entretien clinique

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien, qui identifie un certain nombre d'axes. Pour cela nous avons construit un guide d'entretien qui comporte des informations générales sur nos sujets, il se compose de trois axes dont chacun comporte plusieurs questions.

Au premier lieu : ce point consiste les renseignements personnels, (âge, niveau d'instruction, situation professionnelle). Pour avoir une idée générale de notre cas.

Le premier axe : cet axe se compose d'un ensemble de questions qui concernent les réactions face au diagnostic face à la maladie de son enfant et comment les mères ont réagi à cette situation.

Le deuxième axe : cet axe se compose d'un ensemble de questions qui concernent le vécu psychologique des mères ayant un enfant diabétique.

Le troisième axe : cet axe contient aussi plusieurs questions sur le parcours de l'enfant et les perceptions subjectives de la mère, aussi sur le regard de la maman vers l'avenir de son enfant.

Dans notre recherche, on c'est basé sur l'analyse qualitative. Tout d'abord on va analyser le contenu de chaque axe en suivant la méthode d'analyse qualitative. On va analyser aussi à l'intérieur de chaque axe, le contenu des informations récoltées en se basent sur la théorie adopté dans notre recherche qui est l'approche transactionnel de de Lazarus et Folkman.

Et on peut dire que la méthode qualitative, est une méthode qui renvoie à faire une recherche, intéressée par l'observation d'un phénomène social au milieu naturel, elle traite des données difficilement quantifiable, elle ne rejette pas les chiffres ni les statistiques. On va donc donner sens et fournir une lecture clinique aux données récoltées.

5.2. Présentation et analyse de l'échelle toulousaine de coping

Le test utilisé est l'échelle toulousaine de coping. Et il est considéré le plus Adéquate pour notre thème de recherche.

5.2.1. Définition de l'échelle toulousaine de coping

L'échelle toulousaine de coping est un questionnaire d'autoévaluation destiné à mesurer dont les individus font face et réagissent à une situation stressante, il est composé de 27 items. (S. ESPARBES ET AUTRE, 1989, p.93).

5.2.2. Histoire du test

Le recensement des travaux sur le coping met en évidence une évolution quantitative (nombre) et qualitative (nature) des démentions pour décrire des processus.

Pour Lazarus et Folkman (1994), le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il mobiliser pour y répondre, deux démentions interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques. une focalisation sur le problème (réflexion et intervention). une focalisation sur les émotions (contrôle et expression de détresse émotionnelle causée).

5.2.3. Le contenu

Cette échelle permet une passation individuelle mais aussi collective. Elle est composée de trois champs : l'action (champ conatif), l'information (champ cognitif), et l'émotion (champ affectif) dont l'articulation permet l'émergence de six stratégies (focalisation , support social , retrait, conversion, control et refus), chaque champ est constitué

de six démentions, est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle des cinq points.

5 .2.4. Présentation des stratégies de coping

Cotation : chaque item sera coté de 1 a 4 point, selon la réponse du sujet (Non : 1, plutôt non : 2, plutôt oui : 3, oui : 4) sauf l'item 15 est coté en sens inverse (Non :4, plutôt non :3, plutôt oui : 2, oui : 4) Les scores d'échelle seront obtenus en faisant la somme des scores d'items correspondant a chaque dimension, soit :

Coping problème : item 1,4,7 ,10,13,16,19,22,25,27.

Coping émotion : item 2,5,8,11,14,17,20,23,26.

Coping soutien: item 3,6,9,12,15;18,21,2

6-Le déroulement de la recherche :

Notre terrain d'étude est le service de CHU d'Amizour, après l'accord de l'administration et la psychologue du service qui nous ont orientés vers notre population d'étude.

Notre première rencontre le 16 mars 2022 avec les patients nous a permis de les solliciter d'accepter de nous donner des informations sur leur maladies et on leur a expliqué que ce déroulement restera un sucré professionnel, et après on leur a donné un rendez-vous pour faire notre guide d'entretien ; la réalisation de notre guide nous a permis d'effectuer notre but de recherche

Synthèse :

La méthodologie est une étape très importante dans la réalisation d'un travail scientifique qui se base sur des fondements théoriques et méthodologie rigoureuse, en effet pour un bon déroulement de la recherche on doit respecter les règles fondamentales qui sont de l'ordre éthique et technique da la recherche scientifique pour la validité et la fiabilité de notre recherche, et en c'est basé sur la méthode clinique pour recueil et la collecte des données et des informations proprement dite peut se faire après testé, sur une population d'étude bien préciser à laquelle se réfère l'hypothèse, puis les outils de recherche pour arriver à des résultants qu'on peut analyser et interpréter dans le but de confirmer ou infirmer nos shypotheses émises on début de notre recherche.

Chapitre 5

Présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule :

Dans ce chapitre, la pratique est caractérisée par l'analyse des cas de notre groupe de recherche qui nous avons effectué des visites guidées par la psychologue de service, en vue de rencontrer des mamans ayant un enfant diabétique au niveau de l'hôpital Amizour afin d'acquérir des résultats susceptible de répondre a nos questions.

Nous avons procédé dans notre recherche au près des mamans ayant un enfant diabétique au sein de l'hospital d'Amizour par le biais d'un entretien semi-directif et l'échelle toulousaine de coping pour essayer d'analyser et de s'informer sur le type de stratégies de coping sur lesquelles les mamans se basent pour faire face a maladie de leur enfant.

Dans ce chapitre, nous allons essayer dans un premier temps de présenter et d'analyser les données des entretiens et de l'échelle de coping de chaque cas, en deuxième temps nous allons discuter les résultats obtenus afin de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

I. Présentation, analyse des résultats**1- Présentation et analyse des données d'entretien du premier cas de Karima :****- Les renseignements personnels de la maman et de son enfant**

Karima âgée de 35ans, elle a le niveau de première année moyenne, marie de trois enfant deux garçons et une fille, elle est couturière a son compte, son fils a 12ans étudiant en 3eme année moyenne , il est diabétique.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans le bureau de la psychologue du service.

Après avoir eu des échanges verbaux avec madame "Karima", l'occasion s'est étalée pour lui expliqué le but de notre travail de recherche

Karima s'est rapidement adapter à notre débat et a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements car elle a l'habitude de consulté un psychochogue « noumagh zaragh le psychologue ».

Axe 1 : les réactions face au diagnostique face a la maladie de son enfant et comment a réagit face a cette situation

Après avoir changé la discussions avec madame Karima on repère la découverte de la maladie de son fils par rapport ou signe de sa maladie (la faiblesse, l'hypoglycémie...), zarakthh toujours faible.

Et pour l'annonce de la maladie de son enfant elle était annoncée par le médecin généraliste « dateviv iyadinan amim ihelak sekar », Karima a réagit comme suivant « quand le médecin m'a annoncé la maladie de mon enfant j'ai trop pleuré » « rwich imatawan » ça été un choc pour moi, elle a de la Paine elle a souhaité d'être malade à la place de son fils, et au premier temps elle a eu de mal à accepter la maladie de son fils « iwa3riyi lehal mlih adekavelagh lahelahis parsque damazeyan ».

Axe 2 : le vécu psychologique des mamans ayant un enfant diabétique

Karima elle s'est adaptée à la maladie de son enfant car c'est une femme musulmane elle croit à la religion et elle compare la maladie de son fils à d'autres maladies qui sont très graves et tous se qui concerne leurs situations.

Madame "Karima" a eu l'encouragement dans son entourage spécialement sa Sœur, cette dernière l'a aidée dans le côté psychique, elle lui a donné des conseils et elle l'a encouragé puisque son mari n'a pas accepté la situation, grâce à sa sœur et surtout son frère qui l'a soutenu pour avoir du courage.

En ce qui concerne les habitudes alimentaires de mon enfant il ne mange pas de sucreries il aime manger des légumes, et en ce qui concerne la modification des habitudes alimentaires il mange toujours les légumes mais il consomme des sucreries (itezakiriyi) je trouve des difficultés de vivre avec cette situation (3yigh).

En cas d'hypoglycémie je me sens perturbé mais avec l'expérience de 5 ans je lui fais directement l'insuline.

Axe 3 : la vision de la maman vers la venir

« J'ai besoin beaucoup plus du soutien psychologique et pour le côté financier j'ai pas de problème hamdolilah » dit elle.

Elle souhaite à tous moments que la situation disparaisse ou finisse.

❖ Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas

D'après l'entretien nous avons constaté que Karima n'a pas vraiment de difficultés avec les maladies de son fils car elle a une longue expérience de 5 ans ce qui signifie qu'elle a une certaine connaissance ce qui lui a permis de s'adapter rapidement à la maladie de son fils qui est le diabète.

Analyses des résultats de l'échelle toulousaine de coping cas du Karima :

Choix de la situation difficile : le diabète

Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et j'ai suivi	1	2	3	4*
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	1	2	3	4*
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	1	2	3*	4
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais	1	2	3	4*
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	1	2	3	4*
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé	1	2	3	4*
7. J'ai changé positivement	1	2	3*	4
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème	1	2	3*	4
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	1	2	3	4*
10. J'ai pris les choses une par une	1	2	3	4*
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait	1	2	3	4*
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	1	2	3*	4
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après	1	2	3	4*
14. Je me suis culpabilisé(e)	1	2	3	4*
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions	4	3	2	1*
16. Je suis sorti plus forte(e) de la situation	1*	2	3	4
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	1	2	3*	4
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème	1	2	3*	4
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien	1*	2	3	4

finir				
20. J'ai essayé de tout oublier	1	2	3	4*
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler	1	2	3	4*
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	1	2	3	4*
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude	1	2	3	4*
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	1	2	3*	4
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème	1*	2	3	4
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)	1	2	3	4*
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver	1	2	3	4*

❖ Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas Karima

D'après les réponses et les résultats retenus dans l'échelle toulousaine de coping du cas Karima le score final est :

- Stratégie Basé sur le problème : 75%
- Stratégie Basé sur l'émotion : 94 ,44%
- Stratégie Basé sur le soutien : 78%

D'après ces résultats ont a constaté que la stratégie dominante chez « Karima » c'est l'émotion. Alors l'hypothèse est infirmé par-rapport a la période qu'elle a vécue de puis la maladie de son fils c'est pour ca elle n'a pas montée au degré de la stratégie basé sur le problème.

2- Présentation et analyse des données d'entretien du deuxième cas de Fadhila :

Les renseignements personnels de la maman et de son enfant :

Fadhila âgé de 45 ans, elle na jamais était a l'école, marie de 4 enfant 2 garçon et 2 fille, femme au foyer mais elle fait des commandes de gâteaux chez elle, sa fille Alicia de 13 ans qui est diabétique elle est en premier année moyenne.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans la chambre de service a coté de lit de sa fille Alicia.

Après avoir eu des échange verbaux avec madame Fadhila l'occasion s'est étalé pour lui expliqué le but de notre travail de recherche, elle s'est rapidement adapter a notre débat et accepté sans aucune hésitation de répondre a nos questionnement et a propos de la maladie de

sa fille, Fadhila dit ; (yelli thatefad secar ayi safi 10 jour, et naki osinghara dacho asekhademagh parsque olache manho ithihalekan g la famille mais vghigh adisinagh felas surtout le régime asekhademagh).

Axe 1 : les réactions face au diagnostique face a la maladie de son enfant et comment a réagit face a cette situation

Après avoir changé la discussions avec madame Fadhila on repère la découverte de la maladie de sa fille par rapport a Fadhila dit ; (dicouvrikhtid parsque thela tahelak la grippe fekanasad dewa a cause nadewa ni elle n'a pas arrêté de vomir après wikhtid a l'hôpital ofan sakris iweli bezaf)

Et pour l'annonce de la maladie de ma fille (dateviv n l'hospital), Fadhila a réagit comme suivant « le moment ni concentrih feyali parsque thagouma atakim g l'hospital après mitakalmigh ghlighad khale3agh »

riyagigh akan khal3agh parsque jai 2 fils halekan nwich thayi atafagh bien a la fin athan diabétique, et j'ai eu de mal adekavelagh dacho iyadina teviv a cause de mes 2 fils igehelehan.

Axe 2 : le vécu psychologique des mamans ayant un enfant diabétique

Madame Fadhila elle est adapté a la maladie de sa fille avec le temps «noumagh wahi dalwakth », j'ai eu des encouragements naldjiraniw, ma famille et la psychologue de service, et jamais hakough dacho isehousayagh sauf wina iyadisaksan, et toujours karniyid c'est une période kan inchalah ate3adi, et je consulte régulièrement le médecin surtout ikariyid dacho asekhademagh l régimeplus takesaghas la sucrerie.

Axe 3 : la vision de la maman vers la venir

Pour le moment hamdolah olach dacho ohwadjagh sauf adisinagh plus felahlak ayi n Alicia, et temanigh adirouh felas lahelakayi et wela orirouhara athekavelagh plus atekavelith.

Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas

D'après l'entretien nous avons constaté que Fadhila elle a de difficulté avec la maladie de sa fille car elle na pas d'expérience avec cette maladie surtout quelle est ressentie pour sa fille, et elle a de mal a accepter cette maladie.

Analyses des résultats de l'échelle toulousaine de coping cas du Fadhila :

Choix de la situation difficile : le diabète

Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et j'ai suivi	1	2	3	4*
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	1	2	3	4*
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	1	2	3	4*
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais	1	2	3*	4
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	1*	2	3	4
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé	1	2	3*	4
7. J'ai changé positivement	1	2	3	4*
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème	1	2	3	4*
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	1	2	3	4*
10. J'ai pris les choses une par une	1	2	3	4*
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait	1	2	3	4*
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	1	2	3	4*
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après	1	2	3*	4
14. Je me suis culpabilisé(e)	1	2	3*	4
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions	4	3	2	1*
16. Je suis sorti plus forte(e) de la situation	1*	2	3	4
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	1	2	3	4*
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir	1	2	3	4*

concrètement au sujet de ce problème				
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir	1*	2	3	4
20. J'ai essayé de tout oublier	1*	2	3	4
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler	1*	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	1	2*	3	4
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude	1*	2	3	4
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	1	2	3	4*
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème	1	2	3	4*
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)	1*	2	3	4
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver	1	2	3	4*

❖ Syn

thèse de l'échelle toulousaine de coping du cas Fadhila

D'après les réponses et les résultats retenus dans l'échelle toulousaine de coping du cas Fadhila le score final est :

- Stratégie Basé sur le problème : 75%
- Stratégie Basé sur l'émotion : 63%
- Stratégie Basé sur le soutien : 78%

D'après ces résultats ont a constaté que la stratégie dominante chez « Fadhila » c'est le soutien. Alors l'hypothèse est infirmé par-rapport a la période qu'elle a vécu de puis la maladie de sa fille c'est pour ca elle n'a pas montée au degré de la stratégie basé sur le problème.

3- Présentation et analyse des résultat des données du deuxième cas de Nwara :

Les renseignements personnels de la maman et de son enfant :

Nwara âgée de 45ans, elle a le niveau de 4eme année moyenne, marie de 2 enfant 1 garçons et une fille, elle est femme au foyer, son fils a 12ans étudiant en 3eme année moyenne , il est diabétique.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans la chambre du service,

après avoir eu des échanges verbaux avec madame "Nwara", l'occasion s'est étalée pour lui expliqué le but de notre travail de recherche.

Nwara s'est rapidement adapter à notre débat et a accepté sans aucune hésitation de répondre à nos questionnements, et elle nous a dit que mon fils elle est diabétique je pense que c'est héréditaire parce sa grand mère elle est diabétique, et malgré sa grand-mère (tahelah) mais (osinghara bezaf felahlahis) mais a partir d'aujourd'hui je vais chercher a comprendre, surtout (dwaynas, et rigime) et toujours (t3asakhth et tkisaghas sakeris).

Axe 1 : les réactions face au diagnostique face a la maladie de son enfant et comment a réagit face a cette situation

Après avoir changé la discussions avec madame Nawara on repère la découverte de la maladie de son fils par rapport a Nawaea dit ; (dicouvrikhthid parce yela il mange beaucoup il bois beaucoup et il demande de mangé beaucoup de sucre surtout pour le café)

Et pour l'annonce de la maladie de mon fils (dateviv n l'hospital), Nawara a réagit comme suivant « le moment ni khal3agh mlih mlih, trough, jai pas mangé toute la journée après khamaghad le courage khamemagh fami)

riyagigh akan khal3agh parce ogadagh f mon fils, et j'ai eu de mal adekavelagh dacho iyadina teviv.

Axe 2 : le vécu psychologique des mamans ayant un enfant diabétique

Madame Nawara elle est adapté a la maladie de son fils avec le temps «noumagh wahi dalwakh », j'ai eu des encouragement juste par le psychologue de service et ma famille, et jamais hakough dacho isehousayagh sauf wina iyadisaksan, et toujours khasemaniyid le courage, et je consulte régulièrement le médecin surtout ikariyid dacho asekhademagh l régimeplus takesaghas la sucrerie (lekhabz).

Axe 3 : la vision de la maman vers la venir

Pour le moment ohwadjagh manho ayi3awnan gadewaynas parce son père dakhadam mais machi s l'assurance chwiya kan souma,et un psychologue bash ayi3iwan psychologiquement, et temanigh rebi adeyili didi parce c'est pas facile atas3out un fils malade.

Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas

D'après l'entretien nous avons constaté que Nawara elle a de difficulté avec la maladie de son fils car elle na pas d'expérience avec cette maladie, et elle a de mal a accepter cette maladie et elle a des besoins financièrement et psychologique.

Analyses des résultats de l'échelle toulousaine de coping cas du Nwara :

Choix de la situation difficile : le diabète

Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et j'ai suivi	1	2	3	4*
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	1	2	3	4*
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	1	2	3	4*
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais	1	2	3	4*
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	1*	2	3	4
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé	1	2	3	4*
7. J'ai changé positivement	1	2	3	4*
8. Je me sui senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème	1	2	3*	4
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	1	2	3	4*
10. J'ai pris les choses une par une	1	2	3*	4
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait	1*	2	3	4
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	1	2	3	4*
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaitre après	1	2	3*	4

14. Je me suis culpabilisé(e)	1	2	3*	4
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions	4	3	2	1*
16. Je suis sorti plus forte(e) de la situation	1	2	3	4*
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	1	2	3	4*
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème	1*	2	3	4
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir	1	2	3	4*
20. J'ai essayé de tout oublier	1	2	3	4*
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler	1	2	3	4*
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	1*	2	3	4
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude	1	2	3	4*
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	1*	2	3	4
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème	1*	2	3	4
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)	1*	2	3	4
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver	1	2	3	4*

❖ Sy

ynthèse de l'échelle toulousaine de coping du casNwara

D'après les réponses et les résultats retenus dans l'échelle toulousaine de coping du cas Nwara le score final est :

- Stratégie Basé sur le problème : 80%
- Stratégie Basé sur l'émotion : 69%
- Stratégie Basé sur le soutien : 71,87%

D'après ces résultats ont a constaté que la stratégie dominante chez « Nwara » c'est le problème. Alors l'hypothèse est confirmée par-rapport a la période qu'elle a vécue de puis la maladie de son fils car elle a passée par les deux stratégies qui sont (stratégie basé sur l'émotion et stratégie basé sur le soutien) c'est pour ca elle a arrivée au degré de la stratégie basé sur le problème.

4- Présentation et analyse des résultats des données du deuxième cas de Samira :**Les renseignements personnels de la maman et de son enfant :**

Samira âgé de 45 ans, elle na jamais était a l'école, maman d'une fille diabétique marie de 2 enfant 1 garçon et 1 fille, femme au foyer, sa fille Lamis de 13 ans qui est diabétique elle est en 3eme année moyenne.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans la chambre de service sa fille était entrain de marché dans le couloire de service.

Après avoir eu des échange verbaux avec madame Samira l'occasion s'est étalé pour lui expliqué le but de notre travail de recherche, elle s'est rapidement adapter a notre débat et accepté sans aucune hésitation de répondre a nos questionnement et a propos de la maladie de sa fille Lamis, Samira nous dit ; (yelli thatefad secar ayi safi 3ans, les premier temps osinghara dacho asekhademagh après avec le temps dayan hafetagh parsque ma mère elle était diabetique plus safehamniyid le médecin).

Axe 1 : les réactions face au diagnostique face a la maladie de son enfant et comment a réagit face a cette situation

Après avoir changé la discussions avec madame Fadhila on repère la découverte de la maladie de sa fille par rapport a Samira dit ; (dicouvrikhtid parsque thela elle mange bezaf n le sucre, et un jour sa tante nous raconte l'expérience de sa belle sœur qui est malade qui sont les mêmes habitude de ma filles alors j'ai consulté directement un médecin après c'est lui qui ma annoncé que ma fille elle est diabétique, Samira a réagit comme suivant « j'ai pleuré khila khila parsque teghtiyi yeli tamazyant »

riyagigh akan trough parsque jamais maginighad yeli un jour atakal diabetique diabétique, et la vérité j'ai pas accepté la maladie de ma fille Lamis.

Axe 2 : le vécu psychologique des mamans ayant un enfant diabétique

Madame Samira elle est adapté a la maladie de sa fille avec le temps « noumagh wahi dalwakh », j'ai eu des encouragements n psychologue de service et bien sur le médecin de service, et jamais hakough dacho isehousayagh sauf wina iyadisaksan et asmi i3alman ledjiraniw Lamis tahelah khal3an mlih , et toujours karniyid c'est une période kan inchalah ate3adi, et je consulte régulièrement le psychologue de la polyclinique d'amizour pour me

faire de courage et arrivé a accepté lamaladie de ma fille, surtout ikariyid dacho asekhademagh l régimeplus takesaghas la sucrerie.

Axe 3 : la vision de la maman vers la venir

Pour le moment ohwadjagh manho ayi3awnan le coté morale et coté d'argent, et temanigh adirouh felas lahelakay.

Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas

D'après l'entretien nous avons constaté que Samira elle a de difficulté avec la maladie de sa fille car elle na pas accepté la maladie de sa fille Lamis.

Analyses des résultats de l'échelle toulousaine de coping cas du Samira

Choix de la situation difficile : le diabète

Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et j'ai suivi	1	2	3	4*
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	1	2	3*	4
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	1	2	3	4*
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais	1	2	3*	4
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	1	2	3*	4
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé	1	2	3*	4
7. J'ai changé positivement	1	2	3	4*
8. Je me sui senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème	1	2	3	4*
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	1	2	3*	4
10. J'ai pris les choses une par une	1	2	3*	4

11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait	1	2*	3	4
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	1	2	3	4*
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après	1	2	3	4*
14. Je me suis culpabilisé(e)	1	2	3	4*
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions	4	3	2*	1
16. Je suis sorti plus forte(e) de la situation	1	2	3*	4
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	1	2	3*	4
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème	1	2*	3	4
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir	1	2*	3	4
20. J'ai essayé de tout oublier	1	2	3*	4
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler	1	2	3	4*
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	1	2	3*	4
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude	1	2	3	4*
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	1	2	3	4*
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème	1*	2	3	4
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)	1*	2	3	4
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver	1	2	3*	4

❖ Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas Samira

D'après les réponses et les résultats retenus dans l'échelle toulousaine de coping du cas Samira le score final est :

- Stratégie Basé sur le problème : 75%
- Stratégie Basé sur l'émotion : 75%

- Stratégie Basé sur le soutien : 81,25%

D'après ces résultats ont constaté que la stratégie dominante chez « Samira » c'est le soutien. Alors l'hypothèse est infirmé par-rapport a la période qu'elle a vécu de puis la maladie de sa fille c'est pour ca elle n'a pas montée au degré de la stratégie basé sur le problème.

5- Présentation et analyse résultats des données cas du Malika :

Les renseignements personnels de la maman et de son enfant :

Malika âgé de 50 ans, elle na jamais était a l'école, maman d'une fille diabétique marie de 2 enfant 1 garçon et 1 fille, femme au foyer, sa fille Amina 8ans qui est diabétique elle est en 4ame année prémaire.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans la chambre de service a coté de lit de Amina.

Après avoir eu des échange verbaux avec madame Malika l'occasion s'est étalé pour lui expliqué le but de notre travail de recherche, elle s'est rapidement adapter a notre débat et accepté sans aucune hésitation de répondre a nos questionnement et a propos de la maladie de sa fille Amina, Malika nous dit ; (yelli thatefad secar ayi safi 1 semaine, ya son oncle qui est diabétique et sa cousine malgré 2 membre de la fille qui sont malade mais je connais rien f la maladie ayi et moi vghigh mlih adisinagh felahlah ayi bah adazragh dacho asekhademagh asma seyali et naki t3amalakht saseyassa parce que elle est très gâté et sensible après la mort de son père).

Axe 1 : les réactions face au diagnostique face a la maladie de son enfant et comment a réagit face a cette situation

Après avoir changé la discussions avec madame Malika on repère la découverte de la maladie de sa fille par rapport Malika dit ; (ligh choukthagh dicouvrikhtid parce que thela elle mange bezaf n le sucre elle vomie beaucoup et elle bois beaucoup d'eux aussi après la perte de son père thakhla3 parce que thela très attaché a son père, wikht directement gh l'hospital après c'est le médecin qui ma annoncé que ma fille elle est diabétique, Malika a réagit comme suivant « j'ai pleuré khila khila et khal3agh »

riyagigh akan trough parce que tamazeyant, et la vérité j'ai pas accepté la maladie de ma fille.

Axe 2 : le vécu psychologique des mamans ayant un enfant diabétique

Madame Malika elle ce n'est pas encours adapté a la maladie de sa fille parsque c'est ressent, j'ai eu des encouragements n psychologue de service et bien sur le médecin de service et ma famille, et toujours karniyid c'est une période kan inchalah ate3adi, et je consulte que l médecin de service surtout ikariyid dacho asekhademagh l régime plus takesaghas la sucrerie.

Axe 3 : la vision de la maman vers la venir

Pour le moment ohwadjagh manho ayi3awnan g le déplacement parsque j'habite loin de l'hôpital, et temanigh atadji yeli Amina.

Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas

D'après l'entretien nous avons constaté que Malika elle a de difficulté avec la maladie de sa fille car elle na pas accepté la maladie de sa fille Amina.

Analyses des résultats de l'échelle toulousaine de coping cas du Malika :

Choix de la situation difficile : le diabète

Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et j'ai suivi	1	2	3	4*
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	1	2	3	4*
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	1	2	3	4*
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais	1	2	3	4*
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	1	2	3	4*
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé	1	2	3	4*
7. J'ai changé positivement	1	2	3	4*
8. Je me sui senti(e) mal de ne pouvoir éviter le	1*	2	3	4

problème				
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	1	2	3	4*
10. J'ai pris les choses une par une	1	2	3	4*
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait	1	2	3	4*
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	1	2	3	4*
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après	1	2	3*	4
14. Je me suis culpabilisé(e)	1	2*	3	4
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions	4	3	2	1*
16. Je suis sorti plus forte(e) de la situation	1*	2	3	4
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	1*	2	3	4
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème	1	2	3	4*
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir	1	2	3	4*
20. J'ai essayé de tout oublier	1	2	3*	4
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler	1	2	3*	4
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	1	2	3	4*
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude	1	2	3	4*
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	1	2	3*	4
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème	1	2	3	4*
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)	1*	2	3	4
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver	1	2	3	4*

❖ Syn

thèse de l'échelle toulousaine de coping du cas Malika

D'après les réponses et les résultats retenus dans l'échelle toulousaine de coping du cas Malika le score final est :

- Stratégie Basé sur le problème : 90%
- Stratégie Basé sur l'émotion : 66,66%
- Stratégie Basé sur le soutien : 84,35%

D'après ces résultats ont a constaté que la stratégie dominante chez « Malika »c'est le problème. Alors l'hypothèse est confirmée par-rapport a la période qu'elle a vécu de puis la maladie de sa fille car elle a passée par les deux stratégies qui sont (stratégie basé sur l'émotion et stratégie basé sur le soutien) c'est pour ca elle a arrivée au degré de la stratégie basé sur le problème.

6- Présentation et analyse des résultats des données cas du Fadhila :

Les renseignements personnels de la maman et de son enfant :

Fadhila âgé de 53ans, elle a arrêté l'école a 6eme année primaire, maman d'un garçon diabétique marie de 4 enfant 3 garçon 1 fille, femme au foyer, son fils Ramy qui est diabétique âgé de 12ans il est en 4ame année moyenne.

L'entretien et la passation de l'échelle se sont déroulés dans la chambre de service a coté de lit de Ramy.

Après avoir eu des échange verbaux avec madame Fadila l'occasion s'est étalé pour lui expliqué le but de notre travail de recherche, elle s'est rapidement adapter a notre débat et accepté sans aucune hésitation de répondre a nos questionnement et a propos de la maladie de son fils Ramy, Fadhila nous dit ; (mon fils yahelah secar ayi safi 2 jour, ya son oncle qui est diabétique et je connais rien f la maladie ayi et moi vghigh mlih adisinagh felas adazragh dacho asekhademagh asma seyali et naki t3amalakhth saseyasa kan).

Axe 1 : les réactions face au diagnostique face a la maladie de son enfant et comment a réagit face a cette situation

Après avoir changé la discussions avec madame Fadhila on repère la découverte de la maladie de son fils par rapport Fadhila dit ; (ligh choukthagh dicouvrikhtid parsque yela il mange bezaf n le sucre et il bois beaucoup d'eux aussi, wikthth directement gh l'hopital après c'est le médecin qui ma annoncé que mon fils est diabétique, Fadhila a réagit comme suivant « j'ai pas pleuré parsque je suis courageuse et karaghas maktoub rebi »

Axe 2 : le vécu psychologique des mamans ayant un enfant diabétique

Madame Fadhila elle ce n'est pas encouru adapté a la maladie de son fils parce que c'est ressent, j'ai eu des encouragements n psychologue de service et bien sur le médecin de service et ma famille, et toujours karniyid c'est une période kan inchalah ate3adi, et je consulte que l médecin de service surtout ikariyid dacho asekhademagh l régime plus takesaghas la sucrerie.

Axe 3 : la vision de la maman vers la venir

Pour le moment ohwadjagh manho ayi3awnan g l'argent pour acheter les médicament pour mon fils et ohwadjagh un psychologue pour m'aider coté moral et temanigh adeyadji ami Ramy

Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas

D'après l'entretien nous avons constaté que Fadhila elle n'a pas de difficulté avec la maladie de son fils car elle a accepté la maladie de son fils Ramy.

Analyses des résultats de l'échelle toulousaine de coping cas du Fadhila :

Choix de la situation difficile : le diabète

Face à une situation difficile, je possible pour y arriver réagis de la façon suivante :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et j'ai suivi	1	2*	3	4
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	1	2	3	4*
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	1	2	3*	4
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais	1	2	3*	4
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	1	2*	3	4
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il	1	2	3	4*

m'a conseillé				
7. J'ai changé positivement	1	2	3	4*
8. Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème	1*	2	3	4
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	1	2*	3	4
10. J'ai pris les choses une par une	1	2	3	4*
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait	1	2*	3	4
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	1*	2	3	4
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après	1	2	3	4*
14. Je me suis culpabilisé(e)	1	2	3	4*
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions	4	3	2	1*
16. Je suis sorti plus forte(e) de la situation	1	2	3	4*
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	1*	2	3	4
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème	1*	2	3	4
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir	1	2*	3	4
20. J'ai essayé de tout oublier	1	2*	3	4
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler	1*	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	1*	2	3	4
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude	1	2	3*	4

24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	1	2	3	4*
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème	1	2	3	4*
26. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)	1*	2	3	4
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver	1	2	3	4*

❖ Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas Fadhila

D'après les réponses et les résultats retenus dans l'échelle toulousaine de coping du cas Fadhila le score final est :

- Stratégie Basé sur le problème : 80%
- Stratégie Basé sur l'émotion : 55,55%
- Stratégie Basé sur le soutien : 53,12%

D'après ces résultats ont a constaté que la stratégie dominante chez « Fadhila » c'est le problème. Alors l'hypothèse est confirmée par-rapport a la période qu'elle a vécu de puis la maladie de son fils car elle a passée par les deux stratégies qui sont (stratégie basé sur l'émotion et stratégie basé sur le soutien) c'est pour ca elle a arrivée au degré de la stratégie basé sur le problème.

❖ Présentation globale des résultats de l'échelle toulousaine de coping

Tableau N°05 : les résultats de l'échelle toulousaine de coping :

Noms Dimensions	Basé sur le problème Par-rapport aux items	Basé sur l'émotion Par-rapport aux items	Basé sur le soutien Par-rapport aux items	La stratégie dominante	L'hypothèse Confirmé Ou infirmé
Karima	75%	94,44%	78%	émotion	Infirmé
Fadhila	75%	63%	78%	Soutien	Infirmé
Nwara	80%	69%	71,87%	Problème	Confirmé
Samira	75%	75%	81,25%	Soutien	Infirmé
Malika	90%	66,66%	84,35%	Problème	Confirmé
Fadhila	80%	55,55%	53,12%	Problème	Confirmé

❖ Synthèse générale sur tous les cas

D'après les repense et les résultats du tableau ci-dessus on à constatés que la stratégie dominante chez le cas de Nwara, Malika et Fadhila c'est le problème, la stratégie dominante chez le cas de Karima c'est l'émotion .Et la stratégie dominante chez le cas de Fadhila et Samira c'est le soutien.

On peut dire que l'hypothèse est confirmée partiellement (3 cas confirmé, 3 cas infirmé).

Chapitre 6

Discussion des hypothèses

Discutions des hypothèses

Cella est consacré a la discussions des hypothèses à nos deux variables les quelles est focalisée notre étude.

On a constaté qu'on a des cas qui sont basé sur la stratégie de problème, l'émotion et le soutien.

Donc d'après les résultats obtenus à partir de l'échelle toulousaine de coping pour la mesure des stratégies de faire face chez les mamans ayant un enfant diabétique, notre hypothèse est la suivante : les mamans ayant un enfant diabétique différent d'un cas à un autre.

Effectivement,des cas qui sont confirmé partiellement, trois cas ont confirmé, et trois autres ont infirmé partiellement notre hypothèse.

Par-rapport au travaille de Carole Engel-Zerbinati, intitulée « **Étude de l'influence des stratégies psychologiques de "coping" sur l'état anxiodépressif et l'équilibre glycémique chez des adultes diabétiques de type 1 : une étude transversale** » sur les apports de diabète type 1 elle a infirmé que cette étude transversale confirme certaines données de la littérature : coping centré sur l'émotion utilisé de manière préférentielle chez les sujets souffrants d'EAD, équilibre glycémique meilleur corrélé au coping apporte une nouveauté : le coping centré sur la diversion sociale est un facteur protecteur pour les états dépressifs et le coping distraction est délétère pour l'équilibre glycémique. Elle lui parait aussi important d'évoquer ici le fait que elle a utilisée une échelle de coping mesurant plutôt le coping-trait, c'est-à-dire elle tant que trait de personnalité. Ceci est un point fort dans l'étude en comparaison d'EAD, car elle peut considérer que par cette échelle le coping mesuré est moins biaisé par l'état émotionnel troublé dans ces cas. Mais ces points positifs sont évidemment à pondérer par certaines limites de l'étude. ((ENGEL-Z, C, 2014 ,p.122).

On n'a pas trouvé des cas qui ce base seulement sur le problème dans les résultats de l'échelle toulousaine de coping, mais on a trouvé aussi des cas qui ce base sur l'émotion et le soutien, les cas qui ce base sur le problème sont : Nwara, Malika, Fadhila.

Les cas qui ont basé sur l'émotion : Karima.

Les cas qui ont basé sur le soutien : Fadhila, Samira.

Karima à montrée qu'elle était satisfaite de notre intervention, elle a pu répondre à l'ensemble de nos questions, on a constaté à travers ces réponse n'a pas vraiment de difficulté avec la maladie de son fils car elle a une longue expérience de cinq ans ce qui signifie qu'elle a une certaine connaissance ce qui lui à permet de s'adapter rapidement à la maladie de son fils.

Fadhila a montré qu'elle a des difficultés avec la maladie de sa fille car elle n'a pas d'expérience avec cette maladie surtout qu'elle est ressentent pour sa fille et pour cella elle a de male a accepté cette maladie.

Nwara elle nous a montré qu'elle a besoin d'un soutien psychologique et laide coté financièrement, elle a aussi des difficultés avec la maladie de son fils car elle n'a pas d'expérience c'est pour ca elle a de mal a accepté.

Samira est une personne stressée inquiété durant l'entretien, elle nous a montré qu'elle a des difficultés avec la maladie de sa fille car elle n'a pas accepté sa maladie.

Malika c'est une femme sensible, elle a des difficultés a accepté la maladie de sa fille. Mais grâce au soutien de sa famille et son attachement à sa religion la idée beaucoup pour être courageuse.

Fadhila est une femme triste elle a pleuré durent notre entretien mais elle est courageuse par-rapport à son attachement à sa religion c'est pour cella elle n'a pas de difficulté ave la maladie de son fils.

Notre hypothèse à propos la stratégie de faire face chez les mamans ayant un enfant diabétique on a constaté des cas qui ont confirmé notre hypothèse et il ya d'autre qui ont infirmé partiellement notre hypothèse.

Conclusion

Conclusion

Ce travail de recherche nous a permis d'enrichir notre bagage intellectuelle par de nouvelle connaissance et ce en se familiarisons avec la pratique qui nous a permis de renforcé le savoir acquis durant les cours théorique suivie à l'université et de vérifier la fiabilité ou la défaillance de l'hypothèse que nous avons émis au début de notre recherche, nous avons tenté d'aborder la question de stratégies decoping chez les mamans ayant un enfant diabétique. Nous avonsréalisé cette recherche dans le but de savoir si ces mères souffrent et la façondont elles font face.

Le diabète constitue l'une des pathologies les plus répandues dans le monde entier, il occupe en Algérie la deuxième position dans les maladies non transmissibles dont les symptômes apparaissent chez l'individu bien tardivement après le déclenchement de la maladie.

La gravité de cette maladie prend une ampleur considérable dans le monde, les statistiques révéle par l'OMS, sont choquantes vu leur augmentation qui ne veut pas s'estomper, effectivement l'épidémiologie de diabète dans le monde est de 422 millions en 2014 un chiffre amené a la hausse selon les estimations de l'OMS

Pour faire face à cette pathologie, les mamans ayant un enfant diabétique développent des stratégiesqui sont considérer comme un rempare ou une diversion pour faire face à leur situation, desstratégies appelé par Lazarus : stratégies de coping .

Le coping est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maitriser, réduire ou tolérer des demandes spécifiques internes et/ou externes, vécues par le sujet comme menaçant ou dépassant ses ressources.

Pour réaliser notre recherche, nous avons sélectionné un groupe de recherche constituer de six cas, avec lesquels nous avons réalisé un entretien clinique semi-directif et une échelle de coping qui celle de l'échelle toulousaine de coping.

L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif et de l'échelle toulousaine de coping de notre groupe de recherche, nous a permis de constater que la maladie de diabète engendre un stress particulier sur les mamans ayant un enfant diabétique ce qui les amènes à développé différentes stratégies de coping pour s'adapter à la maladie de leurs enfants.

D'après les résultats que nous avons obtenus, tous nos utilisent des stratégies de coping centrées soit sur le problème, soit sur le soutien social ou sur l'émotion.

Ainsi, nous avons abouti à la confirmation partielle de notre hypothèse émise au début de notre travail qui est « Les mamans ayant un enfant diabétiques utilisent différents types de stratégies de coping centrées soit sur le problème, soit sur l'émotion ou la recherche de soutiens social » et cela pour nos six (06) cas.

Enfin, nous espérons par le biais de cette recherche que nous avons contribué à comprendre les difficultés que rencontrent les mamans ayant un enfant diabétique et la manière dont elles s'adaptent à cette dernière et leur vie quotidienne, nous formulons les propositions suivantes :

- Qu'elle est le vécu psychologique des mères ayant un enfant diabétique.
- Est-ce que l'environnement universitaire a une influence particulière sur le type de stratégies employé par les mamans ayant un enfant diabétique ?

Bibliographie

Liste bibliographique

Les ouvrages

1. ATLAS, Fédération internationale du diabète, (2017). Atlas du Diabète de la FID. 8^e édition.
2. ATLAS (Fédération internationale du diabète), (2019). Atlas mondial de diabète. 9^e édition.
3. Agot-Campagna A., Romon I., Fosse S., Roudier C, (2010), Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France-Synthèse épidémiologique, Institut de veillesanitaire. Maladies chroniques et traumatismes.
4. ALTMAN. J-J, et al, (2014), le grand livre du diabète, France, édition EYROLLES.
5. BRUCHON-SCHWEITZER. M, (2001), « stress, et coping », France, éditionDunod.
6. BRUCHON-SCHWEITZER, M,(2002), JOURNAL OF COUNSELING PSYCHOLOGY,42(3),P.353.
7. BUYSSCHAERT. M, (2011), diabétologie clinique, Bruxelles, édition De Boeck, 4^eme éd
8. BERTAN de Balanda. A, (2015), une approche psychosomatique du diabète, l'identité en souffrance, Paris, édition L'Harmattan.
9. Claire M., Stéphane,(2004), Médias Transcontinental Inc, Le diabète menace l'Afrique.
10. Dinca. A, (2008), « stratégies de coping, mécanisme de défense et leurInfluence sur le bien être et les performances d'athlète de haut niveauPratiquant des sports d'opposition », thèse de doctorat, en psychologie,Université de rein champagne.
11. Folkman ET Lazarus, (1989). « *Stress appraisal and coping purger* » publie Lign comparty, New York.
12. Soltesz G, Acsadi G. Association between Diabetes, Severe Hypoglycaemia, and Electroencephalographic Abnormalities. Arch Dis Child 1989; 64:992-996

13. Paulhan, I. (1992). « *Le concept de coping* ». Dunod. Paris
14. Laing R. A., Parma P., de Ruiter H. R., Fanti R., 1999, MNRAS, in press Ledlow M. J., Owen F. N.,(1996), in Ekers R., Fanti C., Padrielli L., eds, Extragalactic Radio Sources. Kluwer, Dordrecht p. 238
15. Grimaldi A,(2000), Diabétologie, Questions d'internat. Faculté de Médecine Pitié Salpêtrière. Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière. Université PARIS-VI Pierre et MarieCurie.
16. Rodier M,(2001), Définition et classification du diabète, Endocrinologie - CHU – Nîmes.Médecine Nucléaire - Imagerie fonctionnelle et métabolique.
17. Hennen G,(2001), La Glande Thyroïde, In : Hennen G. Endocrinologie, De Boeck Université, Paris
18. Malek R ; Belateche F ; Laouamri S ; Hamdi-Cherif M ; Touabti A ;Bendib W ; Nechadi A ; Mekideche F.Z ; Hanat S, (2001). Prévalence du diabète de type 2 et del'intolérance au glucose dans la région de Sétif (Algérie). Review, DiabetesMetabolism.V27. N (2) :165-171p
19. CHABROL. H & CALLAHAN. S, (2002), « mécanismes de défense et coping » édition DUNOD
20. Simon D., Eschwege E, (2002), Données épidémiologiques sur le diabète de type 2, Hygiene and public health, epidemiology, occupationalmedicine. N 20-21 : 86 -87.
21. Steyn NP., Mann J., Bennett PH., Temple N., Zimmet P., Tuomilehto J, (2004). Diet ,nutrition and the prevention of type 2 diabetes, Public Health Nutrition. V7. N (1A): 147-165.
22. Papat. A,(2004), « la perception de la maladie et le coping », thèse de doctorat, en psychologie, université deToulouse.

23. Ko G T., Cockram C S, (2005), Causes et effets : le tabac et le diabète, P50.
24. Vialettes B., Atlan C., Conte-D., Raccah D., Simonin G,(2006), Diabète sucré de type 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte, Complications. Endocrinologie nutrition. Faculté de médecine de Marseille.
25. Malgrange D,(2008), Physiopathologie du pied diabétique Physiopathology of the diabetic foot, La revue de médecine interne. 29 : 231-237
26. Lequart C,(2009). Diabète et dents .paris.
27. Monnier L., Colette C, (2010), Le diabète .Livre, Masson. éd .France.
28. Stuart J. B., Wei Rhen W L., Kubendran P., Line K, (2011), diabète de l'enfant et de l'adolescent, Manuel de formation de base à l'usage des professionnels de santé des paysen développement.
29. Hirst M,(2013), ATLAS du DIABETE de la FID 6e édition, Fédération Internationale du Diabète.
30. ZERBINATI. C.E, (2014), « Étude de l'influence des stratégies psychologiques de "coping" sur l'état anxiodépressif et l'équilibre glycémique chez des adultes diabétiques de type 1 : une étude transversale », thèse de doctorat, a la faculté de médecine de Nice (l'université de Nice-Sophia Antipolis).
31. **MASSICOTTE.R, (2015), « les stratégies de coping comme prédicteurs de la résilience et de la psychopathologie chez des personnes vivants avec une lésion à**

**la moelle épinière », thèse de doctorat à l'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À
MONTREAL.**

32. OMS, Organisation mondiale de la Santé, (2016). Rapport mondial sur le diabète

Annexes

Annexe 1

Entretien semi directif

Informations personnels :

- Quel âge a vous ?
- Quelle est votre niveau d'étude ?
- Quel est votre type de maladie ?
- Quel est votre situation familiale ?
 - Quel est votre situation ?
- Depuis quand votre enfant est malade ?
- Ya-t-il une personne de votre famille atteint du diabète ?
- Quelles sont vos connaissances sur la maladie de votre enfant ?
- Qu'avez-vous envie d'apprendre sur la maladie de votre enfant ?
 - Comment traitez-vous le diabète de votre enfant?

Axe1 : Réaction face au diagnostic

- Pouvez-vous nous raconter comment vous avez découvert que votre fils était diabétique ?
 - Qui vous à annoncé la maladie de votre enfants ?
 - Comment avez-vous réagi ?
 - Pourquoi une telle réaction ?
- Vous avez eu de mal à accepter la maladie de votre enfant ?

Axe 2 : Le vécu psychologique de la maman

- Comment s'est faite l'adaptation ?
- Avez-vous parlé à quelqu'un de la maladie de votre enfant ?
 - Avez-vous parlé à quelqu'un de ce que vous ressentis ?
- Comment parlez-vous de la maladie de votre enfant à votre entourage?
 - Que pense votre entourage de la maladie de votre enfant?
 - Quels professionnels de santé consultez-vous régulièrement?
- Dans le cadre de diabète de votre enfant, vous vous sentez soutenu et écouté beaucoup plus Par (le médecin traitant, votre famille et entourage, une association diabétique...)
 - Quelles sont les habitudes alimentaires de votre enfant? Qu'en pensez-vous?
- Quelles habitudes alimentaires avez-vous modifiées depuis que votre enfant est diabétique? Comment le vivez-vous?
 - Que faites-vous en cas d'hypoglycémie?

Axe 3 : La vision ver la venir

- De quoi sentez-vous avoir le plus besoin en ce moment?
 - Quelle aide attendez-vous du réseau?
- Est-ce que vous souhaitée que la situation disparaisse ou finisse ?

Annexe 2

Échelle toulousaine de coping

La consigne

Lorsque vous affronté une situation difficile, vous réagissez de variable.

Après avoir choisi une situation difficile que vous viviez actuellement ou non, pour laquelle vous vous sentez tout à fait concerner et qui est très angoissante, stressante, vous préciserez votre façon de réagir face à cette situation stressante.

Inscrivez la situation difficile que vous avez choisissiez dans la première ligne.

Pour chacune des affirmations entourez le chiffre qui vous correspond le mieux.

Vous trouverez 4 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposé : de 1 (Non) 2(Plutôt non) 3(Plutôt oui) 4(Oui).

Vous essayer de répondre à toutes les affirmations si c'est possible.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et j'ai suivi	1	2	3	4
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	1	2	3	4
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	1	2	3	4
4. Je me suis battu(e) pour ce que je voulais	1	2	3	4
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	1	2	3	4
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'il m'a conseillé	1	2	3	4
7. J'ai changé positivement	1	2	3	4
8. Je me sui senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème	1	2	3	4
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	1	2	3	4
10. J'ai pris les choses une par une	1	2	3	4
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait	1	2	3	4
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	1	2	3	4
13. Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaitre après	1	2	3	4
14. Je me suis culpabilisé(e)	1	2	3	4
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions	4	3	2	1
16. Je suis sorti plus forte(e) de la situation	1	2	3	4
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	1	2	3	4
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet de ce problème	1	2	3	4
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir	1	2	3	4
20. J'ai essayé de tout oublier	1	2	3	4
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler	1	2	3	4
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	1	2	3	4

Résumé

Le terme « diabète » désigne un ensemble d'affections graves en longue durée, responsables d'une morbidité et d'une mortalité considérables dans notre pays. Le diabète, outre des risques spécifiques, est source de complications invalidantes et coûteuses. Par ailleurs, le diabète entraîne pour le patient un traitement quotidien, jusqu'à la fin de sa vie. Il n'existe donc pas actuellement de traitements curatifs. La mise en œuvre des traitements passe par une organisation médicalisée de soins, mais aussi surtout par une vigilance importante et permanente du patient qui doit acquérir une réelle compétence face à la maladie. À ce titre, le diabète est parfois considéré comme le modèle des maladies chroniques.

L'individu vit au cours de son existence un certain nombre d'événements qu'il peut percevoir comme menaçant. Ces expériences mineurs ou majeures (deuils, séparation, divorce, naissance d'un enfant, maladies corniques, etc.) induisent des perturbations émotionnelles face auxquelles le sujet ne reste pas passif : il essaie de faire face. On parle de coping pour désigner la façon de s'ajuster à la situation difficile.

Notre recherche aborde la question du « **les stratégies de faire face chez les mamans ayant un enfant diabétique** ».

Notre objectif de recherche est de connaître les différents types de stratégies de coping employées par les mamans afin de faire face à la maladie de leurs enfants.

Afin de réaliser notre recherche, nous avons choisi comme terrain d'étude l'établissement public hospitalier Amizour, dans le quelle nous avons opté pour l'étude de cas, nous avons utilisé l'entretien clinique semi-directif et l'échelle toulousaine de coping comme outils de recherche.

L'analyse des résultats indique que les mamans ayant un enfant diabétique emploient différentes stratégies de coping, centrées soit sur le problème, le soutien social ou émotion, pour faire face à la maladie de leurs enfants.

Mots clés : le diabète, le stress, les stratégies de coping, l'échelle toulousaine de coping.

Abstract

The term diabetes refers to a set of serious and long-term affections that are responsible for significant morbidity and mortality in our country. Diabetes, in addition to its specific risks, causes disabling and costly complications. Furthermore, diabetes leads to daily treatment for the patient until the end of his or her life. There are currently no curative treatments. The implementation of treatments requires a medical organization of care, but also and especially by an important and permanent vigilance of the patient who must acquire real competence in the face of the disease. As such, diabetes is sometimes considered the model of chronic disease.

The individual lives during his existence a certain number of events which he can perceive as threatening. These minor or major experiences (mourning, separation, divorce, birth of a child, job change, promotion, etc.) induce emotional disturbances in the face to which the subject does not remain passive: he tries to face we speak of coping to designate the how to adjust to difficult situations.

Our research addresses the question of “coping strategies among mothers with a diabetic child”.

Our research objective is to know the different types of coping strategies used by mothers to cope with the illness of their children.

In order to carry out our research, we have chosen as a field of study public hospital establishment of Amizour, in which we opted for the study of cases, we used as research tools the semi-directive clinical interview and the scale TOULOUSE COPINIG.

Analysis of the results indicates that mothers with a diabetic child use different coping strategies. Focused on the problem Social support or emotion, to deal with their illness.

Key words: diabetes, stress, coping strategies, the Toulouse scale of coping.