

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université A/Mira de Béjaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales



*Mémoire de fin de cycle
en vue d'obtention du diplôme Master en psychologie clinique*

Thème

Stress et stratégie de coping chez les femmes diabétiques
(Etude clinique de cinq (05) cas réalisée au sein de clinique Beau Séjour de
Bejaia)

Mémoire soutenu par :

M^{elle} **BENAMARA** Drifa

M^r **BENDJOUDI** Ali

Encadré par :

M^{me} **BOUHOU** Nadia

Promotion 2016/2017

Remerciements

Louange à Dieu, Le miséricordieux, sans lui rien de tout cela n'aurait pu être.

Nos remerciements sont adressés à :

Notre promotrice, M^{me} **BOUHOU** **Nadia**, pour sa précieuse recommandation, ses conseils et ses orientations.

Merci à ceux qui prennent leur temps dévaluer notre travail, mesdames, et messieurs les membres de jury. Un grand merci également à tous les enseignants de notre faculté pour leurs précieux conseils.

Nous remercions aussi l'ensemble du personnel de la clinique **Beau Séjour**, en particulier M^r **BOUDJADI Nabil**, notre encadreur de stage et psychologue de service, le médecin chef, ainsi le chef de service pour leurs orientations.

Merci à tous les sujets de notre groupe de recherche d'avoir participé à notre travail.

Nous présentons également notre gratitude aux amis, les membres de la famille qui nous ont soutenus durant l'accomplissement de notre travail.

Enfin, Nous tenons à exprimer nos profonds remerciements à tous ceux qui nous ont soutenus de près ou de loin pendant tout notre cursus étudiant.

Dédicaces

J'ai le plaisir de dédier ce modeste travail :

A la femme la plus courageuse, sensible, généreuse, à celle qui a su me donner l'amour et la joie de vivre, à celle qui a toujours montrée affection et compréhension à mon égard, ma mère que j'aime.

A l'homme de courage et de force, à celui qui a toujours été présent, qui ma appris les vraies valeurs de la vie à celui qui m'a soutenu en toutes circonstances, mon père que j'aime.

A la mémoire de ma grand-mère.

A ceux qui m'ont aidé et m'ont donné joie et bonheur :

Ma seour Tilleli et son fiancé Daouad.

Mon frère Messipesa et mon petit frère Kousseila.

Mon oncle Fateh, sa femme Noura et leurs enfants Rida, Nadjim et Lydia.

Mon oncle Yazid, sa femme Nadia et leurs enfants Kenza, Zahoua et Ideris

Mon oncle Kacem, sa femme Malika et leurs fils Nacim et Iyes.

Mes tantes Yamina, Khoukha et taklith.

Mon binôme et chère amie Drifa et toute sa famille.

Aux familles BENDJOUDI et ATSI.

A mes amis les plus fidèles Karim, abedelghani, mabrouk, Khair-Eddine...

A ceux que j'ai eu la chance de connaître, dans les meilleurs et pires moments de ma vie.

A tous ceux que j'aime, à tous ceux qui m'aiment, je dédie ce modeste travail.

Bendjoudi Ali

Dédicaces

J'ai le plaisir de dédier ce modeste travail :

A la femme la plus courageuse, sensible, généreuse, à celle qui a su me donner l'amour et la joie de vivre, à celle qui a toujours montrée affection et compréhension à mon égard, ma mère que j'aime.

A l'homme de courage et de force, à celui qui a toujours été présent, qui m'a appris les vraies valeurs de la vie à celui qui m'a soutenu en toutes circonstances, mon père que j'aime.

A la mémoire de mon grand père et mes grands-mères.

A ceux qui m'ont aidé et m'ont donné joie et bonheur :

Ma soeur Fatiha, son mari Hafid et leurs enfants Amine et Imane.

Ma soeur Malika, son mari Rachid et leurs enfants Aya et Daoude.

Mes soeurs Ounissa et Lila et leurs familles en particulier leurs mère Zakia.

Mon grand frère Nabil, sa femme Djoudjou et leur adorable fils Mohand.

Mes frères Bouzid, Youcef et mon adorable petit frère maniasse.

Mes cousins et cousines.

Mes oncles et leurs familles.

Mes tantes et leurs familles surtout houria.

Mon binôme et cher ami Ali qui a été toujours à mes coté et toute sa famille.

Aux familles BENAMARA et HADJI.

A mes amis les plus fidèles en particulier Lila.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce projet soit possible.

Benamara Drifa

TABLE DES MATIÈRES

Table des Matières	i
Liste des figures	vii
Liste des tableaux	viii
Liste des abréviations	ix
Introduction Générale	1
.1 Problématique et Hypothèses	4
.1.1 Problématique	4
.1.2 Hypothèses	7
.2 Définition et opérationnalisation des concepts clés	8
.2.1 Définition du diabète	8
.2.2 Définition opérationnelle du diabète	8
.2.3 Définition de stress	8
.2.4 Définition opérationnelle du stress	9
.2.5 Définition de coping	9
.2.6 Définition opérationnelle de coping	9
.3 Objectifs du choix du thème	9
.3.1 Objectifs théoriques	9
.3.2 Objectifs pratiques	10

I	Le Diabète, critères de diagnostique et l’aspect psychologique	11
I.1	Préambule	11
I.2	Définition des concepts clés	11
I.2.1	Diabète	11
I.2.2	Insuline	12
I.2.3	Pancréas	12
I.2.4	Hypoglycémie	12
I.2.5	Insulinorésistance	12
I.2.6	Maladie auto-immune	13
I.3	Historique du diabète	13
I.4	Epidémiologie du diabète dans le monde	13
I.4.1	Le diabète en Europe	14
I.4.2	Le diabète en Moyen-Orient	14
I.4.3	Le diabète en Amérique du nord	14
I.4.4	Le diabète en Afrique (2014)	14
I.4.5	Le diabète en Algérie	14
I.5	Le diabète chez la femme	15
I.6	Types de diabète	16
I.6.1	Le diabète de type 1 (DID)	16
I.6.2	Le diabète de type 2 (DNID)	17
I.6.3	Le diabète gestationnel (DG)	18
I.6.4	Les diabètes Mody (Maturity Onset Diabetes of the Youth)	18
I.7	Diagnostic	19
I.7.1	Moyens de diagnostic des troubles de la glycorégulation	19
I.7.2	Critères de diagnostiques	20
I.8	Complications du diabète	21
I.8.1	Complications microangiopathiques	21
I.8.2	Complications macroangiopathiques	22
I.9	La prise en charge du diabète	22
I.9.1	L’éducation thérapeutique	22
I.9.2	Traitement antidiabétique	23
I.9.3	Antis diabétiques oraux utilisés en 2013	23

I.10	L'aspect psychologique des diabétiques	23
I.10.1	L'aspect cognitif	24
I.10.2	L'aspect de la personnalité	24
I.10.3	Détresse émotionnelle	25
I.11	Prise en charge psychologique	25
I.11.1	Les objectifs	25
I.11.2	Les axes de prise en charge	25
I.12	Conclusion	26
II	Le Stress	27
II.1	Préambule	27
II.2	Aperçu historique	27
II.3	Définition	28
II.4	Les modèles théoriques de stress	28
II.4.1	Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman	31
II.4.2	La théorie cognitive du stress	32
II.4.3	La théorie des constructions personnelles de Kelly	32
II.4.4	L'approche biopsychosociale de l'ajustement au stress	33
II.5	Types de stress	33
II.5.1	Stress aigu	33
II.5.2	Le stress aigu répété	34
II.5.3	Syndrome du stress post-traumatique	35
II.5.4	Stress chronique	35
II.6	Les symptômes du stress	35
II.6.1	Les symptômes physiques	35
II.7	Les symptômes psychiques	36
II.7.1	Les symptômes comportementaux	36
II.8	Les fonctions associées au système cérébral majeur	36
II.8.1	Le système dopaminergique	36
II.8.2	La complexe amygdale - hipperanpe	36
II.8.3	L'activation des neurones CRH du noyau para ventriculaire	37
II.9	Symptômes et signes d'adaptation	37

II.9.1	Adaptation comportementale	37
II.9.2	Adaptation physique	37
II.10	Les conséquences de stress	38
II.10.1	Les conséquences physiologiques de stress	38
II.11	Au niveau sanguin	38
II.11.1	Les conséquences psychologiques	38
II.12	Stratégies de stress	39
II.12.1	Stratégies naturelles	39
II.12.2	Stratégies modernes	40
II.12.3	Les thérapies comportementales et cognitives	40
II.12.4	La thérapie corporelles (la relaxation)	41
II.13	Conclusion	41
III	Les Stratégie de coping	42
III.1	Préambule	42
III.2	l'évolution du concept de coping	42
III.2.1	Conceptualisation	43
III.2.2	Approche transactionnelle du stress	43
III.2.3	La contrôlabilité	43
III.3	Définition du terme coping	44
III.4	les modèles de coping	44
III.4.1	le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman	44
III.4.2	Du bon ou du mauvais coping	45
III.4.3	La stabilité des stratégies de coping	45
III.4.4	Discussions sur le nombre et le contenu des dimensions du coping	45
III.4.5	coping et émotion	45
III.4.6	Le coping comme médiateur des états émotionnels	46
III.4.7	Coping et autocontrôle émotionnel	47
III.4.8	Coping et déploiement de l'attention	47
III.5	Les déterminants de coping	48
III.6	Types de stratégies coping	48
III.6.1	Le coping centré sur le problème	49

III.6.2 Coping centré sur l'émotion	49
III.6.3 Evitement et vigilance	49
III.6.4 Recherche de soutien social	50
III.7 Les conséquences de coping	50
III.8 Conclusion	51
IV Méthodologie de la recherche	52
IV.1 Préambule	52
IV.2 La pré-enquête	52
IV.3 La méthode clinique	53
IV.3.1 L'étude de cas	54
IV.4 Le terrain de la recherche	54
IV.4.1 Présentation de l'organisme d'accueil	54
IV.5 Groupe de recherche	55
IV.5.1 Les critères d'inclusion	55
IV.5.2 Les critères pertinents de la recherche	56
IV.6 Les outils de recherche	57
IV.6.1 L'entretien clinique de la recherche	57
IV.6.2 L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, 1988, Perceived Stress Scale 4	59
IV.6.3 L'échelle toulousaine de coping de Sylvie esparbs, Flovencesordes-Aer et pierre tap (1993)	60
IV.7 Déroulement de la recherche	63
IV.8 Conclusion	63
V Présentation, analyse et discussion des hypothèses	64
V.1 Préambule	64
V.2 Présentation et analyses des cas	64
V.2.1 Cas N° 01	64
V.2.2 Cas N°02	69
V.2.3 Cas N°03	73
V.2.4 Cas N° 04	76
V.2.5 Cas N°05	81

V.3 Discussion des hypothèses	85
V.4 Conclusion	87
Conclusion Générale	88
Bibliographie	xii
Annexe01	xv
Annexe02	xvii
Annexe03	xxi
Annexe04	xxv
Annexe05	xxix
Annexe06	xxxiii

TABLE DES FIGURES

II.1 Les trois stades du syndrome général d'adaptation de Seleye (1956)(D'après Quintard, 1994)	30
II.2 Approche transactionnelle du stress : un processus multifactoriel	31
II.3 Les trois filtres principaux médiatisant la relation stressueur-ajustement (d'après Rahe et Arthur, 1978)	33
III.1 Les étapes et les déterminants du processus de coping (effets principaux, effets interaction, effets médiateurs, rétroactions	48

LISTE DES TABLEAUX

IV.1 tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche	56
IV.2 Répartition des stratégies selon les champs	61
V.1 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Latifa	67
V.2 La feuille de dépouillement N°2	68
V.3 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Farida	71
V.4 Feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Farida	72
V.5 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Zakia	75
V.6 Feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Zakia	76
V.7 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Sakina	79
V.8 La feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Sakina	80
V.9 Feuille de dépouillement N°1 du cas de Ghania	83
V.10 La feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Ghania	84
V.11 Échelle de stress perçu du cas de Latifa	xviii
V.12 Echelle toulousaine de coping du cas de Latifa	xix
V.13 Échelle de stress perçu du cas de Farida	xxii
V.14 Echelle toulousaine de coping du cas de Farida	xxiii
V.15 Échelle de stress perçu du cas de Zakia	xxvi
V.16 Echelle toulousaine de coping du cas de Zakia	xxvii
V.17 Échelle de stress perçu du cas de Sakina	xxx
V.18 Echelle toulousaine de coping du cas de Sakina	xxxi
V.19 Échelle de stress perçu du cas de Ghania	xxxiv

V.20 Echelle toulousaine de coping du cas de Ghania xxxv

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CRH : Corticotropin-Releasing Hormone
DG : Diabète Gestationnel
DID : Diabète Insulinodépendant
DNID : Diabète Non Insulinodépendant
DPP4 : Dipeptidyl Peptidase 4
DRH : Directeur Des Ressources Humain
DT2 : Affection Métabolique Chronique
FID : Fédération International des Diabétiques
GLP-1 : Glucagon- Like Peptide -1
HBA1C : Hémoglobine glyquée
HDL : High Density Lipoproteine
HGPO : Hyper Glycémie Per Os
HTA : Hyper Tension Artérielle
INSP : Institut International de Santé Publique
LDL : Low Density Lipoproteine
OMS : Organisation Mondial de la Santé
POMC : Pro-OpioMétalanoCortine
RHD : Restauration Hors Domicile
SGA : Syndrome Général D'adaptation
TG : Taux Du Glycémie

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Aujourd'hui, la prévalence du diabète, notamment le diabète type II, est en augmentation constante. Ce dernier est une maladie complexe par son étiopathogénie et sa physiopathologie.

En effet, il s'agit d'une maladie dynamique qui s'aggrave progressivement avec le temps, ce qui requiert des ajustements thérapeutiques successifs.

Le diabète est une maladie chronique très répandue et constitue un véritable fléau des temps modernes, il se manifeste lorsque le corps est incapable de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser correctement, le corps a besoin d'insuline pour transformer le sucre en énergie, le diabète peut entraîner de graves complications telles que la rétinopathie, la néphropathie et les maladies cardio-vasculaires. Ceux qui y sont atteints peuvent toutefois prendre des mesures pour contrôler et réduire les risques de ces complications.

Le diabète n'épargne aucun groupe d'individus, les enfants, les adultes, les personnes âgées, les hommes et les femmes, tous peuvent être atteints un jour de cette épidémie dans ses formes variées, cependant si les difficultés en matière de prise en charge et de résultats de santé peuvent être communes à plusieurs groupes.

La plupart des gens savent qu'un stress chronique nuit à la santé, mais qu'en est-il du lien entre le stress et le diabète, pour beaucoup d'entre nous, ce lien n'est pas évident, bien que le stress ne soit pas une cause directe du diabète.

Le corps humain perçoit le stress comme un danger, il réagit par l'attaque ou la fuite, produisant du cortisol et de l'adrénaline qui sont les hormones, si celles-ci qui aident à trouver l'énergie nécessaire pour faire face à des situations stressantes, comme elles augmentent aussi le taux de sucre dans le sang.

Le stress vient compliquer la vie des gens atteints du diabète, car leur organisme produit

insuffisamment d'insuline pour réagir à une trop grande concentration de sucre dans le sang. Dans ces conditions, il devient donc plus difficile pour l'organisme de maintenir un taux stable de sucre dans le sang.

Avec un peu d'effort, il est possible de bien vivre avec le diabète, de le contrôler et de réduire ses inconvénients au minimum en adoptant un mode de vie plus sain et moins stressant. Même s'il est impossible d'empêcher le stress de s'insinuer dans la vie, vous pouvez choisir comment y faire face à des multiples problèmes, ces derniers peuvent être des tracasseries quotidiennes, s'accompagnant de détresse émotionnelle, de perturbation du comportement, l'individu mettra en place des stratégies de coping, le but étant pour lui de dépasser le conflit, de s'adapter à la nouvelle situation ou de se défendre contre toute emprise ou tout assujettissement.

Pour surmonter les situations stressantes, les femmes diabétiques mettent en oeuvre une série de réactions pour tenter de faire face aux contraintes qui se manifestent à cause du diabète, certaines pensent d'aller directement au problème, d'autres cherchent des informations sur la maladie, comme les conseils des médecins et des professionnels de santé, la recherche de soutien sociale, ayant le rôle de minimiser et de contrôler les facteurs de stress.

En vue d'explorer et de comprendre la manière utilisée chez les femmes diabétiques pour faire face à leurs événements stressants, nous avons fait recours aux méthodes cliniques qui semblent les plus utiles à la réalisation de notre recherche, abordant les entretiens cliniques semi-directifs et les deux échelles "l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson (1988), et l'échelle toulousaine de coping de S. Sylvie Esparbes, Fleurence Sordes-ader et Pierre Tap (1993)".

De ce fait, notre recherche s'est appuyée sur un plan de travail qui comporte un cadre générale de la problématique, présentant ainsi la problématique, les hypothèses et l'opérationnalisation des concepts clés. En effet, cette section nous permet de présenter les objectifs théoriques et pratiques de notre recherche.

Notre démarche de recherche adaptée est subdivisée en deux parties afin de vérifier nos hypothèses, dans la partie théorique nous nous sommes basés sur la littérature en lien avec notre thème de recherche qui se compose de trois chapitres.

Le premier chapitre s'intitule le diabète dans lequel, nous avons abordé la définition des concepts clés, l'historique, l'épidémiologie, le diabète chez la femme et le diabète en Algérie, etc.

Le deuxième chapitre est celui de stress selon lequel on a parlé sur l'historique, la définition et les modèles théoriques du stress, etc.

Et enfin, le troisième chapitre théorique intitulé stratégies de coping à travers lequel nous avons tenté d'évoquer l'évolution, la définition de coping, les modèles de coping et les types de stratégies de coping.

Dans la partie pratique qui contient le quatrième chapitre, nous allons présenter la méthodologie de recherche que nous avons adaptée, le groupe de recherche, et les techniques de recherches utilisées, etc. Le dernier chapitre pratique, celui de présentation, analyse et discussion des hypothèses nous permet de présenter et analyser les résultats puis discuter nos hypothèses.

Enfin, nous terminons notre travail par une conclusion résumant les points essentiels abordés dans notre recherche.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES

.1 Problématique et Hypothèses

.1.1 Problématique

Depuis les dernières années, la question des maladies chroniques, fait partie des grandes interrogations des chercheurs contemporains, dans tous les domaines, plus particulièrement dans le domaine de la psychologie, car plusieurs études menées sur ces sujets ont pu mettre en exergue que ces maladies chroniques causent des problèmes d'adaptations psychologiques et sociales.

Selon l'OMS, les maladies chroniques sont des affections de longue durée, qui en règle générale évoluent lentement et responsable de 63% des décès, ces maladies (cardiopathies, AVC, cancer, affections respiratoires, diabète), sont là toute première cause de mortalité dans le monde, sur les 36 millions de personne décédés de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans et la moitié était des femmes (R. lavalle, 2004, p 01).

Connue de tous temps de fréquence assez élevée, le diabète maladie par excellence touche tous les tranches d'âge, mais de plus la population adulte, atteintes de diabète de type 2, ce dernier caractérisé par une hyperglycémie chronique, c'est-à-dire par un taux trop élevé de glucose dans le sang, cette maladie survient généralement chez l'adulte avançant en âge, et touche d'avantage des personnes obèses ou ayant un surplus de poids (J. Bringer, 2014, p85).

Le terme du diabète regroupe un ensemble de symptômes qui ont en commun une carence absolue relative en insuline, entravent ainsi l'activité hypoglycémiant de cette hormone, dont résulte hyperglycémie et les complications dégénératives.

Par définition, le diabète est un trouble d'assimilation, d'utilisation et du stockage de sucre apportés par l'alimentation, cela se traduit par un taux élevé de glucose dans le sang, un dosage de la glycémie est pratiqué en laboratoire d'analyse médicale, un diabète est avéré lorsque la glycémie à jeûne est égale ou supérieure à 1,26 g/l à deux reprises, ou égale ou supérieure à 2 g/l à n'importe quel moment de la journée (J. Bringer, 2014, p 143).

Dans le monde 108 millions de personnes atteintes de diabète en 1980 cette proposition passerait à 442 millions en 2020, la prévention mondiale du diabète chez les adultes de plus de 18 ans est passée de 4,7% en 1998 à 8,5% en 2014, en Algérie, le diabète a considérablement augmenter pour passer de 8% en 1998 à 16% en 2013, ainsi qu'à Bejaia le nombre des diabétiques remonte jusqu'à 6235 diabétiques en 2016 (Association des diabétiques de Bejaia le 24 novembre 2016).

Plus particulièrement le diabète chez la femme, cette dernière dans de nombreuses cultures joue un rôle primordial au sein de la famille, si elle développe des complications à long terme liées à la condition ou si elle éprouve des difficultés à gérer des injections quotidiennes d'insuline, et à contrôler ses taux de glycémie, ces enfants, son partenaire et toutes les personnes qui dépendent d'elle pouvant être affectées sur le plan social et économique.

Avec un peu d'effort, il est possible de bien vivre avec le diabète, de le contrôler et de réduire ses complications au minimum en adaptant un mode de vie sain et moins stressant, l'activité physique évacue le stress, aide à maintenir un poids normal, déjouer le stress et relaxer.

Les hormones de stress aident à gérer des situations de courte durée, par exemple une interaction difficile, un horaire changé, ou une réunion importante, un stress chronique contribue à augmenter de façon constante le taux de sucre dans le sang, ce qui peut être dangereux, si la charge de travail est trop lourde, et si les déplacements quotidiens pour se rendre au travail sont une source de stress (B. Schweitzer, 2001, p68).

Le corps humain perçoit le stress comme danger, il réagit par l'attaque ou la fuite, puisant de l'énergie dans la graisse ou le glucose emmagasiné dans les cellules, le stress considéré comme contrainte excessive subit par un matériau, en biologie ce serait l'agression s'exerçant sur l'organisme, et la réaction de l'organisme aux agressions, en psychologie renvoie aux multiples difficultés auxquelles les individus ont du mal à faire face et les moyens dont ils disposent pour gérer ces problèmes (P. Graziani, 2005, p 10).

La plupart des gens savent que le stress nuit à la santé, mais qu'en est-il du lien entre le stress et le diabète, pour beaucoup d'entre nous, ce lien n'est pas évident, bien que le stress

ne soit pas une cause directe du diabète il s'accompagne des symptômes pouvant contribuer à l'apparition de cette maladie, et pour ceux qui sont déjà atteints du diabète, le stress peut entraîner d'autres complications. Le stress est une transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordante, ses ressources pouvant mettre en danger son bien-être, il peut avoir alors des conséquences sur le contrôle du diabète, parfois importante sur leur glycémie, il est fondamentale que les diabétiques connaissent les effets et les conséquences du stress sur l'évolution de leur diabète (H. Wkrohne, 2002, p 23).

On peut distinguer deux types de stress chez les diabétiques : en premier lieu stress aigue qui correspond aux réactions de l'organisme quand nous faisons face à une situation menaçante, ponctuelle ou imprévisible, en deuxième lieu se trouve le stress chronique qui s'installe lorsque la situation de stress se prolonge et se répète. Notre système n'est pas fait pour maintenir un état de sur-excitation continue et il doit avoir des récupérations (Graziani. J, 2005, p 19).

Donc l'individu ne subit pas passivement les évènements de vie aigues et chroniques, il essaye de faire face, on parle de coping pour désigner les réponses et les réactions que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive, ce terme traduit d'abord par stratégies d'ajustements, le coping peut prendre les formes diverses, il peut s'agir de cognition, d'affects, et de comportement.

Le terme de coping est apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus, il désigne (un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressants), l'évolution de ce concept est affiliée à celle de mécanismes de défenses développée depuis la fin du 19^{ème} siècle par la psychanalyse, et à celle d'adaptation développée depuis la deuxième moitié de 19^{ème} siècle.

(Freud) observant que les idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessible à la conscience, le coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et l'évolution des espèces, développées depuis la seconde moitié du 19^{ème} siècle et commune à la biologie, l'éthologie, et à la psychologie animale (en particulier à la perspective évolutionniste de Darwin) (R. Lazarus et S. Folkman, 1984, P 14).

Au lieu de chercher à dissocier les concepts, Krohne (1993), avance que la conceptualisation du coping peut être résumée par l'identification des actes qui renvoient à des stratégies générales. Une autre conceptualisation discerne le coping, (assimilatif) et le coping (accommodant), le premier implique l'adaptation de l'environnement à soi-même et le second sous-tend l'adaptation de la personne à l'environnement.

Lazarus et Folkman définissent le coping comme, (ensemble des effets cognitifs et comportementaux, constamment changeants pour gérer les expériences spécifiques interne et/ou externe qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources. Le coping alors est en deux fonctions principales, il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, comme il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème.

Les stratégies de coping centrées sur le problème, cette dernière vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face, par contre le coping centré sur l'émotion vise à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation, la régulation des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelles, physiologiques, cognitives, comportementales) (B. Schweitzer, 2001, p 68, 70).

Nous avons fait recours dans notre recherche au modèle transactionnelle de Lazarus et Folkman, qui semble apporter un point de vue spécifique dans la compréhension des réactions au stress, qui s'inscrit dans le contexte des théories (cognitivo comportementales). A la lumière de ce que nous avons vu auparavant, nous sommes censés dans ce travail de répondre à la question suivante : **Quelles sont les stratégies de coping utilisées par les femmes diabétiques ?**

.1.2 Hypothèses

En se basant sur les données conceptuelles et théoriques concordant avec notre thème de recherche, nous avons formulé les hypothèses suivantes.

.1.2.1 Hypothèse générale

Les femmes diabétiques utilisent différentes stratégies de coping pour faire face à leurs situations stressantes.

.1.2.2 Hypothèses partielles

1. Les femmes diabétiques utilisent les stratégies de coping centrées sur le problème.
2. Les femmes diabétiques utilisent les stratégies de coping centrées sur l'émotion.

.2 Définition et opérationnalisation des concepts clés

Avant d'entamer notre thème de recherche, nous allons d'abord définir les concepts utilisés dans notre recherche et qui nous seront utiles dans notre démarche théorique et pratique. En effet, nous présentons plusieurs définitions qui sont plus proches de notre thème de recherche et qui traitent les hypothèses formulées auparavant, par la suite, nous allons essayer d'opérationnaliser ces concepts afin de les rendre plus concrets selon notre terrain de recherche.

.2.1 Définition du diabète

Le diabète 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.

Le diabète type 1 (précédemment connu sous le nom de diabète insulino-dépendant ou juvénile) est caractérisé par une production insuffisante d'insuline et exige une administration quotidienne de ce dernier.

Le diabète type 2 (connu auparavant sous le nom de diabète non insulino-dépendant ou diabète de la maturité) résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme.

Le diabète gestationnel se caractérise par une hyperglycémie qui apparaît pendant la grossesse (Organisation mondiale de la santé, Genève, 2016).

.2.2 Définition opérationnelle du diabète

- le diabète est une maladie caractérisée par une hyperglycémie et/ou hypoglycémie.
- hyperglycémie provoquée par voie orale
- hémoglobine et protéine glyquées moyens de surveillance et non diagnostic
- glycémie à jeûne $> 1,26$ g/l
- glycémie $> 2,0$ g/l à n'importe quel moment de la journée

.2.3 Définition de stress

Le stress peut être considéré comme une réponse psychologique et somatique complexe à des stimuli différents (biologiques, émotionnels, sociaux ou environnementaux) d'origine interne ou externe à l'organisme (Trombini. G et al, 2005, p131).

.2.4 Définition opérationnelle du stress

Le stress est une réaction psychologique et physiologique caractérisé par :

- les crises de colère
- les difficultés de maîtrise d’énervement
- la perte de poids ou la prise considérable de poids
- le manque d’appétit
- angoisse, dépression

.2.5 Définition de coping

Le coping est un mécanisme avant tout d’ordre psychologique qui influence sur les réponses du système nerveux et du système endocrinien. Il peut se perfectionner avec l’apprentissage. Parallèlement à cet apprentissage, la répétition de stimulus stressant identique conduit à l’habitude (H. Bloch et R. Chemama, 2011, p 902).

.2.6 Définition opérationnelle de coping

Le coping est un mécanisme psychologique qui aide la personne à faire face aux événements stressants, aboutir que les stratégies de coping se subdivisent en deux types :

1. **Stratégie de coping centrée sur le problème** : dont le sujet essaye de comprendre une situation pour trouver des solutions, ou apprendre à vivre avec le problème, prendre le problème en main.
2. **Stratégie de coping centrée sur l’émotion** : le contrôle des émotions, réfugié dans l’imaginaire et les rêves

.3 Objectifs du choix du thème

.3.1 Objectifs théoriques

- Tenter d’identifier, les moyens utilisés par les femmes diabétiques pour s’adapter à leurs situations.
- Etudier la femme diabétique en se focalisant sur le type 2 de diabète.

- Fournir des informations sur le stress et les stratégies de coping d'une manière générale et sur la femme diabétiques d'une manière spécifique.

.3.2 Objectifs pratiques

- Tenter de savoir quelle est la stratégie de coping la plus utilisée chez les femmes diabétiques. Stratégie de coping centrée sur le problème ou sur l'émotion.
- Tenter de pratiquer nos connaissances acquises durant le parcours universitaire.
- Tenter de confirmer ou d'infirmer les hypothèses.

CHAPITRE I

LE DIABÈTE, CRITÈRES DE DIAGNOSTIQUE ET L'ASPECT PSYCHOLOGIQUE

I.1 Préambule

Le diabète est considéré aujourd'hui comme le mal du siècle. Cette maladie métabolique chronique, liée aux changements de mode de vie et d'habitudes alimentaires de ces 30 dernières années, voit en effet son incidence croître de manière exponentielle. En effet dans ce chapitre, nous présentons en premier lieu, l'épidémiologie du diabète dans le monde, son historique, la définition des concepts clés, le diabète en Algérie et le diabète chez la femme. En phase finale, nous mettons l'accent sur le traitement du diabète et sa prise en charge médicale et psychologique.

I.2 Définition des concepts clés

Dans cette section, nous présentons les différents concepts médicaux liés à la pathologie du diabète.

I.2.1 Diabète

Le diabète est défini comme une affection métabolique, caractérisée par une hyperglycémie (taux de sucre dans le sang trop élevé) liée à une déficience, soit de la sécrétion, soit de l'action de l'insuline, ou des deux. L'insuline est une hormone produite par le pancréas, indispensable

à la pénétration du glucose sanguin dans les cellules. Lorsqu'elle fait défaut, le taux de sucre augmente dans le sang, or l'organisme est très sensible à ces variations : la chronicité de l'hyperglycémie est responsable de complications à long terme touchant la grande majorité des cas de diabète des deux catégories : type 1 et type 2 (A. Guerin-dubourg, 2014, p23).

I.2.2 Insuline

L'insuline est une hormone produite par pancréas, pour aider à maîtriser le taux de glucose dans le sang. L'insuline est qualifiée hypoglycémiante, parce qu'elle diminue le taux de glucose, son insuffisance de fabrication provoque le diabète, il a été utilisé pour la première fois par F. Banting et C. Best en 1923 au Canada.

I.2.3 Pancréas

Le pancréas est un organe situé derrière l'estomac, qui produit des enzymes de digestion et de l'insuline. C'est une grande annexe au tube digestif de type amphitrite, c'est-à-dire à la fois exocrine et endocrine, le pancréas produit en effet d'une part le suc pancréatique, sécrétion riche en bicarbonates et en enzymes (J. j Altman, 2002, p 335)

I.2.4 Hypoglycémie

Elle désigne que le taux de sucre dans le sang trop bas, inférieur à 0.60 g/l, son diagnostic associe des données cliniques nombreuses et peu spécifiques, à un signe biologique, la glycémie basse, l'épreuve de jeûne est indispensable pour statuer sur un diagnostic positif, s'il n'y a pas eu de précédents malaises connus (J. j Altman, 2002, p 354).

I.2.5 Insulinorésistance

Résistance des organes à l'action de l'insuline chez un sujet sain, lors d'un apport de glucose dans la circulation sanguine, le pancréas sécrète de l'insuline que se fixe sur ses récepteurs cellulaires et permet l'entrée du glucose dans les cellules, chez un sujet obèse, une période d'insuline-résistance est observée, le pancréas continue à sécréter de l'insuline mais celle-ci ne fait plus autant d'effet sur ces récepteurs.

I.2.6 Maladie auto-immune

Maladie dont l'origine est liée à des autos - anticorps (J. j Altman, 2002, p 355).

I.3 Historique du diabète

Les progrès en diabétologie ont débuté, il y a plusieurs millénaires, depuis cette origine lointaine jusqu'à nos jours. Dans l'antiquité, l'ancienne Egypte est la première civilisation connue par une étude très entendue de la médecine, de ces pratiques et procédés à travers les documents écrits passés à la postérité (p. bordeaux, 2007, p 159).

La première référence au diabète sucré est le papyrus Ebers, écrit environ 1550 ans av-j-c et conservé à l'université de Leipzig, parmi les nombreuses prescriptions, figurent le remède pour le traitement de la polyurie, signe du diabète non traité, cependant sa nature et son origine demeuraient parfaitement mystérieuses.

La médecine hindoue ou ayurvédique, ancien tradition médecine indienne, invente le terme (urine au miel) un millénaire avant les européens, m'ajoutent mellites un mot diabète, le père de la médecine grecque (Hippocrate) décrit la maladie de soif (E. jouzier, 2007, p 161). En 1889 (Minkowski et merign) étaient les premiers à chercher les sucres dans les urines (A. bloom et J. Itard, 2006, p 12). On trouve aussi (Paulisco) en 1921, à Bucarest que revient le privilège démettre l'hypothèse de l'existence d'une hormone pancréatique à action hypoglycémiant que l'on appelait insuline (M. khaiti, 1993, p 16).

I.4 Epidémiologie du diabète dans le monde

Plus de 382 millions de personnes souffrent de diabète, d'ici 2035 cette proposition passera à 592 millions, le nombre de personnes atteintes du diabète de type II est en augmentation dans tous les pays, 80% des personnes atteintes du diabète vivent dans des pays a revenu faible et intermédiaire, le plus grand nombre de personnes atteintes du diabète ont entre 40 et 59 ans. Le diabète a causé 5,1 millions de décès en 2013, toutes les six secondes, une personne meurt du diabète (Sir Michael Hirst, 2013, p30). Plus de 79,000 enfants ont développé le diabète de type I en 2013, et plus de 21 millions de naissances ont été touchées par le diabète.

I.4.1 Le diabète en Europe

Plus de 52 millions de personnes atteintes du diabète, 1 adulte sur 13 atteint de diabète, 33% d'entre eux n'ont pas été diagnostiqués, le diabète aura causé 537000 décès en 2014, 23% de ces décès seront survenus chez les personnes de moins de 60 ans (Sir Michael Hirst, 2013, p 56).

I.4.2 Le diabète en Moyen-Orient

Près de 37 millions de personnes atteintes de diabète, 1 adulte sur 10 est atteint de diabète, la moitié d'entre eux n'ont pas été diagnostiqués, il a causé 363000 décès en 2014, ces décès présentent 53% de personnes de moins de 60 ans.

I.4.3 Le diabète en Amérique du nord

Près de 39 millions de personnes atteintes du diabète, 1 adulte sur 9 atteint de diabète et 27% d'entre eux n'ont pas diagnostiqués, le diabète aura causé 297000 décès en 2014, 41% de ces décès seront survenus chez les personnes de moins de 60 ans (ibid, p 62).

I.4.4 Le diabète en Afrique (2014)

Plus de 21 millions de personnes sont atteintes de diabète, 1 adulte Sur 20 atteint de diabète, l'Afrique recense le pourcentage le plus élevé de cas non diagnostiqués (62%), ces personnes présentent un risque accru de développement des complications graves et couteuses. Le diabète a causé 481000 décès en 2014, 70% de ces décès seront survenus chez les personnes de moins de 60 ans (Sir Michael Hirst, 2013, p 60).

I.4.5 Le diabète en Algérie

Le diabète est l'une des causes de décès les plus importantes dans le monde, selon la fédération internationale des diabétiques (FID), une personne morte toutes les 7 secondes de cette pathologie dans le monde, le taux de mortalités provoquées par cette épidémie est plus importante que le sida et les maladies réunies. Le diabète en Algérie devient un véritable fléau qui prend une ampleur inquiétante et nécessite une meilleure prise en charge, de fait de son augmentation de 1992 à nos jours.

En 1992 le taux des personnes atteintes du diabète était seulement 2.1% de la population algérienne (M. khaiti, 1992, p 28). L'étude dirigée en 1998 par le chef de service de médecine interne au CHU de Sétif, le Pr Rachid Malek avait démontré à l'époque que le taux d'atteinte du diabète de type 2 chez les sujets entre 30 - 64 ans, objet de cette étude était de 8%. Une étude similaire réalisée par le ministère de la santé, en coopération avec l'OMS en 2003 sur la tranche d'âge 25 - 64 ans a révélé un taux de prévalence globale de 8%. La prévalence était de plus de 10% et rurale de plus de 7%. L'Algérie est en pleine transition épidémiologique, avec une recrudescence importante des maladies chroniques non transmissibles dont le diabète sucré, qui pose en effet, un problème de santé publique majeur avec des retombées socio-économiques importantes. Le nombre des diabétiques en Algérie est passé d'un million de personnes en 1993, à plus de 2 500 000 personnes en 2007, soit 10% de la population en 2010. Avec une prévalence de 7.3% en 2007 et atteindra d'ici à 2025 ; 8.9% (Institut National de Santé publique, 2009). 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 le diabète occupe la 4ème place dans les maladies non transmissibles [Institut National de Santé publique, 1990]. Une autre enquête par sondage sur ménage, réalisée à Alger en 1992 et portant sur 1 302 ménages soit 9384 habitants, retrouve un taux de prévalence globale de 2.1% (Bezzaoucha, 1992, p 33).

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 jeûne $> 1,30$ g/l, a révélé un taux de prévalence de 8.7%, soit un total de 86 cas de diabète dont 68.6% connus. Une enquête réalisée en 2007 dans la région de Tlemcen montre que la prévalence globale du diabète est de 15,3% en milieu urbain et de 12,9% en milieu rural. Afin de faciliter la prise en charge des diabétiques et d'envisager une prévention primaire et secondaire, il est indispensable de disposer de données épidémiologiques fiables sur le diabète sucré à ce jour, les rares données sur le diabète en Algérie ne permettent pas d'en mesurer l'ampleur ni les conséquences (Kemali et al, 1995, p 63).

I.5 Le diabète chez la femme

Dans de nombreuses cultures, la femme joue un rôle primordial au sein de la famille. Si cette dernière développe des complications à long terme liées à la condition ou si elle éprouve des

difficultés à gérer les injections quotidiennes d'insuline et à contrôler ses taux de glycémie, ses enfants, son partenaire et toutes les personnes qui dépendent d'elle pourront en être affectées sur le plan social et économique.

Le risque et l'impact des maladies cardiovasculaires sont également des éléments à ne pas négliger. Avant la ménopause, les femmes non atteintes de diabète sont sensiblement moins exposées aux risques de maladie cardiovasculaire et d'accident vasculaire cérébral que les hommes. Cette protection disparaît en présence du diabète. Les femmes qui en sont atteintes voient ces risques augmenter de manière catastrophique en comparaison avec leurs pairs. Les raisons de cette perte de protection naturelle n'ont pas encore été entièrement élucidées, mais il semblerait qu'elle serait liée au syndrome de l'insensibilité à l'insuline, à la baisse de la tolérance au glucose, à l'augmentation de la tension artérielle et aux troubles du métabolisme des lipides sanguins (P. home, 2002, p 5).

Le problème du diabète dans le contexte de la grossesse est reconnu depuis longtemps et donne lieu à des soins appropriés dès le diagnostic. Toutefois, le diabète de nombreuses femmes peut apparaître durant la grossesse pour disparaître ensuite. Ce diabète, appelé diabète gestationnel, soulève des problèmes bien spécifiques tant pour le diagnostic que pour la prise en charge. Il convient cependant de noter que bon nombre de ces femmes développent par la suite le diabète de type 2. Par conséquent, ces femmes devraient être examinées régulièrement au cours des années qui suivent l'accouchement. (P. home, 2002, p 5).

I.6 Types de diabète

Il existe plusieurs types de diabète, parmi lesquels on cite les quatre grands types importants.

I.6.1 Le diabète de type 1 (DID)

Le diabète de type 1 résulte des effets synergiques de facteurs génétiques, environnementaux et immunologiques, qui finissent par détruire les cellules sécrétrices d'insuline, les cellules B des îlots de Langerhans. Le diabète de type 1 résulte de la destruction auto-immune des cellules B qui conduit généralement à une carence en insuline. Les personnes ayant un diabète de type 1 ne possèdent pas de marqueurs immunologiques témoignant de la destruction auto-immune des cellules B, elles développent cependant une insuffisance en insuline de fait de mécanisme

inconnus et sont sujettes à la cétose, il existe relativement peu de diabétiques de type 1 dans le monde (5à10%) des patients présentant un diabète de type 1, la plupart d'entre eux sont des afro-américains ou des asiatiques (A. coulomb, 2009, P 18).

I.6.2 Le diabète de type 2 (DNID)

Le diabète de type 2 est une maladie chronique, souvent héréditaire, multifactorielle encore mal connue, sa pathogène n'est pas clairement élucidée, mais elle semble caractérisée par deux types d'anomalies, des altérations de l'insulinosécrition et des anomalies des effets de l'insuline sur ses tissus cibles (insulinorésistance), le DT2 est une affection métabolique chronique, l'ordre de conséquences par ces complications.

Au cours de la maladie diabétique un cercle vicieux se développe dans lequel le déficit initial de sécrétion hormonale contribué à la détérioration métabolique progressive. Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés, surpoids, obésité et sédentarité, facteurs génétiques, plusieurs publications ont montré l'existence d'une corrélation étroite entre le syndrome métabolique et la survenue du diabète, de fait 42% des patients diabétiques de type 2 sont en surpoids (indice de masse corporelle entre 25 et 30 KG) et 37.9% sont obèses (A, Colomb, 2009, P 19).

I.6.2.1 Les facteurs génétiques

La part du déterminisme génétique dans le diabète de type 2 est très importante puisque l'on estime que le risque de développer la maladie est de 30% avec un parent atteint de diabète de type 2 et de 70% si les deux parents le sont. Le taux de concordance entre jumeaux monozygotes est de près de 90%. Cependant, au regard de l'importante prévalence du diabète de type 2 dans la population générale, il est probable que les gènes de susceptibilité soient très nombreux, très répandus et de faible pénétrance, ce qui les rend difficile à identifier. Ainsi de nombreux gènes ont été analysés notamment ceux impliqués dans la régulation de la sécrétion de l'insuline (A.GUERIN- Doubourg, 2014, p28).

I.6.2.2 Les facteurs environnementaux

Le facteur le plus puissant prédisposant au diabète de type 2 est l'obésité, particulièrement à répartition abdominale, puisque 80% des personnes atteintes de ce type de diabète présentent un excès pondéral. L'obésité est capable d'induire ou d'aggraver une insulinorésistance, impo-

sant au pancréas une hypersécrétion permanente d'insuline. Pour la majorité des personnes obèses, le pancréas sera capable de s'adapter et de maintenir une glycémie dans les valeurs normales mais pour un tiers d'entre eux, les capacités de la sédentarité, de plus en plus présente dans nos sociétés industrialisées, est également mise en cause dans l'apparition de la maladie, puisque l'activité physique améliore la sensibilité des tissus à l'insuline et donc présente un effet protecteur. Enfin 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.

I.6.2.3 Facteurs immunologiques

Le diabète de type 2 est le résultat de deux composant physiopathologiques : des anomalies de la sensibilité à l'insuline et des anomalies de sa sécrétion. L'inflammation est fortement mise en cause dans la pathogénie du diabète, une augmentation du nombre de protéines de la phase inflammatoire aigue (A.GUERIN- Doubourg, 2014, p 29).

I.6.3 Le diabète gestationnel (DG)

C'est un trouble de la tolérance glucidique de gravité variable apparu ou découvert pendant la grossesse, quelque soit le traitement nécessaire, et quelque soit l'évolution après l'accouchement, cette définition n'exclut pas les diabètes préexistant à la grossesse jusque-là méconnus. Elle englobe en fait deux entités différentes qu'il convient de distinguer :

- Un diabète patent, le plus souvent de type 2, préexistant à la grossesse et découvert seulement à l'occasion de celle-ci, et qui persistera après l'accouchement.
- Une anomalie de la tolérance glucidique réellement apparue en cours de grossesse, généralement en deuxième partie, et disparaissant, au moins temporairement, en post-partum.

Le diabète gestationnel peut à long terme être suivi d'un diabète permanent (Lahlou .Zahra, 2011, p 13).

I.6.4 Les diabètes Mody (Maturity Onset Diabetes of the Youth)

Survenant généralement durant l'adolescence ou chez l'adulte jeune, ils sont liés à de défauts génétiques de la fonction de la cellule B pancréatique (ex.mutation du gène de la glucokinase).

I.7 Diagnostic

Depuis les années 80 un consensus international permet de définir uniformément les anomalies de la tolérance glucidique en fonction du niveau de l'hyperglycémie.

I.7.1 Moyens de diagnostic des troubles de la glycorégulation

I.7.1.1 Glycémie à jeun

Critère de diagnostic par excellence. Le dosage de la glycémie repose sur une méthode enzymatique utilisant le glucose oxydase. Les résultats obtenus par mesure sur sang veineux (prélèvement veineux) et sur sang capillaire (microponction digitale) sont sensiblement identiques en ce qui concerne la glycémie à jeun. Le dosage glycémique se caractérise par sa fiabilité, sa reproductibilité, sa facilité de réalisation et son coût modéré.

I.7.1.2 Glycémie postprandiale ou aléatoire à n'importe quel moment de la Journée

La glycémie post prandiale est classiquement réalisée deux heures après un repas. Elle peut permettre la mise en évidence d'une diminution de la tolérance glucidique y compris chez des sujets ne présentant pas d'hyperglycémie à jeun.

I.7.1.3 Hyperglycémie provoquée par voie orale

Il s'agit d'une méthode standardisée qui étudie l'évolution de la glycémie après l'absorption, en moins de 5 minutes, de 75 grammes de glucose, dissous dans 200 à 300 ml d'eau. La glycémie veineuse est mesurée à jeun, puis deux heures après la charge en glucose. Pour permettre une interprétation fiable des résultats, les conditions de réalisation de cette épreuve sont strictes : test réalisé après 12 heures de jeûne nocturne, repos strict pendant l'épreuve, pas de tabac. De plus, durant les trois jours précédants le test, l'apport glucidique doit être au minimum de 200 grammes par jour, l'activité physique ne doit pas être réduite. En cas d'anomalie, un deuxième test doit être théoriquement pratiqué dans les jours suivants pour confirmer l'anomalie glycémique. Ces conditions font de l'HGPO un test peu reproductible, onéreux et contraignant pour les patients. En pratique, l'utilisation de ce test est donc réservée à des situations particulières, en particulier pour le dépistage des troubles de glycorégulation durant la grossesse, avec une

dose de glucose adaptée.

I.7.1.4 Hémoglobine et protéines glyquées

Moyens de surveillance et non diagnostique, l'hémoglobine glyquée (HbA1c) et la fructosamine sont des marqueurs de l'équilibre glycémique, moyen utilisé pour le suivi des patients diabétiques. L'hémoglobine A1c reflète la moyenne des glycémies des deux à trois mois précédant le dosage.

I.7.1.5 glycémie capillaire

Moyen de surveillance et non de diagnostique. La mesure de la glycémie capillaire à l'aide d'un lecteur de glycémie est un outil quotidien de surveillance de l'équilibre et d'aide à l'adaptation du traitement pour les patients.

I.7.2 Critères de diagnostiques

I.7.2.1 Diabète sucré

Le diagnostic positif peut être affirmé par :

- Glycémie à jeun > 1.26 g/l (7 mmol/l) (seuil d'apparition de la rétinopathie) vérifiée à deux reprises
- et/ou glycémie > 2.0 g/l (11 mmol/l) quelque soit le moment de la journée avec des symptômes
- ou glycémie > 2.0 g/l 2 heures après charge en glucose (HGPO 75 g)
- Glycémie à jeun < 1.10 g/l
- Glycémie < 1.40 g/l 2 heures après charge en glucose (HGPO 75 g)

I.7.2.2 Troubles mineurs de la glycorégulation

Risque cardiovasculaire accru, Risque d'évolution vers un authentique diabète

- Intolérance au glucose : 1.40 6 glycémie HGPO 2 heures < 2 g/l.
- Hyperglycémie modérée à jeun : 1.10 g 6 glycémie à jeun < 1.26 g/l.

I.8 Complications du diabète

Les complications à long terme du diabète sont classiquement divisées en deux catégories, les complications microangiopathiques et les complications macroangiopathiques.

I.8.1 Complications microangiopathiques

I.8.1.1 Rétinopathie

La rétinopathie est une complication fréquente qui touche plus de 50% des diabétiques après 15 ans d'évolution du diabète. Fortement liée à l'hyperglycémie et la durée du diabète, elle se traduit par diverses lésions observables lors d'un examen du fond d'oeil : microanévrismes rétiniens, hémorragies rétiniennes punctiformes, exsudats et oedèmes rétiniens, et oedème maculaire. Elle est responsable, à terme, de cécité.

I.8.1.2 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 oedémateux susceptible d'évoluer vers une insuffisance rénale. Le patient est alors macroalbuminurique et les glomérules rénaux diminuent en nombre et en capacité fonctionnelle. La néphropathie diabétique évolue à terme vers une insuffisance rénale chronique sévère (A.GUERIN- Doubourg, 2014, p35).

I.8.1.3 Neuropathie

La neuropathie est la complication la plus fréquente et la plus précoce du diabète sucré. Il s'agit d'une diésélation segmentaire des axones associées à des dépôts lipidiques sur les cellules de Schwann entourant les axones. Sa manifestation la plus commune est la polynévrite 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 (A.GUERIN- Doubourg, 2014, p35).

I.8.2 Complications macroangiopathiques

Elles touchent toutes les artères de l'organisme mais se manifestent principalement au niveau des artères coronaires et cérébrales, et des membres inférieurs. Les principaux facteurs de risque associés sont l'âge, le sexe, l'obésité, le tabagisme, l'hyperglycémie, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie (augmentation des triglycérides, diminution du HDL cholestérol et présence de petits LDL denses très athérogènes) ou encore un syndrome inflammatoire sous-jacent. Les lésions sont distales, souvent calcifiées et les dépôts lipidiques au niveau des artères sont accompagnés de dépôts glycoprotéiques. Elles peuvent conduire à une insuffisance coronaire susceptible d'entraîner un infarctus du myocarde, à une atteinte des troncs artériels supra-aortiques responsables d'accidents vasculaires, cérébraux, et à une artériopathie pouvant conduire à des nécroses distales à l'origine d'amputations, le plus souvent les membres inférieures (A.GUERINDoubourg, 2014, p36).

I.9 La prise en charge du diabète

I.9.1 L'éducation thérapeutique

I.9.1.1 Alimentation d'un diabétique

Équilibre glycémique, prévenir les hyperglycémies postprandiales et les hypoglycémies à jeun, prévention des complications chroniques surtout cardiovasculaires, en traitent les troubles métaboliques associés dans le cadre de syndromes métaboliques, afin de fournir une alimentation équilibrée et agréable, et favorisant le suivi au long cours et l'observation (J. Bringer, 2014, p 205).

I.9.1.2 Mesures d'hygiène de vie

- Activités physiques, facteur protecteur indépendant y compris en prévention secondaire, diminution des plaques d'athérome, augmentation de flux coronarien et de la complaisance cardiaque et des échanges en O₂.
- Diminution de la pression artérielle, et diminution du système sympathique et du SRAA.

- Augmentation du HDL, diminution des TG, et diminution des LDL.
- Diminution de l'insulinorésistance et de l'insulinémie (J. Bringer, 2014, p 205, 206)

I.9.1.3 Autres mesures

- arrêt du tabac avec soutien de l'arrêt
- prudence aux infections urinaires
- prudence à l'hygiène des pieds
- prudence la prévention cardiovasculaire

I.9.2 Traitement antidiabétique

- le traitement médicamenteux ne doit être institué qu'après l'échec des RHD durant 6 mois, réserve que celles-ci sont adaptées et qu'elles ont été bien comprises et bien appliquées.
- il repose en première intention, sur les antis diabétiques oraux, ces médicaments comportant des contre indications et des règles de maniement très précis car ils peuvent provoquer d'effets secondaires graves.
- il peut être associé entre eux mais il ne faut jamais associer deux molécules d'une même classe, leur mode d'action découle de la physiopathie du DT2.

I.9.3 Antis diabétiques oraux utilisés en 2013

Les antis diabétiques majeurs utilisés se résument en (J. Bringer, 2014, p 207) :

- Biguanides : metformine (Glucophage, stagid)
- Sulfamides hypoglycémiantes : (Doonil, Diamicron, Amarel)
- Glinides : (Nononom)
- Inhibiteurs des DPP4 : (januvia, xelevia, galvus, onglyza)
- Agonistes du GLP-1 (bytta, victoza).

I.10 L'aspect psychologique des diabétiques

Le diabète est une maladie chronique qui affecte le système psychologique de la personne, sur le plan cognitif, émotionnel, aussi sa personnalité, le patient est brutalement perturbé dans l'image qu'il a de sa santé, de ses habitudes de vie et de sa protection dans l'avenir.

I.10.1 L'aspect cognitif

L'importance et la nature des troubles cognitifs mentionnés différentes selon l'étude, pour Bale en 1973, il existe un déficit de la mémoire et de l'apprentissage verbale qui serait en relation étroite avec le nombre et la sévérité des épisodes d'hypoglycémie, en revanche, Skenazy et Bigler (1984) invalident ces hypothèses et mettent en évidence l'existence d'un déficit sensorimoteur sans doute en rapport avec une atteinte du système nerveux périphérique. Les déficits visu-praxiques seraient quant à eux significativement corrélés avec l'incidence des épisodes hypoglycémiques et les comas diabétiques (B.Pascale et coll., 1990, p10).

I.10.2 L'aspect de la personnalité

les travaux tentant de définir un type de personnalité spécifique, l'hypothèse d'un profil type des diabétiques ont été critiqués, s'interrogeant sur le concept de (personnalité diabétique), il conclut l'hétérogénéité clinique de diabète va de pair l'hétérogénéité de ceux qui sont atteints et que la recherche dans la personnalité, des causes, des relations étroites, des conséquences de diabète, mais s'il n'y a pas des traits de personnalité spécifiques, on retrouve néanmoins de nombreuses situations pathologiques (Pascale et coll., 1990, p10).

Dunbar et coll (1936) avaient évoqué (la personnalité diabétique) immature, passive, masochiste, avec une dépendance orale : Dunbar(1946) décrit les diabétiques comme faible, irritable, hypocondriaques et un instable mode dans leur comportements, avec une tendance à la dépendance, puis à la rébellion, sur un mode explosif.

L'anxiété est particulièrement fréquentes et apparait positivement corrélée avec l'augmentation de l'hémoglobine glycolyse, les travaux sur le stress fournissent quand a eu deux types de renseignements : en premier lieu, la quantification des événements de vie montre une relation entre événement et stress, en seconde lieu, le rôle et l'impact des événements stressants des contraintes quotidiennes, professionnelles et affectives notamment sur le déclenchement et l'évolution du diabète (A. Haynal, 1987, p 117).

L'étude de Shade et Eaton (1980), tendrait à prouver que le stress seraient élevé avant la décompensation métabolique, ce qui laisserait penser qu'il n'est pas simplement le résultat d'un mauvais contrôle glycémique et qu'il pourraient jouer un rôle dans la décompensation. Le stress peut affecter également le comportement des patients et notamment leur observances thérapeutiques, selon Fisher et Coll., des conflits émotionnels ou des émotions négatives avaient

procédé à un quart des écarts diabétiques (B. pascal, 1990, p 9)

I.10.3 Détresse émotionnelle

Selon Dawn, les personnes atteintes de diabète ont signalé qu'elles étaient stressés en raison de leur diabète. Il ressort de cette étude que la responsabilité de soins et un lourd fardeau pour les individus susceptibles de nuire à leur bien être en effet menés précédemment révèlent que la détresse émotionnelle est le sentiment fréquent chez les personnes atteintes de diabète (Ibid., p 39).

Il faut régulièrement rechercher les symptômes de détresse psychologique chez toutes les personnes diabétiques ainsi que chez les membres de leurs familles. Les interventions préventives, telles que la participation du patient à la prise des décisions, rétroaction et le soutien psychologique sont nécessaires (C. fournier, 2010, p 57).

I.11 Prise en charge psychologique

Le diabète est une maladie grave aussi chronique, l'annonce de la maladie est une souffrance psychologique, le danger du diabète vient dans son déséquilibre, qui augmente avec la méconnaissance de cette maladie.

I.11.1 Les objectifs

- Comprendre la façon dont le patient vit l'annonce de sa maladie
- Etre à l'écoute, se mettre du côté du patient
- Ecrire les représentations qu'il a du diabète et des traitements
- Analyser et comprendre le soutien social et les rapports avec les soignants (médecins, infirmiers,)

I.11.2 Les axes de prise en charge

- Le rôle du psychologue dans la prise en charge du patient diabétique comporte 4 axes :
Accompagnement dans l'annonce de la maladie : comprendre comment le message est émis et comment il est reçu, l'annonce est un moment clé qui déterminera souvent 25
Chapitre I Le Diabète le vécu ultérieur de la maladie. pour le malade, l'effet de l'annonce

est souvent comparé à un traumatisme avec ses différents étapes de résolution (sidération, révolte, déni, marchandage, retour sur soi, acceptation et adaptation).

- Accompagnement en cas de dépistage d'un terrain anxieux et / ou dépressif : après un dépistage systématique en début de prise en charge à l'aide de la grille de HAD intégrée au référentiel, accompagner le plus tôt possible le patient pour diminuer un impact d'éventuel trouble dans le suivi de la maladie.
- Accompagnement dans le cas d'apparition des complications liées à la maladie : aider le patient à faire face aux changements d'existence que peuvent occasionner des troubles de la sexualité, une insuffisance rénale, une imputation, une atteinte de la vue.
- Accompagnement en cas de troubles psychologiques avérés : prendre en compte la dimension pathologique de certains troubles, compulsifs de types boulimie, anorexie et la dimension psycho dynamique de l'obésité (R.Esedia, 2006, p 1)

I.12 Conclusion

Pour conclure, nous résumons que le diabète constitue un problème de santé publique qui touche toutes les sociétés humaines quelque soit leur stade de développement. La prévalence du diabète augmente avec le vieillissement de la population, les modifications de mode de vie et le progrès du diagnostic, la santé est donc porteuse de l'intégrité de la personne, et le diabète bouleverse forcément cette intégrité corporelle et physique. Cependant un diabétique est un malade en bonne santé s'il suit les conseils de son médecin traitant et un régime alimentaire équilibré.

CHAPITRE II

LE STRESS

II.1 Préambule

Le stress est une réalité que plusieurs considèrent comme un problème normal de la vie moderne, le stress est le lot quotidien d'une majorité de personnes dans leur travail, mais il atteint également les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

II.2 Aperçu historique

Le mot stress est issu par aphérèse de distrais, qui provient de l'ancien français destrece et estrece. Destrece signifiait détresse, estrece signifiait étroitesse et oppression : il est issu du latin classique stringens qui signifiait serrer, resserrer. La notion de stress a été introduite par l'endocrinologue Hans Selye. Il y décrit le mécanisme du syndrome d'adaptation, c'est-à-dire l'ensemble des modifications qui permettent à un organisme de supporter les conséquences d'un traumatisme naturel ou opératoire.

Le terme stress est utilisé dans différentes sciences, telles que la psychologie, la biologie, et la médecine. En 1868, le médecin physiologiste français Claude Bernard distingue le milieu intérieur et le milieu extérieur et précise que l'organisme possède la capacité de maintenir l'équilibre quelque soit l'environnement extérieur. En 1935, Walter Cannon évoquait la sécrétion d'adrénaline en réponse à la peur et à la fureur (Cannon W, " The Wisdom of The Body ". 1932). Cannon démontrait le mécanisme de sécrétion de l'adrénaline qui permet à l'organisme de faire face aux changements extérieurs et intérieurs.

Hans Selye (1907- 1982), médecin canadien d'origine austro- hongrois, est le premier à parler d'état de stress sur un plan médical pour décrire les changements physiques provoqués par une situation stressante. En 1956 paraît son livre " le stress de la vie " et la notoriété lui vaudra le titre de " Einstein de la médecine " (B. Zablocki, 2009, p 19). Pour Henri Laborit, chirurgien français et disciple de Hans Selye, " confronté à une épreuve, l'homme ne dispose que trois choix : combattre, ne rien faire ou fuir". Aujourd'hui face à un patron agressif, on peut difficilement commencer un pugilat ou s'enfuir en hurlant, généralement, la réaction sera (d'en causer) sans rien dire, H. Laborit a réalisé des expériences pour répondre à la question : que se passe-t-il quand on ne peut ni fuir ni lutter face à une situation conflictuelle ? Dans les années 1970, à partir d'expériences réalisées sur des rats, H. Laborit a pu démontrer que l'être humain, dès qu'il se trouve enfermé, coincé dans une situation sans issue et qu'il ne peut réagir ni par la fuite ni par l'attaque, se trouve dans une situation qui provoque des symptômes plus ou moins importants selon son état de santé physique et psychique antérieure, pour Laborit, il s'agit d'un programme biologique de survie qu'il a appelé le syndrome d'inhibition (B. Zablocki, 2009, p 20).

II.3 Définition

Le stress est considéré comme une " contrainte excessive subie par un matériel ", en biologie, ce serait " l'agression s'exerçant sur l'organisme (les agents stresseurs) et la réaction de l'organisme aux agressions". En psychologie, il renvoie aux " multiples difficultés auxquelles les individus ont du mal à faire face et les moyens dont ils disposent pour gérer ces problèmes". Darwin 1872 décrit le mécanisme de la peur ayant, chez l'homme et l'animal la fonction de mobiliser les énergies de l'organisme pour réagir face au danger et assurer la survie(P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p 10).

II.4 Les modèles théoriques de stress

Il est important de souligner que la classification d'une théorie de stress comme " biologie ", " cognitive ", ou " transactionnelle " est en grande partie arbitraire. Ces classifications sont néanmoins utiles dans un objectif pédagogique pour présenter les différentes théories selon leurs préoccupations majeures, ou par rapport aux dimensions les plus développées (P. Graziani et

J. Swendsen, 2005, p 11). Cette manière de procéder permet de mettre en évidence, pour les soixante-quinze dernières années, le nombre très important de théories détaillant les réactions physiologiques de l'individu (ou de l'animal) dans des conditions de stress.

II.4.0.1 Les théories biologiques ou physiologiques du stress

Les travaux de Cannon et Selye s'orientent vers l'étude de la réaction physiologique d'un organisme soumis à un stress. Cannon (1928, 1935) est le premier à démontrer que les manifestations somatiques accompagnant les comportements de fuite ou d'attaque face à un danger est due à la libération d'une hormone dans le sang, l'adrénaline, en provenance de la glande surrénale.

L'organisme tend en permanence à maintenir un équilibre constant (homéostasie) et tolère des modifications limitées. Quand les modifications produites par des agents internes ou externes sont excessives, elles affectent les mécanismes homéostatiques de l'organisme qui s'activent pour rétablir l'équilibre (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p 19). L'importance d'un état homéostatique de l'organisme est reprise par Selye (1936, 1946, 1950). Selon lui, la surcharge des capacités de défense de l'individu suite à une agression psychique ou physique menaçant l'équilibre interne déclenche une contre-réaction visant à restaurer l'équilibre rompu. Cette réaction est non spécifique car elle ne dépend pas de la nature de l'agent agresseur. Selye décrit en 1936 le syndrome général d'adaptation (SGA) et dans les années qui suivent, continue ses expériences (Selye 1946, 1950) sur ce syndrome. Il est retrouvé que chez l'animal, quelque soit l'agent nocif, il se développe en trois étapes : la phase d'alarme, de résistance et d'épuisement (P. Graziani, 2005, p 20).

- La phase d'alarme : l'organisme mobilise toutes ces ressources pour faire face à l'agression. Dans un premier temps (phase de choc), il y a la surprise de l'agression soudaine et la présence de symptômes d'altération passive de l'équilibre fonctionnel. Dans un deuxième temps (phase de contre-choc), il y a la mise en place de moyens de défense active, il y a involution aiguë et inversion de la plupart des signes de la phase de choc.
- La phase de résistance : commence environ 48 heures après l'agression. Les signes d'alarme disparaissent et sont souvent remplacés par des signes inverses (par exemple hémodilution, hyper chlorémie et anabolisme au poids normal des tissus) Cette phase de résistance prolonge et accentue la phase de contre-choc.
- La phase d'épuisement : En fonction du niveau de gravité et de sévérité de l'agression,

l'organisme peut entrer dans cette dernière phase. Elle peut apparaître quelques semaines, voire plusieurs mois après le début de l'agression. Elle peut ainsi disparaître si l'agent agressif est suffisamment important et présent pendant assez longtemps. Cette phase reproduit en partie les réactions physiques de la phase de choc (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, P21).

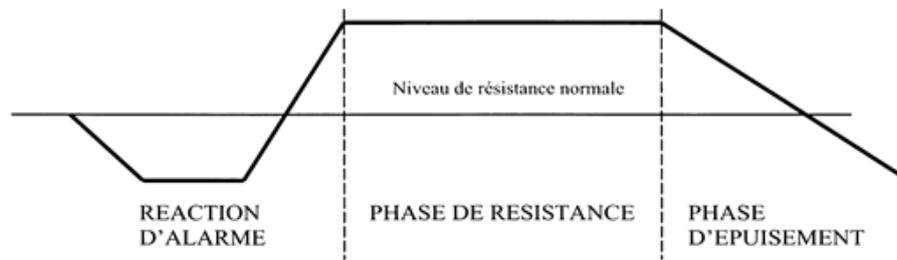


FIGURE II.1 – Les trois stades du syndrome général d'adaptation de Seleye (1956)(D'après Quintard, 1994)

II.4.0.2 Critiques du modèle de Seleye

Les critiques du modèle de Seleye concernent essentiellement l'absence de prise en compte des facteurs psychologiques dans la réaction au stress et le caractère non spécifique de la réponse stressante. Le stress selon Seleye serait une réponse d'excitation physiologique et d'activité hormonale. Il devient donc possible de mesurer la quantité de stress en fonction de la présence de catécholamines (adrénaline et noradrénaline) ou d'hormones corticoïdes (cortisol) ou d'autres symptômes (une augmentation de la tension sanguine, du rythme cardiaque, etc. ou certains de ces symptômes peuvent être provoqués aussi bien par un effort physique, non stressant, que par une peur extrême, stressante, Monat et Lazarus (1991) affirment qu'il n'y a pas de symptômes spécifiques du stress). De plus, la présence des hormones du stress en quantité élevée dans le sang n'est pas suffisante pour indiquer la présence de stress. Il suffit, en effet, que le sujet anticipe le stress, avant qu'il soit présent, pour qu'il y ait production des hormones du stress (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p 23-24).

II.4.1 Modèle transactionnel de Lazarus et Folkman

Le modèle transactionnel de stress focalise l'attention sur des éléments psychologiques centraux dans le modèle de la psychologie de la santé et plus précisément, sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu), et met en place des stratégies de coping, ce modèle de stress psychologique a été développé par Lazarus et ses collègues.

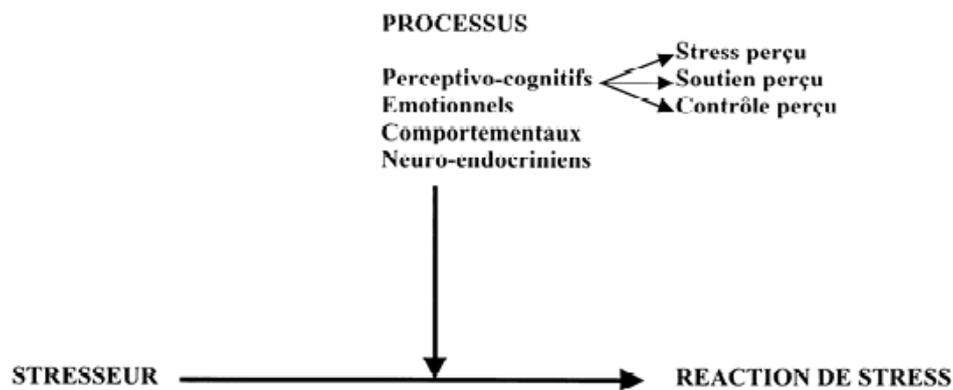


FIGURE II.2 – Approche transactionnelle du stress : un processus multifactoriel

Pour ce modèle, les stressueurs physiques ou psychologiques produisent des réponses de stress seulement après avoir été évalué comme menaçants et dangereux par le sujet. Selon l'approche transactionnelle, une situation devient stressante quand la demande faite par l'interaction individu / environnement est évaluée par le sujet comme excédant ces propre ressources et mettant en danger son bien-être.

Cette approche transpose le concept d'homéostasie de Canon (1928, 1932) et celui d'adaptation de Seley (1956) au stress psychologique. Le stress n'est pas considérée ni comme une propriété de la personne ou de l'environnement, ni comme un stimulus ou une réponse. Le stress est une relation particulière, un processus orienté entre la personne et l'environnement. Le stress est créé par un déséquilibre entre la perception des exigences et la capacité d'y faire face. Considérer le stress comme un processus à deux significations importantes en rapport avec la théorie cognitive de stress (P .Graziani, 2005, P 47) :

1. Le sujet et l'environnement sont considérés en relation dynamique, donc constamment en changement
2. La relation est aussi bidirectionnelle : le sujet et l'environnement peuvent agir l'un sur l'autre

II.4.2 La théorie cognitive du stress

Les théories cognitives du stress reconnaissent la complexité de l'individu face au stress, mais aussi centrent davantage sur le rôle des pensées ou des attributions spécifiques ou sur les processus cognitifs qui influencent ces derniers.

II.4.2.1 La théorie de l'attribution

Cette théorie suggère spécifiquement l'existence d'une relation causale dans laquelle des attributions consécutives à certains événements déterminent le niveau de stress vécu par l'individu, ainsi que les effets négatifs. Dans le cadre du modèle de l'impuissance désespoir comme dans celui de la dépression ou l'anxiété, c'est l'occurrence d'événements négatifs qui déclenchent ces troubles (P. Graziani, 2005, P 34).

II.4.3 La théorie des constructions personnelles de Kelly

Cette théorie cherche à appréhender la manière dont l'individu construit le sens de son expérience et adapte son mode de perception du monde au fur et à mesure des transactions avec l'environnement, elle permet de comprendre les aspects sous-jacents à toute évaluation cognitive qui peut être imaginée comme un va-et-vient entre l'évaluation contextuelle et les évaluations passées sur lesquelles s'érige la personnalité (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p36).

II.4.3.1 Le postulat fondamental

C'est qu'un individu anticipe les événements en construisant des répliques. La construction et l'interprétation des événements comportent de la part de l'individu la recherche des répétitions qui sont considérées comme caractéristiques de quelques événements et pas d'autres.

II.4.4 L'approche biopsychosociale de l'ajustement au stress

Dès 1968, les travaux de Mason puis de Weiss (1972) sur les rats, ont démontré que divers stressseurs physiques (chaud, froid) ne stimulaient pas le système hypophyso-corticosurrénalien (responsable de la libération de corticostéroïdes : corticotropine, cortisol), quand l'animal pouvait contrôler la situation (faire tourner une roue pour mettre fin au stimulus menaçant). Seul le système sympathique et médullosurrénalien (responsable de la libération de catécholamines, adrénaline, noradrénaline, dopamine), était activé. En mettant en évidence un couplage étroit entre la réponse comportementale et son accompagnement physiologique, ces travaux ont permis de souligner les limites du modèle de Selye et de faire émerger une orientation psychobiologique dans les théories de stress (Bruchon. M et Schweitzer, 2001, p 50).

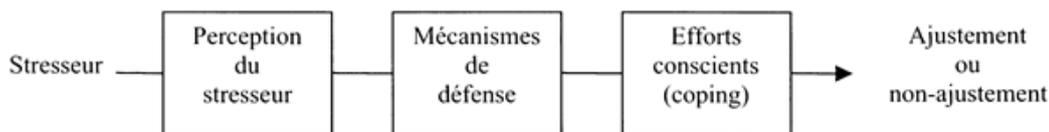


FIGURE II.3 – Les trois filtres principaux médiatisant la relation stressseur-ajustement (d'après Rahe et Arthur, 1978)

II.5 Types de stress

II.5.1 Stress aigu

Le stress aigu est la forme de stress la plus répandue. Il dure généralement moins d'une heure et trouve son origine dans les pressions récentes et dans les pressions à venir. Le stress aigu peut être excitant et même bénéfique dans certaines situations mais trop de stress finit par être épuisant. Par exemple, le fait de vivre de façon répétée des événements plus ou moins courts mais très stressants peut provoquer des troubles psychologiques, des maux de tête, des maux d'estomac et d'autres symptômes directement liés au stress (B. Zablocki, 2009, p 64).

Les symptômes et les origines du stress aigu peuvent être identifiés par tout le monde. C'est la liste de toutes les choses qui peuvent nous mettre "un coup de pression" dans notre quotidien : un accident de voiture léger, la perte d'un contrat important, une date à respecter, les problèmes des enfants à l'école, etc. En raison de sa courte durée, le stress aigu n'a pas assez de temps pour causer des troubles plus graves associés au stress à long terme. Ainsi, les symptômes du stress aigu les plus répandus sont :

- Un changement émotionnel qui mélange colère, irritabilité et déprime
- Des problèmes musculaires comme des maux de têtes, des douleurs dans le dos, le mal de dents, et des douleurs dans les tendons et les ligaments
- Un rythme cardiaque accéléré, une hausse de la pression artérielle, des palpitations, des migraines, le souffle court, des douleurs à la poitrine, des vertiges sont d'autres symptômes de l'excitation liée au stress

Le stress aigu peut survenir dans la vie de n'importe qui et cette forme de stress peut être gérée assez facilement (il suffit généralement de se détendre et d'attendre que ça passe)(B. Zablocki, 2009, p 64).

II.5.2 Le stress aigu répété

Les personnes atteintes de stress aigu répété font souvent preuve d'un tempérament irritable, d'anxiété et de nervosité. Elles se décrivent souvent comme étant une boule d'énergie nerveuse en mouvement. Toujours dans l'urgence, leur état irritable peut se transformer en colère. Les relations sociales se détériorent alors rapidement avec les autres et le lieu de travail devient souvent un endroit de stress pour ces individus. Les médecins caractérisent ces personnes comme ayant un sens aigu de la compétition et faisant preuve d'agressivité et d'impatience en étant toujours dans l'urgence. Une autre forme de stress aigu répété provient d'un sentiment d'inquiétude permanent. Cela revient à imaginer des désastres à chaque coin de rue, à être pessimiste sur l'avenir et à penser que le pire va se produire dans chaque situation. Le monde est un endroit dangereux dans lequel quelque chose d'horrible est toujours entrain de se produire. Généralement, les personnes ayant ce modèle de pensée présentent les premiers symptômes d'un état de trouble anxieux et de dépression.

II.5.3 Syndrome du stress post-traumatique

L'OMS 1993 définit le stress post-traumatique comme une réponse retardée à un événement traumatisant, qui peut entraîner une détresse envahissante, certains corps de métiers comme la police, les pompiers, et les secours médicaux peuvent vivre des événements particulièrement stressants qui engendrent une réaction de stress post traumatique (Ibid. p 64).

II.5.4 Stress chronique

Le stress chronique est un stress qui est ressenti jours après jours, années après années et il a des conséquences sur votre corps, votre esprit et votre vie. Le stress chronique touche souvent les gens qui vivent dans une situation financière précaire, les familles connaissant de graves problèmes, ou bien les personnes ayant des problèmes avec leur travail ou leur carrière. Le stress chronique tire son origine du fait qu'une personne ne voit pas de sortie positive dans une situation problématique. Sans espoir, la personne finit par arrêter de chercher des solutions.

Certaines formes de stress chronique proviennent d'expériences traumatisantes dans l'enfance qui continuent d'être douloureuses au moment présent. La conséquence la plus malheureuse de cette forme de stress est que les personnes qui en souffrent finissent par s'y habituer. Enfin les conséquences du stress chronique peuvent être des excès de violence, des maladies cardiaques, et même le suicide. Les symptômes du stress chronique étant à la fois physiques et psychologiques, ils peuvent nécessiter un accompagnement à la fois médical et psychologique (G. Lebel, 2011, p 12).

II.6 Les symptômes du stress

II.6.1 Les symptômes physiques

- La fatigue
- Les tensions musculaires
- Les troubles de sommeil
- Les troubles de l'appétit
- Les problèmes digestifs
- Les douleurs (surtout au ventre et à la tête)
- Les vertiges

II.7 Les symptômes psychiques

- La difficulté à se concentrer et à prendre une décision
- L'agitation
- L'irritation ou l'humeur maussade
- L'inquiétude ou l'anxiété La faible estime de soi
- La baisse de la libido

II.7.1 Les symptômes comportementaux

- L'isolement social ou l'absentéisme au travail
- L'évitement de situations exigeantes
- La difficulté à s'organiser
- Tendance à consommer plus de tabac, de caféine et de drogue
- Changement du comportement alimentaire (G. Lebel, 2011, p 13).

II.8 Les fonctions associées au système cérébral majeur

II.8.1 Le système dopaminergique

Méso cortical et méso limbique sont concernés par les phénomènes d'anticipation et les fonctions cognitives. Ils sont étroitement liés aux noyaux acumens qui joueraient un rôle essentiel dans les phénomènes de motivation - renforcement - recommence.

II.8.2 La complexe amygdale - hipperanpe

Joue un rôle important par rapport aux fonctions de l'éveil et de la peur conditionnées qui accompagnent la perception du danger associée au stresser. L'activation de l'amygdale et du système LC - NA joue un rôle important dans le rappel mnésique et l'analyse émotionnelle de l'information pertinente concernant la comparaison avec les stressers précédents.

II.8.3 L'activation des neurones CRH du noyau para ventriculaire

Entrain d'activation du noyau arqué produisant la POMC, les neurones du noyau arqué projettent eux-mêmes vers la PVN et d'autres aires cérébrales, à l'origine de la contre-régulateur des neurones CRH et du système LC-NA. Ainsi est induite l'analgésie du stress par les opioïdes, et peut-être aussi, l'ambiance émotionnelle de l'expérience. Des productions élevées et prolongées de CRH chez ces patients pourraient expliquer la pathogenèse du syndrome général d'adaptation. De plus, si le sujet n'a pas d'explication pour ces symptômes, ils ont tendance à devenir encore plus stressants (P. GRAZIANI, 2005, P 27-28).

II.9 Symptômes et signes d'adaptation

II.9.1 Adaptation comportementale

- Réorientation adaptative du comportement
- Facilitation aigüe des voies neurologiques adaptatives et inhibition des voies non adaptatives
- Augmentation de l'arousal (de l'éveil), état d'alerte
- Augmentation des cognitions, de la vigilance et de l'attention focalisée
- Suppression du comportement alimentaire (digestion)
- Suppression du comportement reproducteur
- Circonscription (limitation) de la réponse du stress

II.9.2 Adaptation physique

Différents signes d'adaptation physique ont été déterminés dans la littérature (P. GRAZIANI, 2005, P 29) :

- Réorientation adaptative de l'énergie
- Orientation de l'oxygène et des nutriments dirigés vers le système nerveux central et les parties stressées du corps
- Modification du tonus cardiovasculaire, augmentation de la pression sanguine et du rythme cardiaque
- Augmentation du rythme respiratoire
- Augmentation de produits toxiques

- Inhibition des mécanismes de croissance et de reproduction
- Circonscription de la réponse au stress
- Circonscription de la réponse inflammatoire et immunitaire

II.10 Les conséquences de stress

II.10.1 Les conséquences physiologiques de stress

Les effets physiologiques du stress sont divers (M. Schwor, 1999, P 22) :

1. Au niveau cardiovasculaire
 - Augmentation de la fréquence cardiaque
 - Dilatation des vaisseaux au niveau des muscles
 - Dilatation pupillaire
2. Au niveau respiratoire
 - Augmentation de la fréquence et la profondeur de respiration
3. Au niveau maculaire
 - Augmentation de tonus
4. Au niveau cutané
 - Rétrécissement des vaisseaux sanguins
 - Augmentation de la sudation
5. Au niveau digestif
 - Diminution de la motilité digestive (ou parfois l'inverse)

II.11 Au niveau sanguin

- Diminution du temps de coagulation
- Augmentation de la glycémie.

II.11.1 Les conséquences psychologiques

Les conséquences psychologique du stress sont variées entre cognitives et émotionnelles (D. Fontana, 1990 p, 32) :

II.11.1.1 Effets cognitifs

- Augmentation de la distractibilité (on perd souvent le fil de ce qu'on est en train de penser ou dire, même en plein milieu d'une phrase).
- Difficultés de prévoir, la vitesse de réaction
- Détérioration de la capacité d'organisation et de la planification

II.11.1.2 Effets émotionnels

Augmentation des tensions physiques et psychologiques

Modification de certains traits de personnalité

Affaiblissement des contraintes d'ordre moral ou émotionnel

Augmentation de l'hypocondrie

Apparition de la dépression et des sentiments de désespoir

Cynisme vis-à-vis des clients et des collègues

Apparition éventuelle de menace de suicide.

II.12 Stratégies de stress

Chacun possède différents moyens que l'on regroupe sous le nom de stratégie qui vise à régler le problème posé et à réduire les tensions liées au stress, ou même les conséquences morbides de celui-ci.

II.12.1 Stratégies naturelles

- La passiflore (fleur de la passion) : utilisée principalement pour calmer la tension nerveuse, l'agitation et l'irritabilité
- La valériane : utilisée pour améliorer le sommeil, réduire l'anxiété et le stress et améliorer l'humeur
- Le millepertuis : a prouvé son efficacité dans le traitement de la dépression légère ou modérée, toutefois il n'a aucun effet sur les cas de dépression grave. Ce produit est utilisé pour accroître l'énergie et traiter les variations de l'humeur durant la période prémenstruelle (G. Lebel, 2011, P 60-61).

II.12.2 Stratégies modernes

Les stratégies modernes antistress auxquelles ont surtout recours les habitants des sociétés industrielles évoluées sont bien connues : vitamines dites anti-stress, somnifères tranquillisants. Les vitamines C et B sont nécessaires pendant le stress physique-opération, blessures, grossesse, efforts violents, performances de longue durée (J.B, Stora, 2000, P 19).

II.12.2.1 Les médicaments

Il n'existe pas vraiment de traitement médicamenteux de stress. En revanche, on utilise certains médicaments pour combattre des symptômes associés, principalement l'anxiété et la dépression, qui participent aux causes ou aux effets du stress.

– les antidépresseurs : il existe des fois de nombreuses familles d'antidépresseurs classées selon le mécanisme d'action : ils offrent d'avantage de ne pas introduire de choix aux hypnotiques. Ils améliorent le sommeil et le vécu dépressif. Un antidépresseur et parfois utilisé en combinaison avec un anxiolytique, qui a un effet immédiat, pour hâter le soulagement des symptômes.

– les anxiolytiques : il y a deux types des anxiolytiques, notamment les benzodiazépines et les non benzodiazépines.

1. Les anxiolytiques benzodiazépines : sont les anxiolytiques les plus couramment utilisés. Leur action réduit la communication entre certaines cellules nerveuses, ce qui diminue l'anxiété, améliore le sommeil et relaxe les muscles. Ils ont un effet presque immédiat.
2. Les anxiolytiques non benzodiazépines : Buspirone, le Buspar est un anxiolytique non-benzodiazépine qui agit sur les neurotransmetteurs qui influencent l'humeur (la dopamine et la sérotonine). Il agit plus lentement (2 à 3 semaine).
3. Les neuroleptiques ou les antipsychotiques atypiques : les neuroleptiques ou les antipsychotiques atypiques (ou de deuxième génération) utilisés pour le traitement de la schizophrénie et d'autres conditions comme le trouble bipolaire, peuvent être efficaces pour l'anxiété sévère. (G. Lebel, 2011, P 59-60)

II.12.3 Les thérapies comportementales et cognitives

Dans cette thérapie, le patient et le thérapeute réfléchissent, pour trouver un moyen de modifier l'environnement du malade de façon à diminuer le nombre de stressors auxquels

il pourrait se confronter. Les thérapeutiques les plus utilisées dans le pays anglo-saxons font appel aux méthodes cognitives-comportementales pour l'élaboration de programme de gestion de stress.

- L'auto-observation et l'analyse de la motivation du patient
- L'analyse des croyances concernant la situation stressante
- La mise en place des facteurs de protection : la gestion de stress passe par la connaissance des comportements qui favorisent une baisse des tensions
- L'hygiène de vie (activité physique régulière)
- Le développement des activités de loisir et de plaisir
- La diversification du soutien social et affectif

II.12.4 La thérapie corporelles (la relaxation)

La relaxation du stress se fait par plusieurs thérapies (J. B Stora, 2000, P 115-116) :

- Les exercices de relaxation corporelle
- Les méthodes de relaxation mentale
- Les méthodes utilisent des moyens techniques
- Les méthodes psychothérapeutiques

II.13 Conclusion

Le stress est un problème complexe mais que l'on peut mieux appréhender si on distingue bien les risques psychosociaux de la réaction et les conséquences psychologiques qui lui sont associées et qui peuvent prendre différents tableaux cliniques essentiellement anxio-dépressifs. En dehors de la grande variabilité des facteurs de stress qui rendent difficile leur études, le problème majeur est certainement lié aux manques de connaissances des mécanismes psychologiques et physiologiques mis en jeu lors de la confrontation à une situation stressante.

CHAPITRE III

LES STRATÉGIE DE COPING

III.1 Préambule

Nous sommes constamment confrontés à des situations et des évènements qui suscitent en nous divers émotions désagréables, ces situations peuvent être banales et quotidiennes, ou ponctuelles et sérieuses, c'est lorsque ces diverses expériences sont perçues comme menaçantes que l'on peut parler du stress. L'individu ne subit pas passivement les évènements de vie aigus et chroniques, il essaye de faire face, on parle de coping pour désigner les réactions et les réponses que l'individu va élaborer pour maîtriser ou simplement tolérer la situation aversive, qui peut être la maladie et ces complications.

III.2 l'évolution du concept de coping

Le terme de coping apparaît en 1966 dans un ouvrage de Richard LAZARUS (psychological stress and coping process), et la définition donnée par LAZARUS lui-même est la suivante : **"c'est un ensemble de stratégies mises en oeuvre pour affronter les situations difficiles ou les évènements stressants"** La traduction en français de ce terme s'avère difficile car sa définition est compliquée et (multi facettes), les termes (stratégies d'ajustements) ou (processus de maîtrise) et (stratégies d'adaptation)sont utilisées et font effectivement partie de la notion de coping, mais elles paraissent trop restrictives, le terme stratégies peut paraître inadéquat, car il suggère une réflexion, une évolution, ce qui n'est pas le cas dans toutes les

formes de coping, sa définition fait encore l'objet d'un différent entre chercheurs.

III.2.1 Conceptualisation

Le coping trouve ses racines dans l'étude des mécanismes de défense, mais dès le départ il a cherché à mieux incorporer des processus psychologiques compliqués, impliquant à la fois des réactions comportementales et cognitives. Le concept de défense date du 19^{ème} siècle, il est étroitement lié aux développements de la psychanalyse et de la psychologie dynamique, (BREUER, et FREUD) observant que les idées désagréables et perturbantes sont parfois inaccessibles à la conscience. Le coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et l'évolution des espèces, développées depuis la seconde moitié du 19^{ème} siècle et commune à la biologie, l'éthologie et à la psychologie animale (en particulier à la perspective évolutionniste de DARWIN) (C. Engel. Zerbinati, 2014, p69).

Au lieu de chercher à dissocier les concepts, KROHNE 1993, avance que la conceptualisation du coping peut être résumée par l'identification des actes qui renvoient à des stratégies générales. Une autre conceptualisation discerne le coping (assimilatif) et le coping (accommodant), le premier implique l'adaptation de l'environnement à soi-même et le second sous-tend l'adaptation de la personne à l'environnement

III.2.2 Approche transactionnelle du stress

Il existe plusieurs moyens pour conceptualiser le stress, on constate en fait que le coping est un concept directement associé au stress, cette définition des concepts de stress et coping souligne bien que le coping est un processus constamment changeant et spécifique, ce qui permet de ne pas confondre les stratégies de coping (tout ce que l'individu pense et fait face à la situation) avec leur effets (réussite ou échec).

III.2.3 La contrôlabilité

La contrôlabilité réfère aux variables externes à la personne, le plus souvent liées à la situation, il s'agit de la croyance dans le fait que nous disposons des ressources adéquates et suffisantes pour faire face à la situation, elle a un effet pensant avoir les ressources pour élaborer plus de stratégies centrées sur le problème (C. Engel. Zerbinati, 2014, p 70).

III.3 Définition du terme coping

Le terme coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variables et instables, pour aménager (réduire, minimiser, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe (et le conflit entre les deux), faite par la transaction sujet-environnement, évaluée comme dépassant ses propres ressources. Il existe trois points clefs dans cette définition (P. Graziani, 2005, P 77 - 78) :

- le coping est un processus orienté qui se focalise sur ce que la personne pense et fait lors d'une situation spécifique de stress. Il change au fur et à mesure que la situation se modifie (Folkman et Lazarus , 1985). Dans cette conception, le coping n'est pas un trait ou une caractéristique stable de la personne, mais plutôt une constellation d'un certain nombre de cognitions et de comportements, qui ont lieu en réaction à une situation stressante spécifique (De Ridder, 1997). Le coping est un processus qui peut changer dans le temps.
- le coping est liée au contexte, il est influencé par l'évolution de la demande situationnelle (Felton et Revenson, 1984 ; Folkman et Lazarus, 1980). L'importance du contexte suggère que l'individu et les variables de la situation façonnent ensemble le coping. Les individus pouvaient préférer des styles habituels de coping, mais la demande situationnelle peut interagir avec ces préférences et imposer d'autre choix.
- les stratégies ou les réponses aux transactions stressantes ne sont pas jugées comme mauvaises ou bonnes. Elles sont simplement définies comme des efforts que le sujet fait avec ou sans succès pour traiter des demandes.

III.4 les modèles de coping

III.4.1 le modèle transactionnel de Lazarus et Folkman

Le coping ayant été traité comme un trait unidimensionnel, qui est soit présent soit absent. Les approches du coping-trait tendent à trop simplifier le rôle de la situation et à oublier que de nombreuses stratégies de coping utilisées par les individus peuvent varier à travers des contextes différents.

III.4.2 Du bon ou du mauvais coping

Pouvoir juger un coping comme bon ou mauvais dépend de son accommodation avec les nécessités contingentes et intra-psychiques de l'interaction à laquelle il faut s'adapter (Lazarus, 1992). La qualité adaptative ou mal-adaptative du coping ne peut pas être déterminée à priori mais jugée de façon empirique en examinant contextuellement les avantages et les inconvénients de leur mise en place, à bref, moyen et long terme.

III.4.3 La stabilité des stratégies de coping

Les individus devraient avoir acquis certaines préférences pendant les interactions stressantes antécédentes, 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 capacités de coping sont présentées en permanence et ne sont pas provoquées après la perception du stress.

III.4.4 Discussions sur le nombre et le contenu des dimensions du coping

Les études réalisées sur les stratégies de coping notent en évidence deux principaux types de stratégies de coping :

- Coping centré sur le problème
- Coping centré sur les émotions

Le premier groupe contient des stratégies d'approche du stresser qui obligent l'individu à faire quelque chose pour altérer la source de stress. Le deuxième groupe contient des détresses provoquées par le stresser. Mais il y a beaucoup de désaccords sur le nombre des stratégies de coping. Certains ont proposé de nombreuses dimensions pour mesurer l'emploi des stratégies de coping (P. GRAZIANI, 2005, P 76 - 78 - 79).

III.4.5 coping et émotion

Les émotions sont ressenties en fonction de la façon dont les événements sont interprétés ou évalués. C'est la signification de l'événement qui provoque les émotions plutôt que les événements eux-mêmes. L'évaluation particulière effectuée dépendra du contexte dans lequel un

événement a lieu et des expériences personnelles passées. Le caractère spécifique des émotions dépend de l'interprétation particulière. L'émotion est défini selon Folkman et Lazarus comme un "ensemble de réactions complexes et organisées psychologiquement, composées d'évaluation cognitives, d'impulsions à l'action et de patterns de réactions somatiques". Ces trois composantes fonctionnent comme une unité plutôt que comme des réponses séparées, et l'ensemble des composantes reflète la qualité et l'intensité. La théorie de l'émotion doit être relationnelle, motivationnelle, et cognitive (P. Graziani, 2005 P 80-81).

- relationnelle signifie que les émotions concernant toujours des relations sujet-environnement qui incluent le danger (pour les émotions négatives) et des bénéfiques (pour les émotions positives).
- motivationnelle signifie que les émotions et les humeurs aigues sont des réactions dépendant des buts qui sont ou pas mis en jeu dans les transactions stressantes du quotidien et tout au long de la vie de l'individu.
- cognitive concerne la connaissance et l'évaluation de ce qui est en train d'arriver dans les occasions adaptatives de la vie

III.4.6 Le coping comme médiateur des états émotionnels

Un certain nombre de recherches sur les émotions ont mis en évidence deux mécanismes d'interférence :

- un mécanisme motivationnel, qui réoriente l'attention, dans des situations d'urgence de la tâche actuelle à plusieurs tâches en même temps
- un mécanisme cognitif, ou les pensées associées à l'anxiété, sans importance et contre-productives, empêchent le fonctionnement et la performance

Les émotions dépendent de l'analyse cognitive de la signification de l'interaction sujet-environnement pour le bien-être de l'individu et des options possibles pour le coping. Les données des recherches de Lazarus (1987, 1990) montrent clairement que le coping modifie les émotions pendant l'interaction stressante de trois manière :

- par l'activité cognitive qui influence le déploiement de l'attention
- par l'activité cognitive qui modifie la signification subjective ou le sens de l'interaction pour le bien-être
- par les actions qui modifient les termes actuels de la relation sujet-environnement

III.4.7 Coping et autocontrôle émotionnel

Un aspect des capacités de contrôle de l'individu est celui utilisé pour réguler la réactivité émotionnelle aux évènements de vie du quotidien (Fabes et Eisenberg, 1997). Les individus qui sont capables de contrôler et réguler leurs réponses physiologiques émotionnelles et comportementales, ressentent moins d'arousal négatif à un stressor que les individus qui le sont moins. Dans des conditions de stress modérées ou élevées, une capacité élevée de contrôle régulateur amène à un plus bas arousal émotionnel négatif en réponse au stressor (P. Graziani, 2005, P 81).

III.4.8 Coping et déploiement de l'attention

Les stratégies d'évitement sont parmi les plus utilisées pour faire face au stress ; mais même si ces stratégies peuvent donner un bref répit au sujet en situation de détresse, plusieurs études ont révélé que le facteur de fuite-évitement est associé avec des symptômes de dépression et d'anxiété et avec des symptômes psychosomatiques. Ces études ne peuvent pas déterminer si le facteur de fuite-évitement provoque des symptômes psychologique ou, au contraire, si les sujets qui ont ces symptômes psychologiques utilisent plus des stratégies de vigilance dirigeant l'attention vers le problème afin de le prévenir ou de le contrôler. Lazarus et Folkman (1984) ont trouvé deux formes de coping qui focalisent l'attention du sujet sur le problème : la recherche d'informations et la résolution de problème. Ces deux formes peuvent modifier l'émotion de deux manières :

1. à travers un plan d'action pour résoudre le problème qui modifie les termes de la relation sujet-environnement et enfin affecte la réponse émotionnelle.
2. en modifiant directement l'évaluation cognitives qui sous-tendent la réponse émotionnelle. Mais une augmentation de la vigilance peut faire augmenter l'intensité de l'émotion.

III.5 Les déterminants de coping

- **les déterminants de coping :**

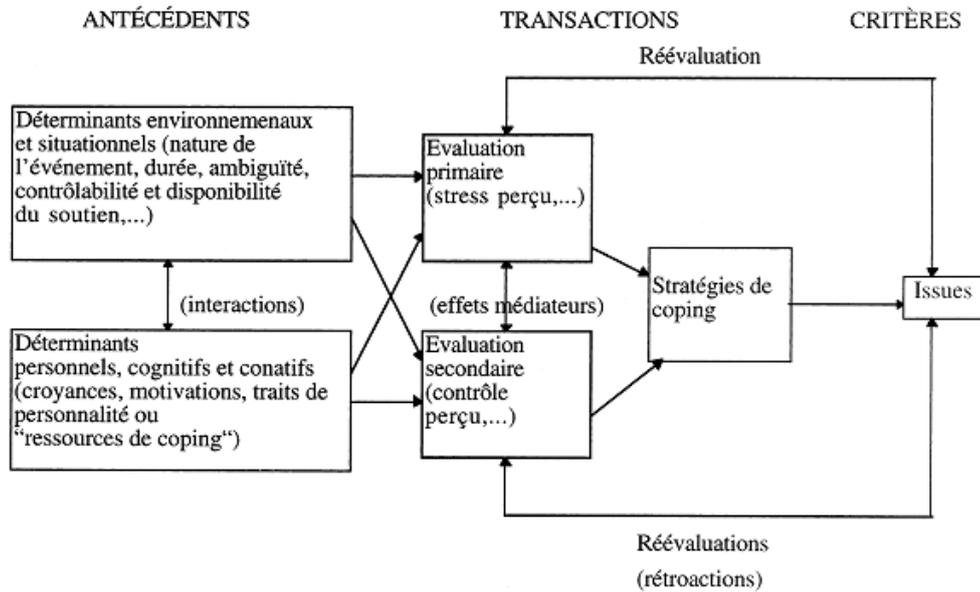


FIGURE III.1 – Les étapes et les déterminants du processus de coping (effets principaux, effets interaction, effets médiateurs, rétroactions)

On voit clairement sur ce schéma apparaître diverses séquences du processus de coping qui se déroule généralement de gauche à droite, antécédents environnementaux et personnels, évaluation primaire et secondaire, stratégies de coping et effets de ces stratégies, avec des effets directs, indirects et des effets d'interaction entre les différentes variables en fonction du résultat fonctionnel de coping (résolution ou nom du problème, régulation ou nom des émotions, il peut y avoir des rétroactions en boucle avec des réévaluations (Bruchon.M et Schweitzer, 2001, p74).

III.6 Types de stratégies coping

On distingue deux formes de coping : le coping centré sur l'émotion, et le coping centré sur la tâche, ces deux formes ont été dégagées par les Lazarus et Folkman en (1984), à la suite d'une étude réalisée auprès de 100 adultes, auxquels on avait demandé de répondre chaque mois pendant un an à une échelle (ways of coping checklist). Les études réalisées par la suite sur le sujet ont été synthétisées par Cousson en (1996). Et mettent en évidence ces deux stratégies

globales ou méta, stratégies, parfois aussi l'évitement et la recherche de soutien social (Cousson et al ,1996 p135).

III.6.1 Le coping centré sur le problème

Il désigne l'ensemble des efforts comportementaux et cognitifs d'un individu en vue de modifier la situation dans laquelle il se trouve, cette forme prend deux aspects essentiels : la confrontation a l'évènement qui se traduit par des efforts pour changer la situation d'une part et, la résolution du problème qui se traduit par la recherche d'un ensemble de moyens permettant d'atteindre ce but, d'autres part afin d'augmenter ses propres ressources. Cette forme de coping est également nommée coping actif ou "a vigilant coping".

III.6.2 Coping centré sur l'émotion

Il désigne l'ensemble des efforts visant à atténuer et à supporter les états émotionnels. Il peut se faire de diverses façons : émotionnelle, physiologique ,cognitive et comportementale. Il existe de nombreuses expressions de ce coping : consommer des substances, s'engager dans diverses activités distrayantes, se sentir responsable d'exprimer ses émotions (anxiété, colère, etc). Cette forme de coping nommée un coping passif, ses deux formes de stratégies ne sont pas strictement séparées, dans une situation donnée, on peut utiliser tantôt l'un , l'autre ,ou les deux.

III.6.3 Evitement et vigilance

D'autres études, notamment celle réalisée par (sools et feltcher en 1985), ont aboutis a deux grands types de coping :

- les stratégies d'évitement : distraction, diversion, répression, faible vigilance, déni, fuite, visant, à éviter le problème et à réduire le stress et les émotions négatives
- Les stratégies de vigilances : attention, sensibilité, implication et réévaluation

Cette troisième dimension englobe des efforts de l'individu pour se soustraire à la situation stressante par exemple déni, pensée magiques, distraction mentale. Il implique ainsi des actions qui visent le désengagement comportemental ou psychologique de cette situation.

III.6.4 Recherche de soutien social

Dans certaines études, elle peut être considéré comme une stratégie de coping, certains affirment que le soutien social est une ressource perçue et non une stratégie de coping, d'autres au contraires considèrent que cette recherche implique des efforts pour solliciter et donc tenir l'aide d'autrui. Cette recherche de soutien a été par exemple qualifiée par moos 1993 de stratégie de coping actif comportemental. La gamme des stratégies de coping retrouvés dans les recherches est très étendue, ceci est en fonction des conceptions des déferents auteurs, des situations et de la définition même de coping.

III.7 Les conséquences de coping

Les stratégies de coping orientées sur l'émotion ou sur l'action auront respectivement des conséquences émotionnelles et comportementales (Maes et al, 1996, p. 226). Une fois ces stratégies mises en place, elles sont réévaluées, ont-elles permis de diminuer suffisamment le niveau de stress perçu pour que ce dernier soit acceptable ? Soit elles sont suffisantes et en fonction de la situation, elles seront réitérées ou prolongées. Soit elles ne sont pas suffisantes et en fonction de la situation, elles seront réitérées, prolongées ou abandonnées et éventuellement accompagnées de nouvelles stratégies (Lazarus Folkman, 1984, pp. 142-143).

De plus, il est possible que les stratégies adaptées engendrent des effets secondaires négatifs identifiés lors de la réévaluation de la situation. Le processus de coping est alors relancé pour gérer ces nouveaux stressseurs qui sont des effets secondaires. Globalement, la façon dont un individu gère chaque aspect de sa maladie chronique va avoir d'importantes conséquences psychologiques, sociales et physiques (Maes et al, 1996, p. 226).

III.8 Conclusion

Nous avons vu que certains auteurs ont considéré le coping comme une caractéristique dite positionnelle. En effet, les recherches ont révélé que face à différents types de situations, au regard de tout ce qui précède, tout à fait partielle. Les stratégies de coping sont aussi en partie déterminées par les caractéristiques (réelles et perçues) des situations affrontées. Beaucoup de travail reste à faire pour mieux comprendre dans quelle mesure les réponses de coping sont déterminé par la façon dont le sujet évalue la situation stressante.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

IV.1 Préambule

Après avoir achevé la partie théorique, et présenté ses différentes étapes selon notre thème de recherche (stress et stratégies de coping chez les femmes diabétiques), nous avons opté pour la partie méthodologique qui nous a permis de produire nos connaissances, ainsi que de présenter notre terrain, le groupe de recherche et l'ensemble des outils d'investigation. Enfin, nous avons mis l'accent sur les méthodes d'analyse de ces derniers, dans le but de vérifier nos hypothèses et mener à bien notre recherche.

IV.2 La pré-enquête

Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique car elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs (Murchielli, 1985 p12). Effectivement, grâce à la pré-enquête, les études scientifiques se voient plus précises vu que les données qu'elles mettent en évidence sont plus nettes du fait que les choix de l'enquêteur, le type des informateurs ainsi que les lieux de l'enquête sont plus ciblés et mieux définis une fois que l'on procède à une étude préliminaire. Autrement dit, l'objectif de cette étape est un balisage du terrain observé et une définition du protocole d'enquête (S.Hedid, 2007, p98).

Cette étape permet de recueillir des informations préalables à notre thème de recherche, et

de confirmer la fiabilité de notre étude, ainsi elle nous a aidé à construire nos questionnements et nos hypothèses, après avoir déterminé les variables de notre sujet qui nous permettront de vérifier la disponibilité de notre population d'étude, avec laquelle nous vérifions nos hypothèses avancées préalablement. Pour cela, nous nous sommes présentés en mois d'octobre 2016 au niveau de la clinique "Beau Séjour" qui se situe au centre-ville de Bejaïa, nous avons expliqué au psychologue et au médecin chef notre objectif de recherche et la nature du diplôme préparé.

Après cette démarche, nous avons eu une lettre de stage délivrée par le département des sciences humaines et sociales, puis nous avons préparé notre dossier qui contient une demande de stage adressée à monsieur le directeur d'établissement de santé de proximité selon la période nécessaire pour effectuer notre stage. Notre pré-enquête est effectuée après avoir eu un accord de notre demande par le service de la DRH de cet établissement. Au sein de ce service, nous avons réalisé la pré-enquête pendant une durée de 07 jours, en premier lieu, nous avons obtenu des informations générales sur l'organisme d'accueil et sa fonction, nous avons ainsi assuré la disponibilité de notre population d'étude, à base d'un entretien effectuée avec le personnel médical, et le psychologue. Afin de recueillir les informations (données) nécessaires pour bien mener l'étude de notre thème de recherche, nous avons pu faire des entretiens directs avec cinq femmes diabétiques, tout en leurs laissant la liberté de s'exprimer au sujet de leur maladie. Grâce à l'appui précieux du personnel de la clinique, nous avons établi un guide d'entretien et choisi les outils de mesure.

IV.3 La méthode clinique

La psychologie clinique étudie et traite tout " fait " ou " événement " psychologique normal ou pathologique indépendamment de sa cause connue ou supposée, elle vise la mobilisation de processus proprement psychologiques au sein d'une relation donnée. Le psychologue joue sur les effets de rencontre avec un autre qui permettra de soulager la souffrance psychique tout en analysant son propre engagement au sein de cette relation.

La méthode clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits (KH.Chahraoui, H.Bénony, 2003, p11).

De ce fait, cette démarche, nous amène à des techniques de recueil des informations qui sont pour l'essentiel : l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, l'observation pour développer l'étude de cas uniques.

IV.3.1 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 tenant compte de ces différentes circonstances du survenue actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense.) L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte de différents niveaux d'observation et de compréhension (KH.Chahraoui, H.Bénony, 2003, p125- 126-127).

IV.4 Le terrain de la recherche

Nous avons choisi comme terrain de recherche la clinique "Beau Séjour" de Bejaia dans laquelle notre stage s'est déroulé au cours de 60 jours (du 01/03/2017 au 30/04/2017), mené sur les femmes diabétiques qui suivent leurs consultations au niveau de celle-ci.

IV.4.1 Présentation de l'organisme d'accueil

La clinique "Beau Séjour" est considérée comme la première structure médicale qui s'occupe des diabétiques dans la willaya de Bejaia, elle se situe en plein centre-ville, elle a ouvert ses portes en 1995. La clinique s'occupe du suivi de 3800 diabétiques, tous soumis à un contrôle médical chaque trois mois, afin de suivre l'évolution de leur états de santé et détecter les complications liées à cette maladie. La structure reçoit en moyenne 60 patients par jour dont les femmes, les hommes et les enfants, elle s'occupe aussi des urgences diabétiques et des nouveaux cas diagnostiqués. Récemment, elle a bénéficié du service de pédiatrie pour s'occuper des enfants diabétiques.

IV.4.1.1 Le cadre physique

Il contient :

- Bureau de chef de service
- Trois bureaux des médecins diabétologues
- Bureau de néphrologue
- Deux salles d’attentes (homme/femmes)
- Bureau de la secrétaire

IV.4.1.2 Le cadre ressources humaines

Il contient :

- Un chef de service
- Trois médecins diabétologues
- Un néphrologue
- Une infirmière
- Un psychologue
- Deux assistantes
- Un agent de sécurité

A l’intérieur de cette structure, se trouve aussi un bureau d’une association des diabétique de Bejaia, qui nous a fourni beaucoup d’informations concernant les diabétiques, dans une conférence organisée à l’occasion de la journée mondiale des diabétiques, animée par des professeurs de la santé travaillant au centre hospitalier universitaire de Bejaia.

IV.5 Groupe de recherche

Notre groupe de recherche est constitué des femmes diabétiques qui viennent aux consultations médicales afin de suivre leurs états de santé, ces participantes ont été sélectionné selon les critères que nous allons citer ci-dessus.

IV.5.1 Les critères d’inclusion

- Type de diabète : nous n’avons pas précisé le type de diabète comme critère qu’il faut respecter

- Durée de la maladie
- L'âge : tous les cas de notre recherche sont des femmes de plus de 40 ans.
- Le sexe : la variable du sexe est prise en considération, travaillons sur les femmes atteintes du diabète.
- Le sujet ne doit pas avoir une atteinte d'un trouble ou un handicap psychique grave

IV.5.2 Les critères pertinents de la recherche

- Le niveau d'instruction : sans aucun niveau, secondaire, lyciens, universitaires)
- La situation professionnelle (employeuses, femmes au foyer)
- Situation familiale : mariées
- La langue : kabyle, arabe, français
- Les femmes qui refusent de participer à la recherche ne sont pas incluses.

TABLE IV.1 – tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche

Cas	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	Profession	Type de diabète
01	50 ans	mariée	terminale	Femme au foyer	DNID
02	58 ans	mariée	terminale	Femme au foyer	DNID
03	54 ans	mariée	analphabète	Femme au foyer	DNID
04	44 ans	mariée	8 AM	Femme au foyer	DNID
05	50 ans	mariée	terminale	Femme au foyer	DNID

Ce tableau présente les caractéristiques de notre groupe d'étude qui consiste en des femmes adultes avec des noms anonymes, leur âge est varié entre 44 ans et 58 ans, avec un niveau d'instruction différent (analphabète, 8 AM, terminale), leur situation familiale mariés, et leur niveau professionnel femmes au foyer, atteintes de diabète type II sur une durée de 3 à 15 ans.

IV.6 Les outils de recherche

Notre recherche est basée sur l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson (1988), et l'échelle toulousaine de coping de S. esarbes, F. sourds-Ader et P. tap (1993).

IV.6.1 L'entretien clinique de la recherche

L'entretien est utilisé dans un certain nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales : il se révèle un outil indispensable irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leurs biographies, à leurs représentations personnelles sur tel ou tel problème ; ainsi l'entretien clinique est le plus spécifiquement utilisé par les psychologues cliniciens, les psychiatres et les psychothérapeutes.

Il peut avoir des objectifs différents : une visée diagnostique, une visée de recherche et une visée thérapeutique. La pratique de l'entretien clinique n'a rien d'évident, elle implique à chaque fois l'acquisition des connaissances nouvelles et un questionnement sur elle-même. Le psychologue, lors de l'entretien clinique, fonctionne avec son propre appareil psychique. Cela implique dans sa pratique régulière un minimum de travail sur soi, d'analyse, de maîtrise de ces propres mouvements psychiques, ce qui pose bien évidemment la question fondamentale de la formation.

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens a un sens quelque peu différent : il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquêtes en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux présentations subjectives du sujet (H.Bénony, KH.Chahraoui, 1999, p9-10-11). L'entretien clinique est le paradigme même du travail du psychologue clinicien. Il fait partie de la méthode clinique, qui comprend :

1. une clinique à mains nues (l'observation et l'entretien)
2. une clinique instrumentale (tests projectifs, échelles)

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en une étude plus au moins prolongée des cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principale de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution. L'entretien clinique a

donc une place de choix en psychologie clinique ; il vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais ces informations ne peuvent être comprises qu'en référence au sujet lui-même. L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte :

1. d'aide ou de soins psychologiques
2. de diagnostic ou d'évaluation psychologique
3. ou de recherche clinique

Cette visée de traitement ou de diagnostic distingue l'entretien clinique utilisé en psychologie clinique et l'entretien utilisé dans les enquêtes sociales ou pratiqués dans d'autres disciplines des sciences humaines. La manière de mener un entretien s'appuie sur des règles techniques, (non directivité - semi directivité) et sur une certaine attitude, (attitude clinique) adoptée par le psychologue clinicien : on peut dire que les aspects techniques et l'attitude clinique du clinicien représente les aspects les plus stables de l'entretien clinique, et cela quelque soit les modalités de l'entretien clinique (H. bénony et KH. Chahraoui, 1999, p 14).

IV.6.1.1 L'entretien clinique semi-directif

C'est un usage complémentaire où le clinicien pose quelques questions, simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien, les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, la structure d'un guide d'entretien reste souple (C. chiland, 1983, p 119). L'entretien clinique semi directif est un guide d'entretien, avec plusieurs questions préparées à l'avance, dont le chercheur pose une question puis le sujet s'exprime librement mais seulement sur le thème proposé (K.chahraoui et H. bénony, 2003, p 143).

IV.6.1.2 Guide d'entretien

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré, selon A. blanchet il s'agit " d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérations, et d'indicateurs, qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer " Le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, tout fois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe (M. catteuw, 2001, p77).

Notre guide d'entretien comprend quatre axes thématiques, au moment que nous avons préparé quelques questions à poser durant l'entretien, et parmi ses axes (Voir l'annexe N°01) :

- **Axe N°1** : contient des questions concernant les renseignements personnels sur sujet
- **Axe N°2** : comporte des questions sur l'état de santé du sujet
- **Axe N°3** : comprend des questions sur l'état psychique du sujet
- **Axe N°4** : inclus les questions relatives aux stratégies de faire face
- **Axe N°5** : englobe les questions en ce qui concerne l'avenir de nos sujets

IV.6.2 L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, 1988, Perceived Stress Scale 4

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations de la vie sont stressantes, il comporte également un certain nombre de requêtes directes sur les niveaux actuels de stress ressenti, la première version a été conçue en 1988 par (S. Cohen et G. Williamson). Cette échelle comprend plusieurs versions, des versions à 14 items, et des versions courtes à 10 items.

IV.6.2.1 Cotation

L'échelle comprend cinq réponses : jamais, rarement, parfois, assez souvent, très souvent, notées de 0 à 4. Mais pour la version la plus récente qui correspond à la validation française effectuée par le laboratoire de psychologie de la santé à l'université de bordeaux 2, en 2003, quelques changements sont constatés (V. Langevin et all, 2011, p 118) :

- Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10, et 13 sont notés en sens inverse
- Le score du stress a été calculé sur 13 items (sans la question 12)
- Le score qui se situe au-dessus de 23 veut dire qu'il n'y a pas de stress
- De 24 à 31 veut dire peu de stress
- Un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou hyper stress

IV.6.3 L'échelle toulousaine de coping de Sylvie esparbs, Flovencesordes-Aer et pierre tap (1993)

IV.6.3.1 Définition

L'échelle toulousaine de coping est élaborée par une association des psychologues de développement et de la santé, qui appartient au laboratoire toulousaine " personnalisation et changements sociaux ", il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation qui contiens 54 items, il est destiné à mesurer la façon dont le sujet fait face à la situation stressante (P. Laurence, 2001, p 89).

IV.6.3.2 Historique du test

Le coping est considéré par lazarus et folkman comme un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources Qu'il peut manifester pour y'répondre, deux dimensions interviennent :

- Une focalisation sur le problème (réflexion et intervention)
- Une focalisation sur l'émotion (contrôle et expression de détresse émotionnelle causée)

Selon Pearlin et Schooler, le coping est l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésées par les tensions auxquelles elles sont confrontées, à la différence des auteurs précédents ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions, la première fait référence aux tentatives pour changer la situation, la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation de stress, et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de détresse.

Par contre Craver, Scheir et Weintroub (1989), mettant en place une échelle composée de 14 stratégies dans un souci de compréhension, nous les avons regroupés selon cinq champs : champ comportemental, champ cognitif, champ émotionnel, les mécanismes de défense, et les rapports sociaux.

IV.6.3.3 Présentation des stratégies

- la focalisation active et cognitive : implique de se centrer sur le problème et sur les modes de résolutions, la focalisation active émotionnelle implique en fait l’envahissement d’émotion spécifique (agressivité et culpabilité).
- Le support social : implique la demande d’aide en terme cognitifs (conseils, informations), au affectif (besoins d’écoute ou de reconnaissances).
- Le retrait : le sujet essaye de ne pas penser au problème, en se réfugiant dans le rêve ou l’imaginaire, ou en adoptant les conduites de compensation (drogues, médicaments).
- Conversion : implique le changement ou la transformation des comportements (acceptation), ou des valeurs (se tourner vers le dieu, se donner une philosophie de la vie)
- Le contrôle : implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements et des activités.
- Refus : le sujet fait comme si le problème n’existe pas, il se distrait en faisant quelque chose de plus agréable.

TABLE IV.2 – Répartition des stratégies selon les champs

Stratégie	Action	Information	Emotion
focalisation A	focalisation active G	focalisation cogni- tive M	focalisation émo- tionnelle
Support so- cial B	coopération H	support social in- formationnel N	support social émotionnel
Retrait C	retrait comporte- mental I	retrait mental O	additivité
Conversion D	conversion com- portemental J	acceptation P	conversion par les valeurs
Contrôle E	régulation des ac- tivités K	contrôle cognitif et régulation Q	contrôle émotion- nel
Refus F	distraktion L	dénégation R	Alex thymie

IV.6.3.4 L'administration

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test, après les remarques introductives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les instructions de la première page, la première partie concerne les renseignements personnels, la deuxième fait référence à la consigne, de 1 (pas de tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, l'administration de ce test demande environ 15 minutes, il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées (S. Esparbe et coll, 1989, p 90.91).

IV.6.3.5 Notation

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement 1 en suivant les phases de 1 à 54 dans l'ordre du test, en suite cinq types de notes finales sont possibles aux choix :

Avec une feuille de dépouillement N°1 : Une note par dimension : c'est la somme des trois phases constituant la dimension, il suffit pour cela d'additionner les trois chiffres d'une même colonne. Une note par champs : c'est la somme de six dimensions constitue le champ, il suffit d'additionner les six cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la cases appropriée Une note générale de coping : c'est la somme des trois champs, il suffit de rapporter la note dans la case totale générale. Une note de coping positive et négative : il faut rapporter le score de chaque dimension dans les lignes marquant positif, négatif et dans les cases blanches en faisant la somme des 9 dimensions positives de coping, on obtient une note de coping positif, puis l'inscrire dans la case totale et c'est la même chose pour le coping négatif.

Avec la feuille de dépouillement N°2 :

- Une note totale par stratégie : il suffit de rapporter par ligne les notes obtenues aux dimensions (dans la feuille de dépouillement N°1) et de faire la somme par ligne, cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée (S. esparbes, 1989, p 94).

IV.7 Déroulement de la recherche

Notre stage pratique s'est déroulé à la clinique Beau Séjour de Bejaia, centre des diabétiques, cette structure reçoit la moyenne 60 patients par jour dont les femmes, les hommes et les enfants. Ce stage a été mené sur les femmes diabétiques au cours de 60 jours. Avant de commencer notre stage, nous avons effectué une pré-enquête d'une semaine pour explorer la disponibilité des cas ainsi que les bureaux pour faire la passation des entretiens et les échelles. Après avoir terminé cette pré-enquête, nous avons entamé notre stage. Les conditions dans lesquelles, nous effectuons notre recherche n'ont pas été très favorables. En effet, nous avons rencontré des obstacles par rapport à la non disponibilité des locaux où nous devions faire nos entretiens avec des patients. Le déroulement des entretiens et la passation des deux échelles se sont élaborés dans le bureau du médecin chef suite à l'occupation du bureau du psychologue. Nous avons réussi à sélectionner des cas et les convaincre et à passer l'entretien et les échelles tout ensemble dans une durée d'une heure et demi pour chaque cas, 40 minutes pour l'entretien sachant que ce dernier contient 28 questions et 30 minutes pour la passation de chaque échelle de stress perçus et l'échelle de coping. Ces femmes se sont montrées compréhensives et à l'aise avec nous.

IV.8 Conclusion

Chaque recherche scientifique nécessite une méthodologie à suivre, ce qui nous a poussé à utiliser les outils d'investigations tels que les entretiens cliniques semi directifs, les échelles de stress perçus et toulousaine de coping. Cela nous permet d'avoir des informations nécessaires pour répondre à nos questions et vérifier nos hypothèses.

CHAPITRE V

PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES HYPOTHÈSES

V.1 Préambule

Dans cette étude, la pratique se caractérise par l'analyse des cas de notre groupe de recherche au niveau de la clinique Beau Séjour afin d'obtenir des résultats fiables qui vont répondre à nos questions. Nous avons utilisé un entretien clinique semi-directif, l'échelle de stress perçus et l'échelle toulousaine de coping, dans lesquelles nous avons intervenu auprès des femmes diabétiques pour savoir quelles sont les stratégies de coping qu'elles utilisent pour faire face au stress.

V.2 Présentation et analyses des cas

V.2.1 Cas N° 01

V.2.1.1 Renseignements personnels

Latifa est une femme au foyer âgée de 50 ans, mère à trois enfants (universitaires), son mari est retraité. Elle a un niveau d'instruction terminale, issue d'un niveau socio-économique moyen.

V.2.1.2 Données et analyses de l'entretien clinique semi-directif du cas de Latifa

Durant la première rencontre, Latifa avait un visage pâle et stressé avec un air triste. Après avoir expliqué l'objectif de notre recherche, Latifa a fait mine de confiance et de motivation pour répondre aux questions posées sur sa maladie.

D'après les renseignements sur son état de santé, Latifa est diabétique depuis 3 ans. Elle a pris cette mauvaise nouvelle après avoir consulté un médecin généraliste de la famille qui lui a demandé un bilan et d'après les résultats, sa glycémie était de 5 g/l. Cependant le médecin l'orienta vers un endocrinologue qui a constaté l'apparition de quelques symptômes, d'après ce qu'elle a raconté "**Sehousegh daqagh, aqemechiw yeqaw, veghigh ad swagh aman, Asma ad eqragh Sabah 3eyigh**". Cela veut dire que Latifa présente des signes comme la soif intense, la polyurie, la fatigue, et les bouffées de chaleur. Nous avons remarqué aussi que ses séquelles lui ont causé une rétinopathie diabétique comme complication, et avérons qu'elle a hérité de sa famille diabétique : son père, sa mère, et ses frères. Le traitement de Latifa est du Glucophage Metformine 850 g, mais malgré cette dose, sa glycémie reste souvent élevée suite au non-respect du régime alimentaire strict, d'après ces dires "**tehibigh ad echagh, ma ezragh kera tama3egh ilaq athetchagh**", ce qui veut dire qu'elle mange tout sans faire attention à sa santé.

Par rapport à son état psychique, il revient à la prise de la mauvaise nouvelle de sa maladie chronique (diabète), d'après ce qu'elle a dit : "**chokigh mi idina teviv ni helkagh secar eqevilghara anechetheni**" ce qui veut dire qu'elle était choquée, stressée et souffrait d'un manque de sommeil, elle n'arrivait pas à accepter l'idée d'être diabétique ni à surmonter ça. Durant la consultation, Latifa est très à l'aise, elle nous a raconté que lors des crises d'hypoglycémie et d'hyperglycémie, elle se sent stressée, mais le plus important est qu'elle ne constate aucun changement dans sa vie parce qu'elle vit dans un milieu favorable d'après ses relations familiales stables avec son mari et ses enfants.

Pour dépasser son état de stress, elle trouve toujours des solutions afin d'affronter les difficultés quotidiennes suite à sa maladie, souvent elle se doute de la prise de son médicament à cause du stress et elle redouble à chaque fois la dose, elle n'arrive pas à suivre les conseils de son médecin à propos de son régime alimentaire parce qu'elle aime beaucoup manger, et au moment de la prise du médicament elle se sent normal. Pour faire face, elle fait appel à la référence religieuse comme la lecture du coran pour se sentir mieux, les sorties et les voyages

avec sa petite famille. Enfin, Latifa est une femme forte avec un grand espoir de vivre encore plus longtemps avec sa famille, et elle planifie de faire des voyages autour du monde surtout en Europe.

V.2.1.3 Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Latifa

D'après les résultats de l'entretien, on a remarqué que Latifa essaye de trouver des solutions pour dépasser son état de stress, comme se voyager afin de s'adapter à la situation.

V.2.1.4 Analyse de l'échelle de stress perçus du cas de Latifa

D'après la cotation de cette échelle, nous avons constaté que Latifa a obtenu un score de (33), donc elle est en état de stress et nervosité, la cause est due à sa maladie, cela indique dans les résultats obtenus aux items 3(elle se sent parfois nerveuse et stressée), l'item 9(Latifa n'arrive pas à maîtriser son énervement). L'item 14(elle trouve que les difficultés s'accumulent au point qu'elle ne pouvait pas les surmonter) (Voir l'annexe N°2).

V.2.1.5 Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Latifa

Selon l'échelle de stress perçus de Cohen et Williamson (1988) un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress, Latifa a obtenu un score de (33), donc elle présente un stress élevé, ce que justifie les résultats de l'entretien.

V.2.1.6 Données et analyse de la feuille de dépouillement N°1 du cas de Latifa

TABLE V.1 – Feuille de dépouillement N°1 du cas de Latifa

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
scores	5	5	4	1	3	5	1	5	5	1	5	2	5	3	1	5	5	5	
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
Scores	5	5	1	1	3	1	3	5	2	5	1	1	4	1	5	5	5	1	
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	
Scores	5	5	1	1	5	5	1	5	4	1	5	3	5	1	1	4	5	5	
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOT
Action	15			3			5			7			14			14			58
Informatif		13			11				13			11		5			15		68
Emotion			6			11			11			6			7			11	52
Positif	15	13		3				13	11		11					14	15	11	106
Négatif			6		11	11	5			7		6	14	5	7				72
356																			

D’après la feuille de dépouillement N°1, Latifa a eu :

- **une note par dimension** : A(15) , B(3), C(5), D(7), E(14) , F(14) , G(15) , H(13), I(11), J(13), K(11), L(5), M(7), N(11) , O(6), P(11), Q(11), R(6). D’après ces notes obtenues, nous remarquons que Latifa utilise beaucoup les deux dimensions suivantes : focalisation active, faire face, aller directement au problème et focalisation cognitive, analyse la situation, avec un score de 15.
- **une note par champs** : le champ le plus utilisé par Latifa est le champ information qui se maintient à une note totale de (68), suivant le champ action avec une note de (58), enfin le champ émotion avec une note(52).
- **une note générale de coping** : Latifa a eu une note générale de (178) des champs.
- **une note de coping positif et négatif** : Latifa a eu une note positive de (106), par rapport aux notes de coping négatif de 72.

V.2.1.7 Données et analyse de la feuille de dépouillement N°2 du cas de Latifa

TABLE V.2 – La feuille de dépouillement N°2

Stratégie \ Champs	Action	Information	Emotion	Total
focalisation	A 15	G 15	M 7	37
Support social	B 3	H 13	N 11	27
Retrait	C 5	I 11	O 6	22
Conversion	D 7	J 13	P 6	31
Contrôle	E 14	K 11	Q 11	36
Refus	F 14	L 5	R 6	25

D'après la feuille de dépouillement N°02, Latifa a obtenu :

- **une note totale par stratégies** : la stratégie la plus utilisée et celle de la focalisation avec une note de (37), suivant la stratégie de contrôle avec une note de (36), après la stratégie de conversion avec une note de (27), ensuite la stratégie de refus avec une note de (25), enfin la stratégie de retrait avec une note de (22) (Voir l'annexe N°2)

V.2.1.8 Synthèse de l'échelle toulousaine du cas de Latifa

D'après les données des entretiens administrés à Latifa, nous constatons qu'elle utilise les stratégies de coping positive centrées sur l'information, cela implique l'utilisation des stratégies de focalisation (active et cognitive).

V.2.1.9 Synthèse générale

La passation des entretiens et des échelles administrés à Latifa nous permettent de découvrir qu'elle présente un stress élevé provoqué par son diabète. Pour surmonter cette situation, elle fait recours à certaines stratégies de coping positives centrées sur l'information et le problème.

V.2.2 Cas N°02

V.2.2.1 Renseignements personnels

Farida est une femme au foyer et couturière chez elle, âgée de 58 ans, mariée, elle a un enfant né génétiquement aveugle, issue d'un niveau socio-économique moyen et d'un niveau d'instruction terminale.

V.2.2.2 Données et analyses de l'entretien clinique semi-directif du cas de Farida

Lors de l'entretien avec Farida, elle était très à l'aise, motivée et confiante en répondant aux questions posées.

En abordant la question sur l'état de santé, Farida atteinte du diabète depuis 10 ans, découvre sa maladie pour la première fois après avoir fait une consultation chez un médecin dermatologue qui lui a demandé de faire un bilan générale, d'après les résultats, sa glycémie était élevée, ce qui a permis de l'orienter vers un diabétologue. Cependant, ce dernier a constaté l'apparition de quelques symptômes, d'après ce qu'elle a affirmé "**saqen ad eqeragh sebah ad e3eyogh, ethesghara, sefadegh, khechemagh souvent gher toilètte**", ce qui veut dire qu'elle a des signes tels que la fatigue, les bouffées de chaleur, la panique, le manque d'appétit, la soif intense et la polyurie, mais malgré tout ça, elle n'a pas des complications. Farida nous a dévoilé qu'avant l'apparition du diabète, elle se sentait très bien malgré le problème de son fils unique qui est aveugle depuis sa naissance, elle fait du sport mais malheureusement la glycémie est toujours élevée, et pour elle, la vie d'un diabétique est foutue, parce qu'au début du traitement, elle prenait Glucophage Metformine 850 g mais après elle se traitait avec l'insuline deux fois par jours, et elle s'est même hospitalisée pour une intervention chirurgicale d'un kyste ovarien, à vrai dire son état de santé se complique avec le temps.

Concernant son état psychique, elle nous a dévoilé sa réaction au moment où elle a su sa maladie, elle était sous un choc extrême au point de ne pas accepter cette maladie chronique qu'elle considère un handicap pour elle. D'après ses dires "**khel3agh thazwara mi idina teviv thehelkhet mais toura dayn normal**". Durant la journée, elle se sent toujours paniquée et stressée mais la nuit elle se repose bien. Les crises d'hypoglycémie et d'hyperglycémie sont des moments très difficiles pour elle. D'après ce qu'elle a vécu, elle subit des changements dans sa vie surtout pour la maladie de son fils et elle vit une relation familiale paniquée avec son mari à cause de son état et celle de son fils.

Suite à la manière de faire face à cet obstacle, elle essaie souvent de trouver des solutions pour affronter toutes les difficultés quotidiennes et dépasser sa maladie mais quand elle se sent faible, elle abandonne tout et elle arrête de penser à cette fameuse maladie qui détruit même le moral de la personne. Ce qui est bien de Farida, c'est qu'elle respecte les conseils de son médecin. Lors de la prise de son médicament, elle ressent un grand soulagement, ce qui signifie une bonne observation thérapeutique, et pour se décontracter, elle passe son temps avec la couture qui l'aide à oublier la pression de ce qu'elle vit, d'après ses paroles : "**asmi ishosegh tkelkegh adruhegh direct gher la chambre wahdi adedmegh lkechiw adkmasigh adtkhitegh zegsenr**", elle écoute la radio ou elle sort pour se soulager, ce qui signifie en clinique la distraction.

D'après les réponses de Farida aux questions sur l'avenir, cette femme a un grand espoir que son fils va voir un jour, et elle va réaliser ses rêves en voyageant pour soulager son esprit.

V.2.2.3 Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Farida

D'après les résultats de l'entretien, nous avons constaté que Farida essaie toujours de combler ses vides pour réduire sa tristesse et dépasser les obstacles par quelque chose qu'elle aime bien comme la couture.

V.2.2.4 Analyse de l'échelle de stress perçus du cas de Farida

D'après la cotation de l'échelle de stress perçu, nous constatons que Farida a obtenu un score de (23), donc elle n'est pas stressée, la cause unique de son stress et la maladie de son fils, cela indique dans les résultats obtenus aux items 1(elle a été très souvent dérangée par un événement inattendu), l'item 4(elle affronte avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens)(voir l'annexe N°03).

V.2.2.5 Synthèse de l'échelle de stress perçus du cas de Farida

Selon l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score du 16 à 23 indique qu'il n'y a pas de stress, Farida a obtenu un score de (23), donc elle ne présente pas de stress.

V.2.2.6 Analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Farida

TABLE V.3 – Feuille de dépouillement N°1 du cas de Farida

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
scores	5	3	5	1	3	5	2	5	3	5	2	5	4	5	1	3	4	1			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	5	1	1	5	3	1	3	5	4	2	3	2	4	1	5	4	1	2			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	5	1	1	1	3	1	5	4	5	3	5	2	3	1	2	5	4	1			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOT	TOT	
Action	15			7			10			10			11			12			65	332	
Informati		5			9			14			10			7			9		54		
Emotion			7			7			12			9		8				4	47		
Positif	15	5		7				14	12		10					12	9	4	88		
Négatif			7		9	7	10			10		9	11	7	8				78		

D'après la feuille de dépouillement N°1, Farida a eu :

- **une note par dimensions** : A(15), B(7), C(10), D(10), E(11), F(12), G(9), H(5), I(9), J(14), K(10), L(7), M(8), N(4), O(7), P(7), Q(12), R(9).

D'après ces notes obtenues, nous avons remarqué que Farida utilise beaucoup plus les deux dimensions suivantes : Focalisation active, faire face, aller directement au problème, conversion, acceptation du problème tel qu'il soit ou apprendre à vivre avec, avec un score de 15 et 14.

- **une note par champ** : le champ le plus utilisé par Farida est le champ d'action qui se maintient à une note totale de (65), suivant le champ informationnel avec une note de (54), enfin, le champ émotion avec une note de (47).
- **une note de coping générale** : Farida a eu une note générale de (332) des champs.
- **une note de coping positif et négatif** : Farida a eu une note positive de (88), par rapport aux notes de coping négatif de (78).

V.2.2.7 Données et analyse de La feuille de dépouillement N°2 du cas de Farida

TABLE V.4 – Feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Farida

Champs \ Stratégie	Action	Information	Emotion	Total
focalisation	A 15	G 9	M 8	32
Support social	B 7	H 5	N 4	16
Retrait	C 10	I 9	O 7	26
Conversion	D 10	J 14	P 7	31
Contrôle	E 11	K 10	Q 12	33
Refus	F 12	L 7	R 9	28

D'après la feuille de dépouillement N°02, Farida a obtenu :

- **une note totale par stratégies :**

la stratégie la plus utilisée est celle de contrôle avec une note de (33), suivant la stratégie de focalisation avec une note de(32), après la stratégie de conversion avec une note de(31), suivie par la stratégie de refus avec une note de(28), ensuite la stratégie de retrait avec une note de(26), enfin la stratégie de support social avec une note de(16), (voir l'annexe N°03).

V.2.2.8 Synthèse de l'échelle toulousaine du cas de Farida

D'après les données des entretiens administrés à Farida, nous constatons qu'elle utilise les stratégies de coping positives centrées sur l'action (focalisation active), cela fait référence aux stratégies de focalisation, de conversion (acceptation) et de contrôle.

V.2.2.9 Synthèse générale

Selon les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce aux échelles, il s'est avéré que notre deuxième cas ne présente pas de stress, elle fait appel aux stratégies de coping centrées sur le problème.

V.2.3 Cas N°03

V.2.3.1 Renseignements personnels

Zakia est une femme âgée de 54 ans, analphabète, mère de 4 filles, elle est issue d'une situation socio-économique moyenne, son mari est un clandestin.

V.2.3.2 Données et analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Zakia

Quand Zakia s'est présentée au bureau du psychologue du centre afin d'entamer avec nous un entretien de recherche, elle paraissait paniquée au début mais après avoir expliqué la situation et l'objectif de recherche, elle s'est mis à l'aise et était confiante, elle a répondu sur toutes nos questions posées de manière attentive.

En posant la question sur son état de santé, Zakia atteinte de diabète ça fait 10 ans, elle découvre son état quand elle a rendu une visite à sa mère, elle s'est fait remarquée par son frère qui lui a demandé de voir un médecin. Quand elle a mesuré sa glycémie, elle l'a trouvé à 7 g/l, le lendemain elle est parti voir un diabétologue, ce dernier lui a demandé de faire un bilan sanguin. D'après les résultats, la glycémie était encore de 7 g/l avec l'apparition des symptômes de fatigue, soif intense, polyurie. Zakia présente comme complications le pieds diabétique et le HTA, elle prend glucophage comme médicament. Pour elle, un diabétique est un être normale, il faut juste qu'il suit son régime alimentaire et son traitement.

En ce qui concerne son état psychique, Zakia reçoit l'annonce de sa maladie avec un choc, elle n'a pas accepté ça, mais avec le temps, elle s'est habituée. D'après ses dires " **khel3agh mi dina thehelkhet mi yema ayethema khemnyi le courage** " ce qui veut dire qu'elle a été choquée, mais malgré tout, elle a été soutenue par sa famille, et pendant les crises d'hypoglycémie, elle se sent fatiguée, et lors des crises d'hyperglycémie, elle mange " **ma ayater asafet fechelagh mais ma ayali veghough ad echagh** ". La nuit, elle dort normalement, et elle se réveille des fois pour boire de l'eau. A propos de sa vie, elle ne constate aucun changement sauf qu'elle s'inquiète sur sa maladie.

Pour faire face à une situation stressante, Zakia essaie à tout prix d'affronter ses difficultés quotidiennes suite à sa maladie, et pour cela, elle suit toujours les conseils de son médecin concernant son traitement et son régime alimentaire. Lors de la prise de son médicament, elle se sent très bien et quand elle se trouve dans un état difficile, elle fait recours aux précieux religieuses, regarder la télé ou elle écoute le couran pour calmer son énervement.

Zakia trouve qu'elle n'a pas d'avenir, que sa vie est compliquée et qu'elle n'a pas de projets à réaliser, elle espère bien qu'elle ne développe pas d'autres complications dans le futur.

V.2.3.3 Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Zakia

D'après les résultats de l'entretien, nous avons trouvé que Zakia essaie à tout prix d'affronter ses difficultés quotidiennes suite à sa maladie, ce qui implique la soutenance de l'entourage.

V.2.3.4 Analyse de l'échelle de stress perçu du cas de Zakia

D'après la cotation de cette échelle, nous remarquons que Zakia a obtenu un score de 33 donc elle est un peu stressée, elle ne pense pas beaucoup à son diabète et cela est indiqué dans les résultats obtenue aux items 3(elle se sent pas nerveuse et stressée), (voir l'annexe N°04).

V.2.3.5 Synthèse de l'échelle de stress perçus du cas de Zakia

Selon l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score de 24 à 31 implique peu de stress, Zakia a obtenu un score de 31, donc elle présente peu de stress.

V.2.3.6 Analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Zakia

TABLE V.5 – Feuille de dépouillement N°1 du cas de Zakia

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
scores	5	5	4	3	4	5	5	4	3	1	1	3	2	2	1	1	2	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	2	4	3	3	1	1	3	5	4	3	2	5	1	2	3	5	3	2			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	4	1	1	5	4	1	2	5	4	1	3	1	3	5	2	5	4	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOT	TOT	
Action	11			11			9			5			6			11			53	326	
Informati		10			9			14			6		9			9			57		
Emotion			8			7			11			9			6			12	53		
Positif	11	10		11				14	11		6					11	9	12	95		
Négatif			8		9	7	9			5		9	6	9	6				68		

D'après la feuille de dépouillement N°01, Zakia a eu :

- **une note par dimension** : A(11), B(11), C(9), D(5),E(6), F(11), G(9), H(10), I(9), J(14), K(6), L(9), M(6), N(12), O(8), P(7), Q(11), R(9).

D'après ces notes obtenues, nous remarquons qu'elle utilise beaucoup plus les dimensions de conversion et d'acceptation : accepter le problème tel qu'il soit ou apprendre à vivre avec un score de 14.

- **une note par champ** : Le champ le plus utilisé par Zakia est le champ information qui maintient une note de (57), suivant le champ action et le champ émotion avec une note pareille de (53).
- **une note de coping générale** : Zakia a eu une note générale de coping (326) des champs.
- **une note de coping positif et négatif** : Zakia a eu une note positive (95), par rapport à une note négative de (68).

V.2.3.7 Données et analyse de La feuille de dépouillement N°2 du cas de Zakia

TABLE V.6 – Feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Zakia

Stratégie \ Champs	Action	Information	Emotion	Total
focalisation	A 11	G 9	M 6	26
Support social	B 11	H 10	N 12	33
Retrait	C 9	I 9	O 8	26
Conversion	D 5	J 14	P 7	26
Contrôle	E 6	K 6	Q 11	23
Refus	F 11	L 9	R 9	29

D'après la feuille de dépouillement No02, Zakia a obtenu :

- **Une note totale par stratégie** : la stratégie la plus utilisée et celle de support social avec une note de (33), suivant la stratégie de refus avec une note de (29), après les stratégies de focalisation, retrait, conversion avec une note de (26), enfin la stratégie de contrôle avec une note de (23) (Voir l'annexe N°04).

V.2.3.8 Synthèse de l'échelle toulousaine du cas de Zakia

D'après les données des entretiens administrés à Zakia, nous constatons qu'elle utilise les stratégies de coping positives centrées sur le problème qui se traduit par le champ informationnel (acceptation), impliqué par l'utilisation des stratégies de support social.

V.2.3.9 Synthèse générale

Selon les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce aux échelles, nous avons constaté que notre troisième cas présente peu de stress ou bien stress moyen, elle fait appel aux stratégies de coping positives centrées sur le problème.

V.2.4 Cas N° 04

V.2.4.1 Renseignements personnels

Sakina est une mère âgée de 44 ans, elle a deux enfants, c'est une femme au foyer, issue d'une famille avec un niveau socio-économique moyen, et un niveau d'instruction 8^{ème} année moyenne.

V.2.4.2 Données et analyses de l'entretien clinique semi-directif du cas de Sakina

Lorsque nous avons sollicité Sakina pour qu'elle participe à notre étude, elle a accepté notre demande, elle s'est montrée à l'aise et souriante durant l'entretien. Elle nous a répondu à toutes les questions posées facilement et spontanément.

En abordant la question sur l'état de santé, Sakina atteinte de diabète depuis 6 ans, et ce dernier a été découvert d'après ses dires "**kerahniyi wamen tassa khechemagh din kan gher toilette**" et cela veut dire qu'elle a eu des difficultés urinaires et qu'elle rentrait souvent aux toilettes, elle nous a raconté qu'après l'apparition de ces signes qui ne disparaient pas, elle s'est présentée chez un médecin généraliste qui lui a demandé de faire un bilan générale. Après avoir vu les résultats, le médecin a trouvé sa glycémie à 3 g/l, par suite, ce dernier l'orienté vers un diabétologue qui a déduit l'apparition des signes et les symptômes du diabète tels que la fatigue, la soif intense en plus de sa colère prompte. Nous avons aussi compris d'après ses dires qu'elle a une autre maladie dans sa colonne vertébrale, après avoir diagnostiqué son diabète, elle se sent triste avec toutes les difficultés rencontrées dans cette maladie chronique. A propos de son traitement, elle ne prend que Glaucothane Metformine de 1000 mg, la moitié le matin et l'autre moitié le soir.

A propos de son état psychique, l'annonce de sa maladie d'après ses dires "**kelqagh, trough mais Toura normale**" cela veut dire que la nouvelle l'a stressée, qu'elle pleurait souvent mais maintenant elle a accepté sa maladie. En parlant de ce qu'elle ressent durant l'entretien, la patiente déclare qu'elle se sent très bien. Lors des crises d'hypoglycémie d'après ses dires "**fechla3, vekou3 ad echa3 Yerna ezmira3 même pas ad herkha3**" et cela veut dire qu'elle se sent fatiguée, avoir l'envie de manger et elle ne peut même pas bouger. Au cours de notre discussion sur les changements dans sa vie, Sakina ne constate aucun changement parce qu'elle vit dans de bonnes conditions familiales. Au début, son mari n'a pas accepté sa maladie mais maintenant il s'est habitué. Zakia précise qu'elle dépasse ses craintes face à sa

maladie quand elle prend son traitement régulièrement.

En Répondant aux questions sur la manière de faire face à son stress, le sujet ne pense même pas à sa maladie d'après ces dires "**eteqavalagh igheblaniw seshala**". Cela veut dire qu'elle affronte ses difficultés quotidiennes facilement en suivant les conseils de son médecin. Lors de la prise de son traitement, elle sent que rien n'a changé. En ce qui concerne l'adaptation à sa maladie, elle nous a avoué qu'elle s'occupe d'autres choses et qu'elle respecte son régime alimentaire. Lorsqu'elle se trouve dans une situation stressante, elle sort ou elle regarde la télévision en prenant la position allonger pour s'adapter à la situation. Sakina nous a dit qu'elle contrôle ces émotions qui provoquent la détresse en suivant les références religieuses et en lisant le couran.

Concernant la manière de pensée sur l'avenir, le sujet annonce qu'elle va vivre toujours avec sa maladie et qu'elle sait qu'elle suivra un régime alimentaire à vie mais elle a de l'espoir de vivre très bien avec sa famille malgré son diabète. En ce qui concerne les projets à réaliser, elle a signalé qu'elle n'a aucun projet dans sa tête.

V.2.4.3 Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Sakina

Selon les données de l'entretien, nous avons remarqué que le sujet essaie de dépasser ses problèmes et ses craintes face à sa maladie en s'occupant d'autres choses favorisant l'adaptation à la situation. Ce qui signifie en TCC la conversion comportementale.

V.2.4.4 Analyse de l'échelle de stress perçu du cas de Sakina

D'après la cotation de l'échelle de stress perçu, nous avons constaté que Sakina a obtenu un score de (38), donc elle présente un stress élevée provoquée par sa maladie. Cela indique dans les résultats obtenus aux items 1(qu'elle été déjà dérangée par un événement inattendu), litem 3(qu'elle se sent toujours stressée et nerveuse) (voir l'annexe N°05).

V.2.4.5 Synthèse de l'échelle de stress perçus du cas de Sakina

Selon l'échelle de stress perçus de Cohen et Williamson un score supérieure à (32) situation de stress/hyper stress, Sakina a obtenu un score de (38), donc elle présente un stress élevé.

V.2.4.6 Analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Sakina

TABLE V.7 – Feuille de dépouillement N°1 du cas de Sakina

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
scores	5	5	5	4	3	5	5	4	1	2	5	4	5	3	4	5	3	4		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	3	1	1	4	1	5	3	5	4	3	3	1	4	1	1	4	3	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	5	4	1	3	4	2	5	5	1	5	5	2	3	2	3	4	5	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOT	TG
Action	13			11			13			10			12			13			72	380
Informati		10			9			14			13			6			11		63	
Emotion			7			12			7			8			8			13	55	
Positif	13	10		11				14	7			13				13	11	13	105	
Négatif			7		9	12	13			10		8	12	6	8				85	

D'après la feuille de dépouillement N°1, Sakina a eu :

- **une note par dimension** : A(13), B(11), C(13), D(10), E(12), F(13), G(11), H(10), I(9), J(14), K(13), L(6), M(8), N(13), O(7), P(12), Q(7), R(8).

D'après ces notes obtenus, nous remarquons que Sakina utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : focalisation active, faire face, aller directement au problème, la dimension de conversion et d'acceptation, accepter le problème tel qu'il soit ou apprendre à vivre avec. Elle utilise aussi le contrôle cognitif et la planification pour le traitement du problème de façon abstraite et logique avec un score de (13 et 14).

- **une note par champ** : les champs les plus utilisés par Sakina sont le champ action qui maintient une note de(72), suivi par le champ information avec une note de(63), et le champ de l'émotion avec une note de(55).
- **une note de coping générale** : Sakina a eu une note générale de (380) des champs
- **une note de coping positif et négatif** : Sakina a eu une note positive de (105), par rapport à une note négative de coping de (85).

V.2.4.7 Données et analyse de la feuille de dépouillement N°2 du cas de Sakina

TABLE V.8 – La feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Sakina

Stratégie \ Champs	Action	Information	Emotion	Total
focalisation	A 13	G 11	M 8	32
Support social	B 11	H 10	N 13	34
Retrait	C 13	I 9	O 7	29
Conversion	D 10	J 14	P 12	36
Contrôle	E 12	K 13	Q 7	32
Refus	F 13	L 6	R 8	27

D'après la feuille de dépouillement N°2, Sakina a eu :

- **une note totale par stratégie** : la stratégie la plus utilisée est celle de conversion avec une note de(36), ensuite la stratégie de support social avec une note de(34), après vient la stratégie de focalisation et de contrôle avec une note similaire de(32), suivie par la stratégie de retrait avec une note de(29) et enfin la stratégie de refus avec une note de(27) (Voir l'annexe N°05).

V.2.4.8 Synthèse de l'échelle toulousaine du cas de Sakina

D'après les données des entretiens administrés à Sakina, nous remarquons qu'elle utilise les stratégies de coping centrées sur le problème qui se traduit par l'utilisation de champ d'action, impliquée par les stratégies de conversion (acceptation), de contrôle (contrôle cognitif et planification) et focalisation (focalisation active).

V.2.4.9 Synthèse générale

D'après les données de l'entretien et les résultats obtenus des échelles, il s'est avéré que notre quatrième cas est en hyper stress et qu'il fait appel aux stratégies de coping positives centrées sur le problème.

V.2.5 Cas N°05

Ghania est une mère âgée de 50 ans, femme au foyer, elle a 4 enfants, issue d'une famille avec une situation socio-économique moyenne et son niveau d'instruction terminale.

V.2.5.1 Analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Ghania

Quand nous avons demandé à Ghania de participer à notre entretien, elle a accepté directement et elle s'est montrée très à l'aise. Après avoir remarqué que le sujet avait confiance en nous, nous avons commencé notre entretien via lequel, elle nous a répondu à toutes les questions posées.

En abordant la question sur l'état de santé, Ghania atteinte de diabète depuis 7 ans, sa découverte de la maladie s'est faite à travers les bilans médicaux annuels. Après les résultats du dernier bilan de l'année 2010, ils ont trouvé la glycémie à 1,40 g/l. Discutant de la raison de son diabète, elle déclare qu'elle a eu de grands bébés et à chaque grossesse son bébé pèse jusqu'à 6,5 kg, et le médecin lui a annoncé qu'elle va bientôt atteindre le diabète. En effet, elle croit que c'est dû à cette raison. Quand elle a visité un diabétologue, ce dernier a constaté l'apparition des signes et les symptômes comme la fatigue, le stress, la prise de poids jusqu'à 100 kg et la soif intense. A propos des complications, Ghania révèle qu'elle n'a pas de complications pour l'instant. Pour elle, un diabétique est un être normale. En racontant, la patiente déclare qu'elle s'est déjà hospitalisée pour une intervention chirurgicale de l'appendicite et une autre fois à cause d'urticaire pendant 15 jours. Par rapport au traitement, elle prend Novoformine 500 mg, 2 prise par jours le midi et le soir et quand elle le prend, il y'a des moments où elle se sent bien et des moments non selon l'alimentation qu'elle a prise.

En répondant à la question sur son état psychique, quand le médecin lui a annoncé sa maladie, elle était choquée, elle n'a pas accepté la première fois, c'était une catastrophe mais maintenant normale, c'était finalement une erreur de se paniquer. Durant l'entretien, elle déclare qu'elle se sent bien, lors des crises d'hyperglycémie, elle se sent trop fatiguée, la bouche qui est sèche et la soif intense. En abordant la question sur le changement dans sa vie, elle ne constate aucun changement vu qu'elle vie dans des conditions favorables avec sa famille, elle nous a annoncé que son mari la remet tout le temps en ordre mais elle se soucie des complications du diabète à l'avenir.

En parlant sur la manière de faire face à son stress, le sujet affronte ses difficultés quoti-

diennes le plus normalement possible, elle pense faire face à sa maladie toujours avec patience, suivre un bon régime alimentaire et être optimiste. A propos des conseils de son médecin, elle les suit à la lettre, elle se documente et elle cherche à comprendre, lors de la prise du traitement, elle se sent des fois bien et des fois non selon l'alimentation. Pour s'adapter à sa maladie, elle fait de son mieux pour vivre avec, elle marche, elle s'occupe et elle fait du jardinage. Lorsqu'elle se trouve dans une situation stressante, elle sort, elle se met avec des références religieuses en lisent le couran. Ghania contrôle ses émotions difficilement mais elle essaie de faire face.

Concernant la manière de penser sur l'avenir, la patiente annonce qu'elle va être ambitieuse, qu'elle ne va pas baisser les bras et qu'il faut lutter. En parlant de l'espoir, Ghania compte vivre une longue vie en compagnie de ses enfants. A la fin de notre entretien, elle nous signalé qu'il faut sensibiliser les gens diabétiques non instruits pour qu'ils puissent vivre le plus normalement possible.

V.2.5.2 Synthèse et analyse de l'entretien semi-directif du cas de Ghania

Selon les données de l'entretien, nous constatons que Ghania essaie toujours de dépasser et de résoudre ses problèmes avec patience, ce qui implique l'acceptation de sa maladie en essayant de faire face, ce qui implique en TCC la distraction.

V.2.5.3 Analyse de l'échelle de stress perçu du cas de Ghania

D'après la cotation de cette échelle, nous remarquons que Ghania a obtenu un score de (16), donc elle ne présente pas du stress, elle fait de son mieux pour ne pas penser à sa maladie et elle affronte ces soucis avec patience. Cela indique dans les résultats obtenues aux items 14(qu'elle ne trouve pas des difficultés s'accumulant au point de ne pas pouvoir surmonter) (Voir l'annexe N°06).

V.2.5.4 Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Ghania

Selon l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson un score de 16 à 23 il n'y a pas de stress et Ghania a obtenu un score de (23), donc elle ne présente pas de stress.

V.2.5.5 Analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas de Ghania

TABLE V.9 – Feuille de dépouillement N°1 du cas de Ghania

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
scores	5	5	1	1	1	5	1	2	5	1	5	1	5	3	1	5	5	5	
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
Scores	5	5	1	4	1	4	3	1	5	3	5	3	2	5	3	3	5	5	
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	
Scores	5	5	1	4	2	1	1	5	5	2	5	3	5	2	1	5	5	1	
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	TOT
Action	15			9			5			6			12			13			60
Informatif		15			4			8			15			10			15		76
Emotion			3			10			15			7			5			11	51
Positif	15	15		9				8	15			15				13	15	11	116
Négatif			3		4	10	5			6		7	12	10	5				62
356																			

- **une note par dimension** : A(15), B(9), C(5), D(6), E(12), F(13), G(15), H(15), I(4), J(8), K(15), L(10), M(5), N(11), O(3), P(10), Q(15), R(7).

D'après ces notes obtenues, nous remarquons que Ghania utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : contrôle cognitif et planification, se donner des objectifs, traiter le problème de façon abstraite et logique, elle utilise aussi la dimension de focalisation active, faire face, aller directement au problème et la focalisation cognitive, analyser, mettre en place des stratégies pour mieux résoudre le problème avec une note de 15.

- **une note par champ** : le champ le plus utilisé par Ghania est le champ information qui se maintient à une note totale de (67), suivie par le champ action avec une note de (60), enfin le champ émotion avec une note de (51).
- **une note de coping générale** : Ghania a eu une note générale de (356) des champs.
- **une note de coping positif et négatif** : Ghania a eu une note positive de (116), par rapport aux notes de coping négative de (62).

V.2.5.6 Données et analyse de la feuille de dépouillement N°2 du cas de Ghania

TABLE V.10 – La feuille de dépouillement N°2 pour le cas de Ghania

Champs \ Stratégie	Action	Information	Emotion	Total
focalisation	A 15	G 14	M 5	35
Support social	B 9	H 15	N 11	35
Retrait	C 5	I 4	O 3	12
Conversion	D 6	J 8	P 10	24
Contrôle	E 12	K 15	Q 15	42
Refus	F 13	L 10	R 7	30

D'après la feuille de dépouillement N° 2, Ghania a obtenu :

- **une note totale par stratégie** : la stratégie la plus utilisée est celle du contrôle avec une note de (42), suivant la stratégie de focalisation et de support social avec une note similaire de (35), ensuite la stratégie de refus avec une note de (30), suivie par la stratégie de conversion avec une note de (24) et enfin la stratégie de retrait avec une note de (12) (Voir l'annexe N°06).

V.2.5.7 Synthèse de l'échelle toulousaine du cas de Ghania

D'après les données des entretiens administrés à Ghania, nous constatons qu'elle utilise les stratégies de coping positives centrées sur le problème qui se traduit par l'utilisation du champ "information", impliquée par l'utilisation des stratégies de contrôle (cognitive et planification) et aussi focalisation (active et cognitive).

V.2.5.8 Synthèse générale

D'après les données de l'entretien et les résultats obtenus des échelles, il s'est avéré que notre cinquième cas ne présente pas de stress, elle fait appel aux stratégies de coping positives centrées sur le problème.

V.3 Discussion des hypothèses

Grâce aux résultats obtenus dans l'analyse et l'interprétation des entretiens et les deux échelles porté sur cinq femmes diabétiques qui suivent leurs contrôles médicales au centre des diabétiques de la clinique "Beau Séjour", nous sommes censés confirmer ou infirmer nos hypothèses, qui se dégagent dans notre recherche et qui visent à procéder à une discussion des hypothèses relatives aux variables de notre étude portée sur "le stress et les stratégies de coping chez les femmes diabétiques"

L'objectif de cette partie porte sur la manière de faire face aux évènements stressants en faisant référence aux différentes stratégies chez les femmes atteintes du diabète, et de faire dégager les stratégies utilisées par ces derniers.

- L'hypothèse générale adressée est : **"les femmes diabétiques utilisent différentes stratégies de coping pour faire face aux évènements stressants"**
- les hypothèses partielles :
 1. les femmes diabétiques utilisent les stratégies de coping centrées sur le problème
 2. les femmes diabétiques utilisent les stratégies de coping centrées sur l'émotion

Pour répondre à ces hypothèses, nous avons utilisé l'entretien clinique semi directif et les deux échelles (échelle de stress perçu et celui de coping). Selon Lazarus et ses collègues, le coping à deux fonctions principales, il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress comme il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème. Selon eux, le coping est un ensemble des réponses à des situations stressantes spécifiques, c'est un processus dynamique qui change en fonction des situations et en fonction de la façon dont l'individu les évolue, pour certains auteurs les déterminants du coping sont positionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu). Pour d'autres, le coping est déterminé par les caractéristiques situationnelles (nature du problème, contrôlabilité).

Dans l'analyse et l'interprétation des résultats administrés sur cinq cas, infirme notre hypothèse générale que les femmes diabétiques utilisent différentes stratégies de coping, pour faire face à leur situations stressantes. Considérablement, tous les cas ont répondu très souvent à l'item "je vais directement au problème".

Lazarus et Launier (1978) avaient proposé de classer les évènements non pas objectivement, mais selon l'évaluation primaire faisant les individus. Les évènements pouvaient être perçus comme les pertes, des menaces, ou des défis Mc Crae (1984) a montré en effet que c'est l'éva-

luation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping.

Nous avons signalé que tous les cas de notre recherche utilisent les stratégies de coping positives centrées sur le problème, remarquées par l'utilisation des différents champs (d'action et d'information).

A propos du cas de Latifa, Zakia, et Ghania, elles utilisent les stratégies de coping positives centrées sur l'information, cela implique l'utilisation des stratégies de contrôle (contrôle cognitif et planification), focalisation (active et cognitive), et support sociale (support social informationnel).

Selon Lazarus et Folkman(1984), un coping centré sur le problème n'est vraiment efficace que si la situation est contrôlable. Face à un événement incontrôlable, les efforts répétés du sujet sont inutiles et épuisants. Durant les entretiens, nous avons constaté que le contrôle est toujours présent chez les sujets de notre étude, comme un moyen de gérer la situation stressante.

En ce qui concerne les deux autres cas, y compris Farida et Sakina, elles utilisent les stratégies de coping positives centrées sur le problème, cela implique l'utilisation des champs d'action, ce qui fait référence aux stratégies de focalisation et conversion (acceptation) et focalisation active.

A partir de l'analyse des entretiens et l'échelle toulousaine de coping, notre hypothèse partielle (les femmes diabétiques utilisent les stratégies de coping centré sur le problème) est confirmée pour tous les cas.

Dans l'ensemble, les recherches récentes ont montré qu'un coping centré sur le problème réduit la tension subite par l'individu en éliminant ou en atténuant le stresser, le recours à cette stratégie corrèle négativement avec l'anxiété et la dépression d'après plusieurs études (Bolger. 1990, Felton et Revenson. 1984, Terry. 1994).

Par rapport à la deuxième hypothèse (les femmes diabétiques utilisent les stratégies de coping centrées sur l'émotion), elle est infirmée par tous les cas.

Les stratégies émotionnelles dites "défensives" impliquent une distorsion dans l'évaluation de la situation. Des réponses de coping comme la répression ou la pensée magique se sont révélées associées à des issues dysfonctionnelles, (émotionnelles et somatiques), ceci d'après les recherches citées ci-dessus ainsi que d'après d'autres études (Olf. 1991, Payne et Firth-Cozens. 1987).

V.4 Conclusion

Les premières recherches consacrées à l'efficacité relative des stratégies de coping semblaient indiquer que les stratégies centrées sur le problème étaient plus efficaces que les stratégies centrées sur l'émotion.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette pratique que nous avons effectuée au sein de la clinique "Beau Séjour", s'est avérée très riche par la problématique traitée sur "le stress et les stratégies de coping chez les femmes diabétiques", cela est dû à l'expérience acquise sur le plan théorique.

Tout d'abord, nous avons sélectionné un échantillon composé de cinq femmes diabétiques âgées de plus de 40 ans qui suivent leurs contrôles médicaux au niveau de la clinique. Nous avons opté dans notre recherche pour des entretiens et deux échelles d'évaluation psychologique (Échelle de stress perçu de Cohen et Williamson et l'échelle toulousaine de coping).

Le diabète est parmi les sujets les plus abordés actuellement, il correspond à une élévation anormale de la glycémie, définie par le taux de sucre dans le sang, c'est une maladie chronique due à une production insuffisante d'insuline par le pancréas.

Sur le terrain nous avons aussi perçus comment cette pathologie grave provoque des troubles psychologiques qui se manifestent sur les sujets atteints. Pour faire face aux situations stressantes, les femmes utilisent les stratégies de coping qui sont considérées comme un moyen de dépasser cet état.

Le travail réalisé au cours de cette recherche permet de mettre en place une solution complète indiquant que les femmes s'adaptent différemment à leurs maladies, certaines tentent d'éviter de penser au problème, d'autres cherchent des informations sur la maladie ainsi que le soutien social. Nous avons constaté chez ces femmes l'apparition des symptômes de stress tels que la fatigue, la faiblesse, l'angoisse, la perte d'appétit et la perte du poids. Nous soulignons aussi que tous les cas utilisent les stratégies de coping pour faire face aux événements stressants.

L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles montrent que notre groupe de recherche est en situation de stress face à cette maladie, et pour affronter cette

situation, la majorité fait recours aux stratégies de coping centrées sur le problème.

A partir des résultats obtenus dans l'analyse des entretiens et les deux échelles, nous concluons que tous les cas confirment notre première hypothèse qui implique les femmes diabétiques utilisent les stratégies de coping centrées sur le problème, ainsi infirmant la deuxième hypothèse qui implique les femmes diabétiques utilisent les stratégies de coping centrées sur l'émotion.

Au-delà d'enrichir nos connaissances dans le domaine de la psychologie que requière cette expérience professionnelle, cette recherche nous a beaucoup porté au niveau des connaissances personnelles, espérons que nous avons contribué à comprendre la souffrance psychique des diabétiques.

D'un point de vue global, cette recherche était une partie de plaisir en bénéficiant d'une structure dynamique et accueillante, qui nous a apporté également un enrichissement humain et scientifique, cela dans le domaine qui nous intéresse grandement.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- [1] : Alain Couloumb et al, (2009), "sept proposition pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXIe siècle", société francophone du diabète, Ed New York.
- [2] : Briger.J, (2014), " endocrinologie nutrition ", Edition Vernazobres-Grego, paris.
- [3] : Briger. J, (2012), "endocrinologie nutrition ", 6 éme édition, Ed Vernazobres-Grego, paris.
- [4] : Baldoni. F et, Trombini. G, (2005), la psychosomatique " l'équilibre entre le corps et esprit", Edition in presse, Paris.
- [5] : Bénony. H, Kh.Chahraoui, (1999), " l'entretien clinique", Dunod, Paris.
- [6] : Boul. Louis, et H. Lafontaine, (2014), " initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines ", 6éme éd, Québec.
- [7] : Chabrol et Callabans, (2013), "Mécanismes de défense et coping ", Paris, Dunod.
- [8] : Chahraoui. Kh, et H.Bénony, (2003), "Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique", Dunod, Paris.
- [9] : Drouin. P, et Buckle. J.F, (1999), "diagnostic et classification du diabète sucré ", les nouveaux critères, paris.
- [10] : Ellen A. Skinner et al, (2016), "The development of coping ", springer international publishing Switzerland.
- [11] : Jean-Jacques Altman, "le grand livre du diabète ", Ed Eyrolles, 2012.
- [12] : Haynal. A et all, (1987), "mécanisme psychosomatique ", paris, édition Masson.
- [13] : Graziani et Swedsen.G, (2004), "le stress, émotion et stratégie d'adaptation ", Ed

Armand Coullin, Paris.

[14] : Grimaldi. A et all, (2009), "guide de pratique du diabète ", paris, Elsevien Masson.

[15] : Khiati. M, (1993), "le diabète sucré", Alger, office des publications universitaires.

[16] :Khalifa. S, (2001), « le diabète sucré », office des publications universitaires.

[17] :Krohne H.W, (2002), "stress and coping theory", johanes gutenber- université Mainz Germany.

[18] : Lazarus. R.S ET Folkman. S, (1984), "stress, appraid and coping", New York, Ed springer.

[19] :Rudolf H.Moos, (1986), "coping with life crises ", an integrated approach, originally published by plenum press, New York.

[20] :Schweitzer. B, (2001), "personnalité et maladies, stress, coping et ajustement", paris, dunod.

[21] :Sylvie. E et all, 1993, "les stratégies de coping", journées du labo 93 saint gricq.

Dictionnaires

[22] :Delamane .J, Delamane .F et al, (2009) "dictionnaire illustré des termes des médecines", Paris, Maloine.

[23] :H.Bloch, R.Chemama, 2011, " Grand dictionnaire de la psychologie", Larousse, Paris Cedex.

[24] :Norbert Sillamy, (1999), "dictionnaire de la psychologie", Paris, Larousse
Mémoires

[25] :Patoizeau. F, 2008, "l'apport du dispositif thérapeutiques des consultations familiales à l'amélioration des symptômes des maladies chroniques ", institut d'enseignements à distance université de paris 8.

[26] :Souhila Hedid, 2007, "le français dans les transactions algériennes en milieu urbain", université Metouri, constantine.

Les thèses

[27] : Andreea Dinca, 2008, "stratégies de coping, mécanismes de défense et leur influence sur

le bien-être et les programmes d'"athlètes de haut niveau pratiquant des sports d'opposition", université de heins champagne- Ardenne.

[28] : Carole Engel-Zerbinati, 2014, "étude de l'influence des stratégies psychologiques de coping sur l'état antidépressif et l'équilibre glycémique chez des adultes diabétiques de type I", université de Nice Sophia Antipolis.

[29] : Dali Yousef, 2009, "Effets modulateurs de l'hérédité et des facteurs de risques environnementaux sur le diabète de type II dans des populations de l'extrême Ouest Algérien ".

[30] : Hoareau. Cindy, 2015, " Etude descriptive biopsychosociale des patients diabétiques de type II du réseau dromadaire", université Claude Bernard Lyon I.

[31] : Laetitia. Strenna, 2013, " étude des tracasseries quotidiennes des étudiants de grandes écoles : liens avec la santé perçue, la qualité de vie et importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalité et l'estime de soi", université de Bourgogne.

Articles

[32] : Douaa Belmahi, (2011), "Magazine mensuel de la santé", N° 1 édité par Media pub santé.

[33] : Marilou. Bruchon-Schweitzer, 2001, " Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress", in recherche en soins infirmiers N°67.

[34] : Maia. Harcha et All, 2012, Diabète en Algérie, "10% de la population est atteinte", N°04, pp32-33.

[35] : Pablo. Aschner and Felicia Canete, 2001, " implementing national diabetes programmes in Latin America", in diabetes voice, Vol 46, N°04.

[36] : Philip. Home, 2002, "la femme et le diabète", in Bulletin de la Fédération Internationale du diabète, Vol 47, Spéciale.

[37] : P. Drouin et ALL, 1999, "diagnostic et classification du diabète sucré les nouveaux critères", Vol25, N°01.

[38] : Langevin et All, 2013, "ways of coping checklist(WCC)", in référence en santé au travail, N°135.

[15] : Langevin et All, 2015, "perceived stress scale(PSS) Echelle de stress perçu", in référence en santé au travail N°143.

Guide d'entretien semi directif

AXE N°01 : les informations personnelles

- Nom et prénom :
- Age :
- Niveaux d'instruction :
- Situation socioéconomique :

AXE N° 02 : renseignements sur l'état de santé (le diabète)

- Depuis quand est-vous diabétique ?
- Comment vous avez découvert que vous êtes malade ?
- Est-ce que vous avez des signes et les symptômes qui se sont manifestés au début de ta maladie ? si oui lesquels ?
- Est-ce que vous avez des complications ? si oui lesquelles ?
- Que savez- vous de cette maladie ?
- Comment été ton état de santé avant le diagnostic du diabète ?
- Quels problèmes de santé avez-vous rencontré en dehors de votre diabète ?
- Comment traitez- vous votre maladie ? et comment vous vous sentez avec se traitement ?

AXE N° 03 : renseignements sur l'état psychique du diabétique (stress)

- Comment vous avez réagi à l'annonce de cette maladie ?
- Que ressentez vous actuellement ?
- Comment vous sentez pendant et après les crises d'hyper / hypoglycémie ?
- Quels sont les changements que vous constatez ?
- Quel est l'impact de votre maladie sur vos relations familiales ?
- Pouvez-vous nous parler de vos craintes face à cette maladie ?

AXE N°04 : stratégies de faire face au stress et au diabète

- Comment affrontez-vous vos difficultés quotidiennes suite à votre maladie ?
- Comment pensez vous faire face à votre maladie ?
- Suivez-vous les conseils de votre médecin concernant vos traitements ?
- Comment vous vous sentez lors de la prise de traitement ?
- Que faites-vous pour s'adapter avec votre maladie ?
- Lorsque vous trouvez dans une situation stressante, quelles sont vos solutions pour dépasser cette situation ?
- Comment vous contrôlez vos émotions qui provoquent la détresse ?

AXE N° 05 : renseignements sur l'avenir

- Comment voyez- vous votre avenir ?
- Qu'espérez vous à l'avenir ?
- Quels sont vos projets au futur ?
- Souhaitez vous apporter ou ajouter d'autres choses que nous n'avons pas évoqué tout au long de cet entretien ?

Cas 01 de Latifa

Résultats de l'échelle de stress perçu et l'échelle de toulousaine de coping du cas de Latifa

Échelle de stress perçu du cas de Latifa

Au cours du dernier mois :

Echelle toulousaine de coping du cas de Latifa

Choix de la situation difficile : sa maladie (le diabète) Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

TABLE V.11 – Échelle de stress perçu du cas de Latifa

	1	2	3	4	5
1. Avez-vous été dérangée par un évènement inattendu ?				×	
2. Vous a t-il semblait difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	×				
3. Vous êtes-vous sentie nerveuse et stressée ?			×		
4. Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	×				
5. Avez-vous sentie que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			×		
6. vous êtes-vous sentie confiante dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			×		
7. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					×
8. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					×
9. Avez- vous été capable de maîtrisé votre énervement ?	×				
10. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?		×			
11. Vous êtes- vous senti irritée par ce que les évènements échappaient à votre contrôle ?				×	
12. Vous êtes- vous senti préoccupée par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			×		
14. Avez-vous trouvée que les difficultés saccumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					×

TABLE V.12 – Echelle toulousaine de coping du cas de Latifa

	Pas du tout				Très souvent
1. je fais face à la situation	1	2	3	4	*
2. je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins)	1	2	3	*	5
3. j'essaie de me sentir mieux en mangeant	*	2	3	4	5
4. je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	1	2	*	4	5
5. j'essaie de ne pas penser au problème	1	2	*	4	5
6. je demande à dieu de m'aider	1	2	3	4	*
7. j'évite de rencontrer des gens	*	2	3	4	5
8. j'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	*	4	5
9. j'essaie de ne pas paniquer	1	2	3	4	*
10. je change ma façon de vivre	*	2	3	4	5
11. je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	2	3	4	*
12. il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	*	3	4	5
13. je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	2	3	4	*
14. je refuse d'admettre le problème	1	2	*	4	5
15. il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	*	2	3	4	5
16. je fais quelque chose de plus agréable	1	2	3	4	*
17. j'analyse la situation pour mieux le comprendre	1	2	3	4	*
18. j'éprouve le besoin de partager avec les proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	4	*
19. j'attaque le problème de front	1	2	3	4	*
20. je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	3	4	*
21. j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	*	2	3	4	5
22. je cherche des activités collectives pour me dépenser	*	2	3	4	5
23. je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	1	2	*	4	5
24. je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	*	2	3	4	5
25. il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	*	4	5
26. j'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4	*
27. je contrôle mes émotions	1	*	3	4	5
28. je change la façon de me comporter	1	2	3	4	*
29. je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	*	2	3	4	5

30. j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	*	2	3	4	5
31. je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2	3	*	5
32. j'agis comme si le problème n'existait pas	*	2	3	4	5
33. je me sens coupable	1	2	3	4	*
34. je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	4	*
35. je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3	4	*
36. je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété	*	2	3	4	5
37. je vais directement au problème	1	2	3	4	*
38. je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2	*	4	5
39. je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	*	2	3	4	5
40. j'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e)	*	2	3	4	5
41. j'essaie à tout prix de penser à autre choses	1	2	3	4	*
42. je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	1	2	3	4	*
43. je me mets en retrait par rapport aux autres	*	2	3	4	5
44. j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4	*
45. je garde pour moi mes sentiments	1	2	3	*	5
46. je modifie mes actions en fonction du problème	*	2	3	4	5
47. je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4	*
48. mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues	1	2	*	4	5
49. je me retiens d'agir trop rapidement	1	2	3	4	*
50. je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	*	2	3	4	5
51. je suis envahi(e) par mes émotions	*	2	3	4	5
52. je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3	*	5
53. je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	4	*
54. je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2	3	4	*

Cas 02 de Farida

Résultats de l'échelle de stress perçu et l'échelle de toulousaine de coping du cas de Farida

Échelle de stress perçu du cas de Farida

Au cours du dernier mois :

Echelle toulousaine de coping du cas de Farida

Choix de la situation difficile : maladie de mon fils Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

TABLE V.13 – Échelle de stress perçu du cas de Farida

	1	2	3	4	5
1. Avez-vous été dérangée par un évènement inattendu ?					×
2. Vous a t-il semblait difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			×		
3. Vous êtes-vous sentie nerveuse et stressée ?					×
4. Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?		×			
5. Avez-vous sentie que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?					×
6. vous êtes-vous sentie confiante dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			×		
7. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			×		
8. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					×
9. Avez- vous été capable de maîtrisé votre énervement ?					×
10. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					×
11. Vous êtes- vous senti irritée par ce que les évènements échappaient à votre contrôle ?			×		
12. Vous êtes- vous senti préoccupée par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					×
14. Avez-vous trouvée que les difficultés s'accumulaient au point que vous ne pouviez les surmonter ?					×

TABLE V.14 – Echelle toulousaine de coping du cas de Farida

	Pas du tout				Très souvent
1. je fais face à la situation	1	2	3	4	*
2. je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins)	1	2	*	4	5
3. j'essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2	3	4	*
4. je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	*	2	3	4	5
5. j'essaie de ne pas penser au problème	1	2	*	4	5
6. je demande à dieu de m'aider	1	2	3	4	*
7. j'évite de rencontrer des gens	1	*	3	4	5
8. j'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	3	4	*
9. j'essaie de ne pas paniquer	1	2	*	4	5
10. je change ma façon de vivre	1	2	3	4	*
11. je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	*	3	4	5
12. il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	2	3	4	*
13. je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	2	3	*	5
14. je refuse d'admettre le problème	1	2	3	4	*
15. il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	*	2	3	4	5
16. je fais quelque chose de plus agréable	1	2	*	4	5
17. j'analyse la situation pour mieux le comprendre	1	2	3	*	5
18. j'éprouve le besoin de partager avec les proches ce que je ressens intérieurement	*	2	3	4	5
19. j'attaque le problème de front	1	2	3	4	*
20. je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	*	2	3	4	5
21. j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	*	2	3	4	5
22. je cherche des activités collectives pour me dépenser	1	2	3	4	*
23. je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	1	2	*	4	5
24. je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	*	2	3	4	5
25. il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	*	4	5
26. j'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4	*
27. je contrôle mes émotions	1	2	3	*	5
28. je change la façon de me comporter	1	*	3	4	5
29. je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2	*	4	5

30. j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	*	3	4	5
31. je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2	3	*	5
32. j'agis comme si le problème n'existait pas	*	2	3	4	5
33. je me sens coupable	1	2	3	4	*
34. je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	*	5
35. je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	*	2	3	4	5
36. je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété	1	*	3	4	5
37. je vais directement au problème	1	2	3	4	*
38. je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	*	2	3	4	5
39. je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	*	2	3	4	5
40. j'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e)	*	2	3	4	5
41. j'essaie à tout prix de penser à autre choses	1	2	*	4	5
42. je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	*	2	3	4	5
43. je me mets en retrait par rapport aux autres	1	2	3	4	*
44. j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	*	5
45. je garde pour moi mes sentiments	1	2	3	4	*
46. je modifie mes actions en fonction du problème	1	2	*	4	5
47. je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4	*
48. mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues	1	*	3	4	5
49. je me retiens d'agir trop rapidement	1	2	*	4	5
50. je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	*	3	4	5
51. je suis envahi(e) par mes émotions	1	*	3	4	5
52. je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3	4	*
53. je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	*	5
54. je cherche la sympathie, les encouragements des autres	*	2	3	4	5

Cas 03 de Zakia

Résultats de l'échelle de stress perçu et l'échelle de toulousaine de coping du cas de Zakia

Échelle de stress perçu du cas de Zakia

Au cours du dernier mois :

Echelle toulousaine de coping du cas de Zakia

Choix de la situation difficile : sa maladie (le diabète) Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

TABLE V.15 – Échelle de stress perçu du cas de Zakia

	1	2	3	4	5
1. Avez-vous été dérangée par un évènement inattendu ?			×		
2. Vous a t-il semblait difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?		×			
3. Vous êtes-vous sentie nerveuse et stressée ?	×				
4. Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	×				
5. Avez-vous sentie que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?	×				
6. vous êtes-vous sentie confiante dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	×				
7. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			×		
8. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?				×	
9. Avez- vous été capable de maîtrisé votre énervement ?		×			
10. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	×				
11. Vous êtes- vous senti irritée par ce que les évènements échappaient à votre contrôle ?		×			
12. Vous êtes- vous senti préoccupée par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?				×	
14. Avez-vous trouvée que les difficultés saccumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?			×		

TABLE V.16 – Echelle toulousaine de coping du cas de Zakia

	Pas du tout				Très souvent
1. je fais face à la situation	1	2	3	4	*
2. je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins)	1	2	3	4	*
3. j'essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2	3	*	5
4. je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	1	2	*	4	5
5. j'essaie de ne pas penser au problème	1	2	3	*	5
6. je demande à dieu de m'aider	1	2	3	4	*
7. j'évite de rencontrer des gens	1	2	3	4	*
8. j'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	3	*	5
9. j'essaie de ne pas paniquer	1	2	*	4	5
10. je change ma façon de vivre	*	2	3	4	5
11. je fais un plan d'action et je m'y tiens	*	2	3	4	5
12. il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	2	*	4	5
13. je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	*	3	4	5
14. je refuse d'admettre le problème	1	*	3	4	5
15. il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	*	2	3	4	5
16. je fais quelque chose de plus agréable	*	2	3	4	5
17. j'analyse la situation pour mieux le comprendre	1	*	3	4	5
18. j'éprouve le besoin de partager avec les proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	4	*
19. j'attaque le problème de front	1	*	3	4	5
20. je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	3	*	5
21. j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	1	*	3	4	5
22. je cherche des activités collectives pour me dépenser	*	2	3	4	5
23. je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	*	2	3	4	5
24. je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	*	2	3	4	5
25. il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	*	4	5
26. j'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4	*
27. je contrôle mes émotions	1	2	3	*	5
28. je change la façon de me comporter	1	2	*	4	5
29. je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	*	3	4	5

30. j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	2	3	4	*
31. je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	*	2	3	4	5
32. j'agis comme si le problème n'existait pas	1	*	3	4	5
33. je me sens coupable	1	2	*	4	5
34. je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	4	*
35. je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	*	4	5
36. je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété	1	*	3	4	5
37. je vais directement au problème	1	2	3	*	5
38. je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	*	2	3	4	5
39. je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	1	*	3	4	5
40. j'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e)	1	2	3	4	*
41. j'essaie à tout prix de penser à autre choses	1	2	3	*	5
42. je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	*	2	3	4	5
43. je me mets en retrait par rapport aux autres	1	*	3	4	5
44. j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4	*
45. je garde pour moi mes sentiments	1	2	3	*	5
46. je modifie mes actions en fonction du problème	*	2	3	4	5
47. je me donne des objectifs à atteindre	1	2	*	4	5
48. mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues	*	2	3	4	5
49. je me retiens d'agir trop rapidement	1	2	*	4	5
50. je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	2	3	4	*
51. je suis envahi(e) par mes émotions	1	*	3	4	5
52. je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3	4	*
53. je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	*	5
54. je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2	3	4	*

Cas 04 de Sakina

Résultats de l'échelle de stress perçu et l'échelle de toulousaine de coping du cas de Sakina

Échelle de stress perçu du cas de Sakina

Au cours du dernier mois :

Echelle toulousaine de coping du cas de Sakina

Choix de la situation difficile : sa maladie (le diabète) Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

TABLE V.17 – Échelle de stress perçu du cas de Sakina

	1	2	3	4	5
1. Avez-vous été dérangée par un évènement inattendu ?					×
2. Vous a t-il semblait difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					×
3. Vous êtes-vous sentie nerveuse et stressée ?					×
4. Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			×		
5. Avez-vous sentie que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?			×		
6. vous êtes-vous sentie confiante dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	×				
7. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	×				
8. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?					×
9. Avez- vous été capable de maîtrisé votre énervement ?	×				
10. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?			×		
11. Vous êtes- vous senti irritée par ce que les évènements échappaient à votre contrôle ?			×		
12. Vous êtes- vous senti préoccupée par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					×
14. Avez-vous trouvée que les difficultés saccumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?		×			

TABLE V.18 – Echelle toulousaine de coping du cas de Sakina

	Pas du tout				Très souvent
1. je fais face à la situation	1	2	3	4	*
2. je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins)	1	2	3	4	*
3. j'essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2	3	4	*
4. je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	1	2	3	*	5
5. j'essaie de ne pas penser au problème	1	2	*	4	5
6. je demande à dieu de m'aider	1	2	3	4	*
7. j'évite de rencontrer des gens	1	2	3	4	*
8. j'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	3	*	5
9. j'essaie de ne pas paniquer	*	2	4	4	5
10. je change ma façon de vivre	1	*	3	4	5
11. je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	2	3	4	*
12. il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	2	3	*	5
13. je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	2	3	4	*
14. je refuse d'admettre le problème	1	2	*	4	5
15. il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	1	2	3	*	5
16. je fais quelque chose de plus agréable	1	2	3	4	*
17. j'analyse la situation pour mieux le comprendre	1	2	*	4	5
18. j'éprouve le besoin de partager avec les proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	*	5
19. j'attaque le problème de front	1	2	*	4	5
20. je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	*	2	3	4	5
21. j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	*	2	3	4	5
22. je cherche des activités collectives pour me dépenser	1	2	3	*	5
23. je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	*	2	3	4	5
24. je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3	4	*
25. il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	*	4	5
26. j'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4	*
27. je contrôle mes émotions	1	2	3	*	5
28. je change la façon de me comporter	1	2	*	4	5
29. je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2	*	4	5

30. j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	*	2	3	4	5
31. je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2	3	*	5
32. j'agis comme si le problème n'existait pas	*	2	3	4	5
33. je me sens coupable	*	2	3	4	5
34. je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	*	5
35. je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	*	4	5
36. je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété	1	2	3	*	5
37. je vais directement au problème	1	2	3	4	*
38. je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2	3	*	5
39. je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	*	2	3	4	5
40. j'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e)	1	2	*	4	5
41. j'essaie à tout prix de penser à autre choses	1	2	3	*	5
42. je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	1	*	3	4	5
43. je me mets en retrait par rapport aux autres	1	2	3	4	*
44. j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4	*
45. je garde pour moi mes sentiments	*	2	3	4	5
46. je modifie mes actions en fonction du problème	1	2	3	4	*
47. je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4	*
48. mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues	1	*	3	4	5
49. je me retiens d'agir trop rapidement	1	2	*	4	5
50. je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	*	3	4	5
51. je suis envahi(e) par mes émotions	1	2	*	4	5
52. je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3	*	5
53. je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	4	*
54. je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2	3	4	*

Cas 05 de Ghania

Résultats de l'échelle de stress perçu et l'échelle de toulousaine de coping du cas de Ghania

Échelle de stress perçu du cas de Ghania

Au cours du dernier mois :

Echelle toulousaine de coping du cas de Ghania

Choix de la situation difficile : sa maladie (le diabète) Face à une situation difficile, je réagis de la façon suivante :

TABLE V.19 – Échelle de stress perçu du cas de Ghania

	1	2	3	4	5
1. Avez-vous été dérangée par un évènement inattendu ?					×
2. Vous a t-il semblait difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	×				
3. Vous êtes-vous sentie nerveuse et stressée ?			×		
4. Avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			×		
5. Avez-vous sentie que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie ?		×			
6. vous êtes-vous sentie confiante dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					×
7. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?		×			
8. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	×				
9. Avez- vous été capable de maîtrisé votre énervement ?			×		
10. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					×
11. Vous êtes- vous senti irritée par ce que les évènements échappaient à votre contrôle ?	×				
12. Vous êtes- vous senti préoccupée par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. Avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					×
14. Avez-vous trouvée que les difficultés saccumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?	×				

TABLE V.20 – Echelle toulousaine de coping du cas de Ghania

	Pas du tout				Très souvent
1. je fais face à la situation	1	2	3	4	*
2. je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins)	1	2	3	4	*
3. j'essaie de me sentir mieux en mangeant	*	2	3	4	5
4. je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	*	2	3	4	5
5. j'essaie de ne pas penser au problème	*	2	3	4	5
6. je demande à dieu de m'aider	1	2	3	4	*
7. j'évite de rencontrer des gens	*	2	3	4	5
8. j'accepte le problème s'il est inévitable	1	*	3	4	5
9. j'essaie de ne pas paniquer	1	2	4	4	*
10. je change ma façon de vivre	*	2	3	4	5
11. je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	2	3	4	*
12. il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	*	2	3	4	5
13. je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	2	3	4	*
14. je refuse d'admettre le problème	1	2	*	4	5
15. il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	*	2	3	4	5
16. je fais quelque chose de plus agréable	1	2	3	4	*
17. j'analyse la situation pour mieux le comprendre	1	2	3	4	*
18. j'éprouve le besoin de partager avec les proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	4	*
19. j'attaque le problème de front	1	2	3	4	*
20. je discute du problème avec mes parents ou avec d'autres adultes	1	2	3	4	*
21. j'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	*	2	3	4	5
22. je cherche des activités collectives pour me dépenser	1	2	3	*	5
23. je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	*	2	3	4	5
24. je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3	*	5
25. il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	*	4	5
26. j'apprends à vivre avec le problème	*	2	3	4	5
27. je contrôle mes émotions	1	2	3	4	*
28. je change la façon de me comporter	1	2	*	4	5
29. je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2	3	4	*

30. j'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	2	*	4	5
31. je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	*	3	4	5
32. j'agis comme si le problème n'existait pas	1	2	3	4	*
33. je me sens coupable	1	2	*	4	5
34. je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	*	4	5
35. je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3	4	*
36. je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété	1	2	3	4	*
37. je vais directement au problème	1	2	3	4	*
38. je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2	3	4	*
39. je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	*	2	3	4	5
40. j'aide les autres comme j'aimerais être aidé(e)	1	2	3	*	5
41. j'essaie à tout prix de penser à autre choses	1	*	3	4	5
42. je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	*	2	3	4	5
43. je me mets en retrait par rapport aux autres	*	2	3	4	5
44. j'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4	*
45. je garde pour moi mes sentiments	1	2	3	4	*
46. je modifie mes actions en fonction du problème	1	*	3	4	5
47. je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4	*
48. mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues	1	2	*	4	5
49. je me retiens d'agir trop rapidement	1	2	3	4	*
50. je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	*	3	4	5
51. je suis envahi(e) par mes émotions	*	2	3	4	5
52. je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3	4	*
53. je réfléchis aux stratégies que je pourrais employer pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	4	*
54. je cherche la sympathie, les encouragements des autres	*	2	3	4	5

WEBOGRAPHIE

[W1] : <http://www.web-libre.org/base-de-donnees,7439.html>

[W2] : http://www.futura-sciences.com/fr/definition/t/internet-2/d/javascript_09/

Stress et stratégies de coping chez les femmes diabétiques

(Etude clinique de cinq(05) cas réalisée au sein de clinique Beau séjour bejaia)

Résumé

Notre problématique de recherche aborde le thème de stress et stratégies de coping chez les femmes diabétiques.

L'objectif principal de notre recherche demande de savoir quelles sont les stratégies de coping utilisées par les femmes diabétiques afin de faire face à leurs maladie.

A la réalisation de cette pratique. Nous avons choisir comme terrain de recherche la clinique de Beau Séjour (Bejaia), dans laquelle nous avons opté pour l'étude de cas avec les femmes diabétiques. Nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles (stress perçu de Cohen et Williamson, et celle de toulousaine de coping).

L'analyse et la discussion des résultats indiquent que les femmes diabétiques employant des stratégies de coping centré sur le problème, ce qui implique l'utilisation des champs d'action et d'information.

Mots clés : diabète, stress, stratégies

Abstract

Our research problematic focus on the Stress and coping strategies in women with diabetes.

The main objective of our research is to know what coping strategies are used in women with diabetes to cope with their illness.

To the realization of this practice. We chose as a research ground the Beau Séjour clinic (Bejaia), in which we opted for the case study with women with diabetes. We used the semi-directive clinical interview and the two scales (perceived stress of Cohen and Williamson, and that of coping Toulouse).

Analysis and discussion of the results indicate that women with diabetes employing problem-focused coping strategies, which involves the use of fields of action and information.

Key words: diabetes, stress, coping strategies, perceived stress scale and Toulouse coping scale.