

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département : Sciences Sociales

***Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du
diplôme de Master***

Option : psychologie Clinique

Thème

***Les stratégies de coping chez l'adolescent
diabétique
Etude de 8 cas
La clinique de beau séjour, et CHU de Khalil Amrane.***

Préparé par

M^{elle} KESRI. Siham

Encadré par

Mr LABOUDI. Fatih

Année universitaire 2012- 2013

Remerciement :

Avant tous je remercie dieu le tous puissant de m'avoir accordé santé, courage, et patience pour accomplir ce travail.

Un merci particulier à monsieur LABOUDI Fatih pour son aide, ses orientations, et ses conseils.

Je tien à remercier également tous les enseignants de notre faculté pour leurs précieux conseils.

Merci à ceux qui prennent le temps d'évaluer mon travail, mesdames et monsieur les membres de jury.

Merci à tous le personnel de la clinique « beau séjour », en particulier le médecin chef, ainsi que les médecins diabétologues qui nous a apporté leurs aides.

Je remercie ainsi le personnel de service de pédiatrie de Khalil Amrane, en particulier la psychologue pour sa disponibilité et sa coopération.

Merci aussi à tous les patients.

Je remercie infiniment tous mes amis : Fazia, Imane, Rabiha, Mahfoud, Aicha, Meriem, Firouz, Sabrina, Nadir, Miliza.

Enfin, je dirais MERCI à tous ceux qui ont contribués de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicace :

Je dédié ce travail :

A ma très chère mère, pour son grand amour, son sacrifice, et son encouragement, que dieu la protège et la garde en bonne santé.

A la mémoire de mon ange gardien, mon cher père que je garde toujours dans mon cœur.

A mon adorable frère Bachir.

A mon frère Ali et sa famille. Surtout mes neveux: Bihouche, Mazigh, Mayas, et Djidji.

A mon oncle Zahir et sa famille, sa femme Meriem et son fils Siliane.

A ma tante Wardiya, son marie Mustafa, et leurs enfants, Nassima, Djida, Meriem, Souad, Fatiha, Dihia, Achour, et Toufik,

A ma tante Zina et sa famille.

A ma tante Ndjima et sa famille.

A mes meilleures amies: Rebiha, fazia, Rabiha et son fiancé Naime, Aicha, Firouz et Miliza.

A ma meilleure amie Meriem et toute sa famille.

A mes meilleurs amis : Mahfoud, Ghani, Nadir, Hacem,

A mes copines de chambre : Imane que j'oublierais jamais, et Sabrina.

A toute la famille KESRI.

Sommaire

SOMMAIRE

Remerciement

Dédicace

Introduction générale.....	01
1- Problématique et hypothèses.....	05
2- Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	10
3- Les objectifs choix de thème.....	13

LA PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : le coping

Introduction.....	16
1- Définition de coping.....	16
2- L'origine de concept de coping.....	17
3- Coping : différents modèles.....	18
4- Définition de stress.....	19
5- La phase d'évaluation.....	19
6- Les dimensions de coping.....	20
7- Différentes mesures de coping.....	21
8- L'efficacité des stratégies de coping.....	22
9- Les stratégies de coping spécifiques.....	23
Conclusion.....	25

CHAPITRE II : le diabète

Introduction.....	27
1. Définition de diabète.....	27
2. Historique de diabète.....	27
3. Définition de diabète sucre.....	28
4. Epidémiologie.....	30

5. Les types de diabète.....	30
6. Les symptômes de diabète.....	32
7. Circonstances de découverte.....	32
8. Diagnostic de diabète.....	33
9. Traitement de diabète.....	33
10. Complication de diabète.....	35
11. Facteurs révélant de diabète.....	37
12. Diabète : aspect psychologique.....	38
Conclusion.....	39
CHAPITRE III : l'adolescence	
Introduction.....	41
1. Définition de l'adolescence.....	41
2. Historique de concept de l'adolescence.....	41
3. Les stades de développement à l'adolescence.....	42
4. Les troubles de l'adolescence.....	45
5. Les effets de la santé physique sur la santé psychique.....	47
6. L'annonce d'une maladie.....	47
7. L'adolescent face au diabète.....	48
8. La qualité de vie chez l'adolescent diabétique.....	49
Conclusion.....	49

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE IV : méthodologie de la recherche

Introduction.....	52
1. Pré enquête.....	52
2. La démarche clinique.....	53
3. La méthode descriptive.....	53
4. Description de lieu de recherche.....	54
5. Présentation de la population d'étude.....	56
6. Les techniques utilisées.....	58
7. Les outils de la recherche.....	60

Conclusion.....65

CHAPITRE V : présentation, analyse, et discussion des hypothèses

Introduction.....67

1. Présentations et analyses des entretiens et des tests.....68

2. Discussion des hypothèses.....97

Conclusion.....98

Conclusion générale.....100

Liste bibliographique

Les annexes

La liste des tableaux

Liste des tableaux

N° de tableau	titre	page
Tableau N°01	Définition de diabète et des anomalies de la glycorégulation	25
Tableau N° 02	Les caractéristiques de la population d'étude	52
Tableau N° 03	La répartition des stratégies selon les champs	57

Introduction

Générale

Introduction :

Depuis son existence, l'homme s'est trouvé au milieu d'une nature pleine de dangers, de difficultés, et de différents obstacles concernant sa manière de vivre, d'habiter, de déplacer, de manger... ainsi que sa manière de soulager ses douleurs et ses maladies.

La maladie est une pathologie qui a souffrit l'être humain depuis son apparition si bien qu'elle est une conception étudiée par plusieurs auteurs dans différentes cultures, depuis l'antiquité (Hippocrate, Galien, Platon ...) jusqu'à nos jours.

Selon le modèle biomédical une maladie correspond à un ensemble de symptômes dus à une pathologie organique sous-jacente. Les maladies chroniques en fait partie, qui sont des affections incurables, considérées actuellement comme les causes principales de la morbidité et de la mortalité dont on peut citer parmi ces maladies le diabète.

Le diabète est une maladie chronique très répandue et constitue un véritable fléau des temps modernes, il se définit comme un trouble de métabolisme lié à un déficit d'insuline, ou à une résistance anormale à cette hormone, d'où une accumulation du glucose dans les tissus.

Les complications de diabète sont graves, il est la principale cause de la perte de la vue, le risque de développer des maladies du cœur, et l'insuffisance rénale.

La survenue du diabète est un véritable traumatisme, notamment chez les adolescents.

L'adolescence est définie comme étant l'âge de la vie qui succède à l'enfance, de la puberté à l'âge adulte (de 12-14 ans à 18-20 ans).

Le processus de l'adolescence recouvre un ensemble de transformations à la fois physiques, psychologiques, et sociales. Les jeunes entrant dans l'adolescence cherchent à s'occuper eux-mêmes de leurs soins.

Débutant ainsi leur autonomie. A cet âge la comparaison aux pairs joue un rôle primordial, et les adolescents malades connaissent souvent des sentiments de dévalorisation et de rejet, et d'autres sentiments de tristesse, et de culpabilité.

Et pour surmonter cette situation, les adolescents s'adaptent différemment à leur maladie, ils mettent en oeuvre une série de réactions pour tenter de faire face aux contraintes qui se manifestent à cause de diabète. Certains tentent d'éviter de penser à la maladie, d'autres cherchent des informations sur la maladie, ... etc. ces réactions constituent les stratégies de coping, qui représentent les efforts cognitifs, comportementaux, et affectifs, ayant le rôle de minimiser et de contrôler les facteurs stressants de cette situation.

En vue d'explorer et de comprendre comment les adolescents diabétiques font face à leur maladie nous avons fait recours aux méthodes de recherche descriptives, qui sont considérées comme les plus utiles à la réalisation de notre recherche. Et pour les techniques on a utilisé l'entretien semi-directif, et l'échelle toulousaine de coping.

De fait notre recherche s'est appuyée sur le plan de travail suivant :

Un cadre général de la problématique, comporte la problématique, les hypothèses, les concepts clés de notre thème, et enfin les objectifs théoriques et pratiques de notre recherche.

On présentera deux parties :

la partie théorique dans laquelle on va aborder trois chapitres, le premier est consacré à parler sur le coping, sa définition, son évolution, et ses types, le chapitre suivant est bien celui de diabète, dans lequel nous évoquerons son origine, ses types, ses symptômes, et son traitement, le dernier chapitre est consacré à parler sur la définition de l'adolescence, son origine, les étapes de développement, et les troubles de l'adolescent, et enfin nous allons évoquer le diabète chez l'adolescent.

La partie pratique est réservée au cadre méthodologique constitue la méthodologie de recherche suivie dans notre travail, ainsi qu'elle porte sur la présentation, l'analyse et la discussion des hypothèses.

Notre travail de recherche vise à identifier les stratégies de coping les plus couramment utilisées par les adolescents diabétiques sur le terrain.

*Problématique et
Hypothèses*

1. La problématique :

Le développement et l'évolution de l'homme est un sujet intéressant à étudier par plusieurs auteurs et chercheurs et surtout par la psychologie de développement qui s'intéresse aux changements qui vont organiser le fonctionnement psychologiques des individus de la naissance jusqu'à l'âge adulte.

Entre la période de l'enfance et celle de l'adulte existe une période très importante dans le développement de l'individu c'est celle de l'adolescence. Les définitions sur l'adolescence diffèrent d'un dictionnaire à l'autre.

Le dictionnaire de la psychologie de Norbert Sillamy définit l'adolescence comme « une époque de la vie qui se situe entre l'enfance, qu'elle continue, à l'âge adulte. Il s'agit d'une période ingrate marquée par les transformations corporelles et psychologiques qui débute vers 12ans ou 13ans et se termine entre 18 ans et 20 ans. Ces limites sont imprécises, car l'apparition et la durée de l'adolescence varient selon le sexe, les races, les conditions géographiques et les milieux socio-économiques. Sur le plan psychologique l'adolescence est marquée par la réactivation et l'épanouissement de l'instinct sexuel, l'affermissement des intérêts professionnels et sociaux, le désir de la liberté et d'autonomie, la richesse de la vie affective. (Norbert. S, 2003, p08).

Ces transformations profondes qu'ont à vivre les adolescents s'accompagnent des conflits intérieurs tout comme des conflits familiaux et scolaires, des troubles de caractère, opposition, des sentiments d'isolement, et des préoccupations obsédantes concernant l'image du corps ou s'amorcent de graves troubles mentaux. (Ibid. p13). Cette période de la jeune Adolescence a incité Stanley Hall (12) à caractériser l'adolescence comme une période de tempêtes et de stress. (Roger S, 2001).

De nombreuses études ont été effectuées pour parler de la survenue d'une maladie chronique, tel que le diabète, au milieu de cette crise et de son impacte sur la vie psychologique de l'adolescent.

Problématique et hypothèses

Le diabète sucré est une maladie chronique grave caractérisée par un problème de métabolisme de glucose et se traduit par des taux très élevés du sucre dans le sang (hyperglycémie) il apparaît sous deux formes :

Diabète type1 : IDDM est caractérisé par une insuffisance d'insuline due à une destruction progressive des cellules β du pancréas que l'on doit compenser régulièrement par des injections de cette hormone afin de préserver l'équilibre métabolique et de maintenir le contrôle glycémique.

Diabète type2 : NIDDM beaucoup plus complexe et se traduit par le dysfonctionnement de certains récepteurs membranaires spécifiques à l'insuline. (Bruchon-Schweitzer.M, 2001, p 95).

Le diabète est dû aux facteurs de l'hérédité, aux changements de modes de vie et à la malnutrition, ainsi qu'il s'accroît avec le vieillissement et l'obésité de la population, sans oublier les facteurs psychologiques comme le stress, qui jouent un rôle dans l'apparition du diabète ou de son aggravation.

Le diabète touche une grande partie de la population dans le monde, l'OMS estime en effet à plus de 220 millions le nombre de personnes diabétiques dans le monde, et un chiffre qui pourrait doubler d'ici 2030 si aucune mesure n'est prise. (Coulomb. A et al. 2010, p13). Et pour les pays en voie de développement, ils compteront 75% des patients diabétiques du globe. Entre 2007 et 2025 la prévalence du diabète augmentera de 3,1 à 3,5% de 10,4 millions à 18,7 millions de personnes. (Couque. A, 2010, p29)

Le diabète est une maladie difficile à vivre et à penser qui provoque chez l'adolescent un sentiment de déférence par rapport à ses pairs à cause de son adoption d'un mode de vie particulièrement contraignant pour maintenir leur équilibre métabolique : contrôle de poids (régime alimentaire et exercices physiques), contrôle glycémique impliquant soit l'injection d'insuline plusieurs fois par jour, soit un traitement oral. (Bruchon-Schweitzer. M, 2001, p 96) ce qui lui renvoie le lien de la dépendance, l'image de corps malade, besoin de contrôle, la peur des parents et des

soignants du risques de complications. De même il perçoit son avenir comme fragment, peu construit, et chargé de menaces.

Ainsi, pour éviter l'apparition d'autre complications au niveau des yeux, des reins, des pieds,..., le sujet est censé de suivre un régime diététique adéquat, la prise de traitement, et même pratiquer du sport, ainsi qu'une consultation médicale permanente.

Mais comme cette maladie est une réalité qui accompagne le sujet durant sa vie il se met dans l'obligation d'accepter sa situation et d'y faire face.

Le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par l'adolescent pour qu'il retrouve un bien-être psychologique, et un certain équilibre de vie.

Ainsi, pour dépasser le conflit, la crise ou la situation difficile qu'il vit, le sujet met en place des stratégies de coping, lui permettant de s'ajuster à la nouvelle situation ou de se défendre contre toute emprise.

Le coping désigne cette manière de faire face à une situation stressante et de la maîtriser.

On ne peut pas donc parler de coping sans parler au premier lieu de stress. Selon Selye(1975), le mot stress désigne « la somme de tous les effets non spécifiques de facteurs (activités normales, facteurs de maladie, remèdes, ...), pouvant agir sur l'organisme, ces agents sont nommés stresser lorsqu'ont fait allusion à leur capacités de produire le stress » (Moisson. V et Roques. O, pp 5-6, 2005).

Le coping était un centre de recherche et de discussions entre plusieurs auteurs et approches : la psychologie de moi considère le coping comme un mécanisme de défense primaire , adaptatif, mature , inconscient, le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et a l'évolution des espèces, le model transactionnel de Lazarus et de Folkman qui considère le coping comme un processus qui se focalise sur ce que la personne pense et fait lors d'une situation spécifique de stress.

On parle de coping pour désigner, selon Lazarus et Folkman (19) « les efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, destinés à gérer les exigences internes et/ou externes spécifiques qui sont perçues comme menaçant ou débordant les ressources d'une personne » (Grebou.E et al, p 316, 2006). Ce terme, d'abord traduit par «stratégies d'ajustement», est admis dans le vocabulaire français depuis 1993.

Selon Lazarus et ses collègues, le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, qui est le coping centré sur le problème, il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème et donc de se modifier soi-même, c'est à dire un coping centré sur l'émotion. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002, pp 353-357).

De nombreuses études ont montrées que les adolescents atteints du diabète, utilisent les stratégies de coping pour s'ajuster à leurs situations. A titre d'exemple, les recherches de Milousheva et al. (1996) est l'une des premières à avoir mis en évidence, chez les adolescents IDDM, des stratégies de coping spécifiques, différant sensiblement selon le sexe.

Certains auteurs affirment qu'il existe aussi une autre stratégie qui est la recherche de soutien social. : Il s'agit d'une recherche de la proximité sur le plan relationnel et social afin de trouver une aide, et sont rattachés à ce concept, l'utilisation des habilités sociales avec la négociation, la communication sincère et ouverte. (Pronost. A.M, et Tap.P , 1997, p77).

Nous avons fait recours dans notre recherche au modèle transactionnel de Folkman et Lazarus, qui semble apporter un point de vue complémentaire dans la compréhension des réactions au stress. qui s'inscrit dans le champs des théories cognitivo-comportementales, qui sont des thérapies reposant sur des règles psychologiques appuyés sur des échanges verbaux, par conséquent, l'entretien clinique et l'échelle toulousaine de coping qu'on a adopté.

A la lumière de ce qui a précédé, notre objectif est de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- L'adolescent diabétique utilise-t-il un coping face à sa maladie ?
- Quelles sont les stratégies de coping utilisées par l'adolescent diabétique ?

Les hypothèses :

En se basant sur les données conceptuelles et théoriques concordantes avec la réalité de notre thème de recherche, nous avançons les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale :

- Les adolescents diabétiques utilisent le coping comme un moyen de faire face à leur situation.

Les hypothèses partielles :

Face à une maladie chronique comme le diabète les adolescents diabétiques manifestent soit :

- un coping centré sur le problème.
- un coping centré sur l'émotion.

2. Définition et opérationnalisation des concepts clés :

➤ Définition des concepts clés :

a) Coping :

Selon le dictionnaire de la psychologie le coping est un ensemble de stratégies mises en oeuvre par l'individu pour faire face à une demande externe ou interne évaluée comme contraignante. Les stratégies de faire face ont pour objectif de rétablir le contrôle de la situation considérée comme stressante. (Anzieu. D et al, p 166)

Le coping peut être défini comme l'ensemble « des efforts cognitifs et comportementaux par lesquels le sujet est amené à gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes, estimées comme mettant à l'épreuve ou excédant les ressources de la personne » (Lazarus et Folkman, 1984, p. 141). Ce processus rend compte des actes et des pensées de l'individu face à une situation inhabituelle. Il est dynamique, car il est non seulement spécifique à la situation, mais aussi au niveau de «transaction » mis en place dans la relation entre le sujet et son environnement. (Esparbèse- Pister. S, 1997, pp140-141).

b) L'adolescence :

L'adolescence est généralement entendue comme la période de vie qui s'étend de la puberté à l'âge adulte. Les avis sur les limites d'âge de cette période sont très partagés mais on admet généralement qu'elle commence aux alentours de 12 ans et se poursuit jusqu'à environ 18-20 ans, quand les principales transformations biologiques, psychologiques et sociales sont accomplies.

Le terme « adolescent » n'est entré dans le langage courant qu'à la fin du 19ème siècle et c'est dans les années 40 qu'il est devenu populaire. Cela dit, l'étymologie du terme remonte à l'Antiquité puisqu'il est composé de la racine latine « adolescere » qui, au participe présent s'écrit « adolescens » et signifie « en train de grandir », et au participe passé « adultus » ou « qui a fini de grandir ».

On perçoit généralement l'adolescence comme une période de crise et de turbulences au cours de laquelle de nombreux paramètres sont remaniés. L'individu doit en effet gérer au mieux les changements corporels qu'il subit, l'image de soi qui

se trouve de fait modifiée, la recherche et l'affirmation de son identité, les attentes des parents ainsi que la multiplication des rapports sociaux. (Audétat. M-CI et Voirol. CH, 1997, p 02).

Cette période est caractérisée par des changements physiques rapides, l'instabilité émotionnelle, des liens intenses entre pairs, une pensée concrète et une expérimentation avec différents modes de vie. Les liens avec la famille et l'école s'atténuent et la résistance face à l'autorité des adultes croît. Des conflits intérieurs tout comme des conflits familiaux et scolaires sont couramment vécus par les jeunes adolescents. (Roger. S, 2001).

c) Le diabète:

Selon le dictionnaire illustré des termes de médecine, le diabète est un trouble de métabolisme hydrocarboné lié soit à un déficit d'insuline, soit à une résistance anormale à cette hormone, d'où une accumulation de glucose dans ces tissus. (Delamare.J et al, 2009, p 243).

➤ Opérationnalisation des concepts :

a) Le diabète :

Le diabète est une maladie chronique qui frappe le sujet à tout âge partout dans le monde. Elle se manifeste par une augmentation du taux de sucre dans le sang supérieur à 1,26 gramme à deux reprises, résultant à cause d'un défaut de sécrétion ou d'une carence de production de l'insuline par le pancréas. Le diabète est dû aux facteurs suivants : l'hérédité, le surpoids, une hypertension artérielle, le vieillissement,... etc. le traitement du diabète se base soit sur l'injection par l'insuline, soit par voie orale.

b) Le coping :

Est l'ensemble des efforts comportementaux et cognitifs utilisés par un sujet qui se trouve devant une situation qualifiée comme engendrant un stress, a fin d'y faire face et de s'adapter à cette situation.

c) L'adolescence :

Est la période qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Elle commence vers 11-12 ans et se termine vers 18-20 ans. Elle se caractérise par des transformations physiques, cognitives, sociale. C'est la phase de la découverte d'identité et de début de la puberté. Ces transformations provoquent chez le sujet adolescent un ensemble de conflits intérieurs, familiaux, et sociaux.

3. Les objectifs de notre recherche :

- **Les objectifs théoriques :**

- L'adolescence est la période qui marque le passage de sujet de l'enfance à l'âge adulte, caractérisé par de nombreuses transformations, et conflits. Ce qui nous a incités à faire nos études sur l'état psychologique des adolescents atteint du diabète.
- Etre prêt des adolescents diabétiques pour les aider à surmonter leurs maladies, et à trouver un équilibre psychique.
- Tenter d'identifier les moyens utilisés par les adolescents diabétiques pour s'adapter à leurs maladies.

- **Les objectifs pratiques :**

- Tenter de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.
- Identifier quel type de stratégie de coping utilisé par l'adolescent diabétique.

Partie
Pratique

Chapitre I

Le coping

Introduction :

L'être humain rencontre dans sa vie des événements d'une part agréables et heureux, et d'autre part stressants et gênants, l'individu perçoit ces événements comme menaçant, en lui causant un déséquilibre émotionnel, et des impacts négatifs sur sa santé physique et psychique.

L'individu ne subit pas passivement ces événements, dont il essaye de faire face, et de maîtriser et tolérer les situations aversives, en faisant recourir à plusieurs stratégies notamment celle de coping.

1. Définition du coping :

L'étude des typologies, des traits du coping, laisse de plus en plus la place à l'étude des processus de coping, c'est-à-dire les stratégies que le sujet met en place pendant la confrontation stressante pour la résoudre. (Graziani.P et Swendsen.G, 2005, p77).

Le coping est un mot anglais qui se traduit par « faire face », est un concept relativement nouveau en psychologie, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Richard Lazarus, *Psychological Stress and Coping Processes* (1966), Le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années soixante-quinze dans les pays anglo-saxons. Il commence seulement à être popularisé en France depuis les années quatre-vingt-dix (Paulhan, 1992 ; 1994 ; Cousson- Gélie et al. 1996 ; Dupain, 1998), il existe plus de 30 définitions du terme « coping ». Dans la conception transactionniste Lazarus et Folkman (1984) proposent la suivante : le coping est « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». (Bruchon-Schweitzer. M, 2002 p356).

Il existe trois points clefs dans cette définition :

D'abord, le coping est un processus qui se focalise sur ce que la personne pense et fait lors d'une situation spécifique de stress, et change lorsque 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 un ensemble de cognitions et de comportements, qui ont lieu en réaction à une situation stressante spécifique (De Rider, 1997).

Deuxièmement, le coping est lié au contexte. L'importance du contexte suggère que l'individu et les variables de la situation façonnent ensemble le coping. Les individus pourraient préférer des styles habituels de coping, mais la demande situationnelle peut interagir avec ces préférences et imposer d'autres choix (Endler, 1997).

Enfin, les stratégies ou les repenses 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. (Graziani.P et Swendsen.G, 2005, pp77-78).

2. L'origine de la notion de coping :

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

Le terme de coping apparu à partir des années soixante, soixante dix. Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping se situent dans la lignée de ceux consacrés aux mécanismes de défense. Il est utilisé pour désigner les mécanismes de défenses les plus « adaptés » (sublimation, humour). (Bruchon-Schweitzer.M 2002,p354).dans cette période, l'approche traditionnelle de la clinique et de la recherche était dominée par la perspective de la psychologie de moi et par celle de typologies de la personnalité unidimensionnelles et dichotomiques , cette approche considère aussi le coping comme un système de défense primaire et inconscient (Freud, 1933) qui peut être évalué seulement à travers des observations cliniques, des

techniques projectives ou des procédures de questions ouvertes. (Graziani.P et Swendsen.G, 2005, p 105).

« Le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et à l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales. », Notamment lorsqu'il est confronté à une situation dangereuse. (Bruchon-Schweitzer.M, 2002, p355).

Et parmi les auteurs qui ont effectués les recherches sur le coping dans le cadre des études psychodynamiques ont trouvé : Endler, Snyder, Dinoff,

3. Coping : différents modèles :

3. 1. Le modèle animale de l'adaptation :

Est issu des théories évolutionnistes, en particulier celles de Darwin, il est applicable à tous les organismes vivants, et comprend des réponses comportementales automatiques de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face à une menace issue de l'environnement.

3. 2. Le modèle de la psychologie de moi :

Le coping est associé aux mécanismes de défense, inconscients et rigides, dont la fonction est de diminuer l'anxiété face à des pensées et des affects inacceptables. Ce modèle a permis de mieux comprendre certaines réactions des individus face à un événement stressant, cependant il ne concerne que la réduction de la tension à un seuil acceptable, de façon inconsciente, et n'inclut pas la résolution du problème. Pour certains, les mécanismes de défense jouent un rôle de filtre entre agent stressant et réponse (Rahe et Arthur, 1978), pour d'autres, ils sont à considérer comme précurseurs du coping.

3. 3. Le modèle transactionnel :

Ce modèle se différencie des précédents par le fait que l'on parle ici du coping comme un processus dynamique -et non une simple réaction automatique et répétée-

conscient et spécifique – et non inconscient, général et stable- à une situation qui est évaluée comme stressante ou coûteuse.

Dans ce processus, des évaluations constantes de la relation entre l'individu et la situation interviennent, faisant varier les efforts cognitifs et comportementaux. Le processus de coping est décrit comme séquentiel, impliquant des boucles de rétroactions entre les différentes étapes. (Pupat. A, 2006).

4. Définition de stress :

4. 1. La conception physiologique :

Tout au long de sa vie l'individu doit s'adapter en permanence aux situations stressantes afin de maintenir la constance du milieu intérieur (Bernard, 1882), ou l'homéostasie (Cannon, 1932), par une série d'effets physiologiques de réactions non spécifiques, encore appelées « syndrome général d'adaptation » (Selye, 1936). Les modèles du stress à dominante biologique² ont tous en commun de « minimiser le caractère psychologique du stress ou de réduire le stress à l'émotion, aux mécanismes physiologiques de l'émotion » (Rivolier, 1989). (Piquemal-Vieu.L, 2001, p86).

4. 2. La conception transactionnelle :

Conformément au modèle transactionnel, le stress est défini comme une « transaction particulière entre l'individu et son environnement , dans laquelle la situation est jugée par l'individu comme dépassant ses capacités et mettant en danger son bien_ être ».(Lazarus et Folkman, 1984a, p19), à partir de cette définition on peut dire que le stress est un processus qui intègre à la fois les agents stressants et les réponses de sujets dans le cadre d'une relation dynamique, notamment réciproque et bidirectionnelle entre l'individu et son environnement, et la situation de stress apparaît lorsque cette relation est interprétée par l'individu comme engendrant un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et ses ressources. (Dinca.A , 2008, p31) .

5. La phase d'évaluation :

Le coping est un processus qui est constitué en effet d'efforts cognitifs et comportementaux variant constamment en fonction des évaluations incessantes par le sujet de sa relation à son environnement.

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

5. 1. L'évaluation primaire :

Dans la phase d'évaluation primaire l'individu se demande quelle est la nature et le sens de la situation et quel impact elle peut avoir sur lui. La façon d'évaluer la situation dépend des cognitions et émotions de chaque individu, par exemple un même événement peut être évalué par certains comme une perte, accompagnée, d'un sentiment de tristesse, de honte ou de colère. Lors qu'il peut être évalué par d'autres comme un défi (un challenge) et s'accompagner d'excitation, de fierté et de joie.

5. 2. L'évaluation secondaire :

Le sujet se demande ce qu'il peut faire pour affronter cette situation, de quelles ressources et de quelles réponses il dispose. De très nombreuses options peuvent être ainsi envisagées, et sélectionnées par exemple, la recherche des informations, faire un plan d'action, éviter le problème, ... etc. (Bruchon-Schweitzer. M, 2002, p71).

6. Les dimensions de coping :

Les stratégies de coping utilisées par les individus pour faire face aux agents stressants sont très variées, Lazarus et ses collaborateurs ont distingués ces stratégies en fonction de l'objet vers lesquelles elles sont orientées en deux types (Dinca. A, 2008, p40).

6. 1. Le coping centré sur le problème :

« C'est une stratégie qui vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face ». pour résoudre le problème auquel l'individu est confronté par exemple « négocier un délai pour payer ses factures, consulter un médecin, construire de plannings,...etc. ». Lazarus et Folkman

ont appliqués l'échelle de WCC (Ways of coping Checklist) à 100 adultes par laquelle ils ont obtenus que le coping centré sur le problème comprend deux dimensions spécifiques :

La résolution de problème (recherche d'information, élaboration de plans d'action), et l'affrontement de la situation (efforts et actions directes pour modifier le problème). (Bruchon-Schweitzer. M, 2002, p357).

6. 2. Le coping centré sur l'émotion :

Regroupe les stratégies utilisées par l'individu à fin de réguler les tensions émotionnelles associées à l'événement stressant. (Chabrol. H et Callahan.S, 2004, p110), la gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale), en appliquant l'échelle de WCC sur 100 adulte Lazarus et Folkman avaient obtenu six petites dimensions en rattachant au coping centré sur l'émotion :

- La minimisation de la menace : le sujet se comporte comme si le problème n'existe pas.
- la réévaluation positive : le sujet essaye de donner un aspect positif à la situation stressante.
- l'auto-accusation : le sujet s'accuse lui même car il se croit que c'est lui la cause de problème,
- l'évitement-fuite : éviter d'affronter la situation aversive.
- la recherche de soutien émotionnel : avec la demande de conseil des autres et de leur compréhension.

Certaines auteures ont préconisé l'existence d'une troisième dimension de coping qui est l'évitement, et pour certains d'autre c'est la recherche de soutien social, qui « correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui ». (Bruchon-Schweitzer.M, 2002, p359).

7. Différentes mesures de coping :

Pour évaluer les stratégies de coping, de nombreuses méthodes et instruments ont été mis au point.

La majorité de ces méthodes sont appliquées verbalement (Beehr & McGrath, 1996; Parker & Endler, 1992, 1996), soit en demandant au sujet de répondre par oui ou non pour dire s'il utilise telle ou telle stratégie, soit de sélectionner sur un répertoire de stratégies celle qu'il a utilisée (Parker & Endler, 1992). [...] (Dinca. A, 2008, p44) .parmi ces outils on cite :

- Ways of Coping of Checklest (WCC): élaborée pendant les années soixante-dix par Lazarus et ses collaborateurs dans le but d'encourager la recherche sur le stress et le coping, elle était composée de 68 items de réponse de types oui/non, avec 40 items sur l'échelle de stratégie centrée sur le problème, et 24 items centrés sur l'émotion.
- Le COPE : « à été élaboré par Carver et al. (1989), ce test a été élaboré à partir des arguments théoriques en intégrant les propriétés plus ou moins fonctionnelles du coping. »

La version finale du COPE contient 13 échelles de 4 items.

- Le Coping Inventory for Stressful Situations (CISS ou l'inventaire de coping pour les situations stressantes) : c'est un inventaire de coping plus satisfaisant élaboré par Endler et Parker (1990), qui permet de mesurer les aspects multidimensionnels de coping. Le questionnaire est de 44 items, à partir d'une analyse factorielle de réponses, les auteurs ont isolé trois dimensions de coping :

- Centré sur la tâche (19 items).
- Centré sur l'émotion (12 items).
- Centré sur l'évitement (13 items).

L'évaluation de stratégies de coping ne se réfère pas seulement à ces différents questionnaires, les entretiens constituent une autre approche dans les recherches sur le coping. (Chabrol. H et Callahan.S, 2004, p127).

8. L'efficacité des stratégies de coping :

Selon Lazarus et Folkman (1984a), les stratégies de coping ont pour objet de diminuer l'intensité de stress pour la rendre plus tolérable.

Certains auteurs tels que Carver & Scheier (1994) ont considéré qu'une variété de stratégies de coping pourrait se distinguer par un rôle fonctionnel (par exemple, la

planification, le contrôle), ou dysfonctionnels (par exemple, le désengagement mental ou comportemental, le déni).

Les stratégies de coping centrées sur le problème avaient des effets fonctionnels, alors que les stratégies émotionnelles et évitantes avaient des effets plutôt dysfonctionnels. Mais ces effets ne sont pas systématiques et on signale au passage quelques exceptions. Un coping centré sur le problème a parfois un impact négatif sur la qualité de vie ultérieure. Quant au coping évitant, il peut s'avérer parfois protecteur, parfois dysfonctionnel, selon le type de la situation affrontée. ». (Bruchon-Schweitzer.M, 2002, p 383).

Donc on peut juger que l'efficacité de stratégies de coping est relative. En outre, d'après Matthews, Zeidner & Roberts (2002), pour affirmer qu'un coping est efficace, il faudrait s'appuyer également sur un certain nombre de critères dont dépendraient les conclusions sur l'efficacité des stratégies de faire face, Ces critères concernent la résolution du problème perçu comme stressant, l'élimination du facteur stressant, la réduction de l'éveil et de la détresse psychologique, la maintenance d'une estime de soi positive, l'amélioration du bien-être physique ou psychique, l'efficacité perçue ou l'impression de l'individu que le coping qu'il a déployé a été utile, etc. (Di Matteo, 1991; Folkman & al., 1986a; Rivolier, 1989; Zeidner & Saklofske,1996). (Dinca .A, 2008, pp68-69).

9. Les stratégies de coping spécifiques :

9. 1. Coping et maladies:

L'échelle CHIP (Coping With Health Problems and Injuries Scale) de Endler et al. Est l'échelle adaptée au départ, pour les sujets cancéreux, puis révisé pour être utilisé à des groupes de différentes maladies. Cet outil comprend 32 items permet d'évaluer quatre dimensions :

- le coping palliatif : correspond aux tentatives du patient pour atténuer les aspects désagréables de son état.
- le coping instrumental : consiste à chercher de l'information et d'un avis médical.

- la distraction : correspond aux tentatives de patient à penser à des choses agréables ainsi que la recherche de soutien social.
- le coping émotionnel : correspond aux aspects affectifs associés à l'état de santé.

Toutefois l'échelle de CHIP manque d'une stratégie apparaît fréquemment chez les sujets atteints de maladies chroniques qui sont la stratégie d'impuissance-désespoir. (Bruchon-Schweitzer.M, 2002, p 371).

9. 2. Coping et diabète :

Chez les sujets diabétiques trois stratégies de coping ont été décrites : coping centré sur le problème, coping émotionnel- évitant, recherche de soutien social. La stratégie centrée sur le problème est associée à un bon contrôle métabolique ultérieur. Les auteurs ne définissent pas la stratégie émotionnelle évitantes de la même façon.

La recherche de Milousheva et al.(1996) mis en évidence, chez les adolescents IDDM, des stratégies de coping spécifiques, différant sensiblement selon le sexe.les adolescents diabétiques masculins adoptent des stratégies d'évitement (par exemple, oublier une visite de contrôle), de distraction cognitive (penser à autre chose qu'à sa maladie) ou de désengagement comportemental(s'adonner à des activités multiples pour ne pas penser à sa maladie), et une tendance a utiliser la recherche de soutien social(parler de sa maladie à leur proches). (Bruchon-Schweitzer.M et Bruno.Q, 2001, p107).

9. 3. Le coping chez les adolescents :

De nombreuses recherches ont été réalisées sur les effets éventuels de la variable sexe. Par contre, la littérature est vague quant aux effets de l'âge sur l'utilisation des stratégies de *coping*. Dans ces recherches, le plus souvent, les adolescents représentent seulement un sous-échantillon d'une population plus globale (Mac Crae, 1982) ou sont mêlés aux jeunes adultes, en particulier étudiants (Folkman et Lazarus, 1985).

Cette étude a concerné 566 adolescents (281 garçons et 285 filles), âgés de 13 à 20 ans. Ils ont été rencontrés collectivement dans leur collège ou leur lycée, aux heures de classe.

Afin de déterminer les stratégies de coping adoptées face à des situations stressantes, les adolescents ont accepté de remplir l'Échelle Toulousaine de Coping.

Les résultats obtenus à travers cette étude, confirment donc que les adolescents développent de multiples stratégies face aux situations stressantes. Sous l'effet, sans doute, de la désirabilité sociale, les stratégies de contrôle et de soutien social perçues plus positives, sont plus nettement investies, aux dépens des stratégies de retrait et de refus, plus indésirables. Des différences sensibles apparaissent entre les filles et les garçons, ici encore en relation avec des représentations et des pratiques sociales (effets liés à l'image sociale des différences de genre). Les garçons invoquent plus souvent les stratégies de contrôle et de refus, et les filles, les stratégies de soutien social et de retrait.

L'âge joue un rôle dans le développement de certaines stratégies. En particulier le contrôle et le besoin de soutien émotionnel augmentent avec l'âge, tandis que le retrait mental associé à la dénégaration tend à diminuer entre 13 et 20 ans. Par contre, les conduites de retrait associées sans doute aux moments forts de crises personnelles, sont à leur maximum à 16 ans. (Sordes-Ader. F, Esparbes-Istre.S et Tap.P, 1997, p148).

Conclusion :

D'après tous ce qui a été abordé on distingue que le coping a fut l'intérêt de plusieurs chercheurs et auteurs qui ont tous accordé a le considérer comme l'effort adopté par le sujet pour s'adapter a la situation stressante, et aux exigences internes et externes. Les sources de stratégies de coping sont différentes, il ya les sources corporelles ou le sujet réagit aux agents stressants en faisant des efforts corporels, comme il existe aussi des sources psychologiques qui englobent les croyances et les processus sociales tel que le soutien social.

Les stratégies de coping sont le moyen utilisé par les individus à fin de dépasser leur stress plus précisément chez les adolescents qui sont les sujets les plus confrontés à tel situation.

Chapitre II

Le diabète

Introduction :

Le diabète constitue une pathologie chronique grave, qui touche tous les âges de la population, qui menace la santé actuelle et future du patient, et bouleverser son équilibre intérieure ainsi que celui de sa famille et de son entourage. Plusieurs travaux ont été consacrés pour développer l'éducation et l'organisation des soins, à travers des projets et des programmes énoncés par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), en collaboration avec la fédération national du diabète.

1. Définition de diabète :

Lorsqu'en parle de diabète, on ne trouve pas un seul diabète mais des diabètes. Il désigne un état au cours duquel les liquides absorbés semblent traverser immédiatement l'organisme et s'éliminer par les urines.

Au niveau de ces dernières se passa le filtrage environ de 150 litres d'eau et une certaine quantité de substances : le glucose, sels essentiels, urée,..., ces liquides filtrés vont subir une action de réabsorption au fur et à mesure de leur progression dans le tubule rénal. Les mécanismes de ces échanges sont sous le contrôle de certains nombres des hormones qui agissent d'une façon spécifique. La perturbation de ces mécanismes est à l'origine de l'apparition de trois grandes maladies :

Le diabète insipide, Le diabète rénal, Le diabète sucré.(Khiati.M,1993, pp11-12).

2. Histoire de diabète :

Le diabète est signalé dès la plus haute antiquité.il était connu des égyptiens 3000 ans avant jésus- christ. Au 4e siècle avant l'aire chrétienne, les chinois savent déjà le distinguer, décrit une affection associant saveur sucrée des urines, soif, polyphagie, mauvaise haleine et asthénie.

Ce n'est que deux siècles plus tard que le mot diabète semble apparaitre pour la première fois en Grèce, qui signifie passer a travers (diabino= je passe à travers) La maladie était connu aussi dans le monde arabe sous l'appellation « boual » pour designer les personnes présentant une polyurie mais également « d'urine sucrée »

rapporté par les encyclopédies « Lissane El-Arab » et « El-Kamous El-Mouhit », cette maladie était dérivée par Ibnou Sina et Ibnou E'Razi.

La conception moderne de la maladie commence avec P.Langhérans qui dans sa thèse de doctorat en 1869, à Berlin, soutient l'existence d'amas de cellules sécrétantes au niveau du pancréas.

Merinj puis Minkowski démontrent que le pancréas est un organe indispensable au métabolisme normal de sucre.

En 1908, Zuelzer réduit la glucosurie de chiens rendus diabétiques par ablation de leur pancréas, en leur injectant des extraits de pancréas dans une de leurs veines.

En 1921, Paulesco émette l'hypothèse de l'existence d'une hormone pancréatique à action hypoglycémiant que l'on appelait déjà l'insuline.

Depuis 1980, les travaux s'orientent vers l'obtention d'une insuline humaine grâce au génie génétique, et qui est déjà commercialisée et vers la mise au point d'un pancréas artificiel miniaturisé portable, ainsi que vers la transplantation d'ilots de Langhérans chez les sujets malades. (Khiati.M, 1993, p16).

3. Définition de diabète sucré :

C'est un groupe de maladies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de la sécrétion de l'insuline ou d'un défaut de l'action de l'insuline ou de ces deux anomalies associées. (Camill. B et Camill. V, 2011, p 221).

Il désigne un groupe de troubles caractérisé par des niveaux de glucose sanguin élevés de façon chronique. Le diabète se déclare lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou lorsque l'insuline n'est pas assez efficace. (Brink.S. J, et al, 2011, p 22).

L'OMS définit le diabète selon deux critères :

- Le seuil de glycémie à jeun définissant le diabète est : $\geq 1,26$ g/l (mmol/l) à deux reprises.
- Une glycémie 2 heures après l'absorption de 75g de glucose à jeun en per os

(Par voie orale) $\geq 2\text{g/l}$ (11mmol/l). Il s'agit d'une hyperglycémie orale provoquée. (Darnac. C, 2008, p16).

➤ **L'hémoglobine glyquée (hba1c) :**

Est un marqueur biologique important de l'équilibre glycémique, indique le degré moyen d'hémoglobine glycosylée sur trois mois environ.

➤ **Le syndrome métabolique :**

Correspond à un ensemble d'anomalies cliniques et métaboliques fréquemment associés chez les personnes dont le risque de diabète et de maladies cardiovasculaires est élevé.

➤ **Anomalie de la glycorégulation :**

Intolérance au glucose et hyperglycémie modérée à jeun. Elles sont considérées comme à risque de progression vers le diabète et la macro-angiopathie.

On parle d'intolérance au glucose lorsque la glycémie à jeun est $<1,26\text{g/l}$ et que la Glycémie 2h après 75g de glucose se situe entre 1,40 et 2g/l.

Tableau N° 01 : Définition de diabète et des anomalies de la glycorégulation

		g/l	mmol/l
Diabète	Glycémie à jeun	$\geq 1,26$	$\geq 7,0$
	Et/ou Glycémie 2 heures après charge en glucose	≥ 2	$\geq 11,1$
Intolérance au glucose	Glycémie à jeun	$<1,26$	$<7,0$
	Et Glycémie 2 heures après charge en glucose	$\geq 1,4$	$\geq 7,8$
Hyperglycémie modérée à jeun	Glycémie à jeun	$\geq 1,10$ et	$\geq 6,1$ et < 7
	Et Glycémie 2 heures après charge en glucose	$<1,26$ $<1,4$	$<7,8$

➤ **L'insuline :**

C'est une hormone qui aide l'organisme à faire parvenir le glucose sanguin dans les cellules de corps. (Grimaldi. A et Hartemann-Heurtier.A, 2009, p2).

➤ **Les Types d'insuline :**

- L'insuline humaine, possédant la même structure que l'insuline produit par un pancréas humain.
- L'insuline analogue, de structure modifiée pour changer sa vitesse et sa durée d'action. (Camill. B et Camill. V, 2011, p 233).

4. Epidémiologie :

L'OMS a estimé la prévalence mondiale du diabète à 18,1 millions en 2000 et à 23,7 millions en 2010 pour le diabète de type 1.

Dans les pays du Maghreb, l'incidence est d'environ 10/100000 habitants. (Recommandation de bonnes pratiques médicales, 2011, p06)

En Algérie l'enquête épidémiologique effectuée en 1979 (M.R. Ami-Moussa et al.) montre une fréquence pour la tranche d'âge 0-15 ans de 23 ans pour 100 000 enfants diabétiques. Le nombre total d'enfants diabétiques peut être estimé en 1985 à 400 environ. (Khiati.M, 1993, p19).

5. Les types de diabète :

5. 1. Le diabète insulino-dépendant (D.I.D) :

appelé aussi diabète maigre ou diabète type 1 touchant les sujets jeunes qui débute généralement avant l'âge de 20 ans, il est la forme courante de diabète chez l'enfant et l'adolescent, mais il peut survenir à tous les autres âges, il se caractérise par la destruction auto-immune des cellules β du pancréas conduisant à une absence ou à une carence de sécrétion de l'insuline, et donc à l'hyperglycémie. En l'absence d'une prise en charge rapide, l'évolution se fait vers l'aggravation et le coma métabolique.

Les diabétiques types 1 ont une perte de poids, et sont généralement maigres et déshydratés.

5. 2. Le diabète non insulino-dépendant, ou type 2 :

Survenant le plus souvent après 50 ans, et représente environ 90 à 95% des diabètes. (Grimaldi. A et Hartemann-Heurtier.A, 2009, p1). Il commence par une augmentation de la production de l'insuline, mais l'organisme résiste à l'action de l'insuline. Cette insulino-résistance peut durer plusieurs années avant la survenue de diabète de type 2, elle se caractérise aussi par un déficit insulinosécrétoire relatif. Elle va souvent de pair avec l'obésité. Le diabète type 2 peut souvent être traité par des modifications de mode de vie (perte de poids et activités physiques plus soutenues) associées à un traitement médicamenteux (par voie orale tels que metformine), ce diabète est étroitement lié à un syndrome métabolique, ce syndrome se manifeste par : une excès de graisse abdominale, une hypertension artérielle, une hyperlipidémie, une hyperglycémie, (Brink. S.J, et al, 2011, p 23).

5. 3. Le diabète gestationnel :

Selon Dr Laure Villaret : « Le diabète gestationnel (DG) est défini par l'OMS comme un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum »(Villaret et Schneider,2011, p1).

5. 4. Le diabète MODY :

Est un diabète dus à des anomalies génétiques qui altèrent la sécrétion de l'insuline.il se définit par la découverte d'un diabète non insulino-dépendant avant l'âge de 25 ans, survenant dans un contexte familial compatible avec une hérédité autosomale dominante sur au moins trois générations. (Brink. S. J, et al, 2011, p 24).

5. 5. Les diabètes secondaires :

Diabètes dits spécifiques, sont secondaire à une maladie pancréatique, à une endocrinopathie, iatrogénies ou encore liés à des anomalies génétiques. (Rodier.M, 2001, p 92).

6. Les symptômes de diabète :

- Hyperglycémie : somnolence, fatigue, soif, langue sèche, polyurie, vomissement.
- Hypoglycémie : changement de caractère, maux de tête, pâleur, fatigue, faim, transpiration, tremblement, vertige. (Thiefels.M, 2002, p4).

7. Circonstances de découverte :**7. 1. Dans le diabète type 1 :**

Les modes de début de D.I.D sont variables, mais ils restent dominés par les signes classiques :

- La polyurie : elle est parfois décelée grâce à l'apparition d'une énurésie secondaire
- La polydipsie : qui rend la soif intense.
- L'amaigrissement modéré au début, il peut s'accélérer brutalement et provoquer une perte de poids de plusieurs kilogrammes en quelques jours.
- La polyphagie : un certain degré d'anorexie qui est noté.

7. 2. Dans le diabète type 2 :

- Terrain : obésité ou surpoids.
- Complications révélatrices : troubles visuels, douleur de neuropathie des membres inférieurs, pathologies cardiaques ou vasculaires, coma hyperosmolaire.
- Infection à répétition : cystites, mycoses, furonculoses.
- Symptômes d'hyperglycémie : polyurie, polydipsie.
- Symptômes d'insulinopénie : rarement amaigrissement, cétonurie.
- Symptômes spécifiques : asthénie. (Brink. S. J, et al, 2011, pp 227-241).

8. Le diagnostic de diabète :

Selon les critères actuels, le diabète sucré est défini par une glycémie plasmatique à jeun $\geq 1,26$ g/L ou > 2 g/L quelque soit l'heure de prélèvement en présence de symptômes cliniques. Ce diagnostic peut également être posé devant une valeur 2

g/L à la 120ème minute d'une épreuve d'hyperglycémie Provoquée par voie orale (HGPO).

La découverte d'une valeur pathologique doit toujours être confirmée sauf si le diagnostic de diabète repose sur la clinique et une biologie non équivoques. Le diagnostic biologique de routine du diabète sucré repose dorénavant sur la mesure de la glycémie à jeun et non sur l'HGPO qui est moins physiologique, peu reproductible et plus coûteuse. Une glycémie à jeun modérément augmentée (1,1g/L mais < 1,26 g/L) correspond à une "glycémie à jeun anormale, état qui indique un trouble de l'homéostasie glucidique. (Rodier.M, 2001, p 91).

9. Le traitement de diabète :

9. 1. Le régime diététique :

Il ne s'agit pas d'un régime hypoglucidique, mais d'un régime normo glucidique modérément hypocalorique, grâce à une réduction de boissons alcoolisés, de sucres rapides, et de graisse.il s'appuie sur l'évaluation de profil alimentaire et glycémique

9. 2. L'exercice physique :

L'exercice physique ne concerne pas seulement un sport ! C'est aussi l'activité quotidienne comme la marche a pied, mais pour être efficace, l'exercice physique doit être suffisamment prolongé et quasi-quotidien. Parce que le tissu musculaire est le tissu le plus important pour le métabolisme de glucose. En effet les muscles oxydent et stoquent environ 70% des glucides ingérés. (Grimaldi. A et Hartemann-Heurtier.A, 2009, p p36- 53).

9. 3. Traitement médicamenteux : traitement anti diabétique oral :

Les principaux antis diabétiques commercialisés sont :

- **Sulfamides Hypoglycémiants :** Ces substances stimulent la libération d'insuline résiduelle par les îlots de Langhérans du pancréas. Elles sont indiquées chez les patients atteints d'un diabète type II, surtout s'ils ne sont pas obèses et en cas d'échec des mesures diététiques.
- **Biguanides :** Ces substances favorisent l'action de l'insuline dans la capture du glucose.

Leur indication principale est le diabète de type 2 chez l'individu obèse.

- **Inhibiteurs des alpha-glucosidases :** L'acarbose inhibe les α -glucosidases au niveau de la muqueuse de l'intestin grêle, retardant la digestion de l'amidon et du saccharose. Il est ingéré avec la nourriture et provoque une diminution de l'hyperglycémie postprandiale. (Thiefels.M, 2002, p5).

9. 4. L'insulino thérapie :

Depuis les années 1980, l'insuline animale a été remplacée par l'insuline humaine, identique à celle qui est sécrétée par le corps humain mais produite en grandes quantités par la technique de l'ADN recombinant. Comme plusieurs types d'insuline sont disponibles sur le marché, il est possible de choisir un traitement par, l'insuline adapté au mode de vie du patient, avec une ou deux injections par jour ou plus pour que les pics d'insuline correspondent à l'heure des repas. On peut choisir parmi les insulines d'action rapide et intermédiaire/ prolongée, et les mélanges fixes ou d'autres associations de différentes insulines. L'insuline est un traitement à vie qui prescrit souvent pour les patients de diabète type 1.

9. 5. L'éducation thérapeutique :

Selon le groupe d'experts de l'OMS (1998) : « L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient ». (Belkhadir.J, et all, 2007, p 11).quelque soit l'ancienneté de diabète, l'âge de la personne, son niveau culturel et social, le patient et son entourage sont accessibles à l'action éducative sur la maladie, sur l'insuline et ses techniques de conservation et d'injection, sur l'auto surveillance glycémique, ...etc., c'est-à-dire un ensemble d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures.

10.Complications de diabète : ont distingue :

10. 1. Les complications aiguës :

- **L'acidocétose diabétique :** elle se produit quand il n' ya plus assez d'insuline, elle se manifeste d'une façon aiguë, au moment du diagnostic ou si une dose

insuffisante d'insuline est administrée. Le manque d'insuline et l'augmentation de corps cétonique sont responsables d'une acidose métabolique qui se manifeste par les signes cliniques suivants : respiration rapide d'acidose, nausées, vomissements, douleurs abdominales et troubles de conscience. Ce qui nécessite une prise en charge reposant sur : une correction de choc, correction de l'hyperglycémie, et une correction de la déshydratation. (Brink.S .J, 2011, pp 52-53).

- **L'hypoglycémie** : correspond à une glycémie basse $< 2,5$ mmol/l (< 45 mg/dl), causée par l'omission d'un repas, un exercice physique plus important que d'habitude, ou une erreur d'injection de l'insuline, etc. qui se traduit par l'apparition des tremblements, accélération du rythme cardiaque, sueur, pâleur, et faim. et pour empêcher que l'hypoglycémie évolue vers la perte de conscience ou les convulsions, il faut prendre d'abord des glucides d'absorption rapide, comme les boissons sucrées, les jus de fruit, ou encore des sucreries contenant du glucose, ou administrer du glucagon par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée.

10. 2. Les complications chroniques du diabète :

- **Microangiopathie :**

- La rétinopathie : (lésion de la rétine) :

Elle constitue la principale complication du DT1 et représente une des causes les plus fréquentes de malvoyance et de cécité chez l'adulte dans les pays développés (Lévy-Marchal.C, Anne Fagot-Campagna, Madeleine Daniel, 2007, p 22), provoqué parfois par un mauvais équilibre glycémique, ainsi que l'ancienneté de diabète et l'existence d'une HTA. Ce qui nécessite la réalisation d'un examen ophtalmologique tous les ans, dès le diagnostic de diabète, avec un contrôle optimal de la glycémie et de la tension artérielle.

- Néphropathie (atteinte rénale) :

L'atteinte rénale entraîne une augmentation des protéines dans l'urine. Au début de la néphropathie, la quantité de protéines dans l'urine est faible. On parle de microalbuminurie. Un traitement à ce stade peut ralentir la progression de la maladie rénale.

Plus tard, la quantité de protéines dans l'urine augmente. On parle alors de macroalbuminurie et l'atteinte rénale peut s'aggraver pour aboutir à une insuffisance rénale.

Il est donc important de détecter les signes d'atteinte rénale et de commencer le traitement dès que possible pour empêcher l'évolution vers une insuffisance rénale. La pression artérielle devrait aussi être contrôlée au moins une fois par an et constitue un marqueur précoce de néphropathie diabétique.

- Neuropathie (baisse de perception de la douleur) :

L'hyperglycémie prolongée et fluctuante entraîne une dégénérescence des fibres nerveuses à la suite vraisemblablement de perturbations dans l'utilisation du glucose par ce tissu nerveux. Il existe une neuropathie périphérique qui se manifeste le plus souvent au niveau des mains et de la partie inférieure des jambes par des douleurs, une hyperesthésie et/ou une perte de sensation à la piqûre et au test du mono filament. Et une neuropathie autonome qui se manifeste par une gastroparésie, des ballonnements avec perte d'appétit, une constipation, des diarrhées, des palpitations, une rétention urinaire et une impuissance. (Brink.S .J, 2011, p91).

- Le système cardio vasculaire:

Manifestation de l'angine de poitrine, et éventuellement un infarctus si l'artère se bouche complètement. Cet accident peut être indolore (et donc non perçu) chez un diabétique atteint aussi de neuropathie.

Le risque d'accident vasculaire cérébral est également augmenté. Dépendamment des Facteurs de risque : hypercholestérolémie, hypertension artérielle... .

11.Les facteurs révélant de diabète :

Le diabète est à l'origine de nombreux facteurs déclenchant :

➤ L'hérédité :

Les enquêtes familiales permettent d'établir des arbres généalogiques sur plusieurs générations et d'étudier ainsi la répartition du gène de la maladie. Lestradet retrouve un ou plusieurs cas de D.I.D chez 19,23% de 926 familles ayant un enfant atteint de D.I.D contre seulement 4,23% de 300 familles avec enfants sains. (Khiati.M, 1993, p 21).

➤ **Facteurs environnementaux :**

L'élévation de taux d'incidence de D.I.D, est causé par plusieurs facteurs de risque tels que l'exposition fœtale ou néonatale aux virus et certaines infections virales notamment aux entérovirus (OR=1,61) [42], et plus particulièrement le virus Coxsackie B [1,42]. , ou des changements de pratiques alimentaires tels que l'introduction précoce de céréales dans l'alimentation de l'enfant de moins de 4 mois.

Ou encore le diabète est à l'origine des facteurs toxiques. (Lévy-Marchal.C, et al, 2007, pp 13-14).

➤ **L'obésité :**

L'augmentation de l'incidence du DT2 chez l'enfant semble être parallèle à l'augmentation du surpoids et de l'obésité de l'enfant.

➤ **Le tabac :**

L'étude de cohorte (189) menée chez 114 247 infirmières américaines non diabétiques à l'entrée dans l'étude et suivies prospectivement sur 12 ans a observé un risque relatif de, diabète de 1,42 parmi les femmes qui fument plus de 25 cigarettes par jour par rapport aux non-fumeuses.

Dans une autre étude (190) chez l'homme, les mêmes auteurs ont trouvé un risque relatif de diabète de 1,94 (IC à 95 % 1,25-3,03) chez les hommes fumeurs par rapport aux non-fumeurs. (ANAES, 2000, p 74).

➤ **Les facteurs psychologiques :**

Le diabète selon certains auteurs est les résultats de certains événements psychologiques, des émotions, un grand chagrin, et divers stress psychique.

De nombreuses études ont montré que lorsque un individu est confronté à une situation stressante, son organisme secrète des hormones spécifiques, en particulier de l'adrénaline et de cortisol qui sont des hormones de stress qui inhibent la sécrétion d'insuline et sont par conséquent, diabéto-gènes, c'est pourquoi Bradley (1994) suggère que le stress pourrait « précipiter » le début d'un diabète ou contribuer à son aggravation. Surwit et al. (1992) ont montré, chez des sujets adultes IDDM, que le fait d'affronter divers tresseurs (maladies, traumatismes,...) était associé à l'hyperglycémie.

Et selon d'autres auteurs, l'anxiété-trait a un rôle pathogène sur le contrôle métabolique du sujet diabétique, elle prédit une élévation du taux de HbA1c. (Bruchon-Schweitzer.M et Bruno. Q, 2001, p p98- 99).

12.Diabète : Aspect psychologique :

Le diabète est une maladie chronique qui affecte le système physiologique de la personne, mais également son état psychologique, Le patient est brutalement perturbé dans l'image qu'il a de sa santé, des ses habitudes de vie, et de sa projection dans l'avenir.

Plusieurs auteurs soulignent que l'enfant atteint d'une maladie chronique est plus à risque de développer des troubles psychologiques, tels que des troubles de l'ego, une mauvaise estime de soi, une plus forte dépendance sociale (Kyngäs, 1999), ou encore une symptomatologie dépressive et des troubles de l'anxiété.

Rubin et Peyrot (2001) relèvent les difficultés suivantes chez le jeune diabétique, comme étant susceptibles de créer une détresse émotionnelle et de retentir sur la gestion de la maladie : se sentir privé de nourriture, détester surveiller son sang, être frustré par des niveaux imprédictibles de sucre dans le sang. De manière générale, les problèmes psycho-comportementaux comme les troubles alimentaires par exemple, sont susceptibles d'induire des difficultés de compliance à l'adolescence.

Et d'après l'étude quasi prospective de Skinner et Hampson (1998), réalisée sur 74 adolescents IDDM, la maladie a un impact perçu sur la vie quotidienne qui prédit un état dépressif ultérieur. Atkin et al. (2001) relèvent que vers 12 ans généralement, certains adolescents se posent la question « pourquoi moi ? » lorsqu'ils comparent leur vie avec celle de leurs amis, car la maladie leur impose parfois de sérieuses restrictions de vie. Ils sont alors confrontés aux risques de se replier sur eux-mêmes, de développer des complexes, de vivre des ruptures dans leurs relations sociales. (Aujoulat.I, et all, 2003, p 11).

Conclusion :

Le diabète est une maladie chronique incurable, mais qui ne conduit pas à la mort si une prise en charge thérapeutique, médicamenteuse était efficace, et si le sujet diabétique effectue un suivi diabétologique qui soit mensuelle, et une surveillance de poids par un régime alimentaire adéquat, et une pratique de l'activité physique permanente, ainsi que une surveillance de la tension artérielle, pour vivre une longue vie sans d'autres complications.

Chapitre III
L'adolescence

Introduction :

L'adolescence est la période la plus importante dans le développement humain, Depuis le début du XXe siècle, cet âge de la vie est de plus en plus étai le sujet de recherche chez plusieurs auteurs. On perçoit l'adolescence comme une période de changements, corporels, intellectuels, sociaux, et une période de crise et de conflits, ainsi que et la recherche de l'affirmation de soi et d'identité.

1. Définition de l'adolescence :

L'adolescence est généralement entendue comme la période de vie qui s'étend de la puberté à l'âge adulte. Les avis sur les limites d'âge de cette période sont très partagés mais on admet généralement qu'elle commence aux alentours de 12 ans et se poursuit jusqu'à environ 18-20 ans, quand les principales transformations biologiques, psychologiques et sociales sont accomplies.

Le terme « adolescent » n'est entré dans le langage courant qu'à la fin du 19^{ème} siècle et c'est dans les années 40 qu'il est devenu populaire. Cela dit, l'étymologie du terme remonte à l'Antiquité puisqu'il est composé de la racine latine « adolescere » qui, au participe présent s'écrit « adolescens » et signifie « en train de grandir », et au participe passé « adultus² » ou « qui a fini de grandir ».

On perçoit généralement l'adolescence comme une période de crise et de turbulences au cours de laquelle de nombreux paramètres sont remaniés. L'individu doit en effet gérer au mieux les changements corporels qu'il subit, l'image de soi qui se trouve de fait modifiée, la recherche et l'affirmation de son identité, les attentes des parents ainsi que la multiplication des rapports sociaux. (Audétat M.-Cl et Voirol. Ch, 1997, p 2).

2. Historique de concept d'adolescence :

Le concept d'adolescence né au 19^{ème} siècle, avec la révolution industrielle, et c'est au 20^{ème} siècle qu'il acquiert ses fondements médicaux - le mot hormone est créé en 1905 par Starling-, et psychologiques- les trois essais sur la théorie de la sexualité de Sigmund Freud qui date aussi de 1905- .

Le concept d'adolescence remonte à l'antiquité, ou il y a toujours eu une jeunesse et un problème de la jeunesse depuis cette période. Mais il semble bien que les grecs limitent le problème de passage pubertaire grâce à l'embrigadement militaire, tandis que chez les filles les rites de mariage faisaient office de rites de passage. De la même façon, chez les romains, le début de l'âge adulte marqué par le jour de la prise de la toge virile à dix-sept ans et par un pèlerinage au capitole, ainsi qu'il existe des groupements de jeunes qui avaient toutes les caractéristiques de véritables formations politiques. L'organisation des adolescents peut remplacer les rites, ou il n'y a aucun rite d'initiation chez les Trobriandais étudiés par Malinowski.

La révolution française est une révolution de la jeunesse qui va devenir une menace pour le pouvoir politique du 19^{ème} siècle. Cette adolescence vécu comme dangereuse, devient immédiatement un objet d'étude en médecine, pédagogie, et criminologie. En 1780 et 1840, des dizaines de thèses de médecine sont consacrées à la puberté chez les garçons et les filles, et cela bien avant la découverte des hormones. Au 20^{ème} siècle, l'idée de l'adolescence se soutient et se nourrit grâce à la littérature qui est relayée par les médias. (Delaroche.P, 2000, pp 6-8).

3. Les stades de développement de l'adolescence :

Le développement psychologique à l'adolescence se caractérise par une série d'adaptation successives : l'individu doit s'adapter aux transformations corporelles, se construire une identité qui dépasse les identifications de l'enfance, se désengager vis-à-vis de sa famille.

a) Le développement pubertaire :

Sur le plan physiologique, l'adolescence est marquée par le phénomène pubertaire.

- Le début de la puberté chez la jeune fille est représenté par l'augmentation de volume des seins. Environ six mois après, la pilosité pubienne apparaît. La puberté de la jeune fille se termine par l'apparition de la première menstruation... .
- Chez le garçon, la puberté commence vers 11 ans avec l'augmentation du volume de testicules, le poil pubien apparaisse vers 12-13 ans, elle se termine

avec la première éjaculation qui survient vers la quinzième année, bien pour la fille, comme pour le garçon.

Cette période est marquée par une transformation corporelle importante, notamment un gain de taille. Cette transformation du corps de l'adolescent est la conséquence de modifications hormonales, sous l'effet d'une sécrétion accrue d'hormones sexuelles (estrogène et androgène). (Bourcet. S, et al, 2001, p08).

Les diverses transformations physiologiques et morphologiques qui se produisent au cours de cette période vont susciter un ajustement psychologique.

Les facteurs physiques constituent un élément central dans la construction de la personnalité adolescente en modifiant l'image corporelle constituée au cours de l'enfance. Il faut noter que les filles ont en générale deux ans d'avance sur les garçons dans le développement pubertaire. (Guidetti.M, 2002, p 98).

b) Le développement de l'identité :

L'identité, ou plutôt identité sexuelle, correspond au fait de se reconnaître homme ou femme.

L'adolescence constitue une période d'émergence d'un « moi » adulte ou l'individu devient plus conscient de lui-même et plus autonome dans ses choix. La problématique de l'individualité peut se situer à différents niveaux d'analyse :

Un premier niveau concerne d'abord le vécu de l'adolescent et la description de ses affects, un deuxième niveau concerne la façon dont le sujet se perçoit lui-même et comment il se pense perçu par les autres, ce que l'on appelle « image de soi », un troisième niveau correspond à l'estime de soi et enfin un quatrième niveau se réfère essentiellement au concept d'identité.

c) Le développement cognitif :

Développement cognitif s'emploie justement à étudier l'évolution des processus mentaux de ce qu'ils génèrent, depuis leur émergence et tout au long de leurs changements. Fascinés par les capacités cognitives. Piaget avait divisé le développement cognitif de l'enfant en une série de stades distincts et ordonnés.

Dans le stade des opérations formelles qui commence à l'âge 11 ans environ, l'enfant devenu adolescent comprend que la réalité particulière qu'il vit n'est qu'une parmi d'autres imaginables, et il commence à méditer sur des questions graves comme la

vérité, la justice, l'existence, et il commence à jouer le scientifique. L'adolescent devient également capable de faire appel aux types de logique déductive. (Gerrig.R et Zimbardo.P, 2008, p272).

L'expérience scolaire joue un rôle important dans l'accès aux opérations formelles : les adolescents non scolarisés déraient pas à la pensée formelle, ainsi qu'il existerait un écart en faveur des garçons pour l'accès à la pensée formelle, bien que les filles obtiennent de manière générale de meilleurs résultats scolaires.

d) Le développement de la socialisation :

Du point de vue de la relation à l'autre, l'adolescence est caractérisée par deux phénomènes essentiellement, à savoir le besoin d'indépendance par rapport à l'autorité notamment à l'égard de la famille, qui s'exprime régulièrement par une relation conflictuelle, cette dernière permet l'affirmation de soi et la reconnaissance de son existence indépendante par les autres. Et le désir d'appartenance à un groupe, ou l'adolescent juge indispensable la reconnaissance de son individualité par le monde adulte.

Lehalle (1995) décrit cette évolution dans les motivations des relations amicales à l'adolescence :

Entre 11 et 13 ans, l'amitié est centrée sur les activités communes que sur l'interaction elle-même.

Entre 14 et 16 ans, la relation amicale se base sur la confiance réciproque, et correspond souvent au premier amour.

A la fin de l'adolescence, vers 17 ans, les relations amicales deviennent moins passionnelles, il y a alors plus d'emphase sur la différence interpersonnelle, le groupe adolescent se trouve plongé dans la dialectique de permis et d'interdit avec le support de groupe et avec le groupe, ainsi qu'il expérimente des rôles et des situations sociales, des activités de groupe qui contribuent à l'émergence d'une identité personnelle.

L'intégration au groupe des pairs et l'intégration à la famille sont deux formes de socialisation. . (Guidetti.M, 2002, p p100, 102).

4. Les troubles de l'adolescence :

On considère traditionnellement l'adolescence comme une période de la vie éminemment tumultueuse, caractérisée par des mouvements d'humeur extrême et un comportement imprévisible et difficile : « la tempête et le stress » (Gerrig.R et Zimbardo.P, 2008, p283).

L'identité finale ne peut s'installer qu'après s'être confrontée, une fois encore, aux multiples crises de développement des premières années ; cette nouvelle identité n'est pas donnée à l'individu, ni par la famille, ni par la société..., mais elle est acquise à travers des expériences et des efforts individuels. C'est une tâche d'autant plus difficile qu'à l'adolescence, le passé est en train de s'effacer avec la perte de l'ancrage dans la famille, ce qui rend l'avenir imprévisible.

Au cours de cette période l'adolescent vit aussi :

- Une ambivalence des sentiments et une variabilité rapide de ceux-ci : par exemple l'adolescent se vit, selon les moments, comme étant à la fois petit et grand, autonome et dépendant, exubérant et renfermé, etc....
- un sentiment d'étrangeté lié à son corps sexué et à ses conflits identificatoires, confèrent à cette période une potentialité dépressive.

Dans cette période apparaît un certain nombre de troubles tels que :

a) Les troubles de comportements alimentaires :

Sont fréquemment retrouvés à l'adolescence, le comportement alimentaire devient le reflet d'un malaise psychique plus profond. Ce malaise a un rapport avec un trouble d'estime de soi, et s'accompagne souvent d'une modification de relation avec les autres. Ces troubles sont représentés essentiellement par :

- **L'anorexie mentale :**

Qui est un terme médical désignant la perte de l'appétit mais plutôt une lutte active et déterminée contre la faim.

- **boulimie :**

La boulimie nerveuse est un syndrome qui se caractérise par des accès répétitifs d'hyperphagie (ingestion d'aliments en quantité excessive) désignés sous le terme de crises de boulimie. Chez les boulimiques l'estime de soi est directement dépendante du poids et de la forme corporelle. (Bourcet. S, et al, 2001, pp 21-29).

b) Les troubles de la sexualité :

Durant l'adolescence, les enjeux psychologiques liés à la sexualité gravitent essentiellement autour de la constitution.

c) Le transsexualisme :

Ce trouble se caractérise par la conviction intense d'appartenir à l'autre sexe et conduit l'adolescent, fréquemment un garçon, à rejeter les indices de son propre sexe anatomique.

Le transvestisme : il caractérise les patients qui portent les vêtements de l'autre sexe dans certaine période de leur existence, et il ne s'accompagne pas d'excitation sexuelle.

– L'homosexualité :

Elle est classée par certains auteurs dans les troubles du développement de l'orientation sexuelle, et par d'autres, dans les perversions.

Elle est une relation affective et sexuelle entre partenaire de même sexe, est considéré comme fréquente à l'adolescence. , (Bourcet. S, et al, 2001, pp 38-40).

d) La dépression et le suicide :

La véritable dépression à l'adolescence se situe entre la morosité, soit une forme souvent normale de dégressivité, et le suicide. Elle peut se cacher derrière des troubles de comportement à type de délinquance, de fugue, ou encore se traduire par une vulnérabilité psychosomatique, une asthénie, ou des symptômes hypocondriaques. (Delaroche.P, 2000, p 70).

Le taux de suicide augmente nettement à partir de 13 ans, le passage à l'acte suicidaire peut être envisagé comme l'expression d'un désir de rupture avec l'environnement, mais aussi avec le passé, en prenant lieu et place de la parole.

e) La psychose à l'adolescence :

Classiquement, l'adolescence est marquée par le risque « d'entrer dans la psychose », c'est-à-dire essentiellement la schizophrénie de sombre pronostic.

En fait, le processus de l'adolescence peut déclencher effectivement une psychose aiguë, pouvant régresser sans laisser de trace, ou encore déboucher sur une psychose maniaco-dépressive. (Delaroche.P, 2000, p77).

f) Les conduites de dépendance :

La toxicomanie qui favorise la : l'adolescent est une période de tumulte interne qui favorise la prise de toxique. En fait, le plus souvent, préadolescent et l'adolescent utilise la drogue de manière unique et ponctuelle, comme un défi qu'il se lance et qu'il lance aux adultes. Généralement, les adolescents s'initient à la prise de toxiques en groupe, dans une dynamique de quête identitaire. (Bourcet. S, et al, 2001, p19).

5. Les effets de la santé physique sur la santé mentale :

Un certain nombre d'études indiquent que la mauvaise santé physique est la principale cause de la mauvaise santé psychologique. Généralement, les maladies somatiques chroniques ou aiguës, à cause de la rupture qu'elles amènent dans la vie de sujet, des restrictions variées imposées, fragilisent sur le plan psychologique. Les réactions de l'adolescent peuvent être liées à l'impact de la révélation de la maladie. Il est fréquent d'observer des dépressions réactionnelles à un traumatisme somatique grave.

La rupture entraînée par la maladie provoque des modifications des relations de l'adolescent avec son entourage, et généralement une culpabilité importante. (Bénony.H, et Colin. A, p11).

6. L'annonce d'une maladie :

L'annonce d'une maladie chronique est une véritable rupture avec l'état de bien-être antérieur à cette annonce, c'est un véritable bouleversement de la vie, avec des retentissements sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale.

D'après un article du docteur Patrick Alvin l'annonce d'une maladie chronique doit répondre au principe de déontologie suivant : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information simple, accessible, intelligible, loyale et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ».(Darnac. C, 2008, p22).

7. L'adolescent face au diabète :

La survenue d'un diabète à l'âge de l'adolescence frappe un sujet déjà préoccupé et angoissé de son évolution somatique du fait de la transformation pubertaire.

La blessure narcissique représentée par la maladie entraîne une très forte angoisse pour ce qui est de leur corps .De même, ils perçoivent leur avenir comme fragmenter, peu construit et chargé de menaces. Cette désorganisation initiale de la personnalité, liée à période de diagnostique, se répare souvent sur le mode névrotique.

Les modifications physiques de la puberté, influence l'augmentation de la sécrétion d'hormone de croissance et de testostérone, chez les garçons, ou d'œstradiol, chez les filles, peut entraîner une résistance physiologique à l'insuline.

À la puberté, l'enfant qui a un diabète a besoin de plus d'insuline, jusqu'à 1,5 ou 2 fois la dose antérieure. Par ailleurs, la puberté est une période où il pratique souvent un sport de compétition ou une activité de plein air, et où le programme scolaire devient plus complexe, avec des entraînements sportifs, des cours supplémentaires, des cours particuliers, des cours de musique et de danse, etc.... à différents jours de la semaine.

Ces variations d'activité suivant les jours de la semaine font varier les besoins en insuline et les risques d'hypoglycémie, rendant nécessaire de faire des doses d'insuline différentes pour les jours d'activité et les jours de repos.

Chez les filles, la sensibilité à l'insuline peut varier pendant le cycle menstruel. Par exemple, le stress et les douleurs associées aux règles peuvent accroître la sécrétion de cortisol et la résistance à l'insuline, alors que les troubles de l'humeur, l'inconfort et la léthargie peuvent entraîner une perte d'appétit et une diminution de l'activité physique pendant cette période. (Gerrig.R et Zimbardo.P, 2008, p125).

L'adolescence est associée aussi à des changements comportementaux rapides qui peuvent influencer le contrôle du diabète. Le comportement de l'adolescent se caractérise généralement par une remise en cause de toute autorité, la recherche de l'autonomie, la révolte, la recherche du plaisir, le besoin d'intimité et une plus grande sensibilisation à l'image de soi et à la pression des autres ainsi que l'émergence de

troubles de l'alimentation chez certaines adolescentes. Ce processus influence et est influencé par la présence d'une condition chronique comme le diabète. . (Hala Tafayli et Silva Arslanian, 2007, p28).

8. La qualité de vie chez l'adolescent diabétique :

Une étude de cas témoins des années 90, réalisée en Angleterre, rapporte que les conséquences sociales du DT1 chez des patients jeunes sont assez modestes tant qu'il n'y a pas de complication. Les inquiétudes sont plus évidentes au fur et à mesure qu'augmente l'âge, et sont plus importantes chez les filles, reflétant une incidence accrue des altérations psychiques chez les adolescentes.

Les filles, au début de la puberté qui survient à un âge plus précoce que chez les garçons, ont un équilibre métabolique insatisfaisant pour de nombreuses raisons, contrairement aux garçons : elles ressentent le diabète comme un lourd fardeau, semblent plus préoccupées que les garçons et sont plus perturbées psychologiquement. Ces facteurs peuvent modifier l'adhésion au traitement et affecter la qualité de vie de ces jeunes filles.

Les troubles du comportement alimentaire de type accès compulsifs de boulimie sont décrits depuis longtemps chez les adolescentes diabétiques. Ils sont probablement plus fréquents que chez les filles non diabétiques. Ils s'accompagnent toujours d'une manipulation des doses d'insuline, recherchant un sous-dosage pour contrôler le poids. Les facteurs de risque ne sont pas très bien connus, mais ils sont toujours associés à une faible estime de soi et à une image corporelle négative. L'ensemble de ces troubles génère un très mauvais contrôle glycémique. (Lévy-Marchal.C, et all 2007, p25).

Conclusion :

L'intervention familiale, sociale, et même thérapeutique, est nécessaire pour aider le jeune adolescent à dépasser sa situation problématique, et les conduites dangereuses liées à cette période.

Partie
Pratique

Chapitre IV

La méthodologie de la recherche

Introduction :

Toute recherche effectuée en sciences humaines et sociales, en particulier en psychologie clinique, nécessite évidemment un ensemble d'approches et d'informations théorique sur le sujet d'étude qui vont favoriser ce choix d'étude, mais aussi le chercheur doit se baser sur une approche très importante qui est la méthodologie, cette dernière regroupe la méthode suivie par le chercheur pour produire ses connaissances, ainsi que l'ensemble des outils d'investigation, le terrain et la population d'étude, pour mener à bien sa recherche. La suite de ce chapitre présente bien ce qu'on a à venir de dire.

1. La pré-enquête :

La pré-enquête est l'étape préliminaire qui précède la réalisation de notre recherche sur les stratégies de coping chez l'adolescent diabétique sur le terrain. Dans cette étape on a recueilli le maximum d'information, sur la capacité de déroulement de notre recherche sans avoir rencontré des obstacles, ainsi qu'on a pris des notes minutieuses sur les particularités et le mode de fonctionnement des consultations médicales des adolescents diabétiques, et sur la possibilité de trouver l'échantillon demandé pour mener à bien notre recherche. Et cela à partir, d'un ensemble d'entretiens effectués avec le personnel médical de l'organisme, et auprès des médecins spécialistes en diabétologie, et des psychologues. Nous avons effectué notre pré-enquête au niveau de la clinique de beau séjour, et au CHU de Khalil Amrane.

Elle est une phase de défrichage, d'investigation, préliminaires, de reconnaissance, une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. Mais aussi, elle permet de fixer en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura réalisés pour vérifier ses hypothèses (Aktouf. O, 1987, p102).

2. La démarche clinique :

« La démarche clinique est avant tout interpersonnelle, elle travaille dans la relation et sur la relation », et à faire avec des personnes en situation et en interaction. Ainsi qu'elle interroge la position de clinicien, c'est-à-dire son implication dans la situation.

La démarche clinique a une rigueur qui lui est particulière car elle prend en compte la complexité de l'objet de son étude, le fonctionnement psychologique de l'homme dans ses dimensions implicites et explicites, objectives et subjectives mais aussi le contexte de la rencontre. (Chahraoui. K et Bénony.H, 2003, p09).

De même « la démarche clinique s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, ses conduites sont replacées dans leur contexte individuel (histoire de l'individu et situation actuelle), et elle prend en compte l'engagement de l'observateur ». (Ghiglione. R, Richard J.F, 1999, p 467).

3. La méthode descriptive:

Dans cette recherche on a utilisé la méthode descriptive, qui vise à décrire la façon et les stratégies utilisées par les adolescents diabétiques pour gérer et pour s'habituer à leur maladie. Elle englobe l'ensemble des études de cas, observations systématiques ou naturalistes, méthodes corrélationnelles, méthodes normatives développementales, enquête .elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et, parfois de décrire la relation qui existe entre ses composantes. (Beaugrand, 1988). (Chahraoui. K et Bénony.H, 2003, p125)

❖ L'étude de cas :

Dans notre recherche on se base d'avantage sur l'étude de cas, qui consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme S. Freud ou P. Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques. Elle a été également pratiquée en médecine pour décrire les maladies et leur évolution.

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passées. Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'exams psychologiques, témoignages des proches et des soignants.

L'étude de cas a pour objectif d'aider et de comprendre le sujet, ainsi qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitives...etc.). Elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux ((Chahraoui. K et Bénony.H, 2003, pp 125- 127).

4. Description de lieu de recherche :

Nous avons choisit comme terrain d'étude deux organismes, le premier c'était la clinique de Beau Séjour (maison des diabétiques Bejaia, ou notre recherche s'est déroulée au cours de 3 mois à partir de 2 janvier au 31 mars 2013 menée sur la population des adolescents diabétiques suivants des consultations au niveau de la clinique.), et le deuxième c'était le CHU de Khellil Amrane (centre hospitalo-universitaire de Bejaïa, pendant 40 jours, de 07- 04 -2013 au 16- 05 -2013).

a) Présentation de l'organisme d'accueil (Beau Séjour):

La clinique de beau séjour est considéré comme la première structure médicale qui s'occupe des diabétique dans ses différents types dans la wilaya de Bejaia, elle se situe en plein centre ville, elle a ouvert ses portes en 1995. Elle s'occupe de suivi de 3800 diabétiques, tous soumis à un contrôle médical tous les trois mois afin de suivre l'évolution de leurs état de santé et détecter les complications liées à la maladie. Cette maison reçoit en moyenne 70 patients par jour. Elle s'occupe aussi des urgences diabétiques et de nouveaux cas fraîchement identifier.

• Infrastructure et matériels :

La clinique de beau séjour de Bejaia dispose d'une salle contenant 4 lits pour prendre en charge ses patients, elle dispose aussi de 5 salles de consultation :

- Deux salles de consultations pour diabétologie.
- Une salle pour la néphrologie.
- Une salle pour la cardiologie.
- Une salle pour l'ophtalmologie.
- Un bureau de psychologie ou en a effectué notre stage.

• Le personnel sanitaire :

La prise en charge des patients diabétiques au niveau de la clinique Beau Séjour se fait grâce à une équipe soignante multidisciplinaire qui se forme de : cinq médecins qui sont réparties comme suit :

- Deux médecins spécialistes en diabétologie.
- Un médecin spécialiste en néphrologie.
- Un médecin spécialiste en cardiologie.
- Un médecin spécialiste en ophtalmologie.
- Un psychologue, et quatre infirmières.

b) Présentation de l'organisme d'accueil (Khalil Amrane) :

Ce CHU est l'un des trois hôpitaux existant a Bejaïa, il est placé sous la tutelle du ministère de la santé, il a ouvert ses portes en 1990.

Il est composé de :

Service de médecine interne, service de la neurochirurgie, service d'orthopédie,... etc., et un service de pédiatrie où on a exercé notre stage. Ce dernier est constitué d'un pavillon des urgences, brigade de nuit, et un service de néonataux.

5. La population d'étude :

Notre population d'étude concerne huit adolescents diabétiques qui viennent en consultation médicale afin de suivre leur état dans la clinique de beau-séjour pour les adolescents plus de 15 ans, et dans l'hôpital de Khalil Aamrane pour ceux de la naissance jusqu'à l'âge de 15 ans.

La sélection des cas de notre recherche dépend des critères suivants :

- **Les critères d'homogénéité sont :**

- Le niveau d'instruction : on a fait notre recherche avec des adolescents qui sont scolarisés et d'autres qui sont au cours d'une formation (stage).
- Le début de leur diabète : l'âge d'apparitions de diabète de notre cas est différent.
- Le sexe : la variable de sexe n'est pas été prise en considération, on a travaillé avec les deux sexes.
- Tous les cas de notre étude sont des adolescents.
- Ils sont tous des diabétiques.
- Ils sont âgés de 12 à 20 ans.

- **Les critères non pertinents pour la recherche :**

- Le type de diabète : on n'a pas précisé dans notre étude le type de diabète comme critère qu'il faut respecter.
- Les adolescents qui refusent de participer à la recherche ne sont pas inclus.

Tableau 02 : Le tableau suivant illustre bien les caractéristiques de notre population d'étude :

	Nom	sexe	Age	Niveaux d'instruction	Type de diabète
Cas1	Kenza	Féminin	19ans	Terminale	Type 1
Cas2	Melissa	Féminin	18ans	2ème AS	Type 1
Cas3	Meriem	Féminin	20ans	Stage (aide comptable)	Type 1
Cas4	Walid	Masculin	17ans	Stage (cuisine)	Type 1
Cas5	Amel	Féminin	13ans	1ère AM	Type 1
Cas6	Rida	masculin	15ans	3ème AM	Type 1
Cas7	Lidia	Féminin	13ans	1ère AM	Type 1
Cas8	warda	Féminin	13ans	3ème AM	Type 1

6. Les techniques de la recherche :

Notre recherche a été axée sur l'entretien clinique semi-directif et l'échelle toulousaine de coping.

– L'entretien clinique :

« L'entretien du psychologue avec le sujet est souvent considéré comme la technique clinique par excellence ».

On peut recevoir l'entretien comme le moment où peut se produire, la rencontre, au sens phénoménologique, du psychologue et du sujet, on peut s'établir ce champ d'intersubjectivité qui est, pour certains, le domaine d'application de la méthode clinique ». (Reuchlin. M, 1969, pp 113-114). Ce qui font la spécialité de l'entretien clinique du recherche, c'est le terme clinique qui renvoie à :

-Un champ de pratiques et d'interventions du psychologue clinicien qui intéresse généralement le domaine des soins.

-Une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (Chahraoui. K et Bénony.H, 2003, p 141).

Donc, on peut dire que l'entretien clinique est le discours qui se déroule entre le psychologue et le patient à propos d'un côté de patient lui même, et d'autre côté, à propos de son problème ou de son trouble. Et cela à travers l'ensemble des questions posées, et des outils d'investigations.

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

Dans le cadre de notre recherche on a opté pour l'entretien semi-directif de la recherche, qui semble le plus adéquat pour vérifier les hypothèses de notre étude, et laisse le sujet répondre aux questions posées en toute liberté.

– **L'entretien semi-directif :**

Est une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individu, pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations. (Engers .M, 1997, p144).

« Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association. Comme dans l'entretien non directif, le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où

le clinicien cherche un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit. (Chahraoui .K et Bénony.H, 2003, p 143).

– **Le guide d’entretien :**

L’entretien semi-directif nécessite la réalisation d’un guide d’entretien. Notre guide d’entretien est composé de 32 questions réparties en quatre axes.

Le premier axe englobe des informations personnelles de sujet examiné : le nom et le prénom, l’Age, le sexe, lieu d’habitat, la situation familiale, le niveau d’instruction ou le niveau d’étude.

Le deuxième axe concerne les renseignements sur le diabète, la période et la manière d’apparition de diabète, de quel type il s’agit, le traitement, les complications,

Le troisième axe correspond aux renseignements concernant la confrontation à la maladie, les réactions de sujet, ainsi que la façon dont il gère sa maladie.

Le quatrième axe concerne le renseignement sur le soutien de l’entourage, la réaction de ses proches après l’annonce de diabète, la relation du patient avec sa famille ainsi que la société.

Le cinquième axe concerne les questions posées au sujet sur le futur, quels sont ses craintes, et quels sont ses projets.

7. Les outils de la recherche :

Le test utilisé est l’échelle toulousaine de coping.

➤ **Définition :**

L’échelle toulousaine de coping est élaborée par l’équipe de « Psychologie sociale du développement et de la santé » appartenant au laboratoire toulousain « Personnalisation et Changements Sociaux » (Laurencine. P, 2001, p89). Elle s’agit d’un questionnaire d’autoévaluation destiné à mesurer la façon dont le sujet fait face à la situation stressante, elle est composée de 54 items.

➤ **Historique de test :**

Le recensement sur les travaux de coping met en évidence une évolution quantitative (nombre) et qualitative (nature) des dimensions proposées pour décrire ce processus.

Le coping est considéré par Lazarus et Folkman(1984), comme un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre. Deux dimensions interviennent :

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

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésées par les tensions auxquelles elles sont confrontées. A la déférence 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, Scheier et Weintraub (1989) mettent en place une échelle composées de 14 stratégies. Dans un souci compréhension, nous les avons regroupés selon cinq champs : le champ comportemental, le champ cognitif, le champ émotionnel, les mécanismes de défense, et les rapports sociaux.

Ces auteurs font de coping un processus, pouvant inclure toutes sortes de stratégies, dont certaines n'étaient pas pris en compte jusque là.

Partant d'une analyse critique des échelles de coping existantes, nous proposant une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux, informationnel, et affectif.

➤ **Le contenu :**

Cette échelle permet une passation individuelle mais aussi collective. Elle est composée de trois champs : l'action (champ conatif), l'information (champ cognitif), et l'émotion (champ affectif) dont l'articulation permet l'émergence de six stratégies

(focalisation, support social, retrait, conversion, contrôle et refus), chaque champ est constitué de six dimensions, et chaque stratégie comprend trois dimensions. L'échelle donc est constituée de 18 dimensions, chaque dimension est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle de cinq points.

➤ **Présentation des stratégies :**

-La focalisation active et cognitive : implique de se centrer sur le problème et sur les modes de résolution. La focalisation active (émotionnelle) implique en fait l'envahissement d'émotions spécifiques (agressivité et culpabilité).

-Le support sociale : implique la demande d'aide en termes cognitifs (conseils, information), ou affectif (besoin d'écoute et de reconnaissance). Il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme moyens de lutter contre le stress.

-Le retrait : le sujet se repliât sur lui même, essaye de ne pas penser au problème en se réfugiant dans le rêve ou dans l'imaginaire, ou en adoptant des conduites de compensation (nourriture, drogues, médicament).

-La conversion : implique le changement, la transformation des comportements, des positions cognitives (acceptation), ou des valeurs (se tourner vers dieu, se donner une philosophie de la vie,...).

-Le contrôle : implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements et des activités et la contention des émotions.

-Le refus : le sujet fait comme si le problème n'existait pas, il se distrait en faisant quelques choses de plus agréable. Il a des difficultés à décrire ses émotions.

Tableau 03 : la répartition des stratégies selon les champs.

Champs stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION
Focalisation	A Focalisation active	G Focalisation cognitive	M Focalisation émotionnelle
Support social	B coopération	H Support social informationnel	N Support social émotionnel
Retrait	C Retrait comportemental et social	I Retrait mental	O additivité
Conversion	D Conversion comportementale	J acceptation	P Conversion par les valeurs
Contrôle	E Régulation des activités	K Contrôle cognitif et planification	Q Contrôle émotionnel
refus	F distraction	L dénégarion	R alixithmie

➤ **Administration et notation :**

– **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, pour son compte personnel et en prenant son temps. La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la second fait référence à la consigne de test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1(pas de tous d'accord) à 5(tout à fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. L'administration de ce

test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées.

– **La notation :**

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la feuille de dépouillement 1 en suivant les phrases de 1 à 54 dans l'ordre de test. Ensuite 5 types de notes sont possibles, Au Choix.

Avec la feuille de dépouillement 1 on obtient :

Une note de dimension : c'est la somme des trois phrases constituant la dimension. Il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (ex : pour la dimension A, additionner les scores obtenus au phrases 1, 19, et 37).

Cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par un individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus fines de l'échelle.

Une note par champ : c'est la somme de 6 dimensions constituant le champ (case blanche non grise). Il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée.

Ainsi nous pouvant observer la réaction privilégiée de sujet dans les trois champs.

Une note générale de coping : c'est la somme des trois notes des trois champs, il suffit de rapporter la note dans la case totale G.

Une note de coping positif et une de coping négatif : il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées positifs, négatif, et dans les cases blanches. En faisant la somme des 9 dimensions positives de coping qu'il suffit d'inscrire dans la case totale de cette ligne.

Avec la feuille de dépoilement 2 on obtient :

Une note totale par stratégie : il suffit de rapporter par ligne les notes obtenues aux dimensions, de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement 2 et de faire la somme par ligne, on obtient ainsi une note pour chaque stratégie.

Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée.

➤ **La consigne :**

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable.

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

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

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

Vous trouvez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : 1(pas de tous) à 5(très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations

Cette échelle tirée de Sylvie Esparbèse, Florence, Pierre. T, journée de labo 93 SAINT CRICO laboratoire de personnalisation et de changements sociaux « les stratégies de coping ».

Conclusion :

Pour mener à bien une recherche scientifique, il est important de se baser sur une méthodologie.

Dans notre étude sur les stratégies de coping chez l'adolescent diabétique, on a réalisé un stage pratique au niveau des services de diabétologie, et on s'est basé sur les

outils d'investigation qui sont, l'entretien clinique ainsi que le test de coping. Ce qui nous a permis d'avoir les informations nécessaires sur notre échantillon d'étude.

Chapitre V
Présentation, analyse et
discussion
Des résultats

Introduction :

Dans notre étude, la partie pratique se caractérise par l'analyse des cas de notre échantillon d'étude au niveau de la clinique de beau séjour, et à l'hôpital de Khalil Amrane, a fin d'obtenir des résultats qui vont répondre à nos hypothèse.

Nous avons utilisés un entretien semi-directif, et l'échelle toulousaine de coping, par lesquelles ont s'est intervenu auprès des adolescents diabétique pour savoir quel est l'impacte de diabète sur leur vie personnelle et interpersonnelle, et sur quelles stratégies ils se basent pour faire face à cette situation.

1. Présentation et analyse des entretiens et des tests :

Cas N° 01 :

– Présentation générale du cas :

Melissa est une adolescente âgée de 17 ans, elle est la troisième d'une fratrie de 4 filles et 1 garçon, scolarisée en 1^{ère} année secondaire. Issu d'une famille d'un niveau socio économique moyen, son père est un chauffeur d'une taxi, et sa mère femme au foyer.

– Analyse de l'entretien :

Durant l'entretien, la patiente était à l'aise, elle s'est montrée motivée et souriante le contact est marqué par un climat de confiance, elle répondait aux questions posées facilement et spontanément et sans complexe.

Elle s'est mise d'accord pour discuter de sa maladie. Après avoir expliqué et discuté les objectifs de l'entretien.

Sa maladie remonte à l'âge de 8 ans, elle a découvert sa maladie suite à une douleur au niveau du pied « ma sœur aînée m'a amené à l'hôpital parce que j'avais mal au pied gauche pendant une semaine, après l'examen, le médecin a informé ma sœur que j'ai un diabète », d'après ses dires elle n'a pas remarqué d'autres symptômes qui déterminent le diabète. Et elle est due à une cause héréditaire, « mon papa est un diabétique ». Elle suit un traitement par injection d'insuline.

Le sujet vit sans aucune complication.

Lors de l'annonce de sa maladie, Melissa n'a présenté aucune réaction, de fait qu'elle était assez petite pour comprendre ce qui se passe, mais lorsqu'elle s'est grandie, et elle a commencé à savoir que ce que le diabète elle nous a dit : « je n'arrive pas à préciser mon sentiment envers cette situation, je me suis habituée et ça ne me dérange plus ».

Melissa ne présente pas de difficultés à vivre avec sa maladie, elle n'est pas touchée, ni stressée d'avoir une maladie chronique, d'ailleurs elle dit souvent le mot « normal », toutefois elle s'inquiète sur sa santé, exactement elle a peur d'avoir d'autres complications.

Elle arrive à gérer sa maladie, en faisant des recherches sur internet, en consultant des professionnels en diabétologie, pour avoir plus d'informations sur le diabète, afin d'y faire face.

Nous l'avons sollicité de nous parler sur sa relation au sein de sa famille, elle nous a répondu : «je suis entourée et soutenue par ma famille surtout mon père et ma mère, d'ailleurs j'ai devenue plus gâtée », ainsi que d'après ses dires, elle est aussi soutenue et comprise par ses amis, en particulier par son petit ami, qu'elle le qualifie d'une personne compréhensive, qu'il a aidé à avancer dans sa vie.

Concernant son image envers l'avenir, elle est optimiste, elle espère continuer ses études, et réaliser son rêve d'être médecin, pour se soigner et soigner les autres.

– **Présentation des résultats d'échelle :**

Feuille de dépouillement n° 1 :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	4	4	3	2	1	4	1	3	3	1	4	1	1	2	1	3	5	1		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	4	3	1	3	4	3	1	3	4	2	4	3	4	3	3	1	4	3		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	2	4	1	5	3	1	2	3	4	3	4	4	5	4	2	2	5	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T G
Action	10			10			4			6			14			6			50	320
Information		11			8			9			12			9			14		63	
Emotion			5			8			11			8			6			9	47	
Positif	10	11		10				9	11		12					6	14	9	92	
Négatif			5		8	8	4			6		8	14	9	6				68	

Dans ce tableau on a noté une note totale de 320 des champs. La note la plus élevée est de 92 qui est celle de coping positif, par rapport au coping négatif qui est de score de 68, et au coping centré sur l'action avec une note de 50, en suite une note de 47 pour l'émotion, et 63 pour les champs d'information.

Feuille de dépouillement n° 2 :

Champs stratégies	I		II		III		TOTAL
	ACTION		INFORMATION		EMOTION		
Focalisation	A	10	G	14	M	6	31
Support social	B	10	H	11	N	9	30
Retrait	C	4	I	8	O	5	27
Conversion	D	6	J	9	P	8	25
Contrôle	E	14	K	12	Q	11	37
Refus	F	6	L	9	R	8	23

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note élevée pour le contrôle avec un score de 37, viennent en suite la focalisation avec un score de 31, et une note de 30 pour le support sociale, avec une faible 23 pour le refus.

– **Analyse des résultats de l'échelle :**

Lors de la passation de l'échelle de coping, Melissa a met 9 minute pour la remplir.

En se référant aux résultats obtenus dans l'échelle de coping, Melissa se centre sur un coping positif centré sur le problème, et sur la recherche d'information, montré par son utilisation à la stratégie de contrôle (37), régulation des activités (14) qui implique la maîtrise de la situation, et un contrôle cognitif(12). Elle essaye aussi d'analyser la situation et de mettre en place des stratégies pour mieux résoudre le problème en utilisant la focalisation avec un score de(31), avec une note élevée(14) sur la recherche d'information, et de se servir des expériences passées. Elle utilise aussi une autre stratégie qui est le support sociale coopératif et informationnel avec une note de (30), en demandant aux autres des conseils et d'informations, avec une réalisation des actes coopératifs avec eux pour faire face a sa maladie.

– **Conclusion de cas :**

Melissa s'adapte et essaye de vivre avec sa maladie en faisant recours aux stratégies de coping positives centrées sur le problème et beaucoup plus sur la recherche d'information.

Cas N° 2 :**– Présentation générale du cas :**

Kenza est une adolescente âgée de 19 ans, scolarisée en 3^{ème} année secondaire, elle vit dans une famille d'un niveau socio économique pauvre, un père retraité et une mère femme au foyer, elle est la plus petite d'une fratrie composée de 10 garçons et 3 filles.

– Analyse de l'entretien de cas :

Après avoir lui expliqué les objectifs de notre étude, elle a accepté de nous parler sur sa maladie.

Durant l'entretien, elle s'est présentée d'une air triste, stressante, chargée d'envie à parler de sa souffrance, le contact avec elle était possible, elle s'est montrée motivée.

Lors de l'entretien Kenza s'est montrée stressée, d'après ses dires : « c'est difficile de vivre avec une maladie chronique ».

Sa maladie remonte à l'âge de 14 ans, elle s'est découverte suite à l'apparition des symptômes suivants : soif, polyurie, fatigue permanente. Elle est héréditaire, sa mère, sa grand-mère, et sa tante sont tous des diabétiques.

« Le moment où le médecin m'a informé que je suis diabétique, je me suis choquée, j'ai pas cru que j'ai un diabète à cet âge là, il est difficile pour moi d'accepter cette idée, j'ai pleuré comme j'ai jamais pleuré dans toute ma vie ».

La santé physique de Kenza est perturbée, elle a eu des troubles respiratoires dans son enfance, ainsi qu'elle a été hospitalisée deux fois à cause d'une hyperglycémie provoquée par l'arrêt du traitement pendant 6 mois. Ce qui nous a incité à s'interroger sur le rôle de sa famille dans la surveillance et le suivi de sa santé, ou elle nous a répondu : « je ne suis pas en bonne relation avec ma famille, chacun de mes frères et mes sœurs s'occupe de lui seulement, et pour ma mère et mon père je leur dis pas la vérité. »

Après avoir eu le diabète, Kenza a changé quelques habitudes et cela surtout dans les premiers moments, (se mettre en retrait par rapport à sa famille. Ainsi qu'elle aime voir la tv ou écouter la musique, et même sortir avec ses amis pour ne pas penser à sa maladie).

Elle s'est montrée pessimiste par rapport a son avenir, d'un coté elle pense qu'elle va avoir des difficultés dans le domaine professionnel a cause de diabète, d'un autre coté, par rapport a la création de sa propre famille, « jais peur de perdre ma vie lors de l'accouchement comme ma cousine, ou que mes enfants vont avoir ainsi un diabète ».

Mais elle garde toujours un souhait et un projet qu'elle veut le réaliser, qui est d'avoir son bac, et faire la biologie comme branche d'étude à l'université.

– Présentation des résultats d'échelle :

Feuille de dépouillement n° 1 :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	3	5	4	5	1	5	1	3	1	3	3	5	5	3	5	5	5	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	1	4	1	4	5	5	1	3	5	4	5	4	5	5	5	5	4	5			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	4	1	1	5	5	3	4	5	3	5	4	5	1	3	5	4	5	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG	
Action	8			14			6			12			11			14			65	405	
Information		10			11			11			12			11			14		69		
Emotion			6			13			9			14			15			15	72		
Positif	8	10		14				11	9		12					14	14	15	98		
négatif			6		11	13	6			12		14	11	11	15				101		

Les résultats obtenus dans ce tableau montrent un score élevé avec une note de 101 pour l'utilisation d'un coping négatif qui correspond au champ d'émotion avec une note de 72 par rapport au coping centré sur l'action 65 et celui centré sur l'information avec une note de 69, enfin on a mentionné une note de 98 pour le coping positif.

Feuille de dépouillement n° 2 :

Champs stratégies	I ACTION		II INFORMATION		III EMOTION		TOTAL
Focalisation	A	8	G	14	M	15	37
Support social	B	14	H	10	N	15	39
Retrait	C	6	I	11	O	6	23
Conversion	D	12	J	11	P	13	36
Contrôle	E	11	K	12	Q	9	32
refus	F	14	L	11	R	14	39

A partir des résultats recueillis dans ce tableau, on a remarqué une note plus élevée de 39 pour deux stratégies qui sont d'un côté le support social surtout émotionnel 15, et d'un autre côté, la stratégie de refus émotionnel et par action avec une note 14, et informationnel 11, vienne en suite la note 37 qui correspond à la focalisation surtout émotionnel, en outre la conversion avec une note de 36, en suite le contrôle, et enfin la stratégie de retrait avec une note faible de 23.

– **Analyse des résultats de l'échelle :**

Kenza a met 12 minute pour remplir l'échelle de coping.

En se basant sur les réponses de notre sujet durant l'entretien et sur les questions de l'échelle, on a constaté que notre sujet vie en états de stress a cause de sa maladie, et a fin de s'adapter et arriver à gérer cette situation, il utilise beaucoup plus un coping négatif correspond aux stratégies centrées sur l'émotion, c'est-à-dire des ressources cognitives et comportementales affectives et émotionnelles.

Kenza a montré dans le deuxième tableau de l'échelle qu'elle utilise avec un score élevé de 39 la stratégie de refus, comme l'incapacité de décrire ses sentiment d'ailleurs elle a déclaré durant l'entretien « je ne parle à personne quand je me sens pas bien, je garde mes sentiments à moi même », ainsi qu'elle s'engage dans d'autres acti-

vités pour ne pas penser à sa maladie, et la stratégie de support social émotionnel (besoin de parler avec les autres, de partager sa souffrance pour la réconforter).

Le coping négatif et émotionnel de Kenza se confirme aussi dans le deuxième tableau par la stratégie de focalisation émotionnelle qui implique un envahissement d'émotion par l'agressivité et le sentiment de culpabilité à l'égard de soi-même ou envers les autres.

– **Conclusion du cas :**

Notre sujet utilise beaucoup plus les stratégies de coping centrées sur l'émotion, avec la recherche de soutien social pour s'adapter à sa maladie.

Cas N° 3 :**– Présentation générale du cas :**

Rida est un adolescent âgé de 15 ans, il est scolarisé en 2^{ème} année moyenne, issu d'une famille composée d'une fratrie de 3 fille et lui qui est un fils unique, et d'un niveau socio économique aisé, le père est un aide comptable, et la mère est une pâtissière.

– Analyse de l'entretien de cas :

Lors de l'entretien, il paraissait motivé, souriant, non stressant, il répondait aux questions qu'on a lui posé facilement et sans complexe.

Le contact a été possible et riche. Il s'est met d'accord pour l'entretien ainsi que pour discuter de sa maladie.

Il a atteint le diabète à l'âge de 15 mois, d'après ses dires « il y avait 6 grammes de sucre dans mon sang pendant 4 mois », la cause est héréditaire de la part de son grand père, et sa grand-mère.

Il vit sans d'autres complications, et accepte sa maladie sans difficulté, il se sent capable de d y faire face. Il nous a dit : « je me suis habitué a ma maladie, d'ailleurs j'oublie carrément qu'elle existe ».

Durant l'entretien il a déclaré qu'il ne suit pas correctement son régime alimentaire.

Le sujet de notre étude vit en bonne relation avec les membres de sa famille, il est toujours soutenu et encouragé par eux et même par ses amis et ses proches.

Il aime beaucoup participer dans des activités collectives, d'ailleurs il jeu le football dans une équipe, ainsi qu'il adore conduire des motos même s'il y a de risque sur sa vie. Ce qui le dérange est de faire une hypoglycémie lorsqu'il pratique ces activités.

Par rapport à l'avenir, rida ne pense pas aux difficultés qui peuvent être engendrées par le diabète. Il souhaite ouvrir une salle de jeux, il nous a dit : « je veux ouvrir une salle de jeux dans un garage appartient à mon cousin».

– Présentation des résultats de l'échelle :

Feuille de dépouillement n° 1 :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	5	1	1	5	1	1	1	5	5	4	4	1	4	3	5	3	4	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	5	1	1	5	1	3	2	5	1	1	5	1	4	5	1	2	1	1			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	3	1	1	5	4	3	5	5	4	1	2	1	3	5	1	3	5	1			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T G	
Action	13			15			8			6			11			8			62	314	
Information		3			6			15			11			13			10		58		
Emotion			3			7			10			3			7			7	37		
Positif	13	3		15				15	10		11					8	10	7	92		
négatif			3		6	7	8			6		3	11	13	7				65		

La feuille de dépouillement 1 montre que le sujet utilise un coping positif avec un score élevé qui est de 92, qui correspond aux stratégies centrés sur l'action ou le problème avec une note de 62, par rapport au coping négatif avec une note de 65, vient en suite e coping centré sur l'information avec une note de 58, et enfin on mentionné une note faible de 37 pour le coping centré sur l'émotion.

Feuille de dépouillement n° 2 :

Champs stratégies	I		II		III		TOTAL
	ACTION		INFORMATION		EMOTION		
Focalisation	A	13	G	10	M	7	30
Support social	B	15	H	3	N	7	25
Retrait	C	8	I	6	O	3	17
Conversion	D	6	J	15	P	7	28
Contrôle	E	12	K	11	Q	10	33
refus	F	8	L	13	R	3	24

Dans le deuxième tableau de notre échelle, on a remarqué que notre sujet d'étude utilise le contrôle avec une note de 33, ensuite là focalisation avec un score de 30, puis la conversion avec une note de 28, la note la plus faible est marquée dans la stratégie de retrait.

– **Analyse des résultats de l'échelle:**

Rida a met 10 minute pour répondre aux questions de l'échelle.

En se référant aux résultats obtenus dans le test de coping, on a constaté que l'état de la santé physique et psychologique de notre sujet est relativement bon, sans difficultés liées à la maladie. Il est fortement soutenu et encouragé par sa famille, « ma mère ne me laisse jamais oublier de faire l'insuline, c'est comme si elle est la malade et pas moi ».

D'après les résultats de notre échelle , notre sujet d'étude utilise un coping positif centré sur le problème avec un score élevé, il utilise en premier lieu la stratégie de contrôle qui implique la maîtrise de la situation et la coordination des comportements et des activités, avec une note élevé de 12 pour la régulation des activités , en deuxième lieu il utilise la focalisation active (faire face à sa maladie), ainsi qu'il utilise la stratégie de la conversion qui implique d'après lui l'acceptation de son diabète et s'habituer

a vivre avec lui. Comme il utilise la stratégie de coopération indiquée dans sa participation dans des activités collectives comme le football, comme on peut citer la stratégie de refus avec un score de 24 expliquée par la dénégarion: « je ne pense à ma maladie juste au moment où je fais l'insuline ».

– **Conclusion du cas :**

Pour conclure, nous pouvons dire que notre cas se réfère au coping positif centré sur le problème pour faire face à sa maladie.

Cas N° 04 :**– Présentation générale de cas :**

Walid est un adolescent âgé de 18 ans, il est issu d'une famille d'un niveau socio économique moyen, son père est un commerçant, sa mère est une femme au foyer, il est l'inné d'une fratrie composé de lui et de sa sœur, il exerce une formation de cuisinier au C. F. P. A après avoir raté son B.E.M.

– Analyse de l'entretien de cas :

Au cours de l'entretien notre sujet s'est montré calme, timide, le contact était superficiel marqué par une froideur, au début de l'entretien il a répondu a nos questions difficilement et brièvement, mais au fur et a mesure il a devenu motivé, surtout lors de la passation de l'échelle toulousaine de coping. Il ne présente aucune complication lié à sa maladie.

L'apparition de sa maladie remonte à l'âge de 8 ans, Le facteur héréditaire est exclu en l'absence de l'atteinte dans sa famille. Les symptômes qui ont marqués sa maladie sont : des maux de tête, soif, polyurie, fatigue.

D'après ses dire : « ce n'est pas difficile de vivre avec le diabète, ce qu'il parait plus difficile c'est lorsque je fais une hypoglycémie ».

Donc Walid essaye de s'habituer à sa maladie, et d'y faire face d'après lui en faisant de sport, c'est son passion.

Concernant son sentiment comme un diabétique il nous a répondu que « c'est normale, je me suis habitué ».toute foi Il s'inquiète sur les maladies et les complications qui peuvent être provoquées par le diabète.

Malgré qu'il se sent capable de faire face à sa maladie, par fois il se sent mal alaise parce qu'il se sent exigé de suivre un régime alimentaire

La relation de Walid avec sa famille est bonne « je suis gratté par mes parents », en d'hors de la famille il ne fréquente pas beaucoup de gens.

Par rapport à son avenir, il souhaite un bon avenir sans considérer le diabète comme un obstacle pour la réalisation de ses projets.

– Présentation des résultats de l'échelle :

Feuille de dépouillement n° 1 :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	5	5	3	5	5	5	1	4	5	4	5	4	5	1	1	5	3	5			
items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	5	3	5	5	4	3	5	4	1	5	3	3	5	4	5	4	5	1			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	4	3	1	5	4	1	1	5	4	4	5	1	3	1	4	3	4	3			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T G	
Action	14			15			7			13			13			12			74	392	
Information		11			12			13			13			6			12		67		
Emotion			9			9			10			8			10			9	55		
Positif	14	11		15				13	10		13					12	12	9	109		
négatif			9		12	9	7			13		8	13	6	10				87		

Ce tableau présente les résultats de l'échelle de coping effectué sur notre sujet d'étude, qui montre l'utilisation de sujet a un coping positif remarqué par une note élevée de 109, correspond aux stratégies de coping centrées sur l'action(le problème) avec une note de 74, suivie par une note de 67 pour les stratégies centrées sur l'information, le sujet utilise aussi un coping négatif avec un score de 87 qui correspond a une note faible de 55 pour le coping centré sur l'émotion.

Feuille de dépouillement n° 2 :

Champs stratégies	I		II		III		TOTAL
	ACTION		INFORMATION		EMOTION		
Focalisation	A	15	G	12	M	10	37
Support social	B	14	H	11	N	9	34
Retrait	C	7	I	12	O	9	28
Conversion	D	13	J	13	P	9	35
Contrôle	E	13	K	13	Q	10	36
refus	F	12	L	6	R	8	26

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, nous avons remarqué que le sujet utilise avec un score élevé de 37 la stratégie de la focalisation, suivant d'une note de 36 pour la stratégie de contrôle, puis la stratégie de conversion avec une note de 35, en outre la stratégie de support sociale avec un score de 34, et enfin il utilise avec une note faible de 28 et 26 pour le retrait et le refus.

– **Analyse des résultats de l'échelle:**

Lors de la passation de l'échelle toulousaine de coping, Walid a met 10 minutes pour la remplir. On a remarqué qu'il a répond aux questions de l'échelle avec confiance et sans hésitation.

En se référant aux résultats obtenus lors de l'entretien et lors de la passation de l'échelle on a constaté que le sujet se montre dans certains temps stressant par rapport a sa maladie, pour faire face a ce stress il utilise des stratégies de coping centrées sur le problème avec un score de 74. Les stratégies la plus utilisée dans ce champ est la focalisation active qui implique la concentration sur le problème et sur les modes de résolution. (ma formation et le sport m'en a aide pour ne pas penser a ma maladie)ainsi que la stratégie de contrôle qui implique a son tour la régulation des activités, la stratégie de conversion comportementale avec un score de 35 qui inclut le

changement de ses comportements en fonction de sa maladie,. Il utilise aussi la stratégie de support social qui implique la demande d'aide et de soutien de l'entourage.

En deuxième lieu il utilise avec un score de 67 le champ de l'information qui s'explique par la focalisation cognitive, l'acceptation, le contrôle informationnel, et le support social informationnel.

Il a une note de 87 pour le coping négatif centré sur l'émotion expliquant par une note de retrait 28 remarqué par le repli comportemental et social [je ne fréquente pas beaucoup de gens], et le retrait mental, en suite une note de 26 pour la stratégie de refus ou le sujet fait comme si la maladie n'existe pas.

– **Conclusion de cas :**

Pour conclure, on peut dire que Walid a fait recoure au coping positif centré sur le problème, et utilise la recherche de l'information comme un moyen pour faire face a sa maladie. Toute fois il se réfère à l'utilisation de coping négatif centré sur l'émotion avec un degré faible.

Cas N° 05 :**– Présentation générale de cas :**

Warda est une adolescente âgée de 13 ans, elle est scolarisée en 3^e année moyenne, elle vit dans un milieu familiale d'un niveau socio économique moyen, son père est un enseignant de littérature arabe au C.E.M, sa mère est une femme au foyer, elle est la puinée d'une fratrie composée de 3 filles et un garçon.

– Analyse de l'entretien de cas :

Lors de l'entretien le sujet s'est montrée calme, timide. Le contact a été marqué par un climat de confiance, et de collaboration riche.

Sa maladie apparue il y a 3 mois, sans cause héréditaire, les symptômes qui ont marqués l'apparition de sa maladie sont : polyurie, soif,..., elle ne présente aucune complication liée à la maladie. Warda n'a pas trouvée de difficultés à s'habituer à sa maladie malgré qu'elle soit apparue récemment.

Concernant sa première réaction lors de l'annonce de sa maladie de la part de médecin, elle nous a dit « normal, j'ai rien fait, J'ai croyais que c'est une maladie comme la grippe, mais après mon arrivée à la maison, mon père m'a expliqué que le diabète est une maladie qui va durer toute ma vie, et là j'ai senti la peur au fond de moi ».

Tellement Warda atteinte de sa maladie récemment qu'elle ne se préoccupe pas des autres complications ou d'obstacles futurs qui peuvent être engendrées par le diabète. Plutôt elle met l'accent sur la façon de faire face et de s'habituer à sa maladie.

Elle réclame que : « à ce moment je m'intéresse beaucoup plus au suivi de mon régime et de mon traitement ».

Pour gérer sa maladie, Warda fait recourir à l'utilisation de l'internet pour accueillir plus d'information concernant sa maladie, et pour se distraire elle aime écouter la musique, et voire la tv.

La relation de Warda avec sa famille est bonne, elle est devenue plus grâttée, soutenue par toute la famille après avoir atteint le diabète.

Par rapport à son avenir, elle nous a dit que « à ce moment je ne pense jamais à l'avenir ».

– Présentation des résultats de l'échelle :

Feuille de dépouillement n° 1 :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	4	4	1	5	4	3	1	2	3	3	4	3	4	2	3	4	4	2			
items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	4	2	1	3	3	3	2	4	4	2	4	3	5	5	1	5	3	4			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	4	3	1	3	4	5	1	4	4	2	4	4	2	5	2	4	4	4			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T G	
Action	12			11			4			7			11			13			58	348	
Information		9			11			10			12			12			11		65		
Emotion			3			11			11			10			6			10	51		
Positif	12	9		11				10	11		12					13	11	10	99		
négatif			3		11	11	4			7		10	11	12	6				75		

La feuille de dépouillement 1 montre les résultats de l'échelle de coping effectuée sur le sujet qui marque une note totale de 348 des champs, la note la plus élevée est marquée pour le coping positif avec un score de 99, par rapport au coping négatif avec une note de 75, on a noté aussi une note de 65 pour le champ d'information qui est la plus élevée par rapport au champ d'action 58, et celui de l'émotion 51.

Feuille de dépouillement n° 2 :

Champs stratégies	I ACTION		II INFORMATION		III EMOTION		TOTAL
Focalisation	A	12	G	11	M	6	29
Support social	B	11	H	9	N	10	30
Retrait	C	4	I	11	O	3	18
Conversion	D	7	J	10	P	11	28
Contrôle	E	11	K	12	Q	11	34
refus	F	13	L	12	R	10	35

Ce tableau montre une note totale pour chaque stratégie, une note de 35 pour la stratégie de refus, suivie par une note de 34 pour le contrôle, puis le support social avec un score de 30, en suite la focalisation 29, la conversion 28, et enfin la stratégie de retrait avec une note faible de 18.

– **Analyse des résultats de l'échelle :**

Lors de la passation de l'échelle Warda a met 7 minute pour répondre aux questions concernant les items de l'échelle.

On a remarqué d'après les résultats obtenues de l'échelle de coping, que notre sujet d'étude utilise un coping positif expliqué dans le champ d'action par l'utilisation de stratégie de refus qui est la distraction ou l'action de se comporter comme si la maladie n'existe pas, ou s'engager dans d'autres activités pour ne pas songer au problème, d'après Warda « J'aime écouter la musique ou voir la télévision pour ne pas penser a ma maladie », en suite la stratégie de contrôle qui implique la coordination des comportements et des activités pour maîtriser la situation, comme elle fait recoure a la stratégie de support social qui s'explique par la demande d'aide des autres, et de travailler en coopération avec eux comme un moyen pour luter contre le stress, « je me sent a laise lors de séance de sport a l'école, sa me fait plaisir de pratiquer les activités sportives avec mes amis », et enfin elle utilise la stratégie de focalisation active avec un score de 29.

Warda utilise dans le champ de l'information l'ensemble de stratégie de : dénégation, contrôle cognitif et planification, support social informationnel.

Notre sujet utilise un coping négatif avec une note faible expliquant par l'utilisation de stratégie de retrait et de conversion.

– **Conclusion de cas :**

Pour conclure, on a arrivé à confirmer que notre sujet d'étude se montre parfois stressant « le diabète ma changer un peut, Jai devenu nerveuse », et pour surmonter cette situation, Warda fait appel aux stratégies de coping centrées sur le problème et sur la recherche de soutien sociale.

Cas N° 06 :**– Présentation générale de cas :**

Lidia est une adolescente âgée de 12 ans, elle est scolarisée en deuxième année moyenne, elle est issue d'un milieu familiale d'un niveau socioéconomique moyen, un père retraitée et une mère femme au foyer, elle est la puinée d'une fratrie composées de deux sœurs.

– Analyse de l'entretien de cas :

Lors de l'entretien notre cas s'est montrée calme, souriante, après avoir expliqué notre objectif d'étude elle s'est met d'accord pour répondre a nos questions.

L'apparition de sa maladie remonte a l'âge de 7 ans, en l'absence d'une cause héréditaire, les symptômes qui ont marquée cette maladie sont : la soif intense, polyurie, fatigue. D'après ses dires, elle ne présente pas d'autres complications liées à sa maladie. « Le diabète ne me gêne plus, je me suis habitue a l'insuline, d'ailleurs depuis la découverte de ma maladie, je n'ais jamais fait une hypo ou hyperglycémie. »

Lidia affronte sa maladie par le suivi règlementaire de son traitement et de son régime alimentaire, malgré que dans certains moments elle ne fait pas attention à ce qu'elle doit manger.

Par rapport a sa réaction et a celle de sa famille après la découverte de diabète elle nous a dit qu'elle n'a aucune idée sur ca, elle ne se rappel pas parce qu'elle était petite.

Lidia nous a confirmée que l'état de sa relation avec sa famille et bon, elle est encerclée d'amour et de soutien, « ma famille était toujours a mes cotés, principalement ma mère, qui surveille mon régime et mon traitement tout le temps. », et d'après ses paroles elle a une bonne relation avec ses amis et ses voisins, sans que ces derniers soient en courant qu'elle est diabétique.

Enfin notre sujet a une vision optimiste envers son avenir, elle souhaite être joueuse de volley.

– Présentation des résultats de l'échelle.

Feuille de dépouillement n° 1 :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	5	1	2	4	4	5	1	5	3	1	1	2	1	5	1	1	2	1			
items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	5	1	1	3	1	5	1	5	5	1	5	1	1	5	1	1	3	1			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	4	1	1	3	1	4	1	5	1	1	1	3	5	1	1	3	1	3			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T G	
Action	14			10			3			3			7			5			42	262	
Information		3			6			15			7			11			6		48		
Emotion			4			14			9			6			3			5	41		
Positif	14	3		10				15	9		7					5	6	5	74		
négatif			4		6	14	3			3		6	7	11	3				57		

Ce tableau présente une note totale des champs avec un score de 262, on a noté un score élevé de 74 pour le coping positif par rapport à une note de 57 pour le coping négatif.

Feuille de dépouillement n° 2 :

Champs stratégies	I		II		III		TOTAL
	ACTION		INFORMATION		EMOTION		
Focalisation	A	14	G	6	M	3	23
Support social	B	10	H	3	N	5	18
Retrait	C	3	I	6	O	4	13
Conversion	D	3	J	15	P	14	32
Contrôle	E	7	K	7	Q	9	23
refus	F	5	L	11	R	6	22

Dans ce tableau on a obtenu une note totale pour chaque stratégie, avec un score élevé de 32 pour la stratégie de conversion, suivie par une note de 23 pour la stratégie de focalisation et du contrôle, ensuite le refus, le support social, et enfin la stratégie de retrait avec une note faible de 13.

– **Analyse de résultats de l'échelle :**

Lors de la passation de l'échelle toulousaine de coping Lidia a met 09 minutes pour répondre aux questions des items.

En faisant recours aux résultats obtenues lors de la passation de l'échelle, on a remarqué que notre cas d'étude utilise un coping positif, correspond aux stratégies centres sur l'action avec une note de 42, par rapport au coping négatif qui correspond aux stratégies de coping centrées sur l'émotion avec une note de 41(il existe un court intervalle entre le champ d'action et celui d'émotion). Elle s'occupe beaucoup plus des champs d'information avec une note de 48.

La stratégie la plus utilisée par le sujet est celle de conversion remarquée par son acceptation a sa maladie, ainsi que la stratégie de contrôle émotionnel et de focalisation active qui implique la concentration sur et la maitrise de cette situation, vienne en suite la stratégie de refus ou le sujet fait comme si le problème n'existe pas, et qu'il n'a pas d'importance.

– **Conclusion de cas :**

D'après tous qui a précédé il s'est montré que notre cas se réfère aux stratégies de coping positives centrées sur le problème expliqué par la focalisation et la recherche de l'information concernant la maladie, et parfois utilise des stratégies de coping négatives centrées sur l'émotion, mais

Cas N° 7 :**– Présentation générale de cas :**

Amel est une adolescente âgée de 13 ans, scolarisée en deuxième année moyenne, issu d'une famille d'un niveau socioéconomique moyenne, son père est un peintre, sa mère est une femme au foyer, elle est la plus petite d'une fratrie composée de 2 garçons et une fille.

– Analyse de l'entretien de cas:

Lors de l'entretien, notre cas s'est montré timide, calme, les signes de tristesse se sont manifestée dans ses yeux, ses réponses à nos questions étaient superficielles.

La découverte de diabète de notre sujet remonte a l'âge de 9 ans, il est héréditaire, son grand père est un diabétique, les symptômes qui ont marqués sa maladie sont : la polyurie, la soif. Elle ne manifeste aucune autre maladie provoquée par le diabète, mais elle s'hospitalise souvent à cause des hypoglycémies parce qu'elle ne suit pas correctement le régime alimentaire recommandé par son médecin.

Amel a déclarée que : « c'est difficile de vivre avec le diabète ».

Notre sujet manifeste un stress par rapport à sa santé physique « j'ai la peur d'être touchée par le diabète au niveau des autres organes, les reins, et les yeux ».

La relation familiale de Amel se caractérise par l'union, la coopération entre les membres de la famille, elle nous a dit « ma famille essaye a tout pris de satisfaire tous ce que je veux, et évitent au maximum de m'attrister ». Et par rapport a sa relation avec son entourage elle a déclarée qu'elle est en bonne relation surtout avec ses amis.

Elle n'envisage aucun souhait, ou projet pour l'avenir.

– Présentation des résultats de l'échelle :

Feuille de dépouillement n° 1 :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	3	4	4	4	3	5	2	3	2	1	2	2	2	3	3	2	2	3			
items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	2	2	1	4	3	1	2	3	3	2	3	3	3	3	4	4	4	3			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	2	3	1	3	4	1	3	2	4	2	2	3	2	3	3	4	4	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	T G	
Action	7			11			7			5			7			10			47	303	
Information		9			10			8			7			9			10		52		
Emotion			6			7			9			8			10			11	51		
Positif	7	9		11				8	9		7					10	10	11	83		
négatif			6		10	7	7			5		8	7	9	10				69		

D'après ce tableau Amel a eu une note totale 303 des champs, et une note de 83 pour le coping positif, une note de 69 pour le coping négatif. On a remarqué qu'Amel se refaire a la recherche d'information avec une note de 52 par rapport au champ d'émotion 51, mais elle utilise le coping centré sur l'action avec une note faible de

Feuille de dépouillement n° 2 :

Champs stratégies	I		II		III		TOTAL
	ACTION		INFORMATION		EMOTION		
Focalisation	A	7	G	10	M	10	27
Support social	B	11	H	9	N	11	31
Retrait	C	7	I	10	O	6	23
Conversion	D	5	J	8	P	7	20
Contrôle	E	7	K	7	Q	9	23
refus	F	10	L	8	R	8	26

Ce tableau montre que la stratégie la plus utilisée par Amel est celle de support sociale avec un score de 31, suivie par la stratégie de focalisation 27, en suite le refus 26, puis le retrait et le contrôle avec une note de 23, et enfin la conversion 20.

– **Analyse des résultats de l'échelle :**

Amel a met 13 minutes pour répondre aux questions de l'échelle.

L'échelle toulousaine de coping montre que notre sujet utilise un coping positif, elle fait recoure aux stratégies de coping centrées sur la recherche d'information et sur l'émotion, expliquée par son utilisation aux stratégies suivantes :

Le support sociale avec une note de 31 qui implique la recherche d'aide des autres (affectif et par les actes coopératifs).

La focalisation avec une note de 27 (cognitive par l'analyse de la situation, et émotionnelle, expliquée par l'agressivité et le sentiment de culpabilité).

Le refus avec un score de 26 expliqué par la distraction.

– **Conclusion de cas :**

L'entretien et l'échelle toulousaine de coping administrée a Amel, nous a permet de découvrir qu'elle présente un stress provoqué par le diabète, et pour surmonter cette situation elle fait recours a certaines stratégies de coping, notamment las stratégies de soutien sociale, ainsi que les stratégies centrées sur l'émotion, et parfois celles qui sont centrées sur le problème.

Cas N° 8 :**– Présentation générale de cas :**

Meriem est une adolescente âgée de 20 ans, elle a arrêté l'école en première année secondaire pour faire une formation professionnelle dans le domaine de la comptabilité, elle est issue d'une famille d'un niveau socioéconomique aisé, son père est retraité, sa mère est une femme au foyer, elle est la quatrième d'une fratrie composée de 3 filles et 3 garçons.

– Analyse de l'entretien de cas :

Au cours de l'entretien, la patiente s'est montrée souriante, sage, coopérative,

Le déroulement de l'entretien était marqué par un climat de confiance, et de collaboration riche.

Meriem a découvert sa maladie à l'âge de 10 ans, sans causalité héréditaire apparente.

Les symptômes qui ont marqué l'apparition de sa maladie sont : la soif, la polyurie, et l'amaigrissement.

Après l'annonce de sa maladie, Meriem a eue des changements physiques, psychologiques et relationnels « j'ai devenue maigre, angoissée, et nerveuse ». Aux premiers temps, elle a eue des difficultés à accepter sa maladie, « je me suis embarrassée par le fait de soumettre à l'insuline ».

Mais au fur et à mesure, elle s'est habituée en s'engageant dans d'autres activités pour ne pas y penser, (l'internet, la musique).

Elle a bien annoncé l'importance de soutien et d'aide de sa famille à surmonter sa situation et à être équilibrée. « Ma famille a été toujours mon soutien, il m'en a gâtée, et ne me laisse jamais sentir du manque ».

Elle possède une vision pessimiste à l'égard de son avenir « j'ai peur d'avoir des enfants diabétiques ». toute fois elle souhaite être un aide comptable.

– Présentation des résultats de l'échelle :

Feuille de dépouillement n° 1 :

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	4	3	2	4	2	1	3	1	1	2	5	5	3	2	4	2	2	3			
items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	3	5	3	2	4	3	2	4	3	4	4	5	5	5	5	5	5	2			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	3	3	1	5	1	1	1	5	1	5	5	2	3	5	3	4	5	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	TG	
Action	10			11			6			11			11			11			58	429	
Information		11			7			10			14			12			12		66		
Emotion			6			6			5			12			12			9	50		
Positif	10	11		11				10	5		14					11	12	9	93		
négatif			6		7	6	6			11		12	9	12	12				81		

D'après les résultats montrés dans ce tableau, le sujet a eu une note totale des champs de 429, coping positif avec une note de 93, par rapport a une note de 81 pour le coping négatif, 66 pour le champ d'information, 58 pour le coping centré sur l'action, et enfin une note de 50 pour le coping centré sur l'émotion.

Feuille de dépouillement n° 2 :

Champs stratégies	I		II		III		TOTAL
	ACTION		INFORMATION		EMOTION		
Focalisation	A	10	G	12	M	12	34
Support social	B	11	H	11	N	9	31
Retrait	C	6	I	7	O	6	19
Conversion	D	11	J	10	P	6	27
Contrôle	E	9	K	14	Q	5	28
refus	F	11	L	12	R	12	35

Dans ce tableau on a remarqué que le sujet utilise la stratégie de refus avec un score élevé de 35, suivie par une note de 34 pour la stratégie de focalisation, en suite le support sociale avec une note de 31, et enfin il utilise le retrait avec un score faible de 19.

– **Analyse des résultats de l'échelle :**

Pour répondre aux questions de l'échelle notre sujet a met une durée de 10 minutes.

D'après les résultats de l'échelle toulousaine de coping on a constaté que notre sujet utilise un coping positif centré sur l'action, et s'occupe beaucoup plus de la recherche d'information, expliquant par la stratégie de refus, de focalisation et de support social, et parfois il utilise un coping positif centré sur l'émotion expliqué par la stratégie de contrôle, de conversion et de retrait.

– **Conclusion de cas:**

L'analyse de l'entretien et des résultats de l'échelle de coping nous a permet de déduire que notre cas manifeste un stress provoqué par sa maladie, et a fin de surmonter cette situation il a fait référence aux stratégies de coping centrées sue le problème et sur la recherche d'information.

Discutions des hypothèses :

On a commencé notre travail par l'imitation de certain nombre d'hypothèses, qu'on essaye de les confirmer ou de les infirmer dans cette étape, en faisant référence aux résultats obtenus lors de la passation de l'entretien et de l'échelle de coping.

L'hypothèse générale émet est : « les adolescents diabétiques utilisent-ils le coping comme un moyen de faire face à leur maladie? ».

Notre hypothèses partielles sont : « les adolescents diabétiques manifestent soit : un coping centré sur le problème, ou un coping centré sur l'émotion ».

Et pour répondre à ces hypothèses on a utilisé l'entretien clinique semi-directif, et l'échelle toulousaine de coping.

Le coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer, ou diminuer, l'impact de celui-ci sur son bien-être psychologique et physique, de sorte que la représentation du stress se modifie. (Piquemal-Vieu.L, 2001, p 88).

L'analyse et l'interprétation des résultats de l'entretien et de l'échelle administrés sur les 8 cas, confirment notre hypothèse générale, que les adolescents diabétiques utilisent un coping comme un moyen pour faire face à leur maladie qui est considéré comme engendrant un stress, tous les cas ont répondu avec un score élevé à la question « je fais face à la situation ».

Nous avons constaté que chaque cas possède des modalités et des capacités propres qui constituent des stratégies différentes de réaction et de faire face à la situation stressante qui est le diabète.

Nous avons signalé que la majorité des cas utilise un coping positif centré sur le problème, 6 sur 8 cas centré sur le problème remarqué par l'utilisation des champs d'action et d'information, et par les stratégies de focalisation active et cognitive, la conversion comportementale, la régulation des activités, la coopération. Il s'agit de Melissa, Rida, Walid, Warda, Meriem et Lidia, qui manifestent un coping positif pour s'adapter à leur maladie avec des scores différents.

Pour le coping négatif centré sur l'émotion on cite le cas de Kenza, qui utilise un modèle négatif centré sur l'émotion, expliqué par une note de 71, et par la stratégie de refus, de support social émotionnel, de focalisation émotionnelle, ainsi que la

conversion illustré par « je demande à dieu de m'aider », « je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre ».

Nous avons marqué un cas exceptionnel qui est celui de Amel, qui utilise un coping positif centré sur l'information et sur l'émotion avec un court intervalle (l'information avec 52, l'émotion avec 51, par rapport à l'action avec 47), traduit par une note de 31 pour la stratégie de support social émotionnel qui implique la demande d'aide et d'encouragement des autres, ainsi que la focalisation émotionnelle et cognitive, et par le refus.

En synthèse on peut dire que le diabète est une maladie chronique provoquée chez la personne une situation de stress. Le recours aux stratégies de coping constitue un moyen de y faire face.

Conclusion :

Dans ce chapitre nous avons fait une petite présentation de chaque cas, et nous avons posé un guide d'entretien qui nous a aidé à accueillir les informations concernant la maladie, et la façon de faire face de chaque cas à cette maladie.

Nous avons montré d'après l'entretien clinique et les résultats de l'échelle toulousaine de coping, les différents modèles de coping utilisés par les adolescents diabétiques.

Conclusion
Générale

Conclusion générale :

Le diabète est parmi les sujets les plus abordés actuellement, c'est une maladie chronique incurable qui touche environ la moitié de la population du globe.

Nous sommes intéressés par l'étude de cette maladie chez la population des adolescents âgés entre 11 ans et 20 ans, et sur la façon de faire face à cette maladie, et sur quel modèle de coping se base pour s'adapter à cette situation.

Pour confirmer nos hypothèses nous avons réalisé notre stage auprès de cette population au niveau de la clinique de beau séjour, et au sein de service de pédiatrie de Khalil Amrane.

On a sélectionné 8 cas, avec lesquels on a réalisé un entretien clinique semi-directif et une échelle qui détermine le coping qui est l'échelle toulousaine de coping.

La synthèse de notre recherche donne un éclairage sur la réalité que notre population d'étude est confrontée à quelques facteurs de stress provoqués par leur maladie tel que : le sentiment de différence par rapport aux autres, de dépendance à l'insuline, et le régime alimentaire.

Notre objectif principale est de montrer que devant cette situation ces personnes utilisent un certains nombre de comportements, et de modalités à fin de surmonter et de s'adapter à leur maladie, il se réfèrent aux différentes stratégies de coping tel que le refus, Le retrait, le soutien sociale, la focalisation,...

Et d'après les résultats obtenus, la majorité de nos cas utilise un coping positif centré sur le problème.

On tien à signaler que notre recherche concerne qu'une faible population des adolescents diabétiques, et on tient à proposer d'élargir et d'appréhender le thème par d'autres recherches. Plus particulièrement des recherches plus approfondies sur l'intervention qui serait nécessaire à aider les adolescents diabétiques à améliorer leurs capacités d'adaptation à leur situation.

De plus, il paraît important que des études centrées sur le coping, abordent d'autres perspectives tels que :

Est-ce que les relations familiales influence t-elle- la qualité de coping utilisée par les adolescents diabétiques ?

Enfin, les observations de notre étude peuvent ouvrir les voies à d'autres chercheurs psychologues dans le domaine de la psychosomatique.

Références
Bibliographiques

La liste bibliographique :

Les ouvrages :

1. AKTOUF.O, (1987), « **méthodologie des sciences sociales et approche quantitative des organisations, une introduction à la démarche classique et une critique** », les presses universitaires, Québec, Ed les presses de l'université de Montréal.
1. ANGERS .M, (1997), « **Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines** », Alger, Ed Casbah université.
2. BOURCET.S et TYODE.Y et al, (2001), « **les troubles de l'adolescent** », Paris, Ellipses.
3. BRINK.S.J, WAREEN LEE.W, PILLAY.K, KLEINEBREIL.L, (2011), « **le diabète de l'enfant et de l'adolescent** », Danemark, Novo Nordisk.
4. BRUCHON-SCHWTZER. M et BRUNO.Q, (2001), « **personnalité et maladie, stress, coping, et ajustement** », Paris, Dunod.
5. BRUCHON-SCHWITZER.M, (2002), « **psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes** », Paris, Dunod.
6. CAMILL. B et CAMILL.V, (2011), « **endocrinologie, diabétologie, nutrition** », Paris, Elsevier Masson.
7. CHABROL.H et CALLAHAN.S, (2004), « **Mécanismes de défense et coping** », Paris, Dunod.
8. CHAHRAOUI. K, et BENONY. H, (2003), « **méthodes, évaluation, et recherche en psychologie clinique** », Paris, Dunod.
9. COULOUMB.A, HALIMIS, CHASKILVITCH.I, (2010), « **le livre blanc de diabète, sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse de XXI^e siècle** », Edi news.
10. DELAROCHE.P, (2000), « **Enjeux cliniques et thérapeutiques** », Paris, Nathan.
11. GERRIG.R et ZIMBARDO.P, (2008), « **psychologie** », Paris, Pearson.
12. GHILLION.R, et RICHARD.J.F, et al, (1999), « **cours de psychologie, de bases, méthodes et épistémologie** », Paris, Dunod.

13. GRAZIANI.P et SWEDSEN.G, (2004), « **le stress, émotion, et stratégies d'adaptation** », Paris, Armand Colin.
14. GRIMALDI. A HARTMAN- HEURTIER. A et al, (2009), « **Guide pratique de diabète** », Paris, Elsevier Masson.
15. GUIDETTI. M, (2002), « **les étapes de développement psychologique** », Paris, Armand Colin.
16. KHIATI.M, (1993), « **Le diabète sucré chez l'enfant** », Alger, Office des republications universitaires.
17. LEVY-MARCHAL, FAGOT-COMPAGNA.A, DANIEL.M, « **maladies chronique et traumatismes, surveillance épidémiologique du diabète de l'enfant** », paris, maison Alfort Diadeis, 2007.
18. REUCHLIN.M, (1969), « **les méthodes en psychologie** », Paris, Ed Delta.

Les dictionnaires :

1. Bloch. H, Chernama.R
2. , et al, (1999), « **grand dictionnaire de la psychologie** », Paris, Larousse.
3. Bloche. H, Déprit. E et al, (2002), « **dictionnaire fondamentale de la psychologie** », Paris, Larousse.
4. Delamare.J, Delamare.F et al, (2009), « **dictionnaire illustré des termes de médecine** », Paris, Maloine.
5. DORON. R, PAROT. F, (2005), « **Dictionnaire de psychologie** », Paris, PUF.
6. Norbert Sillamy, (1991), **dictionnaire de la psychologie**, Paris, Larousse.

Les articles :

1. AUDETAT. M- CH et VOIROL. CH, « **l'adolescent** », psyenergie, Neuchâtel, 1997.
2. AUJOULAT.I, BARREA.T, DOUMONT.D, « **quels sont les principaux facteurs d'adaptation psychosociale à la maladie et au traitement chez les enfants et les adolescents atteints de maladies chronique ?** », in, unité d'éducation pour la santé, N° 63-22, mai 2003.
3. HALA.T, SILVA.A, « **Soins et défis. Le défi de l'adolescence : changement hormonaux et sensibilité à l'insuline** », Vol.52, Numéro spécial, Mai 2007.

4. PIQUEMAL-VIEU.L, « **le coping, une ressource à identifier dans le soin infirmier** », in, recherche en soins infirmiers, N° 67, décembre 2001.
5. PUPAT.A, « **la perception de la maladie et le coping chez les personnes fibromyalgiques** », in, Etudiant N° 1980 1647, 2006-2007.
6. RODIER.M, « **définition et classification de diabète, in, médecine nucléaire, imagerie fonctionnelle et métabolique** », vol 25, N° 2, 2001.
7. ROGER.S, ISLAND.C, COULOMBIA. « **intervention auprès des jeunes adolescents** », in, paediatric Child Heath, vol 6, N° 7, septembre 2001.
8. SORDES-ADER.F, ESPARB2SE-PISTRE.S, TAP.P, « **adaptation et stratégies de coping à l'adolescence** », in, revue de recherche en éducation, N° 20(131-154), 1997.

Thèses et mémoires consultés :

1. COUQUE.A, « **une étude descriptive de l'alimentation des patients originaires d'Afrique de l'Ouest diabétiques en France, thèse de doctorat en médecine** », DES de médecine générale, paris le 6 juillet 2010.
2. DARNAC.C, « **l'adolescent face à l'annonce d'un diabète de type 1, travail de fin d'étude conduisant au diplôme d'état d'infirmier** », institut de formation en soins infirmiers Saint Antoine, paris, le 4 septembre 2008.
3. DINCA.A, « **stratégies de coping, mécanismes de défense et leurs influence sur le bien être et les performances d'athlètes de haut niveau pratiquant des sports d'opposition** », thèse de doctorat, mention psychologie, université de Reims champagne, 25 septembre 2008.
4. GRAS.D, « **santé et qualité de vie des frères et sœurs d'enfants atteints de maladies chroniques** », thèse de doctorat, faculté de médecine, université de Nantes, 18 décembre 2009.

Les documents internet :

1. <http://www.assurancemaladie.ma/upload/document/ALD010.pdf>, (consulter le 15 janvier 2013 à 11h23mn).
2. http://www.oriade.fr/professionnels/lettre_10.pdf. (consulte le 09 février 2013 à 19h01mn).

3. <http://www.podologue.lu/downloads/diabete.pdf> . (consulte le 09 février 2013à 19h01mn).

Annexes

Guide d'entretien :

Renseignement personnels :

- Nom
- Sexe
- Age
- Situation familiale
- Niveau d'instruction
- Lieu d'habitat

Renseignements sur le diabète :

- Pouvez vous me dire depuis quand vous avez cette maladie ?et comment elle s'est apparue ?
- Quel type de diabète présentez- vous ?
- Suivez-vous un régime ?
- Avez-vous quelqu'un de votre famille qui est diabétique ?
- Avez-vous des complications à cause de diabète ?
- En quoi consistent vos difficultés ?
- Trouvez vous que c'est difficile de vivre avec cette maladie ?

Renseignement lie à la confrontation à la maladie :

- Quel était votre sentiment après avoir découvert votre maladie ?
- Quelle était votre première réaction ?
- A ce moment ya-t-il des choses qui vous inquiète ?
- Qu'est ce qui vous préoccupe le plus par rapport à votre santé ?
- Votre maladie a- t- elle changé des choses pour vous ?
- Pour vous nous dire comment qualifier votre maladie ?
- Comment vous sentez lors de la prise de traitement ?
- Quel sont votre réactions par rapport a l'organisme dans lequel vous consulter ?
- A ce moment, quelle difficulté pensez-vous rencontrer avec la maladie ?

- Comment vous faites pour gérer votre maladie ?
- Vous sentez-vous capable d'y faire face ?
- Aujourd'hui êtes-vous dégoûté par votre maladie ?

Renseignement sur le soutien de l'entourage :

- Comment s'est passée l'annonce de votre diabète à vos proches ?
- Avez-vous remarqué des changements par rapport à votre relation avec les autres ? et comment ça ?
- En cas de problème à qui vous tournez en priorité ?
- Vous sentez-vous soutenu et compris dans tout ce qui vous arrive ?
- Quelles sont les personnes de votre entourage qui vous ont le plus aidé à avancer sur votre chemin de vie, depuis l'annonce de diabète ?

Renseignement sur le futur :

- Comment voyez-vous votre avenir ?
- Avez-vous des craintes par rapport à l'avenir ?
- Avez-vous des projets à réaliser dans le futur ? citez-les.

Les annexes

Annexe N° 02 :

ECHELLE TOULOUSAINNE DE COPING DE SYLVIE ESPARBES, FLORENCE SORDES ADER ET PIERRE TAP1993

La consigne:

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon variable.

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

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

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

Vous trouvez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposée : 1(pas de tous) à 5(très souvent).

Vous devez répondre à toutes les affirmations

Les annexes

Choix de la situation difficile.

Face a une situation difficile, je réagie de la façon suivante.

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

Les annexes

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

Les annexes

Annexe N° 01 :

Guide d'entretien :

Renseignement personnels :

- Nom
- Sexe
- Age
- Situation familiale
- Niveau d'instruction
- Lieu d'habitat

Renseignements sur le diabète :

- Pouvez vous me dire depuis quand vous avez cette maladie ?et comment elle s'est apparue ?
- Quel type de diabète présentez- vous ?
- Suivez-vous un régime ?
- Avez-vous quelqu'un de votre famille qui est diabétique ?
- Avez-vous des complications a cause de diabète ?
- En quoi consistent vos difficultés ?
- Trouvez vous que c'est difficile de vivre avec cette maladie ?

Renseignement lie à la confrontation à la maladie :

- Quel était votre sentiment après avoir découvert votre maladie ?
- Quelle était votre première réaction ?
- A ce moment ya-t-il des choses qui vous inquiète ?
- Qu'est ce qui vous préoccupe le plus par rapport à votre santé ?

Les annexes

- Votre maladie à-t-elle changé des choses pour vous ?
- Pour vous comment qualifier vous votre maladie ?
- Comment vous sentez vous lors de la prise de traitement ?
- Quel sont votre réactions par rapport a l'organisme dans lequel vous consulter ?
- A ce moment, quelle difficulté pensez-vous rencontrer avec la maladie ?
- Comment vous faites pour gérer votre maladie ?
- Vous sentez vous capable d y faire face ?
- Aujourd'hui êtes vous dégouté par votre maladie ?

Renseignement sur le soutien de l'entourage :

- Comment s'est passé l'annonce de votre diabète à vos proches ?
- Avez-vous remarqué des changements par rapport a votre relation avec les autres ? et comment ça ?
- En cas de problème a qui vous tournez en priorité ?
- Vous sentez vous soutenu et compris dans tous ce qui vous arrive ?
- Quelles sont les personnes de votre entourage qui vous ont le plus aidé à avancer sur votre chemin de vie, depuis l'annonce de diabète ?

Renseignement sur le futur :

- Comment voyez-vous votre avenir ?
- Avez-vous des craintes par rapport à l'avenir ?
- Avez-vous des projets à réaliser dans le futur ? citez-les.