

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master

Option : Psychologie clinique

Thème

Le stress chez les adolescents diabétiques de type 1 - Etude clinique de 7 cas -

Etude réalisée au sein de l'association des diabétiques « espoir des malades » à Tazmalt

Réalisé par :

M^{elle} Amrouche Lamia

Encadré par :

M^{me} Amrouche Nassima

2012/2013

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier le bon Dieu, de m'avoir donné le courage, la patience et la volonté afin de terminer ce travail.

Avant tout, je tiens à exprimer mes gratitude, et à remercier vivement Madame Amrouche Nassima, qui m'a guidée et conseillée tout au long de ce travail.

Je souhaite remercier également tout les membres d'association des diabétiques de tazmalt.

Enfin je remercie ma famille et mes amis, et tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce mémoire.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

A Ma chère mère et mon cher père,

A mes chers frères « Nounour, Zahir, Faouzi »

A mes sœurs « Chadia, Djidji, Samia, Roza »

A toute ma famille et tous mes amis.

A tous ceux qui me connaissent et tous ceux qui auront un jour l'occasion de lire ce mémoire.

Table des matières

- Remerciement
- Dédicaces
- Table des matières
- Liste des abréviations

Introduction	I
I. Problématique et hypothèse.....	3
II .Définition et opérationnalisation des concepts.....	6
III. Les objectifs de choix de thèmes	9

Partie Théorique

Chapitre I : Le stress

Préambule	11
1. Aperçu historique	11
2. Définition.....	12
3. Le rôle de stress.....	13
4. Les phases de stress.....	13
5. Les différents syndromes de stress.....	15
5.1. Le syndrome de stress aigue	15
5.2. Le syndrome de stress post-traumatique	15
5.3. Le syndrome de stress chronique	16
6- Quelques approches théorique de stress	16
6.1. Le modèle de Hans Selye	16
6.2 Le modèle de Lazarus et Floqman.....	17
6.3Le modèle de Mclean.....	17
6.4Le modèle de Siegriste	18
7. Les symptômes les plus fréquents de stress	19
8. les médicaments de stress.....	20
9. le coping	22
Résumé	23

Chapitre II : L'adolescent diabétique

Préambule.....	25
I. Le diabète	
I-1- Historique de diabète.....	25
I-2- définition de diabète.....	26
I-3- classification des états diabétique.....	26
I-4- le diabète de type 1	28
I-4-1. Définition de diabète de type 1	28
I-4-2 Les complication de diabète de type 1	28
I-4.3. Les facteurs influencés au développement de diabète de type1	29
I.4.4.Le diagnostique de diabète de type 1.....	30
I-4-5. Le traitement de diabète de type 1 de l'adolescent.....	32
II- L'adolescence	
II.1.définition de l'adolescence.....	33
II. 2. Les étapes de développement durant l'adolescence.....	33
II. 3. Les facteurs influençant l'adolescence	35
II. 4. Les mécanismes de défense dominant a l'adolescence.....	36
II. 5. Le trouble psychologique et psychopathologique de l'adolescent.....	37
II. 6. L'adolescent et le diabète.....	38
Résumé	38

Partie Pratique

Chapitre III : la méthodologie de recherche

Préambule	40
1. Les méthodes de recherche.....	40
1.1. La pré-enquête.....	40
1.2. La méthode clinique.....	40
2. les techniques de la recherche.....	40
2.1. L'entretien clinique.....	41
2.1.1- l'entretien semi directif	41
3. Le guide d'entretien.....	42
4. L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, 1988.....	42
5. présentation de lieu de stage.....	43
6. population d'étude et ses caractéristiques	44
Résumé.....	44

Chapitre IV : Présentation, analyses et discussion des résultats.

Préambule	46
1. présentation et analyse des résultats.....	46
1.1. Présentation et analyse du premier cas.....	46
1.2. Présentation et analyse du deuxième cas	50
1-3- Présentation et analyse du troisième cas.....	54
1.4. Présentation et analyse du quatrième cas.....	58
1.5. Présentation et analyse du cinquième cas.....	62
1.6. Présentation et analyse du sixième cas.....	66
1.7. Présentation et analyse du septième cas.....	70
2. Récapitulatif des caractéristiques de la population d'étude.....	74
3. La discussion des hypothèses.....	75
Conclusion	77
Les difficultés de la recherche.....	78
▪ Liste bibliographique	
▪ Annexes	

La liste des abréviations :

O.M.S	Organisation mondiale de la santé	Page 33
L'ACTH	L'hormone adrénocorticotrophine	Page 21
ADH	Hormone antidiurétique	Page 21
CRF	Cortiotrophine releasing factor	Page 21
HHS	Hypothalamo-hypophyso-surrénalien	Page 21
SGD	Syndrome général d'adaptation	Page 17
DID	Diabète insulino-dépendant	Page 27
DNID	Diabète non insulino-dépendant	Page 27

:

Introduction :

Le diabète est une affection chronique qui demeure incurable encore aujourd'hui, il infiltre tous les aspects de la vie quotidienne avec le risque pour le patient comme pour son entourage de confondre équilibre glycémique et état global moral et physique. Le diabète peut être l'aboutissement de plusieurs causes différentes, certaines héréditaire, d'autre liée à l'environnement, et certaines hormonales.

Le diabète sucré n'est pas une seule maladie, il présente sous plusieurs formes, type 1, type 2 et diabète gestationnel.

Le diabète de type 1 fait habituellement son apparition pendant l'enfance ou au début de l'adolescence.

De nombreux changements biologiques, du même que le développement physique, mental et affectif, surviennent pendant l'adolescence. Au cours de cette période, il est possible que les adolescents veuillent de plus en plus s'intégrer à un groupe d'amis, faire des expériences diverses, mesurer les limites et être plus indépendant de leur famille. L'image de soi change lorsque la sexualité d'un adolescent commence à se manifester. Cette expérience peut être difficile et inquiétante pour certains. Et le diabète peut avoir différentes répercussions sur ces processus.

Le diabète est un amplificateur des difficultés de l'adolescence. En effet, il vient perturber ou entraver la plupart des processus évoqués plus haut, l'adolescent le voit comme une attaque, il est envahi de tout son être par leur panique d'être handicapé et de ne pas vivre normalement. Il s'étripe de l'état de stress dans lequel il avait sombré et se surprend à espérer de vivre normalement.

Le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxante

ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien être.(Lazarus et Folkman .1984).

Le stress peu influencer le contrôle de diabète et la qualité de vie de l'adolescent. Et ci pour ça qu'on a eu l'idée de faire une étude sur le stress chez les adolescents diabétique.

De ce fait notre travail de recherche est composé d'une introduction et une problématique ainsi que la définition des concepts clés de notre thème et les objectifs de notre recherche. Puis deux parties théorique et pratique ;

La partie théorique est subdivisée en deux chapitres :

- **Chapitre I** : ce chapitre est consacré pour le stress
- **Chapitre II** : ce chapitre est consacré pour le diabète et l'adolescent.

La partie pratique aussi est subdivisée en deux chapitres :

- **Chapitre III** : ce chapitre est consacré pour la méthodologie de recherche.
- **Chapitre IV** : présentation, analyse et discussion des résultats.

A la fin on terminera notre travaille de recherche avec une conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

I. Problématique et hypothèses :

De nos jours ou les spécialistes de la santé s'accordent pour reconnaître l'existence d'un « mal-être » voire d'une souffrance physique et psychologique qui touche un nombre croissant de personnes dans leur vie, il est important que les individus réalisent l'apport et l'efficacité de la gestion de stress.

Le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être. (.Schweitzer M.B, 2002, p290)

On peut définir le stress comme une pression émanant de l'environnement externe et qui menace l'équilibre interne de l'individu. Il est aussi un état de perte de contrôle face à un événement qui met l'individu dans un état de débordement psychique.

On distingue trois façons de concevoir le stress : le stress comme stimulus environnemental, le stress comme réponse subjective et le stress comme réponse biologique de l'organisme à un stimulus ou à une situation. (Dumont.M, Plancherel.B, 2001 : p4).

La situation de stress peut objectivement être la même pour plusieurs sujets, mais être vécue subjectivement de diverses manières avec des niveaux différents de stress.

Un événement hautement stressant pour un individu et d'être atteint d'une maladie chronique ou d'un handicap sévère.

Parmi les maladies chroniques ciblées, plusieurs touchent une proportion appréciable de la population tout en causant, chez les personnes atteintes, des déficiences physiques importantes et souvent irréversibles. Ce sont particulièrement les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète. (Lavalle R, 2004 ,p04) .

L'annonce d'une maladie chronique telle que le diabète est un évènement stressant, qui est générateur d'anxiété, de peur, de tristesse et de culpabilité.

Le diabète sucré est une maladie chronique grave caractérisée par un problème de métabolisme du glucose et se traduisant par des taux très élevés de sucre dans le sang (hyperglycémie). Il est du soit à un arrêt de la production de l'insuline par le pancréas « diabète de type 1 », soit à une diminution de la capacité du pancréas à produire de l'insuline associée à une résistance de l'organisme à l'action de cette hormone « diabète de type 2 ». (Marilou B-S et Bruno Q, 2001, p95)

Le diabète insulino-dépendant est une forme de diabète sucré qui apparaît le plus souvent de manière brutale chez les enfants et les adolescents.

L'adolescent diabétique se trouve confronté aux problèmes cumulés de sa maladie et de son adolescence, sans nécessaire équivalence entre le vécu de sa maladie et sa gravité objective. Il va être soumis à un certain nombre de contraintes l'obligeant à des stratégies adaptatives. Il doit apprendre souvent tôt à vivre dans la différence. (Braconnier.A et Marcelli.D, 1998. p 257)

C'est au moment de l'adolescence que le patient diabétique est plus vulnérable, il doit non seulement affronter le passage de la vie d'enfant à celle d'adulte mais aussi répondre aux exigences médicales lourdes de sa maladie.

C'est ainsi afin de mieux cerner notre sujet nous amenons à poser les questions suivantes :

-Est-ce que les adolescents diabétique insulino-dépendants souffrent d'un taux de stress élevée ?

-Est-ce que l'adolescent diabétique trouve des difficultés d'adaptation dans son environnement familiale ?

A partir des données théoriques et pratique en propos les hypothèses suivantes

- **L'adolescent diabétique insulino-dépendants souffre d'un taux de stress élevée.**
- **l'adolescent diabétique trouve des difficultés d'adaptation dans son environnement familiale.**

II. Définition et opérationnalisation des concepts :

1. Le stress :

1.1. Définition :

Le stress est le résultat d'une transaction entre l'individu et son environnement, dans laquelle la situation est évaluée cognitivement par l'individu comme débordant ses ressources, menaçant son bien-être et nécessitant des efforts pour résoudre le problème. (DELAUNOIS.M, 2001 ,P 10)

1.2 Opérationnalisation :

-Difficultés de concentration.

-fatigue

-Nervosité

-Augmentation du rythme cardiaque

-Augmentation de la tension musculaire

-Anxiété face à l'avenir

-Irritabilité

-isolement-

Diminution de l'estime de soi

-Sentiment d'insécurité

-Agressivité

2. L'adolescence :

2.1. Définition :

L'adolescence est une période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte.

Il s'agit d'une «période ingrate », marquée par les transformations corporelles et psychologiques, qui débute vers 12 ou 13 ans et se termine entre 18 et 20 ans .ces limites sont imprécises, car l'apparition et la durée de l'adolescence varient selon les sexes, 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 liberté et d'autonomie, la richesse de la vie affective.(Sillamy .N, 2004 ,p08) .

2.2 Opérationnalisation :

--Désir d'être dépendent de ses parent.

-Repli sur soi .

-Développement corporelle.

-Antagonisme sociale.

3. Le diabète :

3.1 Définition

Le diabète est une maladie chronique qui est défini selon L'OMS : « comme une glycémie à jeun supérieur à 1.26g/l (7mmol/l) à deux reprises .Est suffire le diagnostic .Il n'ya pas lieu de demander une hyperglycémie provoquée par voie orale. (Grimaldi et al, 2009, p.04).

3.2 Opérationnalisation :

-Pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline.

-Manque d'insuline.

-Hyperglycémie.

-Hypoglycémie.

4. Le diabète insulino-dépendant(DID)

4.1 Définition

Le diabète de type I est une maladie auto-immune, caractérisé par une anomalies de l'épreuve d'hyperglycémie provoqué sensibiliser par la cortisone chez un sujet qui à présenté quelques épisodes de diabète à l'occasion d'une maladie infectieuse, d'un traumatisme. (Quevauviliers.j, 2009, p.1533).

4.2 Opérationnalisation :

-Sensation de soif « polydipsie »

-Excrétion excessive d'urine « polyurie »

-altération de la vision et fatigue

-faim constante

-une perte de poids rapide

III. Les objectifs de choix de thème :

- Acquérir des connaissances sur le stress d'une manière générale, et de stress chez les adolescents diabétique en particulier.
- attirer l'attention des responsables sur l'impact du diabète et sur les besoins psychosociaux des personnes atteinte de diabète et de leur famille
- Identifier les connaissances que l'adolescent a du diabète de type 1 afin de comprendre comment il gère son étape de vie en lien avec sa maladie.

Chapitre : I

Le stress

Préambule :

Le stress est un mot dont l'actualité est telle qu'il résonne comme une excuse toute prête pour justifier nos manques et nos difficultés. Mais c'est de même coup, un terme dont la définition est variable d'un individu à l'autre parce que le vécu des situations est lui-même variable.

Le mot « stress » utilisé dans de nombreux domaines, il occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale.

1. Aperçu historique :

Le mot « stress » est vient de latin stringer qui signifie « serrer » et de l'ancien français « estrece » signifiant étroitesse, oppression.

Au départ, c'est un terme anglais employé en physique avec la loi de Hooks(1678). A partir de l'utilisation de la notion de stress en physique, une analogie se crée pour l'être humain. Le terme stress est utilisé dans différentes sciences, telle que la psychologie, la biologie, et la médecine. Selon les cas, il décrit soit les source de stress (stresseur), soit les réactions internes de l'organisme(stress).

En 1932 un neurophysiologiste américain, Walter Bradford Cannon, a nommé cette recherche d'équilibre l'homéostasie. Celle –ci indique la capacité d'autorégulation de l'organisme face aux contraintes extérieures.

En 1968, le médecin physiologiste français Claude Bernard distingue le milieu intérieur et le milieu extérieur et précise que l'organisme possède la capacité de maintenir l'équilibre quel que soit l'environnement extérieur.

W.B.Cannon définit le stress comme « correspondant à des stimuli aussi bien physique que émotionnels, éventuellement en rapport avec l'organisation social et industrielle ».Il est le premier à introduit le terme stress dans le domaine de la biologie.

Hans Selye (1907-1982), médecin canadien d'origine austro-hongroise, est le premier à parler d'état de stress sur un plan médical pour décrire les changements physiques provoqués par une situation stressante.

En 1956 paraît son livre « le stress de la vie » et la notoriété lui vaudra le titre de « Einstein de la médecine ».

Pour Henri Laborit, chirurgien français et disciple de Hans Selye, « confronté à une épreuve, l'homme ne dispose que de trois choix : combattre, ne rien faire ou fuir ».

Dans les années 1970, à partir d'une expérience réalisées sur des rats, H.Laborit a pu démontrer que l'être humain, dès qu'il se trouve enfermé, coincé dans une situation sans issue et qu'il ne peut réagir ni par la fuite ni par l'attaque, se trouve dans une situation qui provoque des symptômes plus ou moins importants selon son état de santé physique et psychique antérieur et la durée de la situation. Pour Laborit, il s'agit d'un programme biologique de survie qu'il a appelé le syndrome d'inhibition.(Zablocki.B ,2009,PP 19-20).

2. Définition du stress :

Le stress désigne l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'un agent ou de condition qui mettent en danger ses mécanismes homéostatique.(Sillamy.N,2004,P 253)

Selon Hans selye : « le stress est un phénomène biologique naturel, un système de reflexe et de réponse non spécifique de l'organisme a tout demande qui lui faite.(Carnegie.D,1993,P14)

Selon Pielberger (1979) :

Le stress est l'ensemble des transactions entre la personne et son environnement dans lesquelles les stressés sont reliés aux réactions d'anxiété par la perception d'un menace. (Dunont.M.et Plancherel.B,2001,P13)

3. Le rôle de stress :

Le stress permet de nous adapter aux situations et aux stimulations qui nous vivons au quotidien.

Ce n'est pas un ennemi à abattre : c'est un processus biologique naturel au même titre que le froid et la faim, c'est grâce à ce même mécanisme que notre corps peut garder un bon équilibre quand il fait trop froid ou trop chaud, quand nous ressentons une émotion positive (lors d'une promotion) ou négative (suit à un deuil). Il s'agit donc d'un comportement indispensable à notre survie.

Dans le langage courant ,quand nous parlons de stress ,nous mêlons la cause et l'effet, c'est-à-dire la source du stress et la réponse du corps.

C'est quand la cause /stimulation dure et que notre organisme ne parvient plus à rétablir l'équilibre que des malaises survient.

Ceux-ci peuvent se manifester par des troubles d'ordre physique et psychologique et il n'est pas toujours aisé de mettre des mots sur maux.(Zablocki.B,2009, P 21).

4. Les phases de stress :

4.1. La phase d'alarme :

Elle correspond au stress aigu .elle se caractérise par une courte durée, pouvant aller de quelques minutes a quelques heures, elle ne dépassera pas 48heures cependant.

C'est une étape émotionnelle importante, associée à des réactions psychologiques intenses. A ce niveau-là, les ressources de l'organisme sont grandement mobilisées.

Cette phase peut permettre a l'individu concerné de se surpasser.

Durant cette phase , sur le plan physique, il peut avoir :

- des mouvements plus ou moins volontaires face à l'agent stressueur,
- des gestes de défense.
- des attitudes rigides.
- une augmentation de la fréquence respiratoire.
- une accélération du débit sanguin. .(Lentini.P, 2009 P 62).

4.2 La phase de résistance :

Elle correspond à l'adaptation la plus durable face à la situation stressante. A ce niveau, il y a un apaisement psychologique lié probablement au contrôle des émotions. L'individu manifeste des réactions physiologique qui se prolongent plus au moins, adaptées aux nécessités de défense, s'il y a défense contre l'élément stressant, il y a risque de vulnérabilité.

Sur le plan comportemental apparaissent des signes :

- De fatigabilité
- D'irritabilité
- D'inconfort
- De pessimisme
- De mauvais sommeil.

Sur le plan physique cela se traduit par des hyperactivités sensorielles, une hypertension artérielle, des tensions musculaires, une altération de toutes fonctions.

Durant cette période, l'organisme fonctionne toujours de manière à répondre aux besoins, mais plus grand un esprit d'endurance que de performance, si cette phase persiste, c'est donc que le stress est toujours ressenti.

- L'élément stressant est encore présent ou mal intégré par l'individu.
(Lentini.P, 2009, P 64).

4.3 La phase d'épuisement :

La phase d'épuisement constitue l'ensemble des réactions non spécifiques qui caractérisent le moment où l'organisme cesse de pouvoir s'adapter au stimulus auquel il est soumis. Elle répète dans ses grandes lignes la phase initiale mais cette fois les phénomènes passifs d'épuisement l'empotent sur les manifestations de défense active et conduisent à la mort.

En pathologie humaine, la phase d'épuisement correspond au stade de marasme et de cachexie terminale des maladies chroniques. Il est bien entendu que si, au cours de stade de résistance, l'agent nocif disparaît, il peut s'établir un équilibre compatible avec une longue vie. (Loo.H.P.et Galinowski.A ,2003,P 07)

5. Les différents syndromes de stress :

Il existe trois syndromes de stress .

5.1 Le syndrome de stress aigu :

Le stress aigu désigne une réaction soudaine qui est la conséquence d'un stressor identifiable. Un stress aigu, par exemple, apparaît suite à un événement important comme un deuil ou une promotion , cependant la réaction varie d'une manière individuelle, le stress aigu se caractérise par une augmentation de la production d'adrénaline , de noradrénaline et de cortisol, appelées hormones du stress, si elle dure, elle peut alors entraîner un syndrome de stress post-traumatique. (Zablocki.B ,2009. p64).

5.2 Le syndrome de stress post-traumatique :

Les réactions suite à un événement stressant ne sont pas nécessairement immédiates.

L'organisation mondiale de la santé (1993) définit le syndrome de stress post-traumatique comme une réponse retardée ou différée à un événement

traumatisant qui peut entraîner une détresse envahissante, certains corps de métier comme la police, les pompiers et les secours médicaux peuvent vivre des événements particulièrement stressants qui engendrent une réaction de stress post-traumatique.

L'American psychiatry association (1994) définit les manifestations de stress post-traumatique comme suite :

- impression de revivre le traumatisme : pensées, rêves ou « flash-backs » récurrente accompagnés d'un sentiment intense de peur et de désarroi ;
- efforts pour éviter de penser à l'évènement traumatisant ou d'aller dans certains lieux pouvant rappeler une attention aux autres ou à ressentir des émotions ;
- hyperactivité, insomnie, difficulté de concentration, état perpétuel de « qui vive » plus grande nervosité et réactions de sursaut exagérées. (Zablocki.B ,2009. p64)

5.3 Le syndrome de stress chronique :

A .Alonzo(2000) définit le stress chronique comme une réponse à un accroissement de pressions sur une longue période de temps, ce type de réaction débute graduellement progresse lentement. (Ibid).

6. Quelques approches théoriques du stress

6.1 Le modèle de Hans Selye :

Hans Selye définit le stress comme « la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite ». Non spécifique veut dire que la réponse biologique est toujours la même quel que soit l'évènement déclencheur. Par exemple, l'annonce d'une promotion induit les mêmes effets biologiques l'annonce d'une maladie grave. Cette réponse déclenche le syndrome général d'adaptation décrit par H.Selye comme une association réactionnelle des signes comportant trois

phases consécutives : la phase d'alarme, la phase de réaction et la phase d'épuisement.

Le syndrome général d'adaptation (SGD) représente toutes les modifications produites dans l'organisme par le stress .

La réaction de stress est donc une réaction physiologique de l'organisme, datant de l'homme de la préhistoire : se défendre, attaquer, avoir peur, avaient toujours comme conséquence une réaction physique.

La réaction de stress est en effet une préparation de l'organisme à une action. (Zablocki .B,2009 ,P25) .

6.2 Le modèle de Lazarus et Folkman :

Pour Lazarus et Folkman(1984). « le stress psychologique est une relation particulière entre la personne et l'environnement qui est évalué par la personne comme mettant à l'épreuve ou dépassant ses ressources et mettant en péril son bien-être ».

Dans ce modèle, l'intensité de stress ressentie par une personne va dépendre de son évaluation subjective de la situation, des ressources personnelles dont elle dispose (patrimoine génétique, constitution physique, etc.) et de l'efficacité supposée de la stratégie d'ajustement ou d'adaptation, appelée coping, qu'elle va mettre en place, le coping est constitué des pensées et des comportements que la personne va adapter pour maîtriser la situation stressante. (Ibid.).

6.3 Le modèle de Mclelland :

Pour Mclelland (1974), le processus de stress s'enclenche si trois facteurs :

Contexte, vulnérabilité et situation sont présentes, le stress induit alors des symptômes physiques ou psychologiques.

Selon Mclelland, s'il manque un de ces facteurs, le processus de stress ne se déclencherait pas.

- Le contexte stressant peut être environnementale (bruit, variation de températures....), relationnel (difficultés ou conflits dans la vie privée ou professionnelle), lié à des événements (décès, mariage...) ou socio-économique (chômage, perte ou diminution de revenus, réduction de pouvoir d'achat ...).
- La vulnérabilité individuelle signifie qu'une même situation est vécu comme stressante par une personne et ne génère pas de stress pour une autre. Il n'y a donc pas de situation stressante en soi, chacun a donc son seuil de vulnérabilité. French Rogers et Cobb (1974) ont énoncé la théorie de l'ajustement, il y aurait stress d'une part lorsqu'il y a une discordance entre les capacités d'une personne et les exigences de la tâche, et d'autre part, lorsqu'il y a discordance entre les besoins de la personne et les besoins pouvant être satisfaits par l'environnement.
- La situation implique la présence des facteurs de stress.(Zablocki .B,2009 ,P29)

6.4 Le modèle de Siegrist

Pour Siegrist, le stress proviendrait d'un déséquilibre entre l'effort produit et la récompense reçue. Des études réalisées par le professeur Corten ont démontré que la qualité de la vie est sous tendue par l'effort que l'on fait pour aller vers les autres, et ce que ceux-ci offrent en retour. Si le sentiment de l'effort produit est plus grand que celui du retour reçu. Une souffrance va s'installer et créer un conflit, que ce soit dans une relation de couple ou avec un supérieur hiérarchique, l'inverse est aussi vrai : si je suis entouré de bien plus de sollicitudes que je n'ai envie d'en rendre, j'éprouve un sentiment d'étouffement. C'est valable pour un adolescent avec ces parents et dans un environnement de travail où il y a trop de paternalisme. (Zablocki.B, 2009, P29) .

7. Les symptômes les plus fréquents du stress :

7.1. La fatigue :

Chez les stressés, les symptômes les plus fréquents et le plus visible est la fatigue. Or, il existe deux types de fatigue : la première saine, normale, par exemple après une dure journée de travail, qui disparaîtra dès le matin. Elle est souvent accompagnée de problèmes d'attention, de moindres possibilités de concentration intellectuelle, de problèmes sexuels.

7.2. Les troubles du sommeil :

Un deuxième symptôme peut apparaître, qui malheureusement, quelque fois s'ajoute au premier, il s'agit de trouble de sommeil. Beaucoup de personnes ont du mal à s'endormir, dans l'incapacité d'empêcher les soucis de faire face « de leur trotter dans la tête ». D'autres se réveillent en pleine nuit, leur cerveau ne pouvant se déconnecter des difficultés rencontrées pendant la journée. Ou de problèmes à résoudre pour le lendemain. La prise de somnifères ne résout absolument rien et au contraire, ne fait que aggraver la situation. L'accoutumance aidant, la résistance à ces médicaments augmente, et les doses deviennent de plus en plus importantes, il peut s'en suivre l'apparition de problèmes neuropsychologiques.

7.3. L'anxiété et l'angoisse :

La première exprime une certaine inquiétude, une appréhension de ce qui peut arriver. Un peu d'anxiété peut donc stimuler alors que trop d'anxiété paralyse; là encore, la consommation de tranquillisants n'arrange rien, ne faisant que cacher pour un certain temps, les causes réelles de cet état. Quant à l'angoisse, état de désarroi psychique, d'inquiétude profonde, elle s'accompagne de mêmes troubles psychosomatiques que l'anxiété, mais plus intenses, arrivant plus brutalement : tachycardie, dyspnée, tremblements, sueurs, douleur ou oppression, thoracique, serrement de gorge, douleurs au ventre ou musculaires, courbatures, éruption de plaques ou de boutons.

7.4. L'instabilité et la nervosité :

Nuisibles pour soi-même, difficilement supportables pour son entourage, ces états traduisant d'une façon visible une surdose de stress.

On ne peut supporter la moindre contrariété, tout nous irrite, nous impatiente, on devient plus agressif, intolérant. Nos colères, plus fréquentes et innombrables, surviennent au moindre prétexte, nos gestes, nos paroles sont durs, coupants, tout devient invivable, ce qui augmente le stress, et le cercle devient vicieux.

7.5. Trouble de la mémoire :

Ils ne sont pas l'apanage des personnes âgées, (et encore, ces dernières peuvent-elles conserver et même améliorer leur possibilités jusqu'à la fin de leur vie) .

Trois étapes successives interviennent dans toutes nos activités de mémorisation. Dans un premier temps, le cerveau enregistre, acquiert les informations par l'intermédiaire des cinq sens. Dans un deuxième temps, elles sont fixées, stockées afin de les conserver, enfin troisième étape : on convoque, sur demande, ces informations. L'information entre perte de mémoire et stress est maintenant clairement établie en particulier chez les victimes de stress post traumatique ou de maltraitance.

Mais la grande pourvoyeuse en trouble de la mémoire reste la dépression avec son corollaire souvent nécessaire, la prise de médicaments.

Dans toutes les situations évoquées, cette « amnésie », ce n'est qu'un mécanisme de défense destiné à se protéger de sa souffrance. (Choque .S et Choque.J ,2007 P 14 - 15)

8. Les médicaments du stress :

Plusieurs classes de médicaments sont utilisées lorsque l'on craint de voir apparaître une pathologie liée au stress.

➤ **Corticoïdes et A.C.T.H.**

Les glucocorticoïdes et l'A.C.T.H. interviennent dans le mécanisme hormonal du stress physiologique. On a recours à ces composés. Une difficulté provient du fait que ces substances affaiblissent les défenses naturelles de l'organisme.

Les glucocorticoïdes exercent deux effets.

- Effet périphérique : cet effet peut être favorable en mettant davantage de glucose à la disposition des tissus, en améliorant la perfusion tissulaire, en antagonisant des médiateurs de la réaction inflammatoire, en stimulant les synthèses protéiques, particulièrement au niveau de foie, en freinant la libération d'A.C.T.H. et en régulant la fonction des leucocytes impliqués dans les réactions immunologiques.

- effet central : au niveau de système nerveux central, les glucocorticoïdes freinent la libération des opiacés endogènes, opiacés qui participent à la régulation de l'immunité. Les glucocorticoïdes influencent également la production de CRF, d'A.C.T.H. et d'ADH (hormone antidiurétique). Or ces peptides ont des effets sur le comportement.

➤ **Les benzodiazépines :**

La consommation élevée de benzodiazépines dans nos civilisations industrielles est souvent attribuée au grand nombre de « stressés » dans la vie moderne. Ce raisonnement est discutable. Pour nombre d'auteurs, médecins ou pharmacologues, le stress n'est pas un simple équivalent de l'anxiété, dont les benzodiazépines diminuent le niveau. Les benzodiazépines n'antagonisent pas l'ensemble des signes, neurovégétatifs, l'augmentation du taux de catécholamines circulantes ni l'hyperfonctionnement de l'axe H.H.S. induit par le stress. Cependant, les tests animaux classiques dans l'étude des médicaments anxiolytiques reproduisent des situations de stress.

➤ **Les bêta-bloquants :**

Les bêta-bloquants antagonisent au niveau des bêta-récepteurs noradrénergique l'action des catécholamines libérées lors du stress. Cet effet se traduit notamment sur le plan cardio-vasculaire. En plus de leur effet périphérique, ces composés, lorsqu'ils sont liposolubles et franchissent la barrière hémato-encéphalique, ont un effet de type anxiolytique au niveau du système nerveux central.

D'autres composés. Il existe des anxiolytiques non benzodiazépines. Certaines substance n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, en particulier l'alcool, le vitamine C, les antiprolactines et les antagonistes des opiacés. (Grand dictionnaire de la psychologie, 2000, P 755)

9-Le coping :

L'étude des typologies, de traits du coping, laisse de plus en plus la place à l'étude des processus de coping, c'est-à-dire des stratégies que le sujet met en place pendant la conformation stressante pour la résoudre. Les études récentes sur le coping se sont focalisées sur des processus que les individus utilisent pour faire face aux événements stressants.

Selon Lazarus et Folkman (1984) : « le coping se réfère aux efforts cognitifs et comportementaux du sujet, variables et instables, pour aménager (réduire, minimiser, contrôler, dominer, ou tolérer) la demande interne ou externe (et le conflit entre les deux), fait par la transaction sujet-environnement, évaluée comme dépassant ses propre ressources. » (Graziani.P et Swenssen.J, 2005 ,p77) .

Résumé :

Le stress peut avoir de graves conséquences sur notre équilibre et notre santé aussi bien physique que mentale. Il peut aggraver des tendances préexistantes et saper complètement la confiance en soi si nous n'y prenons pas garde. Il est indispensable alors de compenser ses effets par différents moyens : sport, loisirs, activités artistique, et en s'entourant des personnes bienveillantes.

Chapitre : II

L'adolescent diabétique

Préambule :

La gestion du diabète nécessite un degré de responsabilité et de contrôle comportemental qui n'est pas typique chez de nombreux adolescents. Les exigences quotidiennes de la maladie ont des conséquences sur la vie personnelle et sociale de ces adolescents. Le diabète touche d'importants stades de développement, y compris l'indépendance, l'image corporelle, l'identité, la sexualité, la responsabilisation et l'estime de soi.

I. Le diabète**I-1 Histoire de diabète**

Le diabète est une vieille maladie. Il était connu des Egyptiens 3000 ans avant Jésus-Christ. Au XI siècle avant l'ère chrétienne, les chinois savent déjà la distinguer grâce à la saveur sucrée des urines.

Un siècle plus tard, Sechrona, médecin Indo, décrit affection associant saveur sucrée des urines, soif, polyphagie, mauvaise haleine et asthénie.

Ce n'est que deux siècles plus tard que le mot diabète « du grec diabaino, je passe à travers » semble apparaître pour la première fois en Grèce.

La conception moderne de la maladie commence avec P.Langhérane qui dans sa thèse de doctorat en 1869, à Berlin, soutient l'existence d'amas de cellules sécrétantes au niveau du pancréas, bien distinctes du reste de la glande. Ces cellules ne déversent leur sécrétion dans aucun canal relié au tube digestif.

(Khiati.M ,1993.P 16)

En 1889 Oscar Minkowski et Vont Merign étaient les premiers à chercher les sucres dans les urines.(Bloom .A et Irlande J.2006.p 12)

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

Mais c'est à Paulesco en 1921 à Bucarest que revient le privilège d'émettre l'hypothèse de l'existence d'une hormone pancréatique à action hypoglycémisante que l'on appelait déjà insuline. L'année suivante, on assiste à la première utilisation humaine de l'insuline dans le traitement du diabète sucré.

Depuis 1980 les travaux s'orientent vers l'obtention d'une insuline humaine grâce au génie génétique qui est déjà commercialisée vers la mise au point d'un pancréas artificiel miniaturisé portable. (Khiati.M,1993.P 16)

I-2 Définition de diabète

Le mot diabète signifie « passer à travers » en référence à la forte polyurie qui caractérise la maladie. Le diabète sucré, bien que connu depuis l'Antiquité, ne peut être défini à l'heure actuelle. Ses critères diagnostiques et la classification des différentes anomalies de la tolérance glucosée n'ont fait l'unanimité des diabétologues que depuis 1980. Néanmoins, le terme de diabète sucré regroupe tous les états morbides ayant en commun une hyperglycémie chronique consécutive à une insuffisance de sécrétion d'insuline par le pancréas « insulino-carence » ou à des anomalies de l'action de cette insuline au niveau des tissus-cibles « insulino-résistance » ou le plus souvent à une interaction des deux anomalies. (khalifa.S, 2001 P 03)

L'insuline est une hormone sécrétée par notre pancréas et qui permet au sucre surtout et d'autres substances de pénétrer dans les cellules pour leurs besoins. C'est la clé pour l'entrée du glucose. (Boudiba A.2009,p26) .

I- 3. Classification des états diabétiques

Actuellement c'est la classification recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé en 1985, révisée en 1985, qui est la plus utilisée. Elle distingue deux entités :

-les groupes cliniques caractérisés par une anomalie de la tolérance glucose.

-les groupes à risque statistique ou les sujets ont une tolérance glucose normale mais sont exposés au risque de développer ultérieurement un diabète. (Khalifa.S, 2001 P11)

a- Groupes cliniques :

a-1 Le diabète sucré

-Diabète insulino-dépendant : DID

-Diabète non insulino-dépendant :DNID

-Avec obésité

-Sans obésité

-diabète lié à la malnutrition

-diabète associé à certains états ou syndromes

a-2 Abaissement de la tolérance glucosée

-avec obésité

-sans obésité

-associé à certains états ou syndromes

a-3 Le diabète gestationnel

b-Groupe a risque statistique :

b-1 Anomalie antérieure de la tolérance glucosée.

b-2 Anomalie potentielle de la tolérance glucosée.(Khalifa.S, 2001 P 03)

Mais nous nous sommes intéressées dans cette recherche qu'aux malades atteints de diabète de type 1 « diabète insulino-dépendant ».

I-4-Le diabète de type 1

I-4-1- Définition du diabète de type 1 :

Le diabète insulino-dépendant (DID), ou diabète de type 1, ou diabète maigre, est une maladie auto-immune détruisant les cellules B du pancréas et caractérisée par les disparitions totale ou presque totale de la sécrétion d'insuline par le pancréas endocrine. Cette carence insulinaire est responsable d'une inéluctable de la glycémie et d'une évaluation fatale en l'absence de traitement, le traitement par insuline une vie pratiquent normale.(Lapidus.N .Ayadi.S et Bajer.B ,2008 ,P152)

I-4-2- Les complications de diabète DID :

En distingue deux sortes de complication qui sont :

- les complications aiguës : sont surtout l'hyperglycémie, l'hypoglycémie et l'acidocétose.

-les complication chronique :sont dues à une micro angiopathie et à une macro angiopathie .

I-4-2-1- les complications aiguës :

- **l'hyperglycémie** : élévation importante du taux de sucre dans le sang suivie d'un passage du glucose dans les urines.

- **l'hypoglycémie** : risque de coma diabétique après une chute de la glycémie non palliée.

- **Acidocétose** : transformation des acides gras en corps cétoniques qui pouvant évoluer vers un coma diabétique. (www.inserme.fr /thématiques /circulation métabolique-nutrition /DID.) (le 18/02/2013à 10:00)

I-4-2-2-Les complications chroniques :

-microangiopathie : les deux type de diabète peuvent se compliquer de micro angiopathie. Elle est responsable des complications ophtalmologiques, rénales et neurologique. Au maximum, elle peut provoquer une cécité et une insuffisance rénal terminale. L'atteinte neurologique peut être sensitive, motrice et végétative.

-macroangiopathie : la macroangiopathie est due à l'athérosclérose et peut atteindre tous les vaisseaux « membres inferieure, carotides, coronaire ».Les autre facteurs de l'athérosclérose sont la sédentarité, le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle et une hypercholestérolémie associée. (Lapidus.N. Ayadi.S et Bajer.B ,2008, P151)

I-4-3-Facteurs qui influencé au développement de diabète de type1 :**a-Susceptibilité génétique :**

Plusieurs gène sont impliqués dans la prédisposition à développer un diabète de type 1 notamment les gène codant pour le antigènes-HLADR3 ou DR3 ou DR4 de système HLA de classe II. Cependant il existe d'autres facteurs nécessaires au développement d'un DID.

b- Facteur d'environnement :

Les facteurs déclenchant rapportés sont les suivants :

- des virus: grippe, coxsackie B4, écho virus, oreillons, rubéole, varicelle, hépatite virale, mononucléose infectieuse, cytomégalovirus, etc. ;
- des facteurs alimentaires tels que le lait de vache ont été mis en évidence «Finlande » ; d'autre pourraient être en cause.

c- Auto-immunité:

le rôle de l'auto-immunité est suggéré pare la présence d'auto-anticorps pendant la première année de la maladie ; ces anticorps disparaissent spontanément par la suit, il s'agit d'anticorps anti-cellules d'ilots, anti-cellules d'ilots fixant le complément et anti-insuline avant tout insulinothérapie.

d-Médicament :

Certaines médicaments peuvent favoriser la survenue d'un diabète sur le terrain prédisposé :

-les corticoïdes peuvent déclencher un diabète insulino-dépendant qu'ils soient administrés par voie locale ou générale. Il existerait un effet direct des corticoïdes bloquant la sécrétion insulinoïque ;

-l'éthinylestradiol « pilules contraceptives » est capable de déclencher un DID chez les femmes prédisposées ;

-l'interféron alpha utilisé pour le traitement des hépatites virales chroniques peut induire un diabète de type 1.

e-Agression et stress :

Toute agression, qu'elle soit physique « accident, chirurgie, maladie » ou psychique peut déclencher un DID. (Lapidus.N . Ayadi.S et Bajer.B ,2008 ,P153) .

I-4-4-Le diagnostic de diabète D I D**a- Le tableau clinique :****a-1-le terrain :**

Le diabète insulino-dépendant peut s'observer à tout âge mais il est avant tout une maladie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte jeune « moins de 30 ans » . Le poids du malade est généralement normal. On trouve parfois 15% des antécédents familiaux de DID en particulier dans la fratrie. La maladie est un peu plus fréquente en hiver.(Khalifa.S,200,p12).

a-2- les signes cliniques :

Le début clinique est en général brutal, marqué par un syndrome polyuro-polydipsique intense, une asthénie croissante et surtout un amaigrissement massif et rapide inquiétant les parents. Parfois les malades rapportent un flou

visuel lié à des troubles hydroélectrolytiques du cristallin qui peut s'accroître les premiers jours de l'insulinothérapie.

A ce stade, l'examen clinique est en règle normal en dehors d'une maigreur. Si ces signes sont négligés, en quelques jours ou semaines vont apparaître des signes de cétose avec des troubles digestifs à type de nausées, vomissements, anorexie, diarrhée et douleurs abdominales, des troubles de la conscience et des signes de déshydratation avec hypotension. (Ibid., P13).

b- Le bilan :

b-1-bilan métabolique :

-l'hyperglycémie est franche, en général 2 0U 3g /L

-le glycosurie est massive.

-très souvent, on retrouve des corps cétoniques dans le sang et surtout dans les urines, facilement détectables par des bandelettes réactives. L'existence d'une cétose spontanée signe pratiquement le caractère insulinodépendant du diabète.

-dans les formes graves de cétose, on note une acidose métabolique avec une baisse du pH sanguin et des bicarbonates ainsi que des désordres hydro-électrolytiques .

-anomalies lipidiques à type d'hypertriglycémie . (Ibid).

b-2-bilan hormonal :

On peut apprécier l'insulinosecrétion par le dosage de l'insulinémie et de la C-peptidémie (peptide de connexion produit en même temps que l'insuline en quantité équivalente) . Dans le DID, ces deux paramètres sont en général effondrés.

b-3-bilan immunologique :

-le terrain génétique est souligné par la présence chez 95% des DID de race caucasienne, de l'antigène HLADR3 et / ou DR4 porté par le chromosome 6.

-l'auto-immunité se traduira par la présence de divers anticorps les plus importants sont :

- Les anticorps anti-cellules des ilots de langerhans :ils sont présents chez 60 à 80% des DID au moment du diagnostic. Leur taux diminue avec l'ancienneté du diabète.
- Les anticorps anti insuline : ils sont retrouvés chez la moitié des DID avant tout traitement pare insuline. Comme pour le bilan hormonal, ce bilan immunologique n'est pas nécessaire pour le diagnostic du DID d'autant plus que seuls des laboratoires spécialisés peuvent le réaliser. .(Khalfa.S,200,p14).

I-4-5- Traitement de diabète insulino dépendant de l'adolescent :**➤ L'insulinothérapie :**

l'insuline à usage thérapeutique à été longtemps extraite et purifiée à partir de pancréas porcine ou bovine ; actuellement on lui préfère une insuline humaine produit par un génie génétique.

➤ Le régime alimentaire :

le régime alimentaire doit rester équilibré et adapte a la routine de chaque patient lui assurant un apport en énergie adapte a ses dépenses. Afin d'éviter les variation rapides de la glycémie, on recommande l'abstention des sucreries, des boissons sucrées ou des aliments contenant des sucres raffinés, quoique cette prescription ne soit pas absolus, on particulier chez les enfants. Le but du traitement est d'éviter l'apparition ou de ralentir l'évolution des complications, sans trop accroître la fréquence des hypoglycémies. (Hennen.G,2001 ,p 154)

II l'adolescence

II.1-Définition de l'adolescence

Selon l'OMS (l'organisation mondiale de la santé) : les adolescents sont les individus âgés de 10 à 19 ans. On perçoit généralement l'adolescence comme une période de crise et de turbulence au cours de laquelle de nombreux paramètres sont remaniés. (Darnac, 2008, p.05).

L'adolescence est la période qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte. Il s'agit d'un concept social dont la dimension psychologique est essentielle. (Charlotte.M et Adlin.V.D.2004, p78).

L'adolescence est une période cruciale et riche de la vie, une période de crise dans la mesure où de grands changements psychologiques s'opèrent. Même si elle n'est pas toujours traversée avec souffrance et fracas, elle implique des changements nécessaires qui permettront aux adolescents de devenir des adultes. (Ibid.).

L'adolescence est caractérisée par un besoin intense d'autonomie par de conflit avec les parents, par des crises, des préoccupations, de l'insécurité, des doutes sur son identité et par la transgression de normes respectées auparavant. (Alvin.P, Marcelli.D, 2005 P13).

II.2-Les étapes de développement durant l'adolescence

Il est possible de décomposer l'adolescence, ses remaniements psychologiques et ses rapports avec la puberté en trois étapes : un début, un milieu et une fin.

2-1-Début de l'adolescence

Cette étape en moyenne, 10-12 ans pour les filles, 11-13 ans pour les garçons, contemporaine des premiers signes pubertaires, et dominée par la métamorphose physique et sexuelle. Les pressions nouvelles et la question centrale de la normalité qui en découlent ont pour résultante quantité de phénomènes inédits. C'est le cas

pour les préoccupations liées à l'image corporelle et à la différence des sexes, l'expérience des érections, de la masturbation et de l'éjaculation chez les garçons, le vécu des premières règles et du début de la vie gynécologique chez les filles, la constitution de groupes opposés, les amitiés intenses de même sexe.

A ce stade s'amorce la redéfinition des modes de relation et en particulier le début de la perte du système relationnel de l'enfance. Ce passage se traduit par certains comportements tels les sautes d'humeur, les épisodes d'isolement ou les refus de jeux ou d'occupations auparavant familiers.

(Alvin.P, Marcelli.D ,2005 P 05)

2-2-Mi-adolescence

Cette période en moyenne 13-16ans pour les filles, 14-17 ans pour les garçons, « troublée » par excellence, est sous-tendue par les transformations des dernières étapes de la puberté et l'intégration plus ou moins harmonieuse de celles-ci dans le schéma personnel, familial et social.

L'enjeu principal est l'affirmation d'une place et d'un rôle nouveaux en tant que sujet à part entière, alors même que persistent des tensions entre les besoins contradictoires d'indépendance et de dépendance non satisfaits.

A ce stade, apparaissent souvent :

-des contraste entre une maturité physique volontiers décalée par rapport à la maturité psychoaffective ; entre l'importance prise par l'image du corps ou les préoccupations physiques et l'apparente négligence des besoins corporels et de santé.

-des réinvestissements de l'énergie pulsionnelle dans des activités variées, physique, intellectuelles ou artistiques.

-une relative pauvreté des défenses face au stress, les réactions s'exprimant à l'extrême sur le mode de l'impulsivité, du conflit, du repli ou de la morosité.

-la possibilité d'états dépressifs, souvent atypiques, qu'un certain nombre de signes doivent faire suspecter : baisse récente du rendement scolaire, trouble de sommeil, isolements social, absence d'ami privilégiés, ou sentiments d'autodépréciation avec parfois idées de mort, voire passage à l'acte suicidaire.(Ibid).

2-2-Fin de l'adolescence

Théoriquement la fin de l'adolescence « 17 à 21ans, en moyenne » survient après la consolidation des dernières étapes du développement physique. Vers l'âge de 17 ans, la quasi-totalité des adolescences ont atteint le stade final de leur développement pubertaire. Idéalement, c'est à partir de cette période que l'identité sexuelle, et la capacité de relations intimes, affectives et sexuelles, après quelques essais et erreurs, sont acquises. Cette étape est normalement celle de l'achèvement d'une identité d'adulte et de l'acquisition d'une relative indépendance matérielle, autorisés une réelle émancipation.(Alvin.P, Marcelli.D ,2005 P 06)

II-3-Facteurs influençant l'adolescence

Toutes les manifestations de l'adolescence, au-delà même des différence fille-garçon, sont évidemment variables d'un adolescent à l'autre. De nombreux facteurs peuvent en moduler les expressions, en particulier :

-la chronologie ou le temps pubertaires plus ou moins avancés, retardés ou dans la « moyenne », les caractéristiques qualitatives particulières de la métamorphose corporelle, et surtout les modalités d'intégration de tous ces paramètres par l'adolescence ;

-le type de famille et la qualité du milieu dans lequel a grandi l'enfant, ainsi que les investissements et la sécurité dont il a bénéficié antérieurement ;

-la cohérence, la souplesse ou la précarité du contexte culturel et social environnant ;

-l'existence éventuelle d'une maladie chronique ou d'un handicap, physique ou psycho-intellectuel. (Alvin.P ,Marcelli.D ,2005 P 06)

II.4-Les mécanismes de défense dominant a l'adolescence

4-1- Le clivage

C'est la coexistence au sein du moi de deux attitudes contradictoires vis-à-vis de la réalité extérieure .L'une d'elles tient compte de cette réalité et l'autre partie la dénie sans que les deux attitudes se gênent.

A l'adolescence on trouve ce mécanisme au niveau de la représentation du corps. Une partie de soi accepte le changement et l'autre le dénie, en conservant la présentation infantile du corps.

4-2-Le déni

C'est le mécanisme psychologique qui a pour but de refuser comme vrais une réalité et de l'exclure du psychisme. Face à l'angoisse des changements corporels et à sa conséquence identitaire, l'adolescent dénie la nouveauté de son corps « anorexie mentale » à un prix couteux. Il protège de l'effondrement son moi dont assises narcissique sont trop fragiles pour lui permettre d'accepter ce changement.

4-3-La projection

C'est le mécanisme d'attribuer à l'autre des qualités ou propriétés que l'on refus chez soi. L'autre devient l'acteur. L'adolescent utilise ce mécanisme de façon inconsciente en attribuant à l'autre la responsabilité de ce qui lui arrive et de ses émotions. Il cherche une cause externe a sa souffrance. Les parents sont souvent les cibles de ses attaques, mais cela peut également touché son propre corps que l'adolescent se mettra à maltraiter.

4-4-L'intellectualisation

C'est le mécanisme qui déplace sur un plan cognitif rationnel et logique un conflit intrapsychique. Il réduit l'angoisse créée par ce conflit qu'il externalise. L'adolescent utilise de façon inconsciente ce mécanisme pour neutraliser les émois qui le submergent et leur trouver un sens logique. Cela peut être une explication rationnelle de son mal ou être déplacé sur des thèmes généraux comme le bien et le mal dans le monde.

4-5-La régression

C'est ce mécanisme qui entraîne le sujet vers un stade libidinal antérieur, qu'il avait dépassé. La régression à l'adolescence est un moyen de reprendre confiance en retrouvant un mode de relation à l'objet connu. Les conduites autoérotiques, les attitudes anales, en sont des exemples. Face à l'angoisse suscitée par nouveauté, l'adolescent retarde transitoirement son avancée vers l'âge adulte. Avec ses amis, il rit de blagues scatologiques et de jeux enfantins.

4-6-La sublimation

C'est le mécanisme de défense le moins coûteux psychologiquement, et le plus accepté socialement. Il s'agit de déplacer l'énergie sexuelle et agressive vers des objets socialement valorisée. L'intérêt pour la culture et la créativité en un exemple. L'adolescent, dont le pulsionnel est débordant, trouve en ce mécanisme une façon de diriger cette énergie de manière constructive. Il se tourne vers l'écriture, le dessin, le théâtre, le sport et la compétition. (Charlotte.M et Adlin.V.D.2004, PP109 -110).

II-5- Les troubles psychologiques et psychopathologiques de l'adolescent

-Les troubles adductifs

-les troubles obsessionnels compulsifs

- les troubles anxieux : phobies, crise d'angoisse et anxiété permanente
- dépression, sentiments dépressifs et idées suicidaires
- idées délirantes et bouffées délirantes aiguës
- l'entrée dans la schizophrénie
- le passage à l'acte : délinquance, automutilation et autodestruction (Charlotte.M et Adelin.V.D ,2004, P113)

II-6 - l'adolescent et le diabète :

A cet âge, le diabète se caractérise par une instabilité glycémique liée à la croissance pubertaire et aux problèmes psychologiques « refus de la maladie, refus des contraintes du traitement ». (khalfa.S, 2001 P 15).

L'adolescence constitue une période au cours de laquelle le patient est vulnérable et donc le plus à échapper à un contrôle approprié de son diabète .au-delà du passage parfois difficile de l'enfance à l'âge adulte, la croissance pubertaire rend plus difficile le traitement insulinaire de substitution, c'est durant ces années que le risque de complications chroniques (rénales, rétiniques, et vasculaires) peut s'accroître et alourdir le poids de la maladie en termes de santé publique. (Levy-Marchal, 2008, p.1).

Résumé

L'adolescence est l'une des étapes de la vie les plus complexes. C'est une période de turbulence où le jeune doit s'adapter à divers changements propres à son âge sur les plans physique, émotionnel et social.

C'est au moment de l'adolescence que le patient diabétique est le plus vulnérable : il doit non seulement affronter le passage de la vie d'enfant à celle d'adulte mais aussi répondre aux exigences médicales lourdes de sa maladie.

Chapitre : III

Méthodologie de recherche

Préambule:

Dans ce chapitre, on va présenter les différentes méthodes et techniques qu'on a utilisées pour effectuer notre recherche ainsi que le terrain, la population d'étude et les outils de recherche qui on a utilisés.

1. La Méthode de la recherche :**1.1 La pré-enquête :**

Nous avons effectué notre pré-enquête au sein de l'association des diabétiques « espoirs de malade ». On a fait cette pré-enquête pour but de recueillir des informations sur le thème de notre recherche, avoir des idées sur la construction de notre question et d'assuré que notre population d'étude existe sur le terrain.

1. 2. La méthode clinique :

Pour Lagache, La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (CHARAOUI.K ,et, BENONY.H, 2003, p.11).

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. (Ibid.)

2. Les techniques de la recherche :**2.1. L'entretien clinique :**

L'entretien est une méthode de recueil des informations qui caractérisé par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité de sa part.

L'entretien clinique est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations relatives au but fixé. (GRAWITZ, M ,2001,p644)

L'entretien clinique est une relation de soins où d'aide suite à la demande du patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs .Son but est de diagnostic dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. (CHAHRAOUI.K ,et, BENONY.H, 2003, P32).

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

- d'aide ou de soins psychologique ;
- de diagnostic ou dévaluation psychologique ;
- ou de recherche clinique.(Bénony.H et Chahraoui.K ,1999,P13).

Il existe trois type d'entretien clinique qui sont : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi-directif et ce dernier est beaucoup plus approprié à notre étude.

2.1.1. L'entretien semi-directif

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

De même, dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où

c'est le clinicien qui cadre le discours, mais se dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé.(Bénony.H et Chahraoui.K ,1999,P16).

3. Guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ».

Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer les consignes à l'avance.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directive ; il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien.(Bénony.H et Chahraoui.K ,1999,P69).

Pour réaliser nos entretiens, nous avons établi une grille d'entretien qui comporte quatre axes est chaque axe regroupe un certains nombre de questions.

AXE I : Renseignement personnel.

AXE II : Renseignement sur l'état de santé de patient.

AXE III : Renseignement sur l'état de stress.

AXEVI : L'apport de l'environnement.

4. L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson :

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations dans la vie sont stressantes. L'échelle comporte également un certain nombre de requêtes directes sur les niveaux actuels de stress ressenti. La première version a été conçue en 1983 par Cohen et ses amis KAMARAK. T, MERMELSTEIN.R. Une autre a été conçue en 1988 par Sheldon Cohen et Gail Williamson. L'échelle du stress perçu comprend plusieurs versions des versions à 14 items et des versions courtes à 10

items. Pour ce qui est de la cotation, l'échelle comprend 05 réponses, jamais, rarement, parfois, assez souvent et très souvent. En notant de 0 à 4.

Mais pour la version la plus ressentie qui correspond à la validation française du test qui a été effectué par le laboratoire de psychologie de la santé à l'université de bordeaux 2 en 2003, on constate quelques changements : l'item numéro 12 n'est pas inclus.

La cotation :

Jamais = 00

Rarement = 01

Parfois = 02

Assez souvent = 03

Très souvent = 04

Une note très importante c'est que les items 04, 05, 06, 07, 09,10 et 13 sont notés au sens inverse.

Le score qui situe au-dessous de 23 veut dire qu'il n'y'a pas de stress. DE 24 à 31 peu de stress. Un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress.

5. Présentation de lieu de stage :

Notre stage pratique s'est déroulé au sein de l'association des diabétique « Espoir des malades ». Il se situé à Tazmalt, rue « Meziane Chabane » à l'Ouste de la willaya de Bejaïa, qui mise en œuvre en Mai 2000

Pour aider les malades en général et les diabétiques en particulier dans les deux communes de Tazmalt et At mellikeyeche.

L'association contient 995 diabétiques.

❖ Les objectifs de l'association :

- recenser les diabétiques dans les deux communes.
- redonner l'espoir aux personnes atteintes de diabète.
- collecter les aides et organiser les dons selon les besoins de chacun.
- la prise en charge psychologique.

6. La population d'étude et ses caractéristiques :

On a effectué notre travail de recherche. Durant la période d'un mois qui se situe de 15 mars jusqu'au 15 avril 2013.

Il s'agit d'une étude réalisée sur 7 cas d'adolescents diabétiques de type I (DID), scolarisés en différents niveaux, de sexes différents et de catégories d'âge différentes.

Sexe masculin : 03 adolescents.

Sexe féminin : 04 adolescentes.

Age : de 15 à 20 ans.

Résumé :

Notre travail de recherche est basé sur la méthode clinique, qui prend comme outils de recherche l'entretien semi-directif pour donner plus de liberté aux personnes interrogées, comme on a utilisé aussi l'échelle de stress de Cohen et Williamson dans le but de confirmer ou infirmer le stress chez les adolescents diabétiques et de vérifier notre hypothèse.

Chapitre : IV

Présentation, analyse et
discussion des résultats

Préambule :

Dans ce chapitre, on va présenter et interprété les résultats de notre recherche vis-à-vis les sept cas avec les quels entamé un entretien et appliquer une échelle de stress perçu de Cohen et Williamson dans le but de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

1. Présentation, Analyse et discussion des résultats :

1.1. Présentation et analyse du première cas : « Fatiha »

1.1.1. Résumé anamnestique :

Fatiha est une adolescente âgée de 20 ans, elle est la quatrième d'une fratrie de trois filles et deux garçons, scolarisée en 3^{ème} année lycée, issue d'une famille pauvre, son père est sans emploi et sa mère est femme de ménage dans un hôpital.

Au début de l'entretien, Fatiha s'est présentée avec une forte timidité, elle contrôle bien ses mots, mais au fur et à mesure elle à commencé à s'exprimer librement.

1.1.2. L'entretien clinique :

D'après Fatiha, elle atteint le diabète depuis l'âge de 16 ans « mon diabète diagnostiqué en 2009 », « les symptômes qui ont marqués l'apparition de cette maladie sont : une perte de poids rapide, polyurie et soif inhabituelle, heureusement que je n'avais pas une autre maladie à part le diabète, je suis la seule au sein de ma famille qui est atteinte par cette maladie », elle est hospitalisée plusieurs fois « je crains de perdre ma scolarité et mon avenir à cause des hospitalisations répétés ». « Pour moi, le diabète est une maladie grave et chronique, je crois que c'est des cellules qui ne fonctionnent pas, elles ne donnent plus d'insuline »... « Chaque fois que je mange je dois me piquer.....donc ce n'est pas facile de mener une vie comme la mienne ».

« Je me sens pas à l'aise dans mes relations avec les autres, Je préfère rester toute seule, je ne veux pas que les autres soient au courant de ma maladie parce que je crains que personne ne s'intéresse à moi pour se marier, je veux vivre comme toutes les autres filles (fondé un foyer et avoir des enfants) (...Silence...puis elle avait les larmes aux yeux). »

« J'ai des troubles de sommeil, des fois je fais des nuits blanches, je n'arrive pas à dormir, je pense sans cesse à ma maladie et à mon avenir ».

« Mes relations avec les autres et très compliquées, je m'isole de plus en plus des autres car je me sens inférieur par rapport à eux. »

1.1.3. Analyse de l'entretien :

À partir de l'entretien effectué, on constate que Fatiha est très stressée, elle a peur de perdre sa scolarité et son avenir, et l'élément majeur derrière ce stress, c'est les hospitalisations répétées, « Je crains de perdre ma scolarité et mon avenir à cause des hospitalisations répétées ». Le diabète et l'injection d'insuline sont aussi des éléments de stress pour Fatiha parce qu'elle considère le diabète comme une maladie grave et difficile à vivre avec, « chaque fois que je mange je dois me piquer...Donc ce n'est pas facile de mener une vie comme la mienne ».

Fatiha a des difficultés d'adaptation dans son environnement social, « Je préfère rester toute seule...je ne veux pas que les autres soient au courant de ma maladie ». Comme elle présente un sentiment d'infériorité, on remarque cela quand elle avait dit; « Je m'isole de plus en plus des autres car je me sens inférieurs par rapport à eux ».

- Cas de Fatiha : Résultat obtenue « 42 »

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement /Parfois / Assez souvent / Très souvent.

Au cours du dernier mois

1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?					X
2. ... vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?		X			
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie			X		
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	X				
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?			X		
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?		X			
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		X			
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X
	1	2	3	4	5

1.1.4. Présentation des résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson » :

Le stress perçu est de 42

Les items : 01, 03, 07, 09,11 et 14=04

Les items : 02, 04 ,10 et 13=03

Les items : 05,06 et 08=02

1.1.5. Analyse des résultats de l'échelle :

L'échelle de stress de Cohen et Williamson a bien montré que Fatiha souffre d'un taux de stress très élevé, avec un score de «42 » .

Alors on constate que Fatiha est vraiment dérangée par sa maladie, on peut le prouver dans les résultats de l'item 1 qui égale à un score de 4, on remarque aussi certaines irritabilités comme conséquence de stress prouvé dans les items 3 et 11 qui égale à 4.

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de stress on peut dire que Fatiha a un niveau de stress très élevé « 42 » en référence aux classes déduites dans l'échelle de stress, un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress.

1-2 Présentation et analyse du deuxième cas : « Salma »

1.2.1. Résumé anamnestique :

Salma âgée de 16 ans, elle est la quatrième d'une fratrie de sept enfants dont trois sœurs et quatre frères, issue d'une famille d'un niveau socio économique moyen, le père est un directeur dans une école primaire et la mère est une femme au foyer.

Durant l'entretien, Salma s'est présentée avec une aire fatigué, triste et calme, la prise en contact avec elle n'était pas facile, la majorité de ses réponses était brèves.

1.2.2. L'entretien clinique :

Salma est diabétique depuis l'âge de 11 ans, elle ne souffre d'aucune autre maladie à part le diabète, son frère est diabétique, elle est hospitalisée trois fois.

Elle déclare ; « Les premiers symptômes de ma maladie sont : une fatigue générale, une soif inhabituelle avec une perte de poids considérable ».

Salma définit le diabète comme suit: « c'est une maladie grave, qui se traite avec l'insuline....c'est une maladie énervante parce qu'on doit tout le temps faire des injections ». « Je suis coincé par cette maladie, je ne peux pas aller en vacances comme tout le monde ... (silence) dur dur de mener une vie normale avec cette maladie, elle m'empêche de tout le bonheur ; ni amis, ni bon plats... »

Salma souffre de maux de tête et des difficultés de concentration... « Je ne peux pas concentrer sur mes études ».

Salma vit dans un environnement familial perturbant, plein de conflits surtout avec son père « mon père est un alcoolique, agressif et violent, quand a ma mère je n'ai jamais senti sa tendresse, elle s'enfiche totalement de moi ».

Elle ajouta ; « Je ne supporte pas voir mes frères ou mes amis entrain de jouer et déguster des friandises alors que moi non plus.... (Silence) c'est l'enfer quotidien. Je n'aime pas être entouré d'autre personne, je me complexe car ils me parlent toujours de ma maladie. »

1.2.3. Analyse de l'entretien:

A L'entretien, Salma s'est présentée très stressé à cause de sa maladie, elle n'arrive pas à accepter les choses comme elles le sont, comme elle manifeste un état d'irritabilité..... « C'est une maladie énervante parce qu'on doit tout le temps faire des injections ».

Elle voit le diabète comme un obstacle et la cause de son malheur « je suis coincé par cette maladie.....elle m'empêche de tout le bonheur ».

Elle à des problèmes dans sa vie relationnelle, ce qui engendre le comportement d'isolement et d'évitement, dont elle dit « je n'aime pas être entouré d'autre personne je me complexe car ils me parlent toujours de ma maladie ». Comme elle exprime le sentiment de négligence de la part de ses parents « Mon père est un alcoolique, agressif et violent, quand a ma mère je n'ai jamais senti sa tendresse, elle s'enfiche totalement de moi».

- Cas de Salma : Résultat obtenue « 40 »

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais / Rarement/Parfois /Assez souvent / Très souvent.

Au cours du dernier mois

1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2. ... vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?		X			
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie		X			
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	X				
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?			X		
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?		X			
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	X				
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				X	
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

1.2.4 Présentation des résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson » :

Le stress perçu est de « 40 »

Les items 03, 07 et 10 = 04

Les items 01, 02, 04, 05, 06, 09, 11 et 14 = 03

Les items : 08 et 13 = 2

1.2.5. Analyse des résultats de l'échelle :

Dans L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress, Salma a marqué un score de « 40 », Donc Salma est très stressé.

La cause de stress chez Salma est due a sa maladie, on peut bien prouver ça dans l'item 3 qui égal à 4 et aussi dans l'entretien ... « c'est une maladie énervante... »

Après l'analyse de l'entretien et de l'échelle du stress, on conclut que Salma trouve des difficultés d'adaptation dans son environnement familial comme elle souffre d'un stress élevé.

1-3. Présentation et analyse du troisième cas : « Samir »

1.3.1. Résumé anamnestique :

Samir est un jeune adolescent âgé de 15 ans, scolarisé en 3^{ème} année moyen, d'une fratrie de cinq enfants dont trois garçons et deux filles, d'un niveau socio économique moyen, son père travaille comme chauffeur de camion, et sa mère femme au foyer.

Pendant l'entretien Samir est montré anxieux, le contacte avec lui est difficile, marqué par une froideur, il est timide et trop calme.

1.3.2. L'entretien clinique :

La découverte de sa maladie remonte à l'âge de 10 ans, il était hospitalisé une fois à l'âge de 11 ans, sa mère est diabétique.

Samir définit le diabète comme : « une maladie chronique caractérisé par l'excès du sucre dans le sang, se traite par l'insuline », le patient déclare « je fais trois injections par jours », il déclare aussi « ce n'est pas les piqûres qui m'ennuient, c'est le fait de l'avoir, d'avoir encore un problème à essayer de régler ». « Ce que je crains par ma maladie c'est d'avoir des complications comme l'insuffisance rénale ou les accidents vasculaires cérébraux, j'ai peur aussi de mourir tout jeune. »

Samir a une histoire familiale difficile « je ne passe pas des bons moments avec mes parents, mon père est alcoolique, il a toujours été absent, ma mère est malade, mes relations avec mes frères et sœurs et plus ou moins gênante car ils ne jouent pas avec moi par crainte d'aggraver ma maladie, j'essaie tout le temps d'améliorer mes relations avec mes camarades, mais toujours les inconvénients de ma maladie m'empêchent de m'intégrer avec eux, je me demande pourquoi cette maladie m'a choisie moi! »

1.3.3. Analyse de l'entretien :

Suite à l'entretien passé avec Samir et en s'appuyant sur l'échelle d'évaluation du stress perçu on remarque qu'il est très stressé et cela à cause des différents problèmes rencontrés dans sa vie quotidienne, surtout sa maladie, il la voit comme un problème ... « ce n'est pas les piqûres qui m'ennuient, c'est le fait de l'avoir, d'avoir encore un problème à essayer de régler ». Et aussi quand il craint des complications qui peuvent être causés par sa maladie et la mort dès son jeune âge quand il me dit « Ce que je crains par ma maladie c'est d'avoir des complications comme l'insuffisance rénale ou les accidents vasculaires cérébraux, j'ai peur aussi de mourir tout jeune ».

Les problèmes vécus au sein de sa famille sont aussi les causes de stress chez Samir ... « je ne passe pas des bons moments avec mes parents, mon père est alcoolique, il a toujours été absent, ma mère est malade ».

Les relations fraternelles sont aussi perturbées, on remarque ça quand il affirme « mes relations avec mes frères et sœurs sont plus ou moins gênantes car ils ne jouent pas avec moi par crainte d'aggraver ma maladie ».

Samir voit cette maladie comme un obstacle qui l'empêche de faire des amis « j'essaie tout le temps d'améliorer mes relations avec mes camarades, mais toujours les inconvénients de ma maladie m'empêchent de m'intégrer avec eux ».

- Cas de Samir : Résultat obtenue « 43 »

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois /Assez souvent / Très souvent.

Au cours du dernier mois

1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?	X				
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie		X			
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?		X			
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?				X	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	X				
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

1.3.4 Présentation des résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson » :

Le stress perçu est de « 43 »

Les items 03, 04, 09,10 et 11 =04

Les items 01, 02,05, 06, 07,08 et 14 =03

L'item :13=02

1.3.5 Analyse des résultats de l'échelle :

Samir présente sur l'échelle d'évaluation du stress un score qui égale à « 43 » se qui signifie qu'il est très stressé d'ailleurs la plupart des résultats des item égale entre 4et3.

On remarque que Samir est vraiment dérangé et irrité par sa maladie la preuve est dans les items 3 et 11 qui égalent à 4.

Tous cela nous amène à dire que Samir est très stressé, comme il trouve des difficultés d'adaptation dans son enivrement, est beaucoup plus dans l'environnement familiale.

1-4. Présentation et analyse du quatrième cas : « Farid »

1.4.1. Résumé anamnestique :

Farid est un jeune adolescent âgé de 19 ans, scolarisé en 3^{ème} année secondaire, il est le deuxième d'une fratrie de trois enfants, dont deux garçons et une fille, issu d'une famille d'un niveau socio économique moyen, le père est un directeur d'hôpital, la mère est une femme au foyer.

Durant l'entretien Farid s'est présenté très gentil, dynamique, souriant, il s'est mis en accord dès le début pour s'entretenir, comme il répond à nos questions sans craintes.

1.4.2. L'entretien clinique :

Le patient déclare :

« Mon diabète a été diagnostiqué à l'âge de 8 ans et son apparition est marqué par un ensemble de symptômes comme : la perte de poids rapide, la sécheresse de la bouche et une soif extrême. J'étais hospitalisé une fois et c'est là que j'avais appris que je suis diabétique, ma grand mère est diabétique de type2 « non insulino-dépendant ». Concernant ma connaissance sur le diabète, je cherche toujours à acquérir plus d'informations sur cette maladie. Je veux donner un conseil pour tous les diabétiques « une personne diabétique doit toujours respecter un régime alimentaire précis et se soumettre tout les jours à des analyses et des injections d'insuline pour vivre normal et sans complication ». Au début c'était dure d'accepter cette maladie, mais maintenant ça va, ça devient une habitude, en fait pour moi, je vois quelqu'un est malade quand par exemple il n'a plus de jambe. »

A la maison le climat est bon, c'est vrai que je mange différent des autres mais ça ne m'empêche pas d'être heureux comme tout le monde, je m'adapte de

mieux en mieux avec ma maladie et ça ne me gêne pas qu'on me parle d'elle d'ailleurs à l'école j'ai fait un exposé sur le diabète et mon professeur m'a félicité.

1.4.3. Analyse de l'entretien :

D'après l'entretien semi directif, on conclut que Farid ne souffre pas d'un stress élevé, d'ailleurs psychologiquement il s'est présenté en bonne santé malgré sa maladie, il arrive à dépasser une phase très importante de sa maladie qui est l'adaptation au diabète «Au début c'était dur d'accepter cette maladie, mais maintenant ça va, ça devient une habitude». Il suit bien son régime et son traitement, il le conseille même aux autres « une personne diabétique doit toujours respecter un régime alimentaire précis et se soumettre tous les jours à des analyses et des injections d'insuline pour vivre normal et sans complication ».

On remarque que Farid est optimiste, « en fait pour moi, je vois quelqu'un est malade quand par exemple il n'a plus de jambe ».

Le patient vit dans un bon environnement familial, il est bien adapté « A la maison le climat est bon, c'est vrai que je mange différent des autres mais ça ne m'empêche pas d'être heureux comme tout le monde, je m'adapte de mieux en mieux avec ma maladie ». On remarque aussi que il n'est pas complexe par sa maladie quand il affirme « ça ne me gêne pas qu'on me parle d'elle d'ailleurs à l'école j'ai fait un exposé sur le diabète et mon professeur m'a félicité ».

- Cas de Farid : Résultat obtenue « 24 »

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois /Assez souvent / Très souvent.

Au cours du dernier mois

1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?			X		
2. ... vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			X		
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?		X			
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie			X		
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?				X	
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?				X	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?				X	
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?			X		
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?		X			
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		X			
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?			X		
	1	2	3	4	5

1.4.4. Présentation des résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson » :

Le stress perçu est de « 24 »

Les items 08 et 13=03

L'item 01, 02,04, 05, 07, 10, et 14=02

Les items 03, 06,09 et 11=01

1.4.5. Analyse des résultats de l'échelle :

A travers les résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson qui égal a un score de « 24 » en peu dire que Farid est juste un peu stressé.

En peut prouver dans les résultats des items de l'échelle de stress que Farid présente un stress qui n'est pas élevé est cela dans les items 3 et 11 qui égale à un score de 01.

A travers les résultats de l'échelle de stress et de l'entretien clinique, on conclu que Farid est un peu stressé mais il est bien adapter dans son environnement familiale.

1-5. Présentation et analyse du cinquième cas : « Nassima »**1.5.1. Résumé anamnestique :**

Nassima est une adolescente, âgée de 18 ans, elle est la benjamine d'une fratrie composée de deux frères et deux sœurs, scolarisée en 2^{ème} année secondaire, issue d'une famille d'un niveau socio économique moyen, dont le père est un enseignant et la mère femme au foyer.

Au cours de l'entretien, Nassima s'est montrée très timide et calme, elle s'est mis d'accord pour l'entretien mais elle contrôle bien ses mots.

1.5.2. L'entretien clinique :

La patiente affirme :

Ma maladie s'est manifestée quand j'avais 12 ans, après avoir fait un bilan de santé les médecins m'ont affirmés que je ne souffrirai d'aucune autre maladie à part le diabète, son apparition est marquée par un ensemble de symptômes ; une fatigue générale et une perte de poids considérable, j'étais hospitalisé pendant 15 jours.

Nassima définit Le diabète comme une maladie de pancréas qui entraîne une augmentation anormale du sucre dans le sang.

« Lors des anniversaires et les fêtes familiaux, j'ai du mal à voir mes frères entrain de savourer de différentes tartes et gâteaux sucrés, ma mère me prépare toujours des gâteaux moins sucrés mais ça me gêne, je me sens différent par rapport à mes frères et inférieur devant tout le monde, j'essaie toujours de m'isoler du monde extérieur car les gens me regardent à travers, et même à la maison je reste toujours dans ma chambre, je m'énerve lorsque on me parle de ma maladie. »

1.5.3. Analyse de l'entretien :

Nassima vit avec cette maladie depuis l'âge de 12 ans, elle présente un amaigrissement remarquable, son état de santé n'est pas satisfaisant.

Nassima était marqué par sentiment et dévalorisation quand elle dit « ça me gêne, je me sens différent par rapport à mes frères et inférieur devant tout le monde ».

Nassima a des difficultés d'adaptation dans sa vie relationnelle ce qui engendre le comportement d'isolement quand elle dit « j'essais toujours de m'isoler du monde extérieur car les gens me regarde à travers, et même à la maison je reste toujours dans ma chambre ».

On remarque que le diabète est une source de stress pour Nassima lorsqu'elle avait dit « je m'énerve lorsque on me parle de ma maladie »

- Cas de Nassima : Résultat obtenue « 36 »

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois /Assez souvent / Très souvent.

Au cours du dernier mois

1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?			X		
2. ... vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?				X	
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					X
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?		X			
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie			X		
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?				X	
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?				X	
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?		X			
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?				X	
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X
	1	2	3	4	5

1.5.4 Présentation des résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson » :

Le stress perçu est de « 36 »

Les items : 03, 09, 11 et 14=04

Les items : 02, 04, 08 et 10= 03

Les items : 01, 05 et 06=02

Les items : 07 et 13=01

1.5.5. Analyse des résultats de l'échelle :

L'échelle de stress de Cohen et Williamson a confirmé l'état de stress chez Nassima qui égale à un score de « 36 », que le niveau de stress est très élevé dans les items 03 et 11 qui égale à un score de 04.

L'item 09 égale à un score de 04 ce qui signifie que Nassima n'est pas capable de maîtriser son environnement.

D'après l'analyse de l'échelle de stress on constate que Nassima est très stressé et comme on constate aussi à travers l'entretien semi directif qu'elle a des difficultés d'adaptation dans son environnement familiale.

1.6. Présentation et analyse du sixième cas : « OMAR »

1.6.1. Résumé anamnestique :

Omar et un jeune adolescent âgé de 16 ans, il est le puiné d'une famille composé de cinq garçons, d'un niveau scolaire de 1^{ère} année lycée, Issu d'une famille d'un niveau socio économique moyen, son père est un commerçant et sa mère est une femme au foyer.

Durant l'entretien, Omar était un peut timide, calme et triste, Mais il a répondu spontanément à nos questions.

1.6.2. L'entretien clinique :

« Je suis diabétique depuis l'âge de 8ans « je pense que ma maladie est héréditaire parce que mon grand père est mon oncle sont des diabétiques », il déclare aussi : « je ne souffre d'aucune maladie à part le diabète, Je me souviens des premiers symptômes, c'était une soif inhabituelle, je me sentais toujours très fatigué et j'ai perdu du poids. C'était l'idée de ma mère d'aller voir un médecin, qui m'annonça que je suis diabétique.... Depuis ce jour la ma vie a basculé ».

J'étais hospitalisé pendant 12 jours justes après la découverte de ma maladie.

Omar définit le diabète comme une maladie chronique dangereuse, « c'est le pancréas qui ne marche plus, donc chaque fois que je mange, je dois faire une pique pour pouvoir amener le sucre dans les cellules ». « Le diabète me rendait anormalesilence, je ne sais plus comment faire ».

Concernant le symptôme de stress, Omar déclare « j'ai des trouble de sommeil, comme j'ai des maux de tête et je me sens tout le temps presque fatiguer.

« Mes relations avec mes parents son bonne, mais ce qui me dérange ce sont mes conflits avec mes frères, je n'aime pas mes frères parce que je me sentais différent par rapport à eux ».« je ne fréquentait personne , même a l'école je préfère dans la plus part du temps de s'isoler ».

1.6.3. Analyse de l'entretien :

D'après les résultats de l'entretien et l'échelle de l'évaluation du stress perçu, on peut dire que Omar est très stressé à cause de sa maladie, d'ailleurs, il dit « Depuis ce jour là, ma vie à basculé ». « Le diabète me rendait anormalje ne sais plus comment faire ». Comme il souffre aussi de quelques symptômes de stress comme les maux de tête et la fatigue « je suis tout le temps fatigué ». Ce qui signifie qu'il souffre du stress engendré par les difficultés d'accepter sa maladie.

Le patient à des bonnes relations avec ses parents, mais ce n'est pas le cas avec ces frère « je n'aime pas mes frères car je me sentais différent par rapport a eux ».

- Cas de Omar : Résultat obtenue « 39 »

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois / Assez souvent / Très souvent.

Au cours du dernier mois

1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2. ... vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?			X		
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?				X	
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?		X			
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie	X				
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?			X		
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?		X			
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?		X			
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					X
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?	X				
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					X
	1	2	3	4	5

1.6.4. Présentation des résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson » :

Le stress perçu est de «39 »

Les items : 05, 09,11 ,13 et 14= 04

Les items : 01, 03,04 et 10=03

Les items : 02,06 et 07=02

L'item : 08=01

1.6.5. Analyse des résultats de l'échelle :

A partir des résultats de l'échelle d'évaluation de stress perçu de Cohen et Williamson qui égale à un score de « 39 » on peut dire que Omar souffre d'un stress élevé.

On constate que Omar est vraiment dérangé par sa maladie d'ailleurs on peut le confirmer dans l'item 1 qui égale à 3. comme on peut aussi le confirmer à l'entretien « après la l'annonce de la maladie ma vie est basculé ».

L'irritabilité est aussi une conséquence de stress, qui on peut la prouver dans l'item 11 qui égale à 4 et l'item 3 qui égale à un score de 3. L'item 9 qui égal à un score de 4 signifie que Omar ne maîtrise plus son environnement.

La concordance entre les données obtenues à l'entretien et celle de l'échelle d'évaluation de stress constate que Omar est très stressé, comme il trouve des difficultés d'adaptation dans son entourage familial surtout avec ses frères.

1-7 Présentation et analyse du septième cas : « Souad »

1.7.1. Résumé anamnestique :

Souad est une adolescente de 17 ans, elle est la puinée d'une fratrie de six frères et sœurs, scolarisée en 4^{ème} année moyen, le niveau socio économique de sa famille est moyen, son père est enseignant, sa mère est comptable.

Au cours de l'entretien Souad est montrée calme et stable, le contact avec elle a été marqué par un climat de confiance.

1.7.2. L'entretien clinique :

La patiente annonce :

« Je suis diabétique depuis trois mois. Fatigue, soif et vertige sont les symptômes qui se sont manifestés au début, je n'ai jamais été à l'hôpital. »

« Après l'annonce de cette maladie ma vie a changé complètement, je suis devenue une autre personne.

« Cette maladie me dérangeTrois injections par jours Un régime alimentaire C'est trop..... Ceci est un fardeau très lourd à porter. »

« Je n'avais pas d'informations suffisantes sur cette maladie, je sais seulement que c'est une maladie chronique qui nécessite un traitement à vie. »

« J'ai des bonnes relations avec mon père et mes frères, mais avec ma mère ce n'est pas le cas, elle me surveille tout le temps « il faut que tu prends ton traitementMange ça, ne mange pas ça ... » elle me dérange a longueur de journée, et ça me rend nerveuse.

1.7.3. Analyse de l'entretien :

Souad est diabétique depuis 3 mois, pour elle le diabète a beaucoup changé sa vision envers elle-même « après l'annonce de cette maladie ma vie a changé complètement, je suis devenue une autre personne ». Comme elle n'a pas encore accepté l'idée de vivre avec cette maladie se qui prouve qu'elle est stressée « Cette maladie me dérangeTrois injections par jours Un régime alimentaire C'est trop..... Ceci est un fardeau très lourd à porter ».

La relation familiale est marqué par un déséquilibre comme elle l'annonce « J'ai des bonnes relations avec mon père et mes frères, mais avec ma mère ce n'est pas le cas, elle me surveille tout le temps « il faut que tu prends ton traitementMange ça, ne mange pas ça ... » elle me dérange a longueur de journée, et ça me rend nerveuse. »

Donc en peu dire que Souad trouve des difficultés d'adaptation dans son environnement familiale.

- Cas de Souad : Résultat obtenue «38 »

Echelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés : Jamais /Rarement/Parfois /Assez souvent / Très souvent.

Au cours du dernier mois

1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?				X	
2. ... vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					X
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?				X	
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?			X		
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie			X		
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?		X			
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?			X		
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?			X		
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	X				
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	X				
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?				X	
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?		X			
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

1.7.4 Présentation des résultats de l'échelle du « stress perçu de Cohen et Williamson » :

Le stress perçu est « 38 »

Les items : 02, 09 et 10= 04

Les items : 01, 03, 06, 11, 13 et 14=03

Les items : 04, 05, 07 et 08=02

1.7.5. Analyse des résultats de l'échelle :

A travers les résultats des l'échelle de stress qui égale a un score de « 36 » on peu dire que Souad souffre d'un niveau de stress élevé.

On peut démontrer dans les résultats obtenus dans Les items 9 et 10 qui son égales à 04 que Souad ne peut ni maitriser son environnement ni dominer la situation.

D'après tout les résultats en peut dire que Souad à un niveau de stress très élevé, il est égale à «38 » dans l'échelle de stress de Cohen et Williamson, un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d' hyper stress. Comme en à remarquer que Souad a de mauvaises relations avec son environnement familiale.

2 .Récapitulatif des caractéristiques de la population :

cas	Les résultats de l'échelle du stress	Le niveau de stress
Fatiha	42	Très élevé
Salma	40	Très élevé
Samir	43	Très élevé
Farid	24	Peu de stress
Nassima	36	Très élevé
Omar	39	Très élevé
Souad	38	Très élevé

Selon le tableau si dessus en remarque que la majorité des adolescents diabétiques sur lesquels on a effectué notre étude (6 cas parmi 7) souffrent de stress élevé. « En référence aux classes déduites dans l'échelle de stress, un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress ».

Sauf le cas de Farid (1 cas 7) qui a eu une note de 24 c'est qu'il signifié qu'il est un peu stressé.

3- discussion et vérification des hypothèses :

La discussion de la première hypothèse :

➤ **« Le stress chez les adolescents diabétique est élevé ».**

A travers les entretiens cliniques qu'on a effectués avec les adolescents diabétiques de l'association des diabétiques qui se trouve à Tazmalt « espoirs des malades ». Et en s'appuyant sur les résultats de l'échelle de stress de Cohen et Williamson « 1988 », on constate que la majorité des adolescents de la population d'étude (6 /7) souffre de stress d'un niveau élevé. D'ailleurs la moyenne générale de tous les résultats de la population étudiée dans l'échelle d'évaluation de stress est de 37,50. Et dans l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress donc on peut dire que le niveau de stress chez ces adolescents est élevé.

Durant l'entretien nous avons remarqué que plusieurs facteurs favorisent l'apparition du stress chez les adolescents diabétiques :

- le diagnostic de diabète à l'âge de l'adolescence constitue bien souvent un choc, stress qui peut bouleverser ou ébranler la vie de la personne.
- découvrir qu'il va falloir vivre toute sa vie avec une maladie chronique
- ne pas accepter et nier sa maladie.

On peut confirmer ça par quelques exemples de l'entretien :

Nassima : « après l'annonce de cette maladie ma vie a changé complètement, je suis de suite devenue une autre personne Cette maladie me dérange Trois injections par jour..... Un régime alimentaire C'est trop C'est un fardeau très lourd à porter ».

Salma : « c'est une maladie énervante »

Samir : « je me demande pourquoi cette maladie m'a choisie ! »

D'après ses résultats, on conclut que les adolescents diabétiques souffrent d'un niveau de stress élevé, donc la première hypothèse est confirmée.

La discussion de la deuxième hypothèse :**➤ « l'adolescent diabétique trouve des difficultés d'adaptation dans son Environnement familial ».**

D'après l'entretien clinique on constate que la majorité des adolescents de notre population d'étude trouvent des difficultés d'adaptation dans leur milieu familial, on peut confirmer ça par leur déclaration à l'entretien :

-cas de Salma : « je n'ai jamais senti la tendresse de ma mère, elle s'enfiche totalement de moije ne supporte pas voir mes frères entrain de jouer et déguster des friandises alors que moi non plus... ».

-le cas de Samir : « je ne passe pas des bons moments avec mes parents, mon père est alcoolique, il a toujours été absent, ma mère est malade, mes relations avec mes frères et sœurs et plus au moins gênante car ils ne jouent pas avec moi par crainte d'aggraver ma maladie » .

-le cas de Nassima « j'ai du mal à voir mes frères entrain de savourer des différentes tartes et gâteaux sucrés je me sens différent par rapport à mes frères et inférieur devant tout le monde ».

-cas de Omar : « je n'aime mes frères parce que je me sentais différent par rapport à eux ».

-le cas de Souad : « ma mère me surveille tout le temps ...il faut que tu prends ton traitementMange ça, ne mange pas ça Elle me dérange à longueur de journée, et ça me rend nerveuse ».

Ces adolescents présentent des difficultés d'adaptation et des mauvaises relations au sein de leurs familles est cela à cause de l'influence de la maladie sur leurs états de santé mental, le besoin d'être normal et le désir d'être comme les autres.

Donc notre deuxième hypothèse est confirmée.

Conclusion :

A travers notre étude on a démontré que La gestion de diabète nécessite un degré de responsabilité et de control comportemental qui n'est pas typique chez des nombreux adolescents, les exigences quotidiennes de la maladie ont des conséquences sur la vie personnelle et sociale de ces adolescents. Le diabète touche d'importants les stades de développement, y compris l'indépendance, l'image corporelle, l'identité, la responsabilisation et l'estime de soi.

L'adolescent diabétique doit intégrer sa maladie dans sa vie quotidienne, les glycémies doivent être contrôlée plusieurs fois par jour, les injections doivent être faites à des périodes précises de la journée, l'adolescent doit être attentive aux signes précurseurs d'une hyper ou hypoglycémie, un régime alimentaire doit être respecté. Toutes les contraintes liées au diabète vont influencer la vie de l'adolescent et de son entourage.

Le diabète demande une adaptation quotidienne à la maladie pour évaluer et se développer comme tous les autres, l'adolescent doit apprendre à vivre avec. Pour être en harmonie avec sa maladie, il doit laisser de la place à l'expression de son émotion.

Enfin on dit que le stress fait partie de la vie, il apparait donc que les adolescents diabétiques soient bien informés sur les effets et les conséquences potentiels du stress et des émotions sur le contrôle de leur diabète et leur qualité de vie. Cette connaissance pourra les motiver a mieux identifier les sources de stress dans leur vie ainsi que les moyen qu'ils peuvent utiliser pour faire face.

Les difficultés de la recherche :

- L'insuffisance de documentations notamment les ouvrages concernant le stress chez les adolescents.
- le refus d'accéder à certains hôpitaux.
- difficulté de s'entretenir avec certains adolescents.
- l'insuffisance de temps.
- l'absence de la validité des tests pour la population algérienne.

Bibiliographie

La liste bibliographique :

Ouvrage :

- 1-Alin, P., Marcelli, D. (2005). **Médecine de l'adolescent**. (2^{eme} édition). Paris : Masson.
- 2-Bénony.H et Chahraoui.K.(1999) . **L'entretien clinique**. Paris :Dunod
- 3- Bloom, A. (2000). **Atlas en couleurs du diabète**. Paris : Maloin.
- 4-Boudiba.A.(2009). **Le diabète et le patient**, groupe saidel. Alger.
- 5-Braconnier.A. et Marcelli.D.(1998). **L'adolescence aux mille visages** .Paris : odil jacob.
- 6-Carnegie.Dale.(1993).**Comment dominer le stress et les soucis**. France : Hachette pratique.
- 7-Chahraoui, K., Bénony.H , (2003). **Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique**. Paris : bunod.
- 8-Charlotte.M et Adeline.V.D.(2005).**Indispensable de la psychologie**. France : Studyrama.
- 9-Choque.S, choque.J.(2007). **Soignant : stress, apprendre à le gérer**, France, edition lamarre.
- 10-Delaunois.M .(2001). **Classification des méthodes d'évaluations du stress en entreprise**.Lovain.
- 11-Dunont.M ,plancherel.B,(2001) **stress et adaptation chez l'enfant**, édition presses de l'universite de Quèbec.
- 12-Grawitz,M.(2001).**Méthodes des science sociales**. Paris :Ed dollez.
- 13-Graziani.P.Swendsen.J.(2005), **stress, émotion et stratèges d'adaptation**. Arnond colin.
- 14-Grimaldi, A et al. (2009). **Guide de pratique du diabète**. (4^{eme} édition). Paris : Masson.

- 15-Hennen.G. (2002).**Endocrinologie**, Bruxelles : Boeck Université.
- 16-Khalifa.S.(2001). **Le diabète**, Alger : office des publications universitaires
- 17-Khiati.M.(1993).**Le diabète sucré chez l'enfant**, office des publication.
- 18-Lapidus.N. Ayadi.S. et Bajer.B.(2008), **Endocrinologie, diabétologie, nutrition**, milon :s-edition
- 19-Lavalle.R.(2004).**Les maladie chronique en Estrie** :diabète, Québec.
- 20-Lentini. Patricia. (2009).**Comprenez et gérez votre stress**_.Barcelona : Amphora.
- 21-Levy-Marchal, C. (2008). **Le diabète de l'enfant et de l'adolescent** .paris.
- 22-Loo.P.et Loo.H.(2003). **Le stress permanaient**. 3^{eme} édition. Paris : Masson.
- 23-Marilou.D.S.et Bruno.Q.(2001). **Personnalité et malades, stress, coping, et ajustement**. Paris :Dunod.
- 24-Schweitzer.M.B.(2002). **Psychologie de la santé : Modèle, concept et méthode**.Paris :Dunod.
- 25-Zablocki.B.(2009) .**Du stress au bien être et à la performance**, Belgique edition pro.

Dictionnaires

- 1- Henriette,B.(2000) .**Grand dictionnaire de la psychologie** .Paris :larouse.
- 2- Sillamy, N. (2004). **Dictionnaire de la psychologie**. Larousse, VUEF.
- 3-Quevauvilliers,J. (2009).**Dictionnaire médicale**. (6^{eme} édition).Elsevier : Masson.

Site électronique

Http //WWW. Inserm. Fn/thématique/circulation métabolique-nutrition(DID).

ANNEXES

Le guide d'entretien :

Axe n° 1 : Renseignement personnel

1. Age
2. sexe
3. nombre de frères et sœurs
4. niveau d'instruction

Axe n° 2 : Renseignement sur l'état de santé de patient :

1. Depuis quand étiez-vous diabétique ?
2. Est-ce qu'il y a quelqu'un de votre famille qui est atteint de cette maladie?
3. Souffrez-vous d'autres maladies ? si oui, les quelles ?
4. Quelles sont les symptômes qui se sont manifestés au début ?
5. Est-ce que vous êtes déjà hospitalisé ?
6. Comment a été votre réaction à la découverte de votre maladie ?
7. Qu'est-ce que le diabète selon vous ?

Axe n°3 : Renseignement sur l'état de stress :

1. Pouvez-vous me parler de craintes face à cette maladie ?
2. Vous sentez-vous à l'aise dans vos relations avec les autres adolescents de votre âge ?
3. Avez-vous des troubles de sommeil ?
4. Avez-vous des maux de tête ?
5. Est-ce que vous sentez fatiguer souvent ?

Axe n°4 : L'apport de l'environnement :

1. Sentez-vous des différences entre vous et vos frères ?
2. Est-ce que votre maladie influence vos études ?
3. Pouvez-vous me parler de vos relations avec vos proches ?

Échelle de stress perçu (Cohen et Williamson, 1988)

Consigne : je vais vous poser 14 questions qui concernent vos sensations et vos pensées pendant le mois qui vient de s'écouler. Vous essayez de répondre rapidement en indiquant la fréquence de ces sensations et pensées parmi les cinq choix proposés: Jamais/Rarement/Parfois/Assez souvent/Très souvent.

Au cour du dernier mois

1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?					
2. ... vous a-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					
5. ... avez-vous senti que vous faisiez face efficacement aux changements importants qui survenaient dans votre vie					
6. ... vous êtes vous senti confiant dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?					
7. ... avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?					
8. ... avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire?					
9. ... avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?					
10. ... avez-vous senti que vous dominiez la situation ?					
11. ... vous êtes-vous senti irrité parce que les événements échappaient à votre contrôle ?					
12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?					
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?					
	1	2	3	4	5

Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 sont notés en sens inverse. Le score de stress a été calculé sur 13 items (sans la question 12) pour correspondre à la validation française du test qui a été effectuée par le Laboratoire de psychologie de la santé, université Bordeaux 2 (2003).