

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du Diplôme de Master
En psychologie clinique

Thème

**Le stress chez les personnes diabétiques
de type 2**

**Etude de six (06) cas réalisée à la
clinique beau séjour de Bejaia**

Réalisé par :

M^{elle} : Teghanemt Sarah

Encadré par :

M^{me} Mehenni. Zahoua

Année universitaire : 2014/2015

Remerciement

Je tiens à remercier, tous ceux qui ont contribué de près comme de loin à la réalisation de ce modeste travail. A commencer par ma promotrice « M^{me} MEHENNI ZAHOUA » pour ses remarques et directives, sa conception et sa défense de recherche scientifique ont largement contribué à guider ma stratégie de recherche. En outre, sa rigueur et ses connaissances méthodologiques m'ont apportées bien plus qu'un simple savoir, ainsi qu'au chef de service diabétologie de la clinique beau séjour et au « Dr TEGHANEMT ZAHIA » sans oublier le personnel.

Je remercie bien entendu les membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer ce modeste travail.

Je présente également, ma gratitude à tous mes amis, et membres de ma famille qui m'ont soutenus durant l'accomplissement de mon travail,

A vous tous MERCI

Dédicaces

Je souhaiterais dédier ce précieux travail aux deux êtres les plus respectueux qui comptent le plus à mes yeux : mes parents.

A ma mère NADIA, première école de ma vie qui m'a enseignée la bonté, l'honnêteté et les valeurs ; source de tendresse, exemple de lutte qui à toujours donner de sa personne pour ma stabilité et mon bonheur.

A mon père MOURAD, source de sagesse, de passion et de patience qui ma soutenu tout au long de ma vie d'un soutien moral et matériel qu'il ma offert tout au long de mes études.

A mon unique et adorable sœur IMENE, qui a toujours été là, pour m'aider, m'encourager et me reconforter.

A mes chères tantes et mes chers oncles, ainsi qu'à mes adorables cousines et cousins sans oublier mon petit ange NELIA.

A mes deux meilleurs amis que j'adore HAKIMA et SALAH, ainsi qu'a SARA pour sa contribution et son encouragement qui m'ont été d'un grand soutien tout au long de l'année.

Je dédie ce travail aussi à ma promotrice M^{me} MEHENNI. ZAHOUA qui ma guidés vers la concrétisation de ce travail.

A tous ceux qui m'ont aidé, conseillé, et à tous ceux que j'aime et que je porte dans mon cœur.

TEGHANEMT SARAH

Sommaire

- Remerciement
- Dédicace
- Sommaire
- Liste des tableaux
- Liste des annexes

Introduction

Cadre méthodologique

- problématique.....4
- Les hypothèses de la recherche.....7
- Définition et opérationnalisation des concepts clés.....8
- Les raisons du choix du thème.....10
- L'intérêt du thème de la recherche10
- Les objectifs de la recherche11
- Les difficultés rencontrées.....11

Partie théorique

Chapitre I : Le diabète aspect médical et Aspect psychologique

I- Le diabète : Aspect médical

- Préambule
- I- 1**-Définition du diabète.....14
- I-2**-Historique du diabète..... 15
- I-3**-La classification des états diabétiques.....16

-I-4-Les types de diabète.....	16
-I-5-Les complication du diabète.....	18
-I-6-Le diagnostic du diabète	20
-I-7-Le traitement du diabète	22

II- Le Diabète : Aspect psychologique

-Préambule

-II-1-L'état psychologique du patient atteint du diabète	25
-II-2- L'apparition de la maladie et les étapes d'acceptation.....	25
-II-3- Les troubles psychologique liés au diabète la vie sexuelle d'un diabétique.....	26
-II-4-La vie sexuelle d'un diabétique.....	27
-II-5- L'éducation thérapeutique des patients diabétiques.....	27
-II-6- La prise en charge psychologique des patients diabétiques.....	28
- Synthèse	30

Chapitre II : le stress et le diabète

-Préambule

II-1-Définition de stress.....	32
II-2-Aperçus historique sur le stress.....	33
II-3-Les types de stress.....	35
II-4-Les causes du stress chez une personne diabétique.....	38
II-5-Les différentes méthodes de gestion du stress chez un diabétique.....	38
II-6-Les événements de vie stressants d'un diabétique.....	39
II-7-Les thérapies du stress.....	40
-Synthèse.....	44

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

-Préambule

I - La pré-enquête.....	47
II - La méthode de recherche.....	48
III – Le lieu de la recherche	48
IV-Les limites de la recherche.....	49
V – La population d’étude et les caractéristiques de choix.....	49
VI – Les outils d’investigations	50
-Synthèse.....	55

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Préambule	
- I-Présentation et analyse des résultats de l’entretien et de l’échelle Charly Cungi.....	57
- II-Discussion des hypothèses.....	76
- Synthèse	80

Conclusion.....83

Liste bibliographique

Annexe

Liste des tableaux :

Numéro du tableau	Titre du tableau	Numéro de pages
Tableau n°1	Tableau récapitulatif des caractéristiques de la population de recherche .	50
Tableau n°2	Tableau qui représente le dépouillement de l'échelle de l'évaluation du stress.	52
Tableau n°3	Tableau qui représente le dépouillement de l'échelle de l'évaluation des stressseurs.	52
Tableau n°4	Présentation des résultats des échelles du ca clinique n°1.	58
Tableau n°5	Présentation des résultats des échelles du ca clinique n°2.	62
Tableau n°6	Présentation des résultats des échelles du ca clinique n°3.	64
Tableau n°7	Présentation des résultats des échelles du ca clinique n°4.	67
Tableau n°8	Présentation des résultats des échelles du ca clinique n°5.	70
Tableau n°9	Présentation des résultats des échelles du ca clinique n°6.	74
Tableau n°10	Tableau récapitulatif des niveaux de stress obtenus chez les cas étudié.	76
Tableau n°11	Tableau récapitulatif des niveaux des stressseurs obtenus chez les cas étudié.	78

Liste des annexes :

Numéro de l'annexe	Titre de l'annexe
Annexe n°1	L'échelle brève d'évaluation des stressseurs et du stress de Charly Cungi
Annexe n°2	Guide d'entretien

Introduction

Introduction

La vie est un processus biologique confronté à des interactions avec un milieu social et environnemental dont la santé et la maladie y sont une partie intégrale. Ces deux entités définies comme antagonistes reflètent l'effet négatif ou positif d'un système à un niveau quelconque (moléculaire, corporel, mental, émotionnel...) de l'état physiologique ou même psychologique qui sont considérés comme partie intégrante de l'homéostasie de l'être humain.

Ce dernier se trouve constamment confronté à des problèmes et dangers qui peuvent toucher à son intégrité physique et psychique, à son bien-être et sa santé quotidienne, la maladie prend donc, nécessairement sens dans l'histoire du patient qui l'affecte à court ou à long terme comme est le cas des maladies appelées chroniques : cancer, arrêt cardiaque, maladie vasculaire, cardiopathie, diabète de type 1 et 2.

À l'annonce du diabète de type 2 le patient se retrouve avec un traitement et une nouvelle hygiène de vie imposée, qui le confronte des différentes difficultés psychologiques dont l'une est le stress.

Considéré comme un phénomène extrêmement complexe. Le stress constitue un principal problème en matière de santé mentale. Il est donc presque présent dans de nombreuses pathologies soit comme un facteur déclenchant ou aggravant.

Notre étude qui porte l'intitulé suivant « le stress chez les personnes atteintes du diabète, type 2 » nous mène vers le lien qui existe entre les personnes atteintes d'un diabète de type 2 et le stress auprès d'une population de recherche de 06 personnes adultes rencontrées à la clinique « beau séjour » durant leur contrôle trimestriel ou nous avons pu chercher réponse à nos questions.

Nous optons alors pour une approche basée sur cognitivo-comportementale qui nous permet de cerner l'aspect symptomatique du stress engendré par le diabète de type 2. Ce qui explique notre méthode et nos outils de recherche utilisés qui sont : l'entretien semi-directif et l'échelle brève des stressés et du stress de Charly Cungi.

Pour une meilleure étude des idées que nous avons abordées précédemment nous avons suivi le plan de travail suivant

Partie théorique :

Divisée en deux chapitres ; chapitre I :intitulé le diabète :aspect médical et psychologique, il est réserver à la présentation de la définition du diabète, son historique, la classification, les types les complication le diagnostic ,le traitement plus les thème réservés à l'aspect psychologique du patient atteint du diabète de type 2 qui correspond : l'état psychologique ,l'apparition de la maladie ,aux troubles psychologique a leur vie sexuelle ainsi qu'a la prise en charge .

Chapitre II, qui sera réservé à la deuxième variable qui est le stress qui comprend les concepts ayant un rapport avec cette variable à savoir les définitions, les facteurs, les symptômes et les conséquences du stress.

Partie pratique : comprend deux chapitres

Le premier est le chapitre III, dans lequel nous avons présenté notre pré enquête, la méthode utilisé dans notre recherche, les lieux de recherche ou nous avons effectuer notre stage pratique (clinique beau séjour), les critères de notre population de recherche et les caractéristique du choix de cette dernier et enfin les techniques utilisés telle que l'entretien clinique semi directif et l'échelle spécifique destiné à mesurer le degré des stressseurs et du stress chez les personnes diabétique de type 2

Le second est le chapitre IV, il comprend la présentation et analyse les entretiens clinique ainsi que ceux de l'échelle brève des stressseurs et du stress de Charly Cungi effectuer sur notre population de recherche cas par cas ce qui nous a permis de vérifier nos hypothèses.

Enfin nous avons achevé notre étude par une conclusion englobant tous les objectifs tracés tout au long de notre recherche suivit d'une liste bibliographique et des annexes.

Cadre méthodologique de la recherche

-Problématique

-Les hypothèses de la recherche

-Définition et opérationnalisations des concepts clés

-Les raisons du choix du thème

-Les objectifs de la recherche

-L'intérêt du thème de la recherche

-Les difficultés rencontrées

Problématique

L'être humain peut être comparé dans sa configuration générale à une machine soumise, à une vie qui nécessite soin, attention et réparation. La comparaison s'arrête uniquement à la mécanique car elle ne possède pas d'âme qui implique l'angoisse, la peur ainsi que le stress. La vie de l'homme est complexe et elle induit à travers la rencontre d'obstacles une souffrance physique et perturbation mentale.

Des obstacles parfois discrets qui évoluent lentement sous forme de maladie dite chronique responsable de 63% des décès selon les rapports de l'OMS : cardiopathie, arrêt cardiaque vasculaire (AVC), cancer, infection respiratoire chronique et diabète. Survivre à ce type de maladie n'est pas impossible et même très fréquent mais pas sans changement, en fait un nouveau mode de vie qui s'installe, régi par des traitements et contrôles médicaux qui deviennent indispensables.

Le diabète est cette maladie chronique qui est caractérisée par un excès de sucre dans le sang (hyperglycémie) cette maladie chronique survient lorsque l'organisme n'utilise pas efficacement l'insuline ou ne la produit pas assez au niveau du pancréas, comme nous le définit et présente la science médicale. (Guide médecin, HAS, juillet 2007, P.17)

Le diabète se manifeste généralement sous différents types, on distingue un premier de type 1 caractérisé par un total déficit de sécrétion d'insuline et puis un second de type 2 plus fréquent ou il représente 90% des diabètes rencontrés dans le monde, ce dernier est aussi caractérisé par sa présence silencieuse dans le corps pendant plusieurs années, il peut donc être diagnostiqué longtemps après, il n'est plus donc question de symptômes mais de complication (Guide médecin, HAS, juillet 2007, P.25)

Ces complications subies par le corps humain poussent la personne atteinte d'une maladie chronique à avoir des réactions d'alarme ou l'organisme prépare une réaction de défense après ces attaques brutales dans le but de résister c'est pour cela que l'organisme s'habitue à l'agression et augmente les moyens de défense adaptés ce qui finit par épuiser les moyens de défense. Ces trois phases deviennent un processus adaptatif du stress expliqué dans des cas de maladie vasculaire tel que l'hypertension. (Journal des Maladies Vasculaires, Vol 28, N° 1, février 2003 p. 4-8)

Le stress est donc inévitable dans une situation non choisie et indésirable bouleversée par des changements tant sur le plan physique que psychique à laquelle le malade chronique

doit s'adapté ce qui nous ramène à la définition premier du stress qui est un terme utiliser généralement pour désigner une action violente exercé sur un organisme par le billet de stressseurs. (Norbert Sillamy, 1983, p.50)

De nombreux facteurs de stress tel que la frustration, grand choc émotionnel ne sont pas les seul facteurs de stress ; les stress de la vie professionnel (deuil, maladie, divorce...) ou situationnels (difficultés quotidiennes) sont souvent les principaux déclenchant de différentes manifestations à différentes nature aux effets immédiat et parfois même à long terme ce qui introduit l'idée de disposition individuelle propice au développement des maladies.

(Annick .W, Dominique. C, 2008, p.68)

Des études effectuer autours du stress depuis plusieurs années démontrent qu'il peut éventuellement être la cause de maladie très diverse notamment organique qui est à l'origine de différentes formes d'infection, notamment le diabète qui serrait en plus de l'hypertension une maladie chronique liée au stress (Thurin. JM, pauman. N, 2003, p.65)

Le stress provoque en effet une libération de certaines hormones qui occasionnent une hausse de la glycémie, toutefois le stress ne fait pas partie des principaux facteurs de risque du diabète de type 2 car celui-ci comporte une prédisposition génétique qui empêche le contrôle du phénomène hormonal cité précédemment, cependant des études ont démontré que le stress peut contribuer au développement de la maladie à long terme. (Gerard Pacaud, 2001, p.105)

Il est vrai que le patient, atteint du diabète de type 2 se retrouve face à un chamboulement de son mode de vie de manière inattendu, cette situation le met face à différents éléments stressant tel que le sentiment de perte de contrôle ou le patient n'a plus le pouvoir de changer une situation, l'imprévisibilité quand il ne sait pas à quoi s'attendre , la nouveauté de la situation qui change et celui de l'égo menace, lorsqu'il voit ses capacité remise en doute par son incapacité à être celui d'avant notamment quand il s'agit d'adopté un nouveau comportement alimentaire et médicament quotidien par des repas faible en glucide et matière grasse sans oublier le calcule constant de ce dernier a l'aide d'un glucomètre un objectif vécu comme un défi par les diabétique de type 2 ou les recherche montre que seulement 50% de ces personnes observent ce plan alimentaire.(Marc popelier,2006,p.75)

Le traitement du diabète de type 2 nécessite une nouvelle adaptation à la vie de tout les jours, une nouvelle exigence dirigée vers l'organisme qui est comme « toute exigence dirigée

ver l'organisme peut être une cause de stress ». (K.Huffman, Introduction à la psychologie, Deboeck, 2007, p.28)

A la lumière de ce qui précède nous t'entrons de répondre aux questions suivante qui ont été élaboré à partir de lecture et de travaux antérieurs sur notre thème de recherche,

-Est-ce que les personnes atteintes du diabète de type 2 présentent un état de stress ? Si c'est oui, quel est son niveau ?

-quel sont les facteurs qui provoquent l'état de stress chez les diabétiques de type 2 ?

Les hypothèses de la recherche

Afin de répondre aux questions posées précédemment nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Les personnes atteintes d'un diabète de type 2 présentent un état de stress.
- L'état de stress se manifeste à des degrés divers chez les diabétiques de types 2.
- L'état de stress chez les diabétiques de type 2 est liée au facteur d'informations concernant le traitement médical et le régime alimentaire qu'ils doivent suivre.
- Le regard des autres n'est pas un facteur responsable de présence du stress chez les diabétiques de type 2.

Définition et opérationnalisation des concepts clés :

Avant de commencer notre thème, nous devons définir les concepts utilisés dans notre recherche qui vont nous guider dans notre démarche théorique et pratique. Sans entrer dans les détails, on va présenter plusieurs définitions qui sont plus proches de notre thème de recherche et qui traitent les hypothèses que nous avons déjà formulées. Et par la suite nous allons essayer d'opérationnaliser ces concepts afin de les rendre plus concrets et palpables selon notre terrain de recherche.

Définition du diabète :

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Il en résulte une concentration accrue de glucose dans le sang (hyperglycémie).

Le diabète de type 1 (connu auparavant sous le nom de diabète insulino-dépendant ou diabète juvénile) se caractérise par une production d'insuline insuffisante.

Le diabète de type 2 (appelé jadis diabète non insulino-dépendant ou diabète adulte) résulte de l'utilisation inadéquate de l'insuline par l'organisme. Il est souvent la conséquence d'un excès pondéral et de l'inactivité physique.

Le diabète gestationnel est l'hyperglycémie qui est détectée pendant la grossesse. (Khalifa, S., 2001, p.102)

Affection chronique caractérisée par une glycosurie (présence de sucre dans les urines) provenant d'une hyperglycémie (excès de sucre dans le sang).

Une augmentation de la glycémie (taux de glucose dans le sang) est normalement régulée par l'insuline, une hormone sécrétée par le pancréas, contrôlant la capture du glucose sanguin par les cellules. Les diabètes sucrés sont dus à une insuffisance de la sécrétion d'insuline ou à une diminution de ses effets sur les tissus. Un diabète sucré est défini par une glycémie matinale, à jeun, supérieure à 1,26 gramme par litre (7 milli moles par litre), ou par une glycémie supérieure à 2 grammes par litre (11,1 milli moles par litre) au cours de la journée. (Dictionnaire Larousse Médical, 1995, p.115)

Définition opérationnelle du diabète :

-La personne diabétique est une personne qui se caractérise par un taux de sucre anormal dans le sang (hyperglycémie).

-C'est une personne qui suit un traitement à vie pour contrôler sa glycémie.

Définition de stress :

Selon le dictionnaire de psychologie de Norber Sillamy : « Le stress désigne l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques ». (Sillamy.N, 2003, P.256).

Le stress peut être considéré comme une réponse psychologique et somatique complexe à des stimuli différents (biologiques, émotifs, sociaux ou environnementaux) d'origine interne ou externe à l'organisme. (Trombini.G et al, 2005, P.131)

Définition opérationnelle de stress :

-Un manque de spontanéité et de joie

-Une intolérance à l'égard d'autres personnes et l'irritabilité, surtout pendant les discussions

- Les crises de colère

-La difficulté de rester en place

-L'obsession de certaines pensées, surtout des pensées négatives

-Les cauchemars chroniques et la répétition des rêves

-Le manque répété de souffle et les palpitations fréquentes

-Les changements des habitudes de sommeil, tel que les réveils répétés pendant la nuit ou tôt le matin

-Le changement dans l'appétit, la perte de poids ou la prise considérable de poids

Il est à noter que tous ces signes ne sont pas tous présents chez le même cas mais, c'est l'ensemble des signes repérés chez tous les cas.

La raison du choix du thème :

Notre thème de recherche porte sur le stress chez les diabétiques, ce choix découle du fait que le diabète demeure une atteinte chronique fréquente, considéré comme un problème de santé public qui touche l'être humain sans distinction de tranche d'âge, de niveau intellectuel et de situation sociale économique sur les deux dimensions suivantes : psychosomatique d'une part et somatopsychique d'une autre part.

Plusieurs études locales ont traité cette maladie chronique telles que : la qualité de vie chez les diabétiques, l'estime de soi chez les personnes diabétiques, les enfants des diabétiques...Etc.

Mais d'après nos lectures, on a constaté un manque réel d'études sur le phénomène du stress chez les personnes atteintes d'un diabète de type 2, sachant que ce dernier représente le type le plus fréquent à cause de son caractère discret. C'est ce qui nous a poussé à aborder cette thématique en vue d'apporter de nouvelles idées et de nouvelles connaissances concernant cette maladie chronique, sans oublier la disponibilité des cas grâce auxquels nous pouvons appliquer notre recherche et l'infirmer ou confirmer nos hypothèses.

L'intérêt du choix du thème de la recherche :

Tous les spécialistes et les malades s'accordent à dire que le diabète est un véritable problème de santé publique dans la mesure où elle associe la croissance de part le nombre de personnes atteintes et ses répercussions sur les difficultés rencontrées dans la vie.

En tout état de cause le stress devient aujourd'hui un critère fondamental à étudier, à prendre en compte et à évaluer dans les diverses recherches menées indirectement auprès des populations (étude de l'impact de divers environnements, situations, mesure de l'efficacité du système de soin)

Ainsi notre thème de recherche porte sur le stress chez les personnes diabétiques de type 2, un problème d'actualité qui demeure un souci dans le domaine de la santé de manière générale et dans le domaine de la psychologie en particulier.

Les objectifs de la recherche :

Notre recherche vise les objectifs suivants :

- L'objectif principal de ce travail est d'approfondir notre analyse sur le syndrome de stress chez les personnes diabétique au niveau de la clinique beau séjour de Bejaia.
- Evaluer et mesuré l'intensité et le niveau du stress chez les personnes diabétiques de type 2.
- Décrire les souffrances physiques, psychiques et sociales des patients diabétiques de type 2.
- Décrire les facteurs qui favorisent l'apparition du syndrome de stress chez la personne diabétique de type 2.

Les difficultés rencontrées :

Dans l'élaboration de notre projet de recherche sur le stress chez les personnes diabétique ont a été confronté d'une part et d'autre part a plusieurs difficultés.

D'abord sur le plan théorique, la plus grande contrainte qui a été constaté est nul doute au niveau de la documentation, le manque local sur le diabète en générale, et sur le stress chez les personnes diabétique en particulier a été un frein pour l'avancé de notre recherche.

A cela, s'ajoute plusieurs complications au niveau de la pratique, car lors de notre stage au sein de la clinique beau séjour ; on a constaté une ignorance total de la part des malades concernant leur types de diabète ce qui nous à poussé à demander au personnels médical de nous orienté les diabétique de type 2. Ce qui d'ailleurs nous a été d'une grande aide, pour l'application de notre travail de recherche et d'aboutir à nos résultats, hormis notre manque d'encadrement psychologique suite à l'absence d'un psychologue clinicien au sein de la clinique.

Partie théorique

Chapitre I : Le diabète aspect médical et Aspect psychologique

I- Le diabète : Aspect médical

- Préambule
- I-1**-Définition du diabète
- I-2**-Historique du diabète
- I-3**-La classification des états diabétiques
- I-4**-Les types de diabète
- I-5**-Les complication du diabète
- I-6**-Le diagnostic du diabète
- I-7**-Le traitement du diabète

II- Le Diabète : Aspect psychologique

- Préambule
- II-1**-L'état psychologique du patient atteint du diabète
- II-2**- L'apparition de la maladie et les étapes d'acceptation
- II-3**- Les troubles psychologique liés au diabète la vie sexuelle d'un diabétique
- II-4**-La vie sexuelle d'un diabétique
- II-5**- L'éducation thérapeutique des patients diabétiques
- II-6**- La prise en charge psychologique des patients diabétiques
- Synthèse -

Préambule

Le diabète est une maladie incurable en expansion généralement connue par une élévation chronique anormale du taux de sucre dans le sang, son aspect médical reste néanmoins peu connu de la majorité des patients.

C'est cet aspect que nous allons brièvement présenter dans ce chapitre sous forme de titre : la définition du diabète , son historique , la classification de ses états, de ses types, ses complications, son diagnostic , son traitement, et l'aspect psychologique qui contient la vie psychologique du patient diabétique, sa vie sexuelle , l'acceptation de son diabète , l'éducation thérapeutique , la prise en charge psychologique , les troubles psychologiques ainsi que les principes de difficulté du diabète de type 2 .

I-1-Définition du diabète :

Selon les définitions médicales le diabète est un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres apportés par l'alimentation.

Cela se traduit par un taux de glucose dans le sang (appelé aussi glycémie) élevé : on parle d'hyperglycémie, les aliments sont composés de lipide (graisses) protides (comme la viande) et glucides (sucre, féculents) ce sont eux qui fournissent l'essentiel de l'énergie dont a besoin le corps pour fonctionner, passent dans l'intestin puis rejoignent la circulation sanguine.

Quand on mange, le taux de sucre dans le sang augmente, les glucides sont alors transformés essentiellement en glucose le pancréas détecte l'augmentation de la glycémie. Les cellules beta du pancréas regroupées en masse appelées îlots de Langerhans secrètent de l'insuline permet au glucose de pénétrer dans les cellules de l'organisme, muscles, tissus adipeux et le foie où il va pouvoir être transformé et stocké.

Ainsi la glycémie peut augmenter légèrement, puis revenir à un taux normal et le glucose être converti en réserves et en énergie chez les personnes atteintes du diabète ce système ne fonctionne pas. (Grimaldi.A ,jacqueminet.S ,Heurtier et al, 2005,p.26)

A travers cette définition médicale nous nous rendons compte de la complexité de cette maladie expliquant ainsi la classification multiple des états et des types du diabète que nous allons consulter dont les titres qui suivent.

I-2-Historique du diabète :

La plus ancienne description d'une maladie ressemblant au diabète remonte à l'antiquité égyptienne ; papyrus de Thèbes , 1550 av J.C , dès cette époque rentrée en effet les urines très abondante signalant cette maladie avait retenu l'attention d'ailleurs , le terme grec diabète signifie proprement « qui traverse » ; voici les observations que nous livre arétée de cappadoce au début du II siècle après J.C: « le diabète est une affection grave peu fréquente , qui se caractérise par une fonte musculaire importante des membres des dans l'urine , le patient n'arrête pas d'uriner et ce flux est incessant comme un aqueduc qui se vide. La vie est courte désagréable et douloureuse, la soif est inextinguible, les patients sont en proie à des nausées, un état d'agitation, une soif dévorante, et en peu de temps il meurt »

Malgré la précision du médecin grec ce n'est qu'au VVI S que s'établit, dans la littérature sanscrite, la relation entre la présence du sucre dans les urines et la maladie

Une prochaine étape est franchie avec le médecin arabe Avicenne, au XI siècle il complète le tableau notamment en attribuant deux complications au diabète, à savoir la gangrène et la perte des fonctions sexuelles

En Europe , c'est au XVI S que le médecin personnel du roi Charles II d'Angleterre , thomas Willis fait à son tour état du gout sucré de l'urine des diabétiques ; plus tard au début du XIX siècle l'écosais John rollo signale l'hyperglycémie (taux de sucre excessif dans le sang) par l'adjectif latin mellites « sucré » ,permettant alors de distinguer le diabète des autres maladies également caractérisés d'abondantes émissions d'urine

Au XIX siècle, grande époque de la classification des maladies et l'étude de leur évolution, grâce en particulier à l'expérimentation animale, le fameux chercheur français Claude Bernard montre que le sucre sanguin, le glucose, peut être stocké dans le foie sous forme de glycogène. Le rôle du pancréas est mis en évidence par les allemands Oskar Minkowski et Josef Von Mering, suite à l'ablation de cet organe chez le chien, celui-ci meurt peu après de diabète

Resait a précisé l'origine de la substance issue du pancréas, permettant d'abaisser le taux sanguin du sucre. à vint deux ans, l'allemand Paul Langerhans décrit les groupes de cellules portant aujourd'hui son nom, sans toutefois en comprendre la fonction, l'existence d'une hormone fabriquée dans les ilots de langerhans l'insuline, du latin « insula » il est postulée au début du XXe Siècle (Martin buysschaert, 2006, p .10)

A travers ce qui précède nous pouvons dire que le diabète que nous connaissons de nos jours a été démontré au fil des siècles derniers, grâce au développement de la pensée médicale, et déterminé par l'avancée de la recherche et des moyens utilisés dans cette dernière.

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, le groupe clinique et groupe à risque statistique

A) - groupe cliniques : les groupes cliniques caractérisés par une anomalie de la tolérance glucose.

-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.

-abaissement de la tolérance glucosée : avec obésité et sans obésité, associé à certains états ou syndromes.

-le diabète gestationnel : survient pendant la grossesse.

B)- Groupe à risque statistique : Les groupes à risque statistique ou le sujet ont une tolérance glucose normale mais sont exposés au risque de développer ultérieurement un diabète. (S. khalfa ,2005 p.11)

I-4- les type de diabète sucré : principalement on distingue deux :

-le diabète insulino-dépendant (DID) ou diabète de type 1 :

Il est dû à un déficit majeur de la sécrétion d'insuline, conséquences d'une destruction sélective des cellules du pancréas la produisant.

Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune, les cellules bêta des îlots pancréatiques étant détruit pour le système immunitaire de l'organisme même auquel elles appartiennent.

L'apparition de cette auto immunitaire est déterminée par des facteurs environnementaux (nutrition, infection viral, intoxication etc.) ainsi que génétique (la maladie ne se déclare que chez des individus ayant hérité de plusieurs des allèles prédisposant). Cette forme diabète se déclare le plus souvent entre 10 et 40ans et eut être aussi diagnostiquer à tout âge. (Dictionnaire petit larousse médicale, 2010, p.278).

-Le diabète non insulino dépendant (DIND) ou diabète de type 2 :

Ce révèle a l'âge adulte à partir de 45ans, le plus souvent chez les personnes obèses les facteurs de risque en sont une répartition abdominal du tissu adipeux une activité physique insuffisant, et l'existence des antécédents familiaux.

Apparait suite à un double problème : d'une part on voit une résistance à l'insuline des tissu périphériques (inulino résistance), d'autre par les cellules sont encore capable de produire de l'insuline, mais ils ne parviennent pas à compensée la résistance à l'insuline a cet effet ce type du diabète il est le résultat de deux phénomène :

Dans le premier temps c'est l'état d'insuline résistance, dans le deuxième temps c'est l'insuline lino déficience. (Dictionnaire petit larousse médicale, 2010, p.279)

Insu lino résistance :

Au début de la maladie la sécrétion d'insuline paraitre supérieure à la normale, elle reste insuffisant pour dépasse la résistance des tissus périphérique à l'action de l'insuline. Ce dernière sa présence est nécessaire pour l'entré intracellulaire de glucose. Elle entraine une difficulté à la pénétration du glucose dans le tissu musculaire adipeux et hépatique et par conséquent altère le métabolisme oxydatif (production d'énergie) et non oxydatif (stockage) du glucose. Cette opposition à l'action de l'insuline est à l'origine de sécrétion des hormones hyperglycémie (glucagon, adrénaline...), la présence désordre métabolique (acidose), des anticorps ou anti récepteurs à l'insuline, dans ce cas ces facteurs sont peut utiliser dans type 2 car résistance principale siège au niveau musculaire plus particulièrement au niveau des cellules récepteur font partiellement défaut. On comprend donc que la sensibilité dépende de caractère fonctionnel des cellules. (Renard. E, 1994, p.82).

Insulinodéficience :

Après plusieurs années le pancréas s'épuise progressivement ne produit plus de l'insuline ce qui va aggraver la tendance à l'hyperglycémie et risque de développer le diabète du type 1. (Renard. E, 1994, p.83)

I-5-les complications du diabète :

Le diabète est à l'origine des complications aiguës et chroniques à long terme peuvent être la source de grave handicap altèrent considérablement la qualité de vie des patients. La survenue de ces complications dépend étroitement de l'efficacité du contrôle de la glycémie moyenne, lorsque l'hémoglobine glyquée (Hb1c) reste inférieure à 7% les complications ne surviennent pas ou de façon retardée.

-les complications aiguës :

Les complications aiguës peuvent être accidentelles et peuvent survenir brutalement chez le diabétique.

-Accident hypoglycémique :

Est la baisse importante de la glycémie par manque de sucre. Leur cause est due à un apport alimentaire insuffisant, un effort physique inhabituel, associé à une dose. Elle se traduit par une fatigue secondaire, une sensation de la faim, des vertiges et sueurs. Cette complication est traitée par administration de sucre rapide par voie orale si le malade est conscient ou par injection sous-cutanée de glucagon. (CHICOURI M J, 1983, P. 61).

-Le coma acidocétose :

Accumulation excessive de corps cétoniques dans l'organisme. Cet effet d'accumulation cétonique va entraîner une acidose. Leur cause est due à un manque d'insuline injectée, par ce que une infection ou un choc émotif sont venus perturbant l'efficacité de l'insuline. Jusqu'à la maladie maigrit rapidement souffre de vertige, de troubles digestifs. En l'absence du traitement par insuline, l'évolution vers le coma, si cette dernière survient l'hospitalisation s'impose. (Dictionnaire petit Larousse médicale, 2010, P.282).

-Le coma hyperosmolaire non acidosique :

C'est un accident grave avec hyperglycémie. Le sujet se trouve en état de déshydrations à cause d'une infection avec fièvre ou simple négligence, il ne boit pas suffisamment. Ainsi la gravité présenter nécessite un traitement très rapide par injection massive d'insuline en milieu hospitalière. (Chicouri M J, P .62).

-Les complications chroniques :

Elles sont essentiellement dues à une altération des Vaisseaux sanguins soit des petits vaisseaux (micro angiopathie), soit à des grands vaisseaux (macro angiopathie). Considérer comme source de l'handicap fonctionnel sévère par la gravité des conséquences développées qui peuvent conduire à la mort. Sont insidieuses et au départ invisibles ne s'expriment pas au plan clinique qu'à un stade déjà avancé ou le traitement est difficile.

-La néphropathie

La capacité des reins est altérée entraîne une glomérulopathie. De même on assiste à une accumulation des déchets dans le sang que une élimination anormale de certaines substances dans les urines par exemple (albumine), ce qui va aider à évoluer au long terme vers l'insuffisance rénale. Dont l'association avec hypertension artérielle peut accélérer l'évolution.

La dialyse et la transplantation rénale sont à ce stade les deux seules alternatives pour permettre au sang d'être filtré. (Association GSK, 2009, P.8).

-La neuropathie

Est consécutive à une atteinte des nerfs, sont essentiellement dues à une mauvaise irrigation sanguine de ceux-ci. Ils touchent principalement les membres inférieurs et entraînent des douleurs des crampes, une diminution de la sensibilité, ainsi que des plaies (mal perforant plantaire), ce dernier si il est mal perforant plantaire, celui-ci peut alors être à l'origine de complication redoutable, qui nécessite encore trop souvent son amputation.

-Le système cardiovasculaire

Nourricières du cœur, les coronaires, leur atteinte est due à une athérosclérose et peut s'exprimer sous la forme d'angine de poitrine et parfois d'infarctus myocarde.

L'athérosclérose est engendrée par l'hyperglycémie chronique, il peut aussi aggravée si les facteurs de risque comme le tabagisme, l'hypertension artérielle sont associée. (Association. GSK, 2009, P. 8).

-La Rétinopathie

Est une atteinte de petites artères qui irriguent la rétine, peuvent conduire a la cécité. L'éventuelle atteint de la rétine implique de faire réaliser un examen ophtalmo- que annuel, même en l'absence des troubles visuels, afin de détecter la survenue de telle complication. (Pascal .M, 2001, P 17).

a) effet du diabète sur l'organisme :

Les complications du diabète sont les effets du diabète sur différents organes ou fonctions de l'organisme, quelles peuvent se manifester par des symptômes mais sont souvent silencieuse

Les complications du diabète sont variées et peuvent toucher différents organes, composés de fibres nerveuses, les nerfs, eux, transmettent les messages moteurs du système nerveux centrale vers les organes vers le système nerveux centrale.

Les nerfs communiquent au cerveau les informations perçu pas nos sens (douleurs, chaud, froid,etc.) et permettent à l'organisme d'appréhender tous les évènements extérieurs

b) effet du diabète sur les nerfs et les vaisseaux :

Les hyperglycémies répétées, prolongées, et le déséquilibre du diabète provoquent une altération des nerfs et des vaisseaux, et par voie de conséquence, une altération de certaines cellules de l'organisme, avec des répercutions sur plusieurs organes

I-6-Le diagnostic de diabète:

I-6-1-Le diagnostique du diabète DID type 1 :

a) Le tableau clinique :

-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 30ans » 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. (Khalfa.S, 2005, P.12)

-les signes cliniques :

Le début clinique est en général brutal marqué par un syndrome polyurie polydipsique intense, une asthénie croissante et surtout un amaigrissement massif et rapide inquiétant les parents, parfois les malades rapportent un Flou visuel à des troubles hydro électrolytiques 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 , vomissement , anorexie , diarrhée et douleurs abdominales , des troubles de la conscience et des signes de déshydratation avec hypotension (Khalfa.S,2005,p.13)

b) Le bilan :

-L'hyperglycémie est franche ; en général 20 ou 30 g /l

-La glycosurie est massive

Très souvent, on retrouve des corps cétoniques dans le sang et surtout dans les urines, facilement détectable par des bandelettes réactives, l'existence d'une cétose spontanée signe pratiquement le caractère insulino-dépendant 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. (Khalfa.S ,2005,p.14)

Maladie lipidiques à type hypertriglycémie :**-bilan normal :**

On peut apprécier l'insulino sécrétion par le dosage de l'insulinémie et de la péptidémie (peptide de connexion produit en même temps en qualité équivalente), dans le DID ces deux paramètres sont en général effondrés.

-Le bilan immunologique :

Le terrain génétique est souligné par la présence chez 95% des DID de race caucasienne de l'authigène (HLADR3 et ou R4 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 diagnostique leur taux diminue avec l'ancienneté du diabète.

-les anticorps anti insuline ils sont retrouvés chez la moitié des DID avant tout traitement par insuline comme pour le bilan normal, ce bilan immunologique n'est pas nécessaire pour le diagnostique du DID d'autant plus que seuls des laboratoires spécialisé peuvent le réaliser. (Khalfa.S ,2005,p.15)

I-6-2 Le diagnostique du diabète du DIND type 2 :

Le diabète sucré est définie par une glycémie à jeun (au moins 8h de jeune) =>1.26 g/l (7 m mol/l) vérifiée à 2 reprises (grade B) ce critère de diagnostic n'est pas un seuil d'intervention pharmacologie, il n'est pas recommandé de doser l'hémoglobine glyquée ni de réaliser une hyperglycémie par voix orale pour poser le diagnostic de diabète sucré , les argument en faveur du diabète de type 2 sont des argument clinique de probabilité :

- Age supérieur à 40 ans
- Masse corporelle supérieur à (27kg/m²)
- Antécédents familiaux du diabète type 2 (George .H , 2001,p.40)

I-8- Traitement

Du diabète a pour objectif d'améliorer le bien être et la qualité de vie de chaque patient diabétique, pour qu'il puisse mener une vie similaire du point de vue quantitative et qualitative d'une personne ne souffrant pas du diabète, cela signifie concrètement d'éviter les

symptômes liés à l'hyperglycémie, parvenir les complications aiguës, éviter les complications chroniques, diminuer la mortalité maintenir l'autonomie du patient, contre les discriminations sociales. Pour les parvenir le traitement doit se basée sur ces trois éléments suivant :

-Le régime et l'activité physique

Ces deux aspect sont très intimement liés et les modes d'éducation nécessaires sont outre assez comparable, leur but principale est de parvenir à ralentir le diabète un première lieu en suit, en cas du diabète existant d'élaborer une base du travail pour le contrôle des paramètres du traitement les plus important (le poids, la tension artérielle, l'hypoglycémie et l'hyperglycémie...).

-Le régime

Vise à obtenir une perte du poids est nécessité un équilibre entre les glucides, les lipides, les protéines. Toit ces aliments doivent être repartis sur trois repas, le petit déjeuner est essentielle, doit être aussi établie selon le poids l'âge et l'activité physique du patient. (George .H, 2001, P 28).

-L'activité physique

Marche, laver la voiture, natation... etc. Permet d'abaisser la glycémie et favorisent la perte du poids. Ainsi une pratique sportive pluri hebdomadaire aidera l'organisme à utiliser efficacement le sucre présent dans le sang et à la stabilisation poids. (Association. GSK, 2009, P .9).

-Le traitement par insuline

Vise à normaliser le dérèglement de la glycémie dans le sang. Utiliser en première intention dans le diabète du type 1 et parfois est prescrit pour le diabète du type 2 sa structure est identique à l'hormone naturelle sécrété par le pancréas.

L'éventail du l'insuline est vaste on distingue essentiellement les insulines à action rapide prolonger, et bi phasique. Leur administration quotidien est obligatoire et vital, elle se fait par la voie sous cutané, en raison du 2 à 4 fois jour à l'aide d'une seringue et des stylo injecteurs pré remplis. Plus rarement les pompe relié à une aiguille.

Une fois le schéma de l'insuline est lancé la tâche du médecin est de suivre les résultats de la thérapie pour adapter les doses d'insuline tout en tenant compte des objectifs de la glycémie et du taux d'hémoglobine glyquée (Hb_{1c}) du patient. (Grimaldi, 2005, P. 40).

-Les traitements médicamenteux

Sont prescrits pour le diabète de type 2 dans laquelle l'approche hygiéno-diététique est généralement insuffisante à elle seule de régulariser la glycémie. Ultérieurement pour maintenir l'excellence métabolique, elle devra être associée aux hypoglycémisants oraux, dont elle conditionne en partie le succès.

Parmi les antidiabétiques oraux les plus utilisés ce sont les (sulfamides et les biguanides) hypoglycémisants, la différence entre elles est que les sulfamides stimulent la production de l'insuline, pour les biguanides agissent sur l'action de l'insuline en diminuant la production.

Le médecin est seul à avoir la capacité de prescrire tout en tenant compte de certaines conditions à suivre par exemple : voir l'âge les accidents digestifs, la manière de les supporter. (Chicouri M J, 1983, P. 56).

Préambule

Quand une maladie touche une personne, cela ravive chez elle les sentiments d'insécurité ou d'échec qui ont jalonné sa vie. Le diagnostic du diabète peut ainsi constituer un choc et un stress pouvant affecter la vie de l'individu touché. Psychiquement, il n'est pas évident de vivre avec une maladie chronique comme le diabète tous les jours. Un travail d'acceptation psychologique sera à effectuer pour le patient.

II-1-L'état psychologique du patient atteint du diabète :

Le diabète à son influence également sur le plan psychologique sous le coup du choc provoqué par le diagnostic, le diabétique n'admet pas sa maladie dans le premier temps, la considère comme une agression insupportable perpétrée contre son corps puis il ne peut que se rendre à l'évidence des résultats de ses bilans médicaux, une multitude de questions assaille son esprit et une profonde angoisse l'étreint quant il entrevoit la possible remise en causes de l'ensemble de ses projets d'avenir, le malade est envahis de tout son être par la peur panique d'être handicapé, de ne vivre normalement de ne pouvoir se marier et assurer sa dépendance de ne plus pouvoir continuer ses études ou exercer sa profession, voir de mourir c'est du sort que le diabète finit par s'identifier désespérément au fruit qui ne va pas mure dès lors qu'il a germé sur une branche brisée. (Chaban, 2002, p.05)

Le stress peut affecter également le comportement des patient et notamment leur observation thérapeutique, selon **Fischer et coll.** 1982 des conflits émotionnels ou des émotions négatives auraient précédé un quart des écarts diabétique admis par des patient diabétique (Haynal 1997, p . 118).

II-2-L'apparition de la maladie et les étapes d'acceptation:

Généralement l'annonce du diabète produit des effets contrastes le plus souvent c'est une relative à indifférence, certains patient s'y attendaient « hérédité » ou parlent de fatalité, d'autre enfin ont vécu cette annonce comme une « agression ».

Selon J.P.ASSAL diabétologue et lui-même diabétique, décrit cinq phase par les doit passer tout diabétique récent, elle recouvre en partie les phases d'acceptation de toute maladie :

-Phase de déni de la réalité qui représente une défense archaïque contre l'angoisse de destruction. Elle peut se traduire par un refus obligatoirement passager, du diagnostic et traitement.

-Phase de révolte le sujet veut mentir qu'il est plus fort que la maladie.

-Phase de marchandage première pas vers l'acceptation de son sort. le diabétique ampute encore sa maladie à des personnes concrète : le médecin ou l'équipe soignants

-Phase de dépression avec repli sur soi même et une attitude de dépendance visa vis de l'entourage ou de l'équipe soignant.

-Phase d'acceptation et la construction d'une vie nouvelle. (Laurent.C,et al, 1999, P.122)

II-3-Les troubles psychologiques liés au diabète :

Le diagnostic du diabète peut provoquer chez les personnes atteintes, des troubles psychologiques. L'annonce de la maladie peut aussi exacerber ceux qui existeraient déjà. Il est important de déceler ces troubles afin qu'ils n'engendrent pas une mauvaise adaptation au traitement. On peut retrouver : des troubles psychologiques anxieux généralisés et des troubles dépressifs. Ces troubles peuvent engendrer une moins bonne régulation de la glycémie et ainsi mener à des complications médicales. Lorsque ces troubles psychologiques sont observés par l'entourage proche ou par le médecin qui suit le patient, il leur est conseillé de diriger la personne vers un psychologue ou un psychiatre afin d'y remédier au mieux. Les différentes interventions qui existent sont :

-Une psychothérapie de soutien et de gestion du stress.

- Une thérapie selon une approche cognitivo-comportementale.

- Une thérapie familiale si des proches sont touchés par la maladie ou s'ils vivent avec une personne souffrant du diabète.

D'autres outils tels que les groupes d'entraide ou des revues parlant du diabète peuvent également aider le patient à faire un cheminement personnel sur la maladie. (Jean-Pierre Olié,2012 p.342)

II-4-La vie sexuelle d'un diabétique :

Le diabète est une maladie qui a des conséquences sur la santé dans beaucoup de domaines, comme la sexualité qui touche autant d'hommes et de femmes

a)- Le diabète au masculin :

Quand les patients, apprenant qu'ils sont atteints de diabète de type 2 ils deviennent impuissants. Souvent, convaincu que leur érection ne sera pas satisfaisante à cause de leur maladie, le patient aura des difficultés à maintenir une érection normale, la logique de l'échec peut vite s'installer et causer ce problème d'érection, Pourtant un diabète bien équilibré ne compromet pas une sexualité active. Beaucoup d'eau, une bonne hygiène de vie, pas de tabac et l'hémoglobine glyquée contrôlée sont autant d'atouts pour une vie sexuelle épanouie.

b)-Le diabète au féminin

Certaines femmes atteintes de diabète peuvent ressentir un moins grand désir sexuel, ainsi que divers troubles de la sensibilité génitale, mycoses, infections urinaires, absence de lubrification vaginale, autant de désagréments qui concourent à une baisse de l'envie. Souvent, ces ennuis sont avant tout des signes de complications micro ou macro vasculaires. (Catherine Solano,2012, p.55)

II-5-Education thérapeutique des patients diabétiques :

L'éducation thérapeutique est une approche humaniste centrée sur le patient, ses besoins et ses ressources. Elle est proposée non seulement pour aider le patient à comprendre sa maladie et son traitement mais aussi pour l'aider à devenir autonome. La mise en pratique à long terme va dépendre de sa motivation à se traiter ; L'éducation thérapeutique propose des moyens psychopédagogiques propres à motiver le patient pour que celui-ci se prenne en charge et modifie ses comportements sur le long terme. Les quatre dimensions cognitive, affective, méta- cognitive et infra cognitive permettent d'améliorer les processus d'apprentissage et la motivation du patient. Tout d'abord, pour apprendre, le patient va s'appuyer sur une dimension cognitive : il va faire des liens, entre ses connaissances, confronter son vécu, ses symptômes et va chercher des moyens pour comprendre, assimiler. Toutefois, le patient va changer de comportement s'il est touché sur le plan affectif. En d'autres termes, s'il se sent concerné, s'il y trouve du plaisir, un sens et s'il a confiance en ses

soignants. Toutefois, le changement n'est possible que lorsque le patient s'interroge sur ses raisonnements intimes et ses habitudes de pensées (dimension infra cognitive) et s'il prend du recul sur son savoir, s'il réfléchit sur ses croyances, ses certitudes, s'il questionne ses conceptions (dimension métacognitive). Finalement, les facteurs internes, fondamentaux, mais aussi les facteurs externes qui motivent les patients à changer de comportement. L'éducation thérapeutique permet ainsi des perspectives pour améliorer la motivation des patients et leur observance thérapeutique.

Au cours de ces vingt dernières années, l'éducation des patients s'est implantée et a rencontré de nombreux succès avérés. Elle propose un grand nombre de formations dans plusieurs maladies chroniques comme le diabète, et diffuse des informations sur les comportements de santé liés à une maladie et à ses traitements. Le malade chronique reçoit une information quasi complète sur sa pathologie et ses complications, les symptômes principaux à repérer, la pertinence d'un traitement et les mécanismes d'action des médicaments, etc. Les soignants renforcent ou ajustent les messages éducatifs et évaluent son implication personnelle dans la gestion de la maladie. Cette éducation s'intéresse également à l'impact de la maladie sur la qualité de vie et sur l'entourage. Les rencontres avec les soignants, d'autres patients, voire des groupes d'entraide, apprennent au patient et à sa famille l'origine de sa maladie, son évolution potentielle. Ils peuvent adapter un comportement de vie plus finement ou encore circonscrire la tolérance aux médicaments afin d'être rassurés sur leur absence de nocivité. A partir de l'expérience des professionnels du diabète, des centres, d'éducation thérapeutique se mettent progressivement en place dans de nombreux pays. L'éducation thérapeutique suscite un intérêt de plus en plus grand auprès des soignants, tant dans les hôpitaux qu'en médecine de ville. (Jérôme .F, Jacques A et al, 2010 p.55).

Nous pouvons déduire à travers ce paragraphe que l'éducation thérapeutique sert à modifier les comportements et les croyances et aider le patient et sa famille à mieux connaître la maladie et son évolution, la motivation du patient est une condition préalable pour faciliter la prise en charge psychologique

II-6-Prise en charge psychologique des patients diabétiques :

La communication doit respecter le rôle central de la personne dans sa prise en charge. Elle ne doit pas porter de jugement et rester indépendante en termes d'attitudes et de croyances. Cette approche permet d'explorer la situation sociale, les attitudes, les croyances et

les craintes de la personne relative aux problèmes associés au diabète et à la gestion autonome. Le bien-être et l'état psychologique doivent être évalués régulièrement, par le biais de questionnaires ou d'évaluations reconnus. Les résultats doivent être discutés avec la personne atteinte de diabète et communiqués aux membres de l'équipe de soins. Des conseils doivent être donnés dans le contexte d'une éducation au diabète et d'une prise en charge continues. La personne atteinte de diabète doit être orientée, lorsque cela s'avère nécessaire, vers un psychologue sensibilisé au diabète pour le traitement des troubles de l'adaptation, des dépressions graves, des troubles de l'anxiété, et de la personnalité, des dépendances ou des dysfonctionnements cognitifs. (Jérôme. F, Jacques A et al, 2010, p. 56)

Synthèse

À partir de tout ce qui précède on peut dire que le diabète reste une maladie qui se soigne mais qui ne se guérit pas et lorsque le diagnostic du diabète est annoncé à un patient, il existe un risque pour que celui-ci soit submergé par un tas d'émotions telles que l'angoisse, la peur, la tristesse et le stress.

Chapitre II : le stress et le diabète

-Préambule

II-1-Définition de stress

II-2-Aperçus historique sur le stress

II-3-Les types de stress

II-4-Les causes du stress chez une personne diabétique

II-5-Les différentes méthodes pour gérer le stress chez un diabétique

II-6-Les événements de vie stressants d'un diabétique

II-7-Les thérapie du stress

-Synthèse-

Préambule

Le stress est un phénomène qui a toujours existé dans la vie de l'être humain mais qui a pris de l'ampleur dans la civilisation moderne. Ce phénomène est l'une des causes les plus nuisible pour la santé d'un individu et on le trouve présent presque dans de nombreuses pathologies soit comme un facteur déclenchant soit comme un facteur aggravant notamment chez les diabétiques.

Dans ce chapitre on va aborder la définition du stress, son historique, les types et les causes du stress, les méthodes à suivre pour surmonter le stress ainsi que les thérapies du stress.

II-1- définition de stress

Le stress est un phénomène qui touche beaucoup de personnes et ne cesse de se développer jour après jour c'est pour cela que plusieurs définitions ont été données aux termes de stress qu'on va voir ci-dessous :

-Définition étymologique de stress :

Le mot stress est issu par aphérèse de distress, qui provient de l'ancien français destrece et estrece. Destrece signifiait détresse et estrece signifiait étroitesse et oppression : il est issu du latin classique stringere qui signifiait serrer, resserrer, aujourd'hui, utilisé dans de nombreux domaines d'application, ce mot occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale. Comme on peut le constater d'après les différentes définitions, ce mot il est toujours attaché à quelque chose qui le définit : stress physiologique, stress psychologique. Le sens du terme stress reste néanmoins aussi complexe que vague. (Lôo.P et al, 2003, p.26).

-Définition du stress selon l'OMS:

Le stress apparaît chez une personne dont les ressources et stratégies de gestion personnelles sont dépassées par les exigences qui lui sont posées. (OMS, Arck et al. 2001)

-Définition psychologique :

Le stress renvoie aux multiples difficultés auxquelles l'individu a du mal à faire face et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes (Lôo.P et al, 2003, P.26).

Plusieurs auteurs se sont penchés sur le phénomène de stress et l'on définit de plusieurs manières :

Selon Hans Selye (1973) : « le stress est la réponse non spécifique de l'organisme à chaque demande de changement »

le stress désigne l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agent ou de condition qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques.(Norman .S, Endler Ph, P.5)

Selon Turcotte (1982) : « le stress apparait comme le résultat de transactions entre la personne et son environnement. La source de stress peut être positive opportunité ou négative contrainte et avoir pour résultat la rupture de l'homéostasie psychologique ou physiologique ».

L'enjeu de situation doit être important et sa résolution comporter une certaine dose d'incertitude. De plus, le stress déclenche des émotions et mobilise les énergies de l'organisme, du côté des caractéristique de l'individu, il semble important de tenir compte d'habilités et ressource de même que de ses besoins. (Dictionnaire de sciences humaines 2009, P.532)

Selon Lazarus et Folkamn (1984) : « 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 ». (Paulhal.I, Bourgeons .M, 1995, P.46)

D'après toute ses définitions qu'on vient de voir on a constaté que le stress à un effet néfaste sur la santé d'une personne sur le plan psychologique et somatique.

II-2-Aperçus historique sur le stress

A travers nos multiples lectures sur le stress on remarque que ce phénomène ne date pas seulement des deux dernières décennies, mais plus loin dans le passé.

Le mot stress vient du latin stringer qui signifie serré et de l'ancien français estrece signifiant étroitesse, oppression.

Au départ, c'est un terme anglais employé en physique avec la loi de Hooke(1678).

A partir de l'utilisation de la notion de stress physique, une analogie sacrée pour l'être humain.

Le terme stress est utilisé dans différentes sciences, telle que la psychologie, la biologie, et la médecine.

En 1868, le médecin physiologiste français Claude Bernard distingue le milieu intérieur et le milieu extérieur et précise que l'organisme possède de la capacité de maintenir l'équilibre quel que soit l'environnement extérieur.

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.

W.B.Cannon définit comme « correspondant à des stimuli aussi bien physiques que émotionnels, éventuellement en rapport avec l'organisme social et industrielle ». Il est le premier qui introduit le terme de stress sur le 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 pas de trois choix : combattre, ne rien faire ou fuir ».

Dans les années 1970, à partir d'expérience réalisée 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 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 syndrome d'inhibition. (Zablocki. B, 2009, p.p. 19-20).

Aujourd'hui face à un patron agressif, on peut difficilement commencer un pugilat ou s'enfuir en hurlant. Généralement, la réaction sera « d'encaisser » sans rien dire.

H. Laborit a réalisé des expériences pour répondre à la question : « que se passe-t-il quand on ne peut ni fuir ni lutter face à une situation conflictuelle ? ».

A partir de cet aperçu on peut constater que dans les conditions différentes et de manières différentes W.B. Cannon et Henri Laborit furent effectivement les deux premiers à découvrir et à s'intéresser au phénomène de stress qui est devenu par la suite important car il est perçu comme menaçant pour l'individu.

II-3-Les types de stress

D'après les études cliniques qui ont été faites on a déduit qu'ils existent différentes sortes de stress qui se présente comme suit :

-Le stress aigu :

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

Les symptômes et les origines du stress aigu peuvent être identifiés par tout le monde c'est la liste de toutes les choses qui peuvent nous mettre « un coup de pression » dans notre quotidien : un accident de voiture léger. La perte d'un contrat important .une date à respecter, les problèmes des enfants à l'école... etc. (Elisabeth. G, 2009, P.17).

En raison de sa courte durée le stress aigu n'a pas assez de temps pour causer des troubles plus graves associés au stress à long terme .ainsi, les symptômes du stress aigu les plus répandus sont :

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

Le stress aigu peut survenir dans la vie de n'importe qui et cette forme de stress peut être gérée assez facilement (il suffit généralement de se détendre que ça passe). (Elisabeth. G, 2009, P.17).

-Le stress aigu répété :

Les personnes atteintes de stress aigu répété font souvent preuve d'un tempérament irritable, d'anxiété et de nervosité. Elles se décrivent souvent comme étant une boule d'énergie nerveuse en mouvement. Toujours dans l'urgence, leur état irritable peut se transformer en colère. Les relations sociales se détériorent alors rapidement avec les autres et le lieu de travail devient souvent un endroit de stress pour ces individus. Les médecins caractérisent ces personnes comme ayant un sens aigu de la compétition et faisant preuve d'agressivité et d'impatience en étant toujours dans l'urgence.

Une autre forme de stress aigu répété provient d'un sentiment d'inquiétude permanent, cela revient à imaginer des désastres à chaque coin de rue. À être pessimiste sur l'avenir et à penser que le pire va se produire dans chaque situation. Le monde est un endroit dangereux dans lequel quelque chose d'horrible est toujours en train de se produire. Généralement. Les personnes ayant ce modèle de pensée présentent les premiers symptômes d'un état de trouble anxieux et de dépression (Elisabeth. G, 2009, p .18).

Bien souvent, le style de vie des personnes atteintes de ce type de stress devient si habituel qu'elles n'arrivent pas à distinguer ce qui ne va pas ce rythme de vie. Il peut même arriver qu'elles reportent la faute sur leur entourage ou sur des événements externes. Le problème pour ces individus est qu'ils perçoivent leur style de vie et leur mode de comportement comme partie intégrante de leur personnalité et de leur monde, ce qui rend particulièrement difficile pour eux l'identification et la prise de conscience des origines de leur stress et de leur anxiété. Seule la promesse du soulagement des douleurs qu'ils peuvent ressentir peut les persuader du bien fondé de suivre un traitement ou d'apporter des changements dans leurs monde de vie. (Elisabeth. G, 2009, p.18).

-Le stress chronique :

Le stress chronique est un stress qui va être ressenti jours après jours, année après années et il a des conséquences sur votre corps, votre esprit et votre vie. Le stress chronique touche souvent les gens qui vivent dans une situation financière précaire, les familles

connaissant de graves problèmes, ou bien les personnes ayant des problèmes avec leur travail ou leur carrière.

Le stress chronique tire son origine du fait qu'une personne ne voit pas de sortie positive dans une situation problématique. Sans espoir, la personne finit par arrêter de chercher des solutions. Certaines formes de stress proviennent d'expériences traumatisantes dans l'enfance qui continuent d'être douloureuse au moment présent. La conséquence la plus malheureuse de cette forme de stress est que les personnes qui en souffrent finissent par s'y habituer.

Enfin les conséquences du stress chronique peuvent être des accès de violence, des maladies cardiaques, et même le suicide. Les symptômes du stress chronique étant à la fois physique et psychologique, ils peuvent nécessiter un accompagnement à la fois médical et psychologique. (Elisabeth. G, 2009, p.19).

Après avoir identifié les différents types de stress on déclare qu'elles recouvrent deux situations différentes qui sont « le bon et le mauvais stress » on note que certaines personnes décrivent le stress comme un phénomène agréable et bénéfique, une stimulation car elle se sent tout à fait apte à affronter et à maîtriser quasiment n'importe quelle situation, se lancer des défis, entreprendre des activités intéressantes, et stimulantes, faire preuve de créativité tout en étant productif, il s'agit du bon stress. (Ridouch B, Abbes Z, Santé mag, KHIAR (MR), Canal Algérie, 4 mai 2011, 21h).

On retrouve, en effet l'autre désagréable c'est le « mauvais stress », où l'on est débordé, déprimé, frustré, mais de toute façon incapable de gérer ou contrôler les événements. Nous faisons ainsi référence à des situations d'échec, des difficultés familiales, un deuil, ou encore à une situation de surendettement. Ces descriptions correspondent en effet à un stress néfaste. Lorsqu'il persiste de manière incontrôlée ce mauvais stress provoque une baisse d'efficacité et de productivité, mais aussi des problèmes de santé. (Choque. S, 2007, P.36)

On constate qu'il y a plusieurs types de stress et chaque individu réagit différemment à ce phénomène de stress, et aussi selon le degré du stress.

II-4-Les causes du stress chez une personne diabétique :

Apprendre qu'on est diabétiques représente pour de nombreuses personnes un véritable choc, car celui-ci induit chez la personne un changement dans sa vie social,

Professionnelle et personnel causant ainsi un état de stress nuisible :

- découvrir qu'il va falloir vivre toute sa vie avec une maladie chronique.
- ne pas vivre comme les autres (ses proches, ses amis), parce qu'il doit faire preuve de prudence en permanence.
- la crainte d'être victime d'un accident à tout moment représente une menace constante.
- apprendre que la maladie et ses traitements puissent provoquer des malaises.
- ne pas accepter et nier la maladie.
- éprouver des difficultés à modifier son mode de vie imposé par la maladie et son traitement.
- l'impossibilité de faire trop d'écart et de vivre comme les autres.
- la nécessité de se surveiller en permanence.
- devoir s'injecter de l'insuline quotidiennement n'est pas toujours bien vécu. (Elisabeth. G, 2009, P .37)

II-5 Les différentes méthodes de gestion du stress chez un diabétique:

Certain personnes qui sont atteinte de cette maladie, essayent de surmonter le stress pour se sentir mieux en appliquant les méthodes suivante :

- Accepter sa maladie : c'est l'élément fondamentale pour mieux maitriser leurs diabète (accepter de vivre avec et non contre sa maladie)
- exprimer l'anxiété et la colère ressentie vis-à-vis de cette maladie chronique et de ses contraintes. Certaines personnes refoulent ses sentiments, situation pouvant aggraver le stress car il est plus sain d'exprimer sa colère.
- s'impliquer dans une association pour diabétique.

- ne pas vouloir être trop parfait et penser prendre le contrôle total de sa maladie : une attitude trop perfectionniste peut perturber la qualité de vie et provoquer une dépression à type d'épuisement qui aggraverait le diabète.
- avoir une relation de confiance avec le médecin qui prend en charge la maladie.
- prendre l'avis d'un « psy » peut être utile et permettre de mieux vivre avec la maladie. (Elisabeth. G, 2009, p.37)

II-6-Les événements de vie stressants

De nombreuses études ont montré que lorsqu'un individu est confronté à une situation stressante, son organisme sécrète des hormones spécifiques, en particulier de l'adrénaline et du cortisol. Or les chercheurs ont constaté que ces deux hormones du stress inhibent la sécrétion d'insuline et sont, par conséquent, diabéto-gènes. C'est pour- quoi Bradley (1994) suggère que le stress pourrait « précipiter » le début d'un diabète ou contribuer à son aggravation. (Perlemuter et al. 1995).

a) Les événements stressants et survenue du diabète

L'hypothèse selon laquelle certains événements de vie stressants pourraient contribuer à la survenue d'un diabète a suscité de nombreuses recherches. Mais, comme le soulignent Beardsley et Goldstein (1993) dans une revue critique de la littérature, ces études sont généralement rétrospectives et portent sur des effectifs restreints, ce qui remet en cause la portée de leurs résultats. En effet, comment prétendre, à l'instar de Robinson et Fuller (1985), dans une étude rétrospective portant sur treize adultes IDDM, qu'un événement de vie peut favoriser le déclenchement d'un diabète, alors que le processus auto-immune de destruction des cellules β du pancréas est progressif et qu'il peut s'écouler plusieurs années avant qu'un diabète ne soit décelable ? Des recherches prospectives, pourtant sur des échantillons importants, seront donc nécessaires pour savoir si les événements de vie jouent un rôle dans la genèse du diabète.

b) Les événements stressants et évolution du diabète

L'influence des événements stressants et évolution de la maladie a été plus précisément étudiée. Ainsi, Surwit et al. (1992) ont montré, chez des sujets adultes IDDM, que le fait d'affronter divers stressseurs (maladie traumatisme...) était associé à

l'hyperglycémie. Plus récemment, Goldston *et al.* (1995), dans une étude quasi prospective d'une durée d'un an portant sur 88 adolescents IDDM, constatent que le nombre d'événements de vie subis depuis le diagnostic est associé à un mauvais contrôle métabolique (taux élevé de HbA_{1c}). Cette relation est d'autant plus forte les événements rapportés sont indésirables. Des résultats similaires ont été obtenus par Stenstroem *et al.* (1995) dans une étude semi-prospective d'une durée de deux ans concernant 138 sujets adultes IDDM. Les événements de vie agréables sont associés à un bon contrôle métabolique alors que les événements désagréables prédisent un taux élevé de HbA_{1c}. Citons également la recherche semi-prospective de Worrall-Davies *et al.* (1999), menée auprès d'un groupe de 45 enfants IDDM suivis pendant un an. Le fait d'avoir été confronté à des déceptions et à des événements familiaux stressants prédit significativement l'instabilité glycémique à un an. Goetsch *et al.* (1994), quant à eux, ont évalué, chez des sujets NIDDM, les *petits tracas quotidiens* expérimentés pendant huit jours. Ils ont observé une relation positive entre ces problèmes et le taux glucose dans le sang (mesurés le même jour).

En fait, selon Cox et Gonder-Frederick (1992), les liens entre *stress perçu* et diabète seraient réciproques et bidirectionnels, l'adversité pouvant affecter les diabétiques directement (par voie hormonale) et indirectement, en perturbant leurs comportements vis-à-vis la maladie, par exemple sous la forme d'une moindre observance. Inversement, l'hyperglycémie, par les modifications somatiques et psychiques qu'elle induit augmenterait en retour le stress perçu (Grimaldi.A *et al* 1997, p.46)

II-7-Les thérapies de stress

Chaque être humain ressent les changements psychiques et corporels engendré par le stress et depuis toujours, il essaye avec différentes méthodes de s'en adapter pour faire face à la vie quotidienne.

II-7-1-Les stratégies de stress

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

a) Les méthodes traditionnelles

Parmi les remèdes traditionnels qui consiste à diminuer le stress on retrouve le lait, chocolat, café et infusion ; car le lait est un remède contre l'insomnie, contient un acide aminé. Le stress entraîne des pertes d'énergie dans la journée, et l'absorption du sucre du

chocolat peut provoquer une sensation provisoire d'énergie suivie de contrecoup de l'insuline accroissant irritabilité et fatigue.

b) Les méthodes modernes

Les recettes modernes antistress auxquelles ont surtout recours les habitants des sociétés industrielles évoluées sont bien connues : vitamines dites antistress somnifères tranquillisants. Les vitamines C et B sont nécessaires pendant le stress physique – opération blessures, grossesse, efforts violents, etc. mais elles sont inefficaces au niveau psychologique ; elles ne peuvent guérir des crises d'angoisse ou de la dépression ; par ailleurs, l'accent mis par le conditionnement publicitaire sur les vitamines risque de pousser les individus à des comportements robotisés. Dans de nombreuses enquêtes sur le stress, on constate un accroissement constant de la prise de somnifères et de tranquillisants à l'échelle de la planète. Les somnifères donnent une sensation de détente, et agissent sur le cerveau pour induire un sommeil naturel, avec le risque progressif de perturbation des cycles de sommeil, de somnolence diurne et de baisse de performance. Les tranquillisants procurent tout comme les somnifères, une sensation de détente, favorisent le sommeil et ont une action relaxante sur la respiration et le système nerveux. (Stora .J.B, 1991, p. 108-110).

II-7-2-Les thérapeutiques médicamenteuses

Les traitements médicamenteux du stress s'inscrivent dans une relation d'aide ou lors d'une prise en charge psychothérapeutique structurée. Ils ne se conçoivent que lorsque les capacités adaptatives du sujet sont dépassées. C'est-à-dire dans le cadre des manifestations du stress pathologique.

a) Les anxiolytiques

Lors des réactions de stress durable, les anxiolytiques améliorent les possibilités rationnelles en réduisant la symptomatologie. Leur prescription est établie dans le cadre d'un contrat à durée limitée avec le projet d'arrêter la thérapeutique au bout de trois semaines à un mois.

b) Les antidépresseurs

Les indications préventives : la prescription préventive des antidépresseurs est indiquée pour éviter les réactions de stress récidivantes sous forme de recrudescences anxieuses rappelant la symptomatologie du trouble de panique. Les antidépresseurs sont indiqués pour prévenir certaines réactions phobiques de stress.

Les indications curatives : lors de manifestations de stress pathologique durable apparaissent des éléments dépressifs qui peuvent s'organiser en une dépression franche. Ces troubles

thymiques nécessitent dès leur apparition un traitement antidépresseurs. (Stora .J.B, 1991, P.111)

II-7-3-Les thérapies comportementales et cognitives de stress

Dans ce type de thérapie, le patient et le thérapeute réfléchissent, d'une part, aux moyens de modifier l'environnement de malade de façon à diminuer le nombre de « stressseurs » auxquels il pourrait être confronté et, d'autre part, au développement de nouvelles stratégies de coping afin de faire face aux « stressseurs » incontournables.

Les thérapeutiques les plus utilisées dans les pays anglo-saxons font appel aux méthodes cognitivo-comportementales pour l'élaboration de programmes de gestion du stress :

- L'auto-observation et l'analyse de la motivation du patient.
- L'analyse des croyances concernant la situation stressante.
- La mise en place des facteurs de protections : la gestion du stress passe par la connaissance des comportements qui favorisent une baisse des tensions
- L'hygiène de vie (activité physique régulière, sommeil régulier et en quantité suffisante).
- Le développement des activités de loisir et de plaisir.
- La diversification du soutien social et affectif.
- Restaurer la capacité d'autocontrôle : rétablir l'autocontrôle de l'individu dans un environnement mobile, tel est le projet thérapeutique des techniques de gestion du stress.
- La gestion du temps : dans le cadre d'une réorganisation du temps chez les sujets dominés par la célérité et la compétition, une place est volontairement réservés aux activités de détente, notamment physique.
- L'affirmation de soi : l'affrontement de la situation stressante au travers de la méthode des jeux de rôles est la technique la plus utilisée. (Jean C, 2011, p.63)

II-7-4-Les thérapies corporelles

La relaxation induit une réponse physiologique qui se traduit par une réduction de la consommation d'oxygène, un ralentissement du rythme respiratoire et cardiaque, une diminution de la tension artérielle et de flux sanguin viscéral avec répartition au profit des muscles périphériques et une réduction de la tension musculaire et sphinctérienne.

- La méthode de Schultz : le « training autogène » Cette méthode consiste à amener le patient à se maitre dans un état qualifié d'hypnoïde, obtenu par une détente musculaire et vasculaire et fruit d'un entraînement répété.
- La méthode de Jacobson : « la relaxation progressive » Cette méthode est beaucoup plus analytique que la précédente dans la mesure où elle s'intéresse à chaque séance à tous les

groupes musculaires. L'induction de la relaxation débute par la sensation de la contraction du muscle avant d'arriver à la détente de ce dernier par la suite, ce relâchement est obtenu sans contraction initiale. (Schwor. M, 1999, P. 99-107).

On déduit ainsi, que l'objectif de ces étapes est de faire face aux stress, de la vie quotidienne, que sa soi du coté personnelle, ou du coté social.

Synthèse

A travers tous les éléments que nous avons présentés nous constatons que le stress reste un phénomène physiologique présent lors des changements brutaux de la vie touchant l'être vivant dans différentes situation particulièrement lors de maladie chronique telle que le diabète. En effet les personnes diabétique se retrouvent face a des situations stressantes telles que le surmenage qui engendre des réactions comme l'hypoglycémie ou l'hyperglycémie.

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

I -La pré-enquête

II – La méthode de recherche

III – Le lieu de la recherche

IV- Les limites de la recherche

V – La population d'étude et les caractéristiques de choix

VI – Les outils d'investigations

Synthèse

Préambule

Après la présentation de la première partie qui constitue le côté théorique de notre recherche, la deuxième partie pratique vient compléter notre étude dans le but de vérifier nos hypothèses émises au départ.

Cette partie comprend les éléments suivants : la présentation de la pré-enquête, la méthode de recherche, le lieu de la recherche, ainsi que les outils d'investigations utilisés et enfin la présentation et l'analyse des résultats et la discussion des hypothèses émises au début de la recherche.

I- La pré-enquête :

On note que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique est de procéder à une pré-enquête, afin de préparer l'enquête proprement dite. Elle se révèle très utile pour enrichir notre problématique, affirmer nos hypothèses, et construire notre guide d'entretien.

La prés- enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaines et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche ainsi que sur la population visée.

Chauchat définit la prés-enquête comme étant : « la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre la construction théorique, et les faits observables, son aboutissement est la mise en place de l'appareil d'observation. Cette phase comporte une observation préliminaire à l'aide d'entretiens généralement peu directifs ». (Chauchat, 1999, p.63).

Il est donc indispensable, dans notre démarche de travail de s'assurer de la fiabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien, les conditions de l'étude mais aussi la possibilité d'obtenir le consentement des patients atteints du diabète de type 2 nécessaire pour la construction de notre population d'étude avant d'entamer cette dernière relative au problème posé dans notre thème.

Pour ce faire nous avons effectué notre pré-enquête à l'E.P.S.P beau séjour de Bejaia sous forme d'une exploration préalable basée sur la collecte d'information concernant le lieu et la prise en charge des patients diabétiques qui s'y rendent pour leur contrôle trimestrielle.

À notre première visite des lieux, nous avons pris contact avec le personnel médical qui nous ont expliqué le déroulement des soins accordés au patient et orienter vers un procédé qui convient à notre travail de recherche sans pour autant affecter leur rythme de

travail habituelle ,ils nous accorde alors un bureau et orienté vers nous des patients diabétiques de type 2 afin de nous éviter une certaine confusion en allons les cherchons nous même dans les salles d'attente ,ceci nous convient quant au choix aléatoire de notre population de recherche . A ce propos trois échelle d'évaluation du stress de Charly Cangi a différent patient a situation familiale et âge différent , cette première passation nous a permis d'assurer la disponibilité des sujet, d'avoir un aperçus des réponses donnée des réactions ainsi que leur collaboration .

II-La méthode de recherche :

Différentes forme de pratiques sont appliquer par le chercheur, lors du travail de terrain ; des enquête de population restreinte, des études de cas ou encore sous forme d'un problème particulier .En effet un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la méthode de travail, le chercheur doit donc s'assurer de la faisabilité de son thème, en reconnaissant les points d'appuis et les obstacles du terrain choisi. Alors cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et enregistrées, donc une bonne organisation lui est nécessaire au bon déroulement du travail.

Dans notre travail de recherche, on a choisi d'utiliser l'étude de cas qui est une méthode descriptive, elle consiste en une observation approfondie d'un cas, elle nous permet de regrouper un grand nombre de donnée, ainsi que des méthodes différente (entretien, questionnaire, échelles cliniques) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale. (Chaharaoui. K et Bénony. H, 2003, p. 125, 126).

Étant donné que l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, elle nous permettra alors, dans le cadre de notre recherche sur le stress chez les personnes diabétiques, de décrire la situation particulière de cette catégorie des malades, le but étant d'atteindre nos objectifs et vérifier nos hypothèses.

III-Le lieu de la recherche :

Le choix du terrain d'étude à été porté sur L'E.P.S.P beau séjour de Bejaia, en raison de la disponibilité d'un service de diabétologie où sont accueillis des malades atteints de tous types de diabète.

Le corps technique de la clinique est constitué d'une équipe représentée par des infirmiers et des médecins généraliste ainsi que des diabétologues.

En effet, le service propose des soins qui se résume par la prise de tension, la pesé ainsi que le taux de HB1C (hémoglobine glyquée) des contrôles qui s'effectue chaque trimestre.

On retrouve aussi un nutritionniste qui aide et explique aux patients diabétiques comment suivre et appliquer leur régime qui est spécialement conçu pour les patients diabétiques.

IV-Les limites de la recherche :

Notre travail sur le terrain a duré trois mois à une fréquence de deux fois par semaine à partir du 02mars2015 jusqu'au4mai2015, et consistait à la passation individuelle d'entretien et de l'échelle brève de stress et de stressor de Charly Cungi, aux diabétiques de type 2 présent pour leur contrôle dans un cadre de travail favorable ayant pour seul inconvénient l'absence d'un psychologue sur les lieux

V- La population d'étude et les caractéristiques de choix :

- Sélection aléatoire de notre population d'étude

Comme le thème de la recherche l'indique, le travail se portera sur des patients atteints du diabète de type 2. La rencontre avec les six cas nous a permis de constater une différence dans leurs réponses et commentaires face aux questions de l'échelle brève d'évaluation du stress de Charly Cungi.

Pour la population d'étude, nous avons procédé à la sélection de six cas atteints du diabète de type 2 adultes de sexes différents dont l'âge varie de 30 à 60 ans et qui ne dépasse pas les 65ans.

Nous avons opté à travailler avec des adultes pour la seule raison que le diabète de type 2 est plus fréquent chez ces derniers.

Les critères d'homogénéité retenus

- Tous les sujets sont atteints du diabète de type 2
- Tous les cas sont des adultes, dont l'âge varie entre (30 à 60 ans).

Les critères non pertinents pour la sélection

- Le niveau socioculturel : nous n'y avons pas accordé d'importance sachant que le diabète peut atteindre toutes les classes sociales.
- Le sexe : nous n'avons pas accordé d'importance pour cette variable dans notre recherche, sachant que notre échantillon d'étude est composé d'hommes et de femmes.

-Les caractéristiques de choix : (voir tableau ci-dessous).

Tableau n°1 récapitulatif des caractéristiques de choix de la population de la recherche :

Cas	Sexe	Age	Situation matrimoniale	Niveau d'instruction	profession	Type de diabète
Monsieur R	Masculin	53 ans	Marié	4ème année moyen	Retraité	Diabète de type 2
Madame S	Féminin	47 ans	Mariée	Aucun	Mère au foyer	Diabète de type 2
Monsieur H	Masculin	63 ans	Marié	Collège technique	Boulangier à la retraite	Diabète de type 2
Monsieur F	Masculin	58 ans	Mariée	Fin d'étude	Non valide	Diabète de type 2
madame D	Féminin	32 ans	Marié	Terminale	Mère au foyer	Diabète de type 2
madame Z	Féminin	55 ans	Marié	Aucun	Mère au foyer	Diabète de type 2

Le tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, la profession, la situation matrimoniale et le type du diabète. Concernant les noms des patients, nous avons tenu à les changer pour garder l'anonymat complet.

VI-Les outils d'investigation :

Dans le cadre d'une recherche scientifique, notamment en sciences humaines et sociales, il est nécessaire d'utiliser des outils de mesure efficace qui vont nous permettre d'atteindre nos objectifs et de valider notre étude, sachant que notre travail porte sur le stress chez les personnes diabétiques de type 2, nous avons opté pour la combinaison de deux sortes d'outils ; l'échelle brève d'évaluation du stress et des stressors dans le but de mesurer le degré de celui-ci, ainsi que l'entretien semi-directif qui déterminera les différents facteurs qui contribuent à l'apparition de ce syndrome.

L'échelle brève d'évaluation du stress de Charly Cungi

Dans notre recherche on va utiliser l'échelle de Charly Cungi dont le but de mesurer le degré de stress chez les personnes diabétique de type 2.

Les échelles brèves d'évaluation des stresseurs et du stress était inventé par le docteur Charly Cungi en (1997), cet outil à été élaboré pour évaluer le stress chez les personnes diabétiques de type 2, facile à comprendre et a remplir par les patients facile à dépouiller par les professionnels, explorent la manière dont un sujet perçoit ses stresseurs et la manière dont il aperçoit ça réaction de stress.

Ces deux échelles ont été utilisées de manière satisfaisante dans la pratique clinique pendant huit ans par des médecins généralistes, des médecins du travail, des psychiatres. Dans le but d'améliorer la rédaction des items.

- **Mode de passation :**

Il est demander au sujet de répondre aux items par (pas du tout, faiblement, un peu, assez, beaucoup, extrêmement).

Vue la baisse du niveau intellectuel de certains patients, nous étions dans l'obligation de traduire les questions et les items de l'échelle en arabe et en kabyle et d'écrire les réponses à leur places .

L'échelle d'évaluation des stresseurs (Annexe 1).

Le questionnaire comprend 8 items explorant huit groupes de stresseurs potentiels. Le sujet évalue l'importance pour lui de chacun des items avec une cotation allant de 1, très peu d'impacte .6, impact extrêmement important. L'étendue du score est de 8 .48.

Echelle d'évaluation du stress (Annexe1)

Le questionnaire comprend 11 items explorant 11 groupes de réactions possibles dans le stress. Le sujet évalue l'importance de la réaction avec une cotation allant de 1 très peu de réaction .6, réaction extrêmement importante. L'étendue du score est de 11.66.

Le dépouillement de l'échelle de l'évaluation des stresseurs et du stress:

Tableau n°2 : le dépouillement de l'échelle de l'évaluation du stress.

Entre 11-19	Entre 19-30	Entre 30-45	Au dessus de 45
Mon niveau de stress est très bas	Mon niveau de stress est bas	Mon niveau de stress est élevé	Je suis soumis à un niveau très élevé de stress

Tableau n°3 : le dépouillement de l'évaluation des stressseurs :

Entre 8-14	Entre 14-18	Entre 18-28	Au dessus 28
Mon niveau de stressseurs est très bas	Mon niveau de stressseurs est bas	Mon niveau de stressseurs est élève	Je suis soumis à un niveau très élevé de stressseurs

-Application sur terrain :

Après avoir choisi le lieu de la recherche (E.P.S.P beau séjour de Bejaia), l'application de l'échelle brève dévaluation des stressseurs et du stress sur les personnes diabétique de type 2 de 19 items (stressseurs et stress) qui a été faite en plusieurs jours s'est passée dans un environnement favorable et de compréhension des items. Vus le consentement des patients pour la passation de l'échelle brève dévaluation des stressseurs et du stress ce qui a favorisé les réponses spontané des patient diabétiques de types 2.

Après le recueil des données, nous avons passé à l'analyse des données obtenues par l'échelle.

-L'entretien clinique :

Parmi les techniques et méthodes de recherches utilisées, l'entretien clinique de recherche est celui choisi pour mieux accéder aux informations subjectives (histoire de vie, sentiment, représentation). Cette méthode, privilégiée dans de nombreuses disciplines des sciences humaines, c'est le cas tout particulièrement en psychologie clinique compte tenue de la spécificité de cette dernière, dont l'objectif est la création de nouvelles connaissances et la possibilité de généralisation.

Pouvant être utilisé seul ou associé à des tests psychologiques, échelles clinique ou à l'observation directe, l'entretien clinique peut faire partie des outils cliniques utilisés pour le recueil de données durant les procédures de recherche (Bénony.H et Chahroui.K,1999,P56)

Cet entretien est fréquemment utilisé comme méthode de production de données sous ses différents types, non directif (centré sur la personne) ou directif (ne permet pas au sujet d'exposer son point de vue) dans la recherche en psychologie clinique où il est indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives (biographie, représentations, croyances, émotions, vécus, histoires personnelles, souvenirs, rêves... etc.) de l'individuel.

Un entretien clinique semi-directif est celui où le chercheur dispose d'un guide d'entretien à travers lequel le chercheur pose des questions aux sujets qui permet à ces derniers d'associer sur le thème sans l'aspect spontané qui est moins présent dans ce type d'entretien (Chahraoui.K et Bénony.H, 2003, p.105).

L'entretien clinique de recherche est le même que les entretiens thérapeutiques et ceux d'évaluation par rapport à sa conduite, aspects techniques et l'attitude clinique que le sujet pousse à adopter. Toutefois il reste différent de ces derniers au niveau de ses objectifs qui visent le développement des connaissances d'un domaine choisi par le chercheur. En trouvant réponse aux hypothèses de sa recherche et de son thème, que le chercheur produit de sa propre initiative où il se trouve en position de demande (Chahraoui.K et Bénony.H, 1999, p.100).

Après l'entretien clinique nous allons maintenant expliquer comment nous avons élaboré notre guide d'entretien et de combien d'axe il se compose.

-Le guide d'entretien :

Notre guide d'entretien est composé de 4 axes. Chaque axe est composé des questions principales en relation directe avec notre recherche, pour recueillir le plus grand nombre d'informations possibles concernant le stress chez les personnes diabétiques de type 2. Les questions posées sont de type directif et semi-directif, elles seront posées en langue française et en langue kabyle pour assurer la bonne compréhension de celle-ci.

Pour ce guide d'entretien nous avons utilisé 04 axes : l'un concernant les informations personnelles du patient, l'autre en rapport avec les informations liées à son état de santé, le troisième c'est les informations liées aux traitements du patient, et le quatrième est relatif au regard du patient diabétique face à sa maladie chronique

Pour l'élaboration du guide, nous nous sommes référés à la pré-enquête que nous avons effectué au sein de la clinique beau séjour de Bejaia et cela en se basant sur les entretiens semi-directifs préliminaires utilisés pendant cette pré-enquête.

Dans la construction de ce guide nous avons bénéficié de l'aide du personnel médicale (E.P.S.P beau séjour de Bejaia) dans l'élaboration des items du deuxième axe lié à l'état de

santé du patient et le troisième axe lié aux traitements des patients diabétiques de type 2. (Annexe 2)

-le déroulement de l'enquête

Le choix du terrain d'étude a été porté sur la clinique beau séjour de Bejaia, en raison de la disponibilité des personnes diabétiques ou sont accueillis des malades atteints de tous types de diabète. En effet la clinique beau séjour propose des soins différents donnée aux différent cas. Tous les trois mois un contrôle s'effectue qui se résume à la pesé, la prise de tension ainsi que la vérification du taux de HB1C pour chaque patient.

Durant notre stage pratique qui a durée trois mois, nous avons eu accès aux informations nécessaire, grâce aux personnels médicale de la clinique beau séjour qui nous a permis d'observer leur travaille quotidien mais aussi de bénéficier de leurs conseils et directives.

Pour notre enquête nous avons optés pour la démarche suivante :

Après avoir rencontré les patients atteint du diabète de type 2 qui nous ont était orientaient par les infirmiers dans le bureau du médecin ou est fait la passation du test de l'échelle brève dévaluation des stressseurs et du stress de 19 item, et cela après le consentement de ces dernier quant à leur participation à notre travail de recherche.

Une fois la passation terminer nous retenons leurs coordonner afin de les rappeler pour une deuxième séance consacré à la passation de l'entretien clinique de recherche auprès de nos 6 cas présent et ponctuel pour la plupart, nous n'avons rencontré aucune résistance, ou réticence après l'explication de la procédure (consigne) nous entament notre entretien en suivant les questions soigneusement préparer dans notre guide d'entretien.

Synthèse :

A travers ce chapitre méthodologique, nous avons essayé d'assurer une certaine organisation de notre travail de recherche, ce qui nous a permis de comprendre le déroulement de la démarche descriptive adoptée et la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique, mais aussi apprendre à l'utilisation des techniques à suivre telle que l'échelle mesurant le stress chez les personnes diabétiques de type 2 et le guide d'entretien qui nous ont permis la vérifications de nos hypothèses.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

I-Présentation et analyse des résultats de l'entretien et de l'échelle de Charly cungi

II-Discussion des hypothèses

Synthèse

Préambule

Après la présentation du chapitre de la méthodologie de la recherche, celui-ci sera destiné à la présentation de nos six cas, qui ont bien accepté de se soumettre à notre entretien, ainsi que les résultats obtenus lors de la passation de l'échelle brève des stressseurs et du stress de Charly Cungi.

I-Présentation et analyse des résultats de l'entretien et de l'échelle de Charly Cungi

Cas clinique n°1:

Information personnelle du patient :

Monsieur Rachid, âgé de 53ans mariée père de deux enfants, actuellement à la retraite diabétique de type2 depuis 4ans après 10ans de problème de triglycéride.

Présentation et analyse de l'entretien de recherche :

Monsieur Rachid toujours aussi coopératif il garde toujours son sourire habituel avec lequel il répond à nos questions en toute aisance et spontanéité.

Information liées à l'état de santé du patient :

Nous avons commencé notre entretien en posant diverses questions sur le type de diabète qu'il présente « *type 2* » il est donc au courant et bien informer de son état et des informations liée au diabète « *bien sur je connais les risques liée a la vue les reins* ».

Jamais hospitaliser à cause de son diabète monsieur Rachid à bien réagie a l'annonce de son diabète « *normal il faut accepter ce que dieux nous a destiné* ». Une annonce effectuer suite à un dépistage qui a eu lieux a son travail qui l'oriente ensuite en clinique, malgré qu'il ne présentait aucun symptôme « *Rien, le médecin me demande si je m'évanoui et non je regarde bien aucun symptôme* ».Il pense que son état actuel soit provoquer par le facteur d'hérédité « *deux sœurs et mes oncles maternelle*».

Il a effectivement un bon nombre de ses proches qui sont diabétique, ceci n'empêche pas monsieur Rachid d'avoir une vie normal et de se sentir « *très bien* ».

Information liées aux traitements du patient :

Disposant d'un glucomètre, monsieur Rachid s'en sert 3fois par semaine par ailleurs il est nullement inquiet quant à son traitement dont il a une bonne connaissance qu'il a reçu au niveau de la clinique mais qu'il avait déjà en tête réplique t'il « *on connait comme même* ».

Monsieur Rachid est aussi bien informer sur le régime alimentaire que sur le traitement « *oui je connais je suis un peut le régime il est difficile de résisté et le light n'est*

pas light ». Qu'il avance toujours en gardant son sourire, il nous confie par la suite savoir reconnaître quant il fait une hypoglycémie « *bien sur ! Mais j'ai jamais fait une hyperglycémie* ».

Information liée au regard des autres face à son diabète :

Monsieur Rachid ne cache pas son diabète en disant « *cachez quoi ! Avant on se demandé ce que c'était, le plus difficile c'est la maladie, les gens meurent sans ça* ».

Il ne rencontre donc aucun problème à vivre son diabète au sein de sa famille en qualifiant sa relation avec cette dernière de « *très bien* ». N'ayant besoin de personne pour suivre son traitement (insulinodépendant) qui ne l'empêche pas d'avoir une vie normale et de fréquenter des endroits publics, il ne se sent pas seul et même soutenu par ses proches.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle du 1^{er} cas :

Lors de la passation des échelles, monsieur Rachid répond précisément aux questions avec un sourire communicatif, nous obtenons les résultats suivants :

Tableau n°4 : présentation des résultats des échelles du 1^{er} cas

Effectif	Présentation du cas	Score moyen des stressés	réponse	Score moyen du stress	Réponse
1	1 ^{er} cas	11	Très bas	19	bas

Selon le total des items le score moyen des stressés de Monsieur Rachid est de 11 (4+1+1+1+1+1+1+1=11)

Dans la première sous échelle, la réponse 5 est le seul à être marqué par un niveau de stressés élevé, le reste des items (2a7) le niveau des stressés est très bas.

On constate alors à travers ces résultats que monsieur Rachid n'a subi qu'une seule situation traumatique qu'il ne vit plus actuellement et qu'il ne se plaint d'aucun problème familial ou professionnel .

Selon le total des items le score moyen de stress de monsieur Rachid est de 19 (1+2+3+1+5+1+2+1+1+1+1=19)

Concernant la deuxième sous échelle le score du cas n°1 est toujours faible, révélant un niveau de stress bas, seule une tension musculaire est détectée chez ce dernier comme étant élevée (item5) ou encore une insatisfaction du travail des autres (item3), cependant il ne souffre pas de fatigue, de palpitation ou de problème de sommeil et d'aucune addiction (item 4, 6, 8, 9, 10,11)

Synthèse du cas n°1

D'après l'analyse de l'entretien que nous avons effectué avec monsieur Rachid et l'interprétation des résultats de l'échelle des stressés et du stress. On déduit que le stress chez ce sujet est bas malgré une forte tension musculaire qui pourrait être expliquée par sa sédentarité et d'un léger perfectionnement qui fait partie de son tempérament habituel ne changeant en rien ce dernier.

L'addition des notes obtenues révèle un très bas niveau de stress chez monsieur R ce qui peut s'expliquer par sa connaissance du diabète de son traitement et de son inconscience vis-à-vis des regards des autres. Monsieur Rachid profite de sa vie paisible de retraité avec ou son seul souci reste d'assurer un avenir pour ses enfants cependant il ne nie pas la difficulté rencontrée.

Cas clinique n°2 :

Information personnelle du patient :

Madame Saida est une femme de 47ans et mère au foyer de deux enfants âgées de 16 et 22ans qui n'a pas pu continuer sa scolarité mais cela ne la pas empêcher de suivre des formations et d'obtenir des attestations de couture et de gâteaux.

Présentation et analyse de l'entretien de recherche :

Madame Saida a tout de suite accepté de participer à notre travail de recherche et à aussi souligner son besoin de parler à un psychologue a cause de sa situation compliqué et difficulté dans sa famille .

Informations liées à l'état de santé de la patiente :

Après a voir bien expliquer à madame Saida le principe de notre entretien clinique de recherche celle-ci répond à la première question par « *je ne savais pas que j'avais le diabète car je ne pouvais pas consulter à cause de mes nombreux problème de famille.* ». Elle ne se souvient plus de la durée de son diabète ce qui nous obliger de vérifier son dossier ; autre élément qu'elle ignore c'est le type de son diabète qu'elle explique par « *je ne connais pas grand-chose à propos de sa, je fais juste confiance au médecin* ». Madame Saida continue de parler de ses soucis quotidiens quant aux raisons qui ont provoquées son diabète et les symptômes qui provoque ce dernier ou elle déclare « *à cause de mes problèmes avec ma famille mon mari ne travaille pas je suis toujours malade et resté au lit pendant un bon moment, je n'avais pas les moyens d'aller chez le médecin ,une fois que j'ai pu faire mes analyse ils ont démontré que j'avais un diabète j'ai directement pensé que cela était a cause de mes problèmes mais aussi l'hérédité* ». Effectivement le père de madame Saida succombe a son diabète quelque année auparavant « *mon père a beaucoup souffert* ». Ce qu'il ne la pas empêcher cependant de bien réagir au moment de l'annonce de son diabète ou elle avoue « *le diabète est une maladie chez tout le monde je ne pensais qu'au manque de moyen, d'argent et des problèmes que je vivais* ».

Malgré qu'elle n'ait jamais été hospitalisée madame Saida contracte une légère complication aux yeux due au diabète, remarque au passage que c'est la seule complication qu'elle connaît elle déclare « *oui les yeux* ». En parlant des complications du diabète, elle avoue alors se sentir fatiguer et malade au moment de l'entretien en avouant « *j'ai besoin d'un psychologue femme* ». Même si elle déclare que sa vie n'a pas changé notamment avec son mari et sa vie de couple par une simple phrase « *c'est la même chose* ».

Information liées aux traitements du patient :

A travers les questions de ce troisième axe nous constatons que madame Saida fait extrêmement attention à sa santé en suivant rigoureusement les consultations médicales et les analyses qu'elle affirme par « *oui, obliger !* ». Elle nous affirme aussi posséder un glucomètre et savoir s'en servir grâce à l'association des diabétiques par contre elle ne connaît pas son traitement et fait sortir ses boîtes de médicaments de son sac ce qu'il ne l'inquiète pas pour autant « *non, je ne suis pas inquiète voilà tout ce que je prends, je me surveille* ». En effet madame S surveille son taux de glucose quotidiennement « *Je vérifie mon taux de sucre tous les jours* ».

On constate aussi que les informations qu'elle possède concernant la surveillance médicale qu'elle applique est due comme elle le dit elle-même « *je sais qu'il faut surveiller car j'ai vu mon père donc je connais déjà* ». Malgré cela elle n'a pas l'air certaine de respecter son traitement et son régime alimentaire en déclarant « *je suis active je bouge beaucoup* ». Quand il s'agit de reconnaître une hyperglycémie d'une hypoglycémie elle déclare « *je connais je remarque que je tremble lorsque je fais une hypo donc je mange* » Mais elle ne dit rien par rapport à l'hyperglycémie

Information liées au regard du patient face à sa maladie chronique :

Concernant son entourage et sa famille madame Saida avoue « *rien ne change, tout est bien et normal, bien sûr qu'il me soutient* ». Elle ajoute en même temps de pas avoir besoin d'eux pour effectuer ses soins en disant « *je le fais toute seule je leur demande juste de me donner la paix* » Sans oublier de mentionner la bonne relation qu'elle entretient avec eux, contrairement aux autres « *non, je n'ai parlé de mon diabète qu'à mes proches, les gens ne vont pas m'aider* » Madame Saida déclare aussi « *je vie comme tout le monde sauf quand la fatigue me prend* ». En parlant de sa fréquentation des lieux publics, son contacte est donc diminué mais n'est pas très important pour elle « *Non, j'ai pas de problème avec les endroits publics je sort normal* ».

Présentation et analyse des résultats de l'échelle du 2^{ème} cas :

Au moment de la passation du test madame Saida répond facilement aux questions avec assurance sans laisser passer l'occasion de parler encore de ses problèmes quotidiens.

Tableau n°5 : présentation des résultats des échelles du 2^{ème} cas

Effectif	Présentation du cas	Score moyen des stressseurs	réponse	Score moyen du stress	Réponse
1	2 ^{ème} cas	24	élevé	43	Élevé

Selon le total des items le score moyen des stressseurs de madame Saida est de 24(6+1+3+5+6+1+1+1=24)

On remarque que les réponses de madame Saida à la moitié des items se trouve être élevés et parfois même très élevés ce qui nous amène a constater un très fort traumatisme et qu'elle vit une surcharge de responsabilité et de travail a la maison , ce qui ne lui convient pas et la déprime, en plus des importants soucis familiaux auxquels elle doit faire face

Selon le total des items le score moyen de stress de madame Saida est de 43(6+6+6+5+1+4+6+1+6+1+1=44)

Concernant la deuxième sous échelle, nous remarquons ce score élevé qui démontre l'état de stress de madame Saida, ce qui est confirmé par sa sensibilité et l'irritabilité et son insatisfaction du travail des autres sans oublier son habituelle anxiété et fatigue ressenti, elle se plain aussi de tremblement et de problème de sommeil, chose qu'elle confirme à travers les items (1, 2, 3, 4, 6, 7,9).

Synthèse du cas 2 :

Après l'interprétation des résultats de l'échelle des stressseurs et du stress, qui complète l'analyse de l'entretien clinique de recherche, auxquels madame Saida a répondu.

On peut déduire avec les stressseurs subit par madame Saida qui sont aussi cohérent avec le discours de madame Saida qui se plain essentiellement de problème d'argent et de difficulté de la vie déjà bien avant son diabète qui vient s'ajouté a tout ça.

Malgré sa modeste connaissance de sa maladie qui emporta son père elle ne peut que suivre ce que le médecin lui demande, et ce malgré les difficultés d'argent qu'elle rencontre, elle avoue avoir besoin d'une aide mais celle d'une psychologue et non pas des autres

Cas clinique N°3

Information personnelle du patient :

Monsieur Hocine est un homme âgé de 63 ans, ancien boulanger à la retraite, il est atteint d'un diabète de type II depuis 10 ans. Sans enfants monsieur Hocine vit tranquillement avec sa femme après la récente mort de sa mère.

Présentation et analyse de l'entretien de recherche

D'apparence calme et patient, Monsieur Hocine accepte facilement de participer à notre travail de recherche, il répond rapidement et facilement avec une très bonne maîtrise du français

Information liées à l'état de santé du patient :

Monsieur Hocine découvre son diabète il y'a dix ans, il l'explique par « *kan youjaani yeddi , mais j'avais penser que c'était due au rhumatisme, après les analyses il m'avait dépister le diabète c'était un choc* », il n'avait donc jamais penser au diabète malgré certains symptômes qu'il avait remarqué. « *J'étais très maigre, je buvais beaucoup d'eau, j'uriner mais je n'ai jamais pensé au diabète* », c'est donc pour cela que l'annonce de son diabète était donc un choc auquel il trouve une explication « *j'étais choqué, j'ai même pleuré quand j'ai su pour le diabète, je ne m'y attendais pas d'ailleurs je peux dire que c'était à cause de la perte de notre boulangerie qu'on posséder depuis 40 ans déjà, je ne supportais pas cette situation* ».

Actuellement son état s'est stabiliser, il le dit lui-même « *ca va très bien !* », malgré qu'il soit le seul de sa famille à être diagnostiquer comme diabétique de type II qu'il connaît ainsi que les complications, « *je n'ai jamais états hospitaliser mais j'ai mal aux pieds* ».

Concernant sa vie monsieur Hocine continue de la vivre et la décrit, « *on fait avec, ma vie est normale* ».

Information liées aux traitements du patient :

Quand il s'agit de ses contrôles et analyses sanguins monsieur S est rigoureux, « *je consulte régulièrement mon médecin et il faut faire les analyses* ». C'est sûrement pour cela qu'il ne s'inquiète pas en ce qui concerne son traitement médical, cela n'empêche qu'il oublie de prendre ou de préparer ses médicaments, et pas que malgré qu'il possède un glucomètre deux ans après son dépistage du diabète, il ne s'en sert jamais et n'effectue aucun test, pareil pour le régime alimentaire à suivre, il avoue tout de même être informé du diabète, « *oui ,je connais grâce à la télévision tout se qui concerne le traitement et sa surveillance mais je fais*

semblent de ne pas connaître et je ne respecte pas du tout les prescriptions du médecin ». Ajoutant à cela qu'il ne sait pas reconnaître une hypoglycémie d'une hyperglycémie il répond d'ailleurs « pas du tout ».

Information liée au regard des autres face à son diabète :

Monsieur Hocine vit son diabète avec sa femme en particulier et seulement quelques amis car à l'époque (il a 10 ans) le diabète n'était pas une maladie banale, il admet n'avoir besoin de personne d'autre « *je vis mon diabète avec ma femme et je n'ai pas du tout besoin des autres, je suis beaucoup soutenu par ma famille* ». Surtout qu'il ne rencontre pas beaucoup de monde « *je ne fréquente pas les cafés et les endroits publics* ».

Présentation et analyse des résultats de l'échelle du 3^{ème} cas :

Monsieur Hocine répond toujours présent avec ponctualité pour la participation à notre travail et répond très rapidement aux questions des items avec assurance

Tableau n° 6 : présentation des résultats des échelles du 3^{ème} cas

Effectif	Présentation du cas	Score moyen des stressés	réponse	Score moyen du stress	Réponse
1	3 ^{ème} cas	16	Bas	30	Bas

Selon le total des items le score des stressés de monsieur Hocine est de $16(5+1+1+5+1+1+1+1=16)$.

Dans cette première sous échelle, on remarque un total décrit comme bas qui nous informe sur l'absence de traumatisme actuel item(2) de problèmes familiaux, de dettes (items 5,6). Le score des items (1 et 4) nous informe d'un traumatisme déjà vécu qui est la perte d'un bien précieux et puis la mort de sa mère, et sa retraite qui ne lui convient pas car il souhaiterait continuer à travailler comme boulanger.

Selon le total des items le score moyen de stress chez monsieur Hocine est de $30(6+6+6+1+1+3+3+1+1+1+1=30)$.

En ce qui concerne cette dernière sous échelle, elle nous rend compte d'une forte sensibilité (item1), irritabilité (item2) et très perfectionniste item(3). Mais encore de légers problèmes de sommeil item(6) et anxiété item(7), cependant monsieur Hocine ne présente aucune réaction somatique due au stress (tension musculaire, fatigue ou addiction).

Synthèse du cas 3:

D'après l'analyse de l'entretien que nous avons effectués avec monsieur Hocine, on note qu'il ne présente aucune difficulté ou complication due à son diabète qui date de 10ans ce qui pourrait s'expliquer par une diminution du choc qui pour lui avait provoqué son diabète.

Sa vie normale qui suit son cours malgré son manque de rigueur quant au suivi de son traitement et régime alimentaire dont il est bien informé, le score moyen bas qui révèle un stress bas chez monsieur Hocine nous révèle à travers l'analyse des résultats de l'échelle Charly Cungi , nous confirme l'absence de stress, en effet monsieur Hocine est loin de toute source de stress surtout qu'il ne considère pas sa maladie comme grave .

Cas clinique n°4:

Information personnelle du patient :

Monsieur Farid est mariée père de 3enfants âgée de 58ans , non valide il est atteint d'un diabète de type 2 depuis 2ans, après avoir était hospitalier pour une bronchite.

Présentation et analyse de l'entretien de recherche :

Monsieur Farid était très souriant et joyeux quant il a su qu'on était des psychologues stagiaires, il répondait a nos questions avec enthousiasme et une grande ouverture d'esprit.

Informations liées à l'état de santé de la patiente :

Après lui avoir expliqué les consignes et le but de notre entretien clinique de recherche monsieur Farid répond à la première question « *j'ai su que j'avais un diabète lorsque j'ai été hospitalisé à cause d'une bronchite cela fait exactement 2ans* ». Ensuite en lui a demandé s'il connaissait le type de diabète qu'il avait il répond « *normalement j'ai le type 2* ».Même si les symptômes y était monsieur Farid ne savait pas qu'il avait un diabète « *je uriner beaucoup j'avais toujours faim et une envie de boire de l'eau, ma bouche était toujours sèche* ».Même si ses deux frères ainsi que sa sœur était diabétiques il pense que cela n'a pas de rapport avec son diabète « *je sais que les médecin disent que c'est héréditaire ,mais moi je pense que mon diabète est du au corticoïde que je prend a cause de mon arthrose* ».

A l'annonce de son diabète monsieur Farid dit avoir bien réagit « non normal ».Jamais hospitaliser a cause de ce dernier il déclare connaitre les complications liées au diabète « *bien sur, il attaque les reins, les yeux...* ».Il nous informe aussi qu'il assiste aux réunions d'information sur le diabète que l'association des diabétiques organise.

Informations liée aux traitements du patient :

Ayant un glucomètre monsieur Farid déclare savoir s'en servir « *oui j'ai un glucomètre et je l'utilise à chaque fois que je mange et aussi quand je ne me sens pas bien* »Ajoure dans ses contrôles avec le médecin il déclare n'avoir jamais raté un rendez vous « *je n'ai jamais raté un seul rendez vous depuis que je suis diabétique* ».

Après lui a voir poser la question si il pensait respecter son régime alimentaire et son traitement il répond avec un grand sourire « *le traitement oui, mais le régime je ne le suis*

pas a 100% ce n'est pas possible ». Il ajoute aussi savoir reconnaître une hypoglycémie d'une hyperglycémie « *quand je fais une hypo je tremble alors que pour l'hyper j'ai des vertiges ».*

Information liée au regard des autres face a sa maladie chronique :

Concernant l'entourage de monsieur Farid il avoue on avoir parlé a sa famille « *oui ma famille et mes amis proche savent que je suis diabétique ».* Il rajoute aussi « *je vis mon diabète comme une personne normale, ma femme m'encourage même si je suis très nerveux ».* Il nous informe aussi qu'il n'a pas besoin de sa famille pour prendre son traitement et qu'il essaye de vivre comme une personne tout a fait normale même si dés fois cela est un peut difficile.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle du premier cas :

Lors de la passation des échelles on n'a pas rencontré des difficultés avec monsieur Farid, il nous répondait avec exactitude et ouverture, et on a fini par l'obtention des réponses suivantes :

Tableau n°7 : présentation des résultats de l'échelle du 4^{ème} cas

Effective	Présentation du cas	Score moyen des stresseurs	Réponse	Score moyen du stress	Réponse
1	4	24	Elevé	50	Très élevé

Selon le total des items le score moyen des stresseurs de monsieur Farid est de $24(3+0+3+8+10=24)$

On remarque que les réponses de monsieur Farid se trouvent être majoritairement élevées et révèlent qu'il ai vécu un traumatisme et qu'il continue à le vivre (items1 ,2) s'ajoute à ses nombreux problèmes familiaux et son faible revenu (iteme5,6), il pense alors que sa maladie est grave pour ce qu'elle cause comme incapacité (item8)

Selon le total des items le score moyen de stress chez monsieur Farid est de $50(2+6+6+4+5+5+6+5+6+4+1=50)$

En plus de révélé un score très élevé de stress son score ne fait connaitre la grande irritabilité et l'insatisfaction dont souffre monsieur Farid depuis son diabète (items2,3) ses problèmes de sommeil (items6) surement due a son anxiété car il se fait énormément du souci (item7) s'ajoute a ca une grande sensation de fatigue sans oublier les troubles somatiques dont il souffre comme les palpitation ,tension musculaire ,hypertension (items 4,5,10)

Synthèse du cas 4 :

Les résultats de l'échelle de Charly Congi et de l'entretien, nous révèlent que monsieur Farid présente un niveau de stress très élevé qui est due à son diabète et aux nombreux soucis qu'il rencontre dans sa vie et dont il avoue l'important impact qu'ils ont sur ce dernier.

En effet monsieur Farid nous rapport que malgré l'acceptation de sa maladie qu'il a appris à connaître et à surveiller et ses problèmes d'argent qu'il arrive à surmonter, il n'arrive pas à s'habituer à sa nouvelle situation de diabétique quand il s'agit de sa vie de couple qui est lourdement affecter par son diabète

Cas clinique n°5 :

Information personnelle du patient :

Madame Dounia est une femme au foyer de 32ans mère de deux enfants âgées de 10 et 5ans qui a arrêté ses études en terminal pour se marier.

Présentation et analyse de l'entretien de recherche :

Madame Dounia paraissait fatiguée, pâle et soucieuse déprimé et inquiète elle se cachait derrière ses larmes ; mais malgré cela elle a accepté de participer à notre travail de recherche on nous avouons une envie forte de parler à un psychologue.

Informations liées à l'état de santé de la patiente :

Madame Dounia était réticente au début par peur de divulgué son nom, mais après lui avoir expliqué le principe de notre travail de recherche elle à commencé à se sentir plus aise et à souligné qu'elle avait vraiment besoin de parler à un psychologue car elle se sentait très stressée et nerveuse en même temps après cela el déclare « *je suis diabétique depuis 4a5ans* ».

Diabétique de type 2 elle pense que son diabète est due à l'hérédité « *c'est héréditaire tous mon coté paternel est diabétiques* ».Et elle nous informe aussi « *je pense que je l'avais depuis longtemps mais je ne l'ai pas senti jusqu'au jour ou je suis tombé enceinte* ».Même si elle connaissait le diabète et que un bon nombre de sa famille l'avait ,cela ne la pas aidé a bien réagir a l'annonce de son diabète « *j'ai pleurée ,je n'ai pas voulu et j'avais peur pour mes enfants qu'ils ait la même maladie que moi* ».Jamais hospitaliser à cause de son diabète elle nous informe connaître les complications liées a ce dernier « *oui je connais, ça attaque les yeux, les reins ainsi que les nerfs* ».Elle rajoute aussi « *je suis toujours triste et fatiguer je sais pas comment faire* ».Au moment ou elle disait ça on a remarqué que ses yeux brillés et elle avait une envie de pleuré mais essayer de le cacher .

Information liée aux traitements du patient :

A travers les questions de ce troisième axe nous constatons que madame Dounia ne fait pas vraiment attention à son traitement en avouons « *dés fois je rate mes consultations médicale, même mon traitement j'oublie de le prendre car je me souviens pas si je l'ai pris ou pas* ». Pas du tout inquiète concernant son traitement elle affirme posséder un glucomètre et savoir s'en servir ; en lui posent la question si elle suivait bien son régime alimentaire elle

répond par « *dés fois oui et dés fois non ça dépend, mais ma sœur elle le suit très bien son régime elle est plus forte que moi* ». Elle ajoute aussi « *j'aimerais bien faire du sport mais faute de moyen je ne peux pas* » en baissant la tête elle déclare « *allah ghaleb* ». Après ça en lui demande si elle savait reconnaître une hyperglycémie d'une hypoglycémie elle nous répond par « *pas du tout je ne fais pas la différence* » en secouons la tête et avec un air toujours aussi triste.

Informations liée au regard des autres face a sa maladie chronique :

On remarque que même si madame Dounia n'a pas accepté son diabète mais cela ne la pas empêcher de dire aux autres qu'elle était diabétique et d'essayer de vivre son diabète au sein de sa famille le plus normalement possible en déclarant « *normal j'essaye de l'accepter et puis s'est tout* ». Elle qualifie sa relation avec sa famille de « *bien, je me sens soutenu et épaulée* ».

On remarque par son comportement que madame Dounia est triste et fatiguer ce qu'elle confirme par « *dite moi ce que je dois faire pour que je ne sois plus triste, stressé et aussi nerveuse* ». On voie on elle une grande détresse et un grand besoin d'être écouté.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle du 5^{eme} cas :

Lors de la passation des échelles, notre patient était attentive, précises dans ses réponses, et on a fini par l'obtention des résultats suivants :

Tableau n°8 : présentation des résultats des échelles du 5^{eme} cas

Effectif	Présentation du cas	Score moyen des stressseurs	réponse	Score moyen du stress	Réponse
1	5 ^{eme} cas	30	Très élevé	38	Très élevé

Selon le total des items le score des stressseurs de madame Dounia est de 30(6+6+4+5+1+1+6+1=30)

Dans cette première sous échelle ,elle révèle que madame Dounia vit actuellement un choc qui est beaucoup plus une déception amoureuse liée à son mariage(items1 , 2) , elle regrette aussi de ne pas travailler et trouve que sa situation de femme au foyer ne lui convient pas (item4) ce qui la met en surcharge face à tout ce qu'elle doit supporter comme mauvaise

ambiance à la maison (item 3), c'est pour cela qu'elle sort beaucoup cherchant à s'éloigner de tout ça (item 7) quant à sa maladie elle ne la considère en rien comme grave (item 8)

Selon le total des items le score moyen de stress chez madame Dounia est de 38(6+6+1+1+6+2+6+3+5+1+1=38)

Dans cette deuxième sous échelle l'extrême sensibilité, l'irritabilité et colère (items 1,2) sans pour autant être perfectionniste ou insatisfaite (item 3), cependant elle est très anxieuse (item 7) et fatigué (item 8) ce qui pourrait être derrière sa très forte sensation de tension (item 5) vue qu'elle ne présente aucun problème somatique ou de sommeil (items 4, 6, 10).

Synthèse du cas 5 :

A partir des résultats de l'échelle de Charly Cungi et de l'analyse de l'entretien , nous remarquons un score très élevé de stress chez madame Dounia qu'elle justifie par le nombreux problèmes qu'elle rencontre dans sa vie comme le manque de moyen qu'elle ne supporte plus et qui pour elle la cause principale de son changement d'humeur et de tempérament qu'elle avoue vivre depuis son diabète , elle ignore donc ou n'accepte pas le fait que son état de stress est un effet du au diabète, malgré ses informations qu'on peut qualifier de satisfaisante en ce qui concerne sa maladie .

Cas clinique N°6

Information personnelle du patient :

Agée de 55 ans, madame Zahia est une mère au foyer de 8 enfants âgés entre 34 et 12 ans dont deux naissent après son dépistage du diabète et elle est même grand-mère de deux enfants. N'ayant jamais été à l'école, elle aide son mari en préparant du pain maison pour une épicerie du coin malgré son diabète de type deux.

Présentation et analyse de l'entretien de recherche

Madame Zahia accepte de participer à notre travail malgré l'inquiétude qu'on pouvait apercevoir au moment où elle s'installe sur la chaise, très vite elle prend confiance se détend et commence à parler de tout sans même lui poser la question.

Information liées à l'état de santé du patient :

A l'âge de 45 ans madame Zahia, découvre son diabète du jour au lendemain comme elle le raconte, « *Mon diabète à été causé par le choc de mon fils, après que j'ai su qu'il avait une déformation de veine au niveau du cœur* ». Suite à cette annonce elle ne tarde pas à tomber malade ce qu'elle explique « *je me suis directement mal senti, une grande fatigue, peur et douleur partout, je suis parti moi même chez le médecin qui diagnostic 4 g/l de sucre dans mon sang et qui m'envoie en urgence à l'hôpital* ».

Pour cette dame il est donc clair que son diabète est due à son choc en relation à la maladie de son fils qui va mieux en ce moment, malgré l'atteinte de ses proches du diabète qui favorise le facteur d'hérédité, elle insiste « *Mon père ; mes deux sœurs, mon oncle et mon cousin sont tous diabétiques mais moi c'est le choc de mon fils qui me l'a causé* ». Cette insistance, à trouver des raisons pour son diabète est probablement due à son manque d'information concernant le diabète, elle ignore d'ailleurs son type et ne connaît que les informations données par son médecin « *oui le médecin me parle et m'explique des complications et aussi je le vois chez les gens* ». Elle avoue aussi ne pas avoir eu peur ni maintenant ni au moment de l'annonce ; « *je n'ai pas eu peur, normal tout le monde peut être atteint, en ce moment je suis normale* ».

Information liées aux traitements du patient :

A travers cet axe les réponses de madame Zahia nous permettent de constater son respect des contrôles médicaux, « *jamais je ne rate un rendez-vous médicale .c'est obligé pareil pour les analyses sanguin, je les fais toujours au même laboratoire* ». Son traitement est composé essentiellement de comprimés mais elle avoue, « *le médecin me conseil de prendre l'insuline car c'est mieux pour réguler mon taux de sucre, mais j'ai peur de l'aiguille* ».

je ne veux pas prendre de risque ». Il n' ya pas que les aiguilles dont elle à peur ajoute- t'elle « je m'inquiète parfois du traitement mais surtout des complications en d'autres maladies comme le cancer...ça m'arrive d'oublier de prendre mes médicament »

Madame Zahia, explique qu'elle n'utilise que parfois son glucomètre, *« j'ai un glucomètre à maison je ne l'utilise pas souvent car je n'arrive pas à m'en servir, j'ai besoin de l'aide de mes enfants je ne connais pas les chiffres »*, pareil pour ce qui est du régime alimentaire *« je n'y arrive pas, je sais que je ne dois pas manger certaine choses, un jeune homme à la clinique nous explique tout ça »*. On peut dire alors qu'elle ne respecte pas sa nouvelle hygiène de vie ce qu'elle confirme elle-même *« je ne respecte pas le régime, et parfois j'oublie de prendre mes médicaments »*.

Toutefois madame Zahia arrive à reconnaître une hyperglycémie d'une hypoglycémie, mais ne sait pas toujours comment réagir *« lors d'une hypo je me sens fatiguée, je tremble et j'ai faim alors je bois du sucre dilué dans l'eau. Mais lors d'une hyper je me sens lourde et je veux dormir mais je ne sais pas quoi faire alors je prends un café noir sans sucre »*.

Information liée au regard des autres face a son diabète :

Madame Zahia, nous aprons à travers ses dires que son mari joue un rôle important dans sa vie de diabétique, il était d'ailleurs le premier à le savoir *« j'ai tout de suite dit à mon mari DAKHLA, il ne m'énerve jamais et ne me fait jamais de mal »*, elle avoue même que c'est elle qui ne le ménage pas avec ses crises de nerfs depuis son diabète .Un diabète dont elle parle à tout le monde *« je ne cache pas, je le dis à tout le monde REBBI IKAYITHID NEKI ADKEFREGH »*. Elle vit donc bien avec son diabète, *« Normal comme si je n'étais pas malade »*. Même si elle a toujours besoin de ses enfants pour son traitement, en déclarant *« Oui c'est eux qui me rappel très souvent le régime ou les comprimés à prendre »*, elle continue en décrivant le comportement et le soutien apporter par ses enfants qui reflète l'agréable relation qui les lies *« ils sont bien gentils, ne se disputent pas entre eux. J'espère qu'ils ne changerons pas »*

Malgré ça, madame Zahia trouve le moyen de se plaindre des efforts qu'elle fournit pour tenir sa maison en disant *« je cris sur les filles car elles ne m'aident pas contrairement aux garçons »*. Quand il s'agit de sortir elle ne se prive pas mais prend ses précautions et raconte *« Non je continue de sortir mais je prends mes médicaments, des bonbons et quelque choses à manger, ça ne me cause pas de problème »*. Elle prouve par la que sa vie ne change pas tant que ça à ses yeux.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle du 6^{ème} cas :

Lors de la passation de l'échelle de Charly Congi, madame Zahia profite des questions pour parler de sa famille, d'elle et de sa vie elle décrit tout cela, mais n'hésite pas à nous donner les réponses qui conviennent.

Tableau n° 9 : présentation des résultats des échelles du 6^{ème} cas

Effectif	Présentation du cas	Score moyen des stressés	réponse	Score moyen du stress	Réponse
1	6 ^{ème} cas	31	Très élevé	55	Très élevé

Selon le total des items le score des stressés de madame Zahia est de 31(6+1+6+6+1+6+4+1=31).

Dans la première sous échelle, les réponses à score élevées, révèlent qu'elle a vécu un traumatisme (item 1), une surcharge de travail qu'elle subit tous les jours (item 2) mais aussi qu'elle voudrait avoir une meilleure vie que celle-ci plus facile et moins fatigante (item3). S'ajoutant à ça le faible revenu de sa famille qui est la source principale de ses soucis (item6), Malgré tout cela, elle ne considère pas son diabète comme une maladie grave (item8) ou un traumatisme actuel (item2).

Selon le total des items le score moyen de stress chez madame Zahia est de 55(6+6+6+3+5+6+6+6+4+4+5+4=55).

On remarque que son état de stress est très élevé. Révélant ainsi sa grande sensibilité (item 1), irritabilité (item2) en cherchant toujours un perfectionnement qu'elle ne peut pas toujours avoir (item3), ce qui lui provoque une forte anxiété (item7) la poussant à de fortes réflexions lui causant de grands problèmes de sommeil (item6), des problèmes gastriques (item10), une tension musculaire (item5), accompagnée de fatigue et de manifestations corporelles tels que les maux de tête (items 9et 8) ou encore de légers tremblements du corps (item4).

Synthèse du cas n°6

A partir des résultats de l'échelle de Charly Cungi et de l'analyse de l'entretien nous constatons que madame Zahia vit son diabète depuis 14 ans de manière normale qui n'engage aucun changement dans son mode de vie, malgré cela on remarque qu'elle présente un stress très élevé, qui est probablement provoqué, par son anxiété quotidienne en relation avec sa

situation financière qui l'inquiète vis-à-vis de ses enfants et du manque de moyens. S'ajoutant à cela son manque d'information sur son traitement et son incapacité à surveiller ce dernier, en effet son diabète ne se stabilise pas et se situe toujours entre 1 et G/L de sang.

II-Discussion des hypothèses :

Dans cette partie nous allons exposer une synthèse des résultats obtenus lors de la passation de l'entretien et de l'échelle brève des stressseurs et du stress de Charly cungi, qui ont été passer durant notre période de stage effectuer à la clinique beau séjour, dans le but d'établir une discussion des hypothèses qui viennent répondre aux questions de notre problématique.

Après avoir accompli cette passation individuelle de l'échelle brève des stressseurs et du stress de Charly cungi, auprès de notre population de recherche ; nous avons obtenus après cotation les résultats illustrés dans le tableau qui suit. A travers lequel nous allons pouvoir confirmer notre première hypothèse « **Les personnes atteinte du diabète de type II présentent un état de stress** ».

Tableau n°10 : Récapitulatif des résultats de l'échelle brève d'évaluation du stress de Charly Cungi

Les cas	Niveau des stressseurs				Niveau de stress			
	T.bas	Bas	Elevé	T. élevé	T.bas	Bas	Elevé	T. élevé
Monsieur Rachid	X					X		
Madame Saida			X				X	
Monsieur Hocine		X				X		
Monsieur Farid			X					X
Madame Dounia				X				X
Madame Zahia				X				X

Ce tableau nous permet donc de constater que notre population de recherche est entièrement touchée par le syndrome de stress, à des niveaux différents.

Les diabétiques de type II qui manifestent un niveau de stress très élevé sont au nombre de deux (02), ceux qui le manifeste avec un niveau élevé sont également au nombre de deux (02), quant au deux cas restant le premier manifeste un niveau de stress bas et le second très bas de là on déduit que quatre cas sur six manifestent un niveau de stress important.

Les diabétiques de type II qui manifestent un niveau de stress très élevé sont au nombre de trois (03), un seul cas le manifeste à un niveau élevé quant au deux autres cas leur stress est manifesté à un niveau bas (02). On remarque par là, une absence d'un niveau très bas du stress ce qui confirme notre hypothèse ; les diabétiques de type II présentent majoritairement un état de stress.

Ces mêmes résultats, illustrés dans le tableau précédent qui résume les niveaux de stress rencontrés chez nos six diabétiques de type II, vont maintenant nous permettre à présent la confirmation de la seconde hypothèse « **l'état de stress se manifeste à des degrés divers chez les diabétiques de type II** »

En effet, en plus des différents niveaux de stress que manifestent nos six cas, nous remarquons que ces derniers présentent des états de stress à différents degrés, mais aussi de différents symptômes. Chez les trois cas, présentant un état de stress élevé dont madame Zahia, Dounia et monsieur Farid, nous remarquons une manifestation de symptômes. En premier lieu, monsieur Farid présente un niveau élevé de stress contrairement à madame Dounia et madame Zahia, qui elles présentent un niveau de stress très élevé ; quant aux symptômes de stress présentés chez ces trois cas, nous remarquons un même score pour ce qui est de l'irritabilité et de l'anxiété (score des items 2 et 7) et un même score chez les dames en ce qui s'agit de la sensibilité (item 1). Pour le reste des troubles liés au stress (troubles du sommeil, fatigue ; addiction, trouble somatique), ces derniers sont tous présents à de différents degrés chez nos trois cas au stress très élevé.

Pour ce qui est désormais des deux cas qui présentent un faible état de stress nous retrouvons monsieur Rachid et monsieur Hocine, qui ne présentent pas un même niveau de stress ; très bas pour le premier celui-ci ne l'est pas pour le second. Pareil pour les symptômes liés à l'état de stress, ces derniers ne sont pas trop manifestés tels que les troubles somatiques, de sommeil et d'addiction. En effet ces deux cas ne présentent aucun score de trouble en commun, monsieur Rachid se sent énormément tendu et monsieur Hocine irritable

et fatigué. Reste un cas, celui de madame Saida qui présente à elle seule un état de stress élevé accompagné de stressseurs importants tels que les problèmes familiaux

Ce qui nous mène à la confirmation de notre hypothèse, car effectivement et comme l'illustre le tableau suivant, nos six cas présentent différents degrés de stress à travers leurs différents scores obtenus à l'échelle brève des stressseurs et de stress de Charly Cungi

Tableau n°11 : présentation des scores obtenus à l'échelle de stress de Charly Cungi

Niveau de stress	Nom des cas	Score obtenus à l'échelle de stress
Stress très élevé	Monsieur Farid	38
	Madame Dounia	50
	Madame Zahia	55
Stress élevé	Madame Saida	43
Stress bas	Monsieur Rachid	19
	Monsieur Hocine	30

Nous poursuivons la discussion des résultats obtenus au près de nos six cas pour tenter de confirmer notre troisième hypothèse « **l'état de stress chez les diabétiques de types 2 est liée au facteur d'information concernant le traitement médical et le régime alimentaire qu'ils doivent suivre** ». Pour cela, nous allons nous référer au discours rapporté par nos six cas à propos de leur nouvelle hygiène de vie qui consiste à un suivi de traitement médical, régime alimentaire et une activité régulière. Nous remarquons alors à ce propos une variance du niveau de stress en fonction de la maîtrise des connaissances et du suivi de ces facteurs cités.

En effet, les diabétiques de type II qui ont un niveau de stress important avouent ne pas connaître pour la plus part leur type de diabète et n'ont pas connu les complications et les recommandations liées au diabète, qu'auprès du médecin traitant et de l'association des diabétiques située à la clinique et malgré leur connaissance des informations importantes, ils restent tout de même inquiets à propos du bon déroulement de leur soin et des effets que ce dernier a sur leur activité habituelle ; Contrairement au diabétique de type II, qui présente un niveau bas de stress et qui ont une parfaite connaissance du diabète en plus des

informations données par le médecin . Ils ne présentent d'ailleurs aucune inquiétude vis-à-vis de leur santé et sont d'ailleurs les plus négligeant parmi les six cas présentés.

Ceci, nous permet donc à partir des observations précédente et en se basant sur leur discours individuel de déduire que cinq cas sur six confirment notre troisième hypothèses. On peut donc avancer avec certitude que la connaissance des traitements, régimes et gestes essentiels à faire sont des informations qui influent sur l'état de stress des patients diabétiques.

A partir de ces mêmes résultats obtenus auprès de la même population de recherche nous pouvons à présent vérifier la quatrième et dernière hypothèse « **Le regard des autres n'est pas un facteur de stress chez les diabétiques de type II** ». Nous avons pu remarquer en effet chez les six cas présentant leur état de stress au différent degré respectifs qu'ils ne considèrent en aucun cas leur diabète comme une maladie grave qui empêche leur activité sociale ou leur contact avec les autres. Un contact qui ne change pas car ces derniers ne se plaignent pas du regard des autres pour eux le diabète est une maladie connu qui touche tout le monde et qui ne provoque aucune gêne ou changement corporel comme le ferai le cancer. Il est donc possible après ces observations de confirmer cette dernière hypothèse en conclusion l'état de stress chez les diabétiques de types II se trouve être lié a des facteurs qui sont en relation avec leurs traitement et hygiène de vie recommandés, qu'a ceux lié a leurs image corporelle ou au regards des autres.

Synthés

Notre étude faite sur le stress chez les patients atteint du diabète de type 2 auprès de (6) cas qui nous ont permis d'obtenir les résultats que nous avons utilisés lors de la discussion des hypothèses de départ dans le but de les infirmer ou de les confirmer.

Conclusion

Conclusion

Notre travail à donc consisté à la réalisation d'une étude de cas de stress chez les personnes diabétiques de type 2 dont nous avons interrogés(06) cas sur leur états de santé, leur traitement ainsi que sur le regard des autres sur leur maladie chronique ; grâce au guide d'entretien et à l'échelle des stressseurs et du stress mesurant le degré du stress chez ces patients.

Nous pouvons dire à travers ce modeste travail de recherche, qu'on a essayé de démontrer l'implication et l'influence du diabète sur l'émergence du stress chez les patients diabétiques de type 2, en utilisant les notions fondamentales et les termes de base du diabète ainsi que les concepts liés au stress.

Pour pouvoir alors vérifier la présence du stress chez les personnes diabétiques de type 2 nous avons effectués une recherche au sein de la clinique beau séjour de Bejaia durant une période de 2mois, dans le but de réussir notre travail de recherche dans les délais fixés. A cet effet notre plan à été envisagé selon un découpage dont l'objectif était de rendre compte de l'état de stress rencontré chez notre population d'étude.

En dessinant les contours de cette recherche qui présentent les éléments de base du diabète : s'agissant d'un ensemble d'informations centrées sur l'importance et le rôle du facteur extérieurs liés aux informations concernant le suivit du traitement médical liés au diabète introduisant des répercussions sur le stress chez les diabétique patients diabétiques de type 2.

Le stress bouleversant de ces patients porte donc un regard nouveau sur leur nouvelle hygiène de vie et ses effet sur la santé de l'individu, en proposant un cadre scientifique qui rend compte de ce facteur et par conséquent qui aborde la santé et la maladie non plus comme des manifestations d'ordre strictement biologique, mais comme l'expression de processus complexe, lesquels interagissent et confectionnent ce facteur à des niveaux distincts, mais indépendants .

Cette recherche présente donc une contribution pour la santé et la maladie soient mieux appréhendées dans leurs dimensions psychosociales, surtout au niveau de la pise en charge médicale et le système de santé.

Notre expérience nous a offert l'opportunité de nous approcher des diabétiques de type 2 de connaître les différents aspects de leur nouvelle vie, leur habitudes, leur inquiétudes qui touche essentiellement un changement dans leur psychisme ; c'est à lors que nous vient à l'esprit un raisonnement inverser qui laisserait penser que l'état de stress aigue pourrait être une raison qui provoquerait le diabète de type 2 ; est il donc le résultat d'un conflit ou d'une désorganisation psychique ? La psychologie pourrait elle un jour contribuer au dépistage et à la prévention de ce dernier ?

Liste Bibliographique

Ouvrages

1. Annick weil-barais et Dominique Cupa, 100 fiches de psychologie, Editions Bréal, 2008.
2. Bénony H, Chahraoui K, l'entretien clinique, Paris, Dunod, 1999.
3. Bénony H, Chahraoui K, méthodes évaluation et recherches en psychologie *clinique*, Paris, Dunod, 2003.
4. Catherine Solano, Le diabète et la sexualité chez les homme et chez les femme, édition Robert Laffont, 2011.
5. Choque.S J, soignant : stress apprendre à le gères wolters klower Frances, 2007.
6. Chauchat.H, l'enquete en psychologie, 2eme éd, puf, paris 1999.
7. Chicouri M J, diabète les consultations du docteur chicouri M J, édité par M.A 1983
8. Chahraoui K, Bénony H, méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique, Paris ,Dunod, 2003
9. Elisabeth G, Le stress social et de la Famille, France, novembre 2009,
10. Grimaldi, A. Jacquemin, S, et al, guide pratique du diabète 3^e Edition paris : Masson, 2005
11. Grimaldi.A, le guide gourmand du diabétique de type2, édition, Elsevier, Paris 2005.
12. Gérard Pacaud, Aux petits maux les bons remèdes, Editeur : Le Félin ,14 novembre 2001.
13. George hennen, endocrinologie, édition de Boeck & larcier s.a, Belgique ,2001
14. Grégory Lacraz, Stress Oxydant et Homéostasie Glucidique dans le Diabète de Type 2, Editions universitaires européennes EUE, 2010
15. Haynal, trait de psychologie cognitive, solal éditeur 2008.
16. Huffman.K, Introduction à la psychologie, De Boeck 8ème éd.2007
17. Jean-Pierre Olié et al, psychiatrie, éditions Lavoisier Paris 2012.
18. Jérôme Foucaud, Jacques et al, Éducation thérapeutique du patient modèles pratiques et évaluation, éditions INPES, 2010.

19. Jean Cottraux, Les thérapies comportementales et cognitives, édition, Masson, 2011.
20. Loo .p et al, le stress permanent, réaction-adaptation de l'organisme aux aléas existentiels, Masson, paris 2003
21. Laurent.C, prise en charge du diabète de type 2, édition John libbey eurotext, Paris, 2000.
22. Martin buysschaert, diabétologie clinique, édition de Boeck & larcier s.a, Belgique ,2006 .
23. Marc popelier, le diabète idées recues, edition le cavalier bleu , Paris ,2006.
24. Norman .S, Endler Ph, manuel inventaire de coping pour situation stressantes, paris 1990.
25. OMS, Arck et al, Stress et maladie chronique, Genève, 2001.
26. Paulhal I. Bourgeons .M, stress coping nodule, puf, Paris, 1995.
27. Perlemuter et al. Législation, éthique et déontologie, responsabilité et organisation du travail; Nouveaux cahiers de l'infirmier, Masson, Paris, 1995.
28. Pascal massin, Ali Erginay, Rétinopathie diabétique, Editeur: Elsevier Masson; 2e édition 9 juin 2010.
29. Schwor. M, le stress et maladie chronique, Flammarion, paris ,1999 .
30. Thurin et Baumann, Stress, pathologies et immunité, Paris, Flammarion, 2003
31. Zablocki B, stress et le bien être, ccisa liège, Maroc, 2009

Dictionnaire

1. Dictionnaire de psychologie, Norbert Sillamy, 2003.
2. Dictionnaire petit la rousse de la médecine : l'indispensable pour toute la famille en 5000 article, paris 2010
3. Dictionnaire de sciences humaines, s'orienté dans la vie : une valeur suprême, éd septentrion presses universitaires 2009.

Revus

1. Association GSK, Les interventions nutritionnelles et thérapeutiques pour le diabète et le syndrome métabolique, édition Elsevier, british, 2009.
2. Busschaert M, Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, édition la librairie Masson, paris, volume 27
3. Chaban,R , Education et soins psychologiques, septembre ,2006,volume 5
4. Florian Ferreri, Guideline des traitements des dépressions chroniques, UMPC, Sorbonne université, paris, 2010.
- 5.
6. Journal des Maladies Vasculaires, Vol 28, N° 1, février 2003
7. Stora .J.B, le stress, presse universitaire, paris, 1991
8. Trombini.G et al, stress et santé, édition, Social & Behavioral Sciences, Italy vol 17, 2001.
9. Renard E, Diabète et métabolisme, Masson, Paris, 1994, vol. 20

Conférence

1. Khalfa S, Malek R, Le diabète en Algérie. Présentation au deuxième congrès d'Endocrinologie Diabétologie Nutrition, Fès. 2005 :34-40.

Emission télévisé

1. Ridouch B, Abbas Z, Santé mag, KHIAR (MR), Canal Algérie, 4 mai 2011,21h

Sites

1. Grimaldi.A et al, l'hypoglycémie due patient diabétique, 1997, (www.alfediam.org). Consulté le 8janvier2015 à 20h30.
2. Guide médecin, HAS, service des affections de longue durée et accords conventionnels, juillet, 2007, (www.has-sante.fr). consulté 5février2015 à 22h30.

Annexes

Annexe 1 :

**Echelle brève
d'évaluation des
stresseurs et du stress
de charly cungi**

<p><u>Echelle brève d'évaluation des stressseurs</u> Cungi 1997</p> <p>NOM : Prénom : Age : Profession : Sexe :</p> <p>Faire une croix dans la case vous correspondant</p>	Non pas du tout	F a i b l e m e n t	U n p e u	A s s e z	B e a u c o u p	E x t r ê m e m e n t
	1	2	3	4	5	6
1 Ai-je subi, tout au cours de ma vie, des situations traumatiques (Décès, perte d'emploi, déception amoureuse etc.)						
2 Suis-je en train de vivre une situation traumatique ? (Décès, perte d'emploi, déception amoureuse etc.)						
3 Est-ce que je subis une surcharge de travail fréquente ou permanente ? Ou/et suis souvent pris dans l'urgence ou/et existe-t'il une ambiance très compétitive dans mon emploi ?						
4 Mon travail ne me convient pas, il ne correspond pas à ce que je souhaiterais faire ou/est source d'insatisfaction, me donne l'impression de perdre mon temps. Au maximum me déprime.						
5 Ai-je des soucis familiaux importants ? (Couple enfants, parents etc.)?						
6 Suis-je endetté, ai-je un revenu trop faible par rapport à mon mode de vie, est-ce que cela me cause du souci ?						
7 Ai-je beaucoup d'activités extra-professionnelles, et sont-elles source de fatigue ou de tensions ? (Associations, sports etc.)						
8 Ai-je une maladie ? Coter sa gravité ou l'importance de la gêne pour vous.						
Total par colonne						
Total général						

<p><u>Echelle brève d'évaluation du stress</u> Cungi 1997</p> <p>Faire une croix dans la case vous correspondant</p>	Non pas du tout	F a i b l e m e n t	U n p e u	A s s e z	B e a u c o u p	E x t r ê m e m e n t
	1	2	3	4	5	6
1 Suis-je émotif, sensible aux remarques, aux critiques d'autrui ?						
2 Suis-je colérique ou rapidement irritable ?						
3 Suis-je perfectionniste, ai-je tendance à ne pas être satisfait de ce que j'ai fait ou de ce que les autres ont fait ?						
4 Ai-je le cœur qui bat vite, de la transpiration, des tremblements, des secousses musculaires, par exemple au niveau du visage, des paupières ?						
5 Est-ce que je me sens tendu au niveau des muscles, ai-je une sensation de crispation au niveau des mâchoires, du visage, du corps en général ?						
6 Ai-je des problèmes de sommeil ?						
7 Suis-je anxieux, est-ce que je me fais souvent du souci ?						
8 Ai-je des manifestations corporelles comme un trouble digestif, des douleurs, des maux de tête, des allergies de l'eczéma ?						
9 Est-ce que je suis fatigué ?						
10 Ai-je des problèmes de santé plus importants comme un ulcère d'estomac, une maladie de peau, un problème de cholestérol, de l'hypertension artérielle, un trouble cardio-vasculaire ?						
11 Est-ce que je fume ou bois de l'alcool pour me stimuler ou me calmer ? Est-ce que j'utilise d'autres produits ou des médicaments dans ce but ?						
Total par colonne						
Total général						

Annexe 2 :

**Guide d'entretien
clinique de recherche**

Axe1 : Informations personnelles du patient :

1. Nom :
2. Prénom :
3. Situation matrimoniale :
4. Niveau d'instruction :
5. Profession :

Axe2 : Informations liées à l'état de santé du patient :

1. Depuis quand savez vous que vous êtes diabétique ? Est comment évolue votre maladie ?
2. Quel type de diabète présentez-vous ?
3. Quelles sont pour vous les raisons qui ont provoqué votre état actuel ?
4. Quelles sont les symptômes qui se sont manifestés au début ?
5. Avez-vous quelqu'un de vos proches qui sont diabétique ?
6. Quel a été votre réaction lors de l'annonce de votre diabète ?
7. Avez-vous déjà été hospitaliser ? Si oui combien de temps ? Et pour quelle raison ? et quel en était les complications ?
8. Quelles sont les complications du diabète que vous connaissez ? (yeux, reins, nerfs, artère)
9. Comment vivez-vous cette situation vis-à-vis de votre vie sexuelle ?
10. Comment vous vous sentez en ce moment ?

Axe3 : Informations liées au traitement du patient :

1. Consultez-vous régulièrement votre médecin traitant ?
2. Faites vous les analyses sanguin demandées par votre médecin ?
3. Avez-vous un glucomètre ? Et savez vous vous en servir ?
4. Quel est votre traitement actuel ? Et comment le vivez-vous ?
5. Est-ce que vous êtes inquiet par rapport à votre traitement ?
6. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ou votre insuline ? ou de tomber en panne de médicament ?
7. Combien de test glycémique faite vous ?.....par jour.....par semaine.....par mois.
8. Qui vous a informé sur le diabète, son traitement, sa surveillance et ses conséquences ?

9. Connaissez-vous les aliments et boisson autorisé avec restriction, limitation et interdiction ?
10. Avez-vous l'impression de respecter les traitements et le régime que votre médecin vous a prescrit ?
11. Savez-vous reconnaître une hypoglycémie d'une hyperglycémie ? Si oui quel est votre réaction face à cette situation ?

Axe4 : Informations liées au regard des autres face a sa maladie chronique :

1. Avez-vous parlez de votre diabète a autrui ?
2. Comment vivez-vous votre diabète au sein de votre famille ?
3. Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour suivre votre traitement quotidien ? Si oui quelles sont ces personnes ?
4. Comment qualifierez-vous vos relations avec les membres de votre famille ?
5. Vous sentez vous soutenus et entouré par vos proches ?
6. Avez-vous des difficultés à fréquenter les endroits publics ?