



Faculté des sciences Humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de

Master

Option : psychologie clinique

Thème

**Les stratégies de coping
chez les étudiants atteints du Diabète**

Etude clinique de 06 cas à l'université de Bejaia

Réaliser par :

**ASLOUNI Abbas
AMZAL Kousseila**

Encadré par :

Mr. FERGANI Louhab

Année Universitaire : 2016/2017

Remerciements

Nous tenons à remercier notre promoteur, Mr Fergani Louhab, pour sa disponibilité et son aide et ses conseils si-précieux qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Merci à ceux qui prennent le temps d'évaluer notre travail, mesdames et messieurs les membres de jurés.

Merci à toutes les personnes de notre groupe de recherche pour leur participation à ce travail.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

Je dédie ce travail aux deux personnes qui m'ont donné la vie et qui ont veillé sur moi toutes au long de ma vie, auxquels je souhaite une longue vie et plein de santé « Mes parents »

A tous mes frères : Youba, Yougourthene, Belkacem.

A ma cher sœur : Ouahiba et toutes sa familles

A ma femme : Lyakout et toutes sa familles

A la mémoire de ma grand-mère défunte Djouhra

A mon grand père, grand-mère, mes oncles et leurs femmes et mes tentes.

A tarwa n Ichekaben, (mon village natal)

A tous mes amis : Kamel, Salim, Ferhat, Hassib, Da Akli. Leila, Slimane, Chaben, Farid, Chafia. Kahina, Adel, Mouloud Ben, Mouloud M et sa femme Nora, Samir, Baki salim, Igmane, Karima, Nabila, Anissa, Djamilia.

A mon binôme et cher ami Kousseila Amzal et sa femme.

A toutes la promotion de psychologie clinique.

Aslouni Abbas

DÉDICACE :

JE DÉDIÉ CE TRAVAIL :

À MES TRÈS CHERS PARENTS.

À MON FRÈRE LYÈS.

À MES SŒUR : LYDIA ET LETICIA.

À MES GRANDS PÈRES ET MES GRANDES MÈRES.

À LA MÉMOIRE DE MON ONCLE ET MA TENTE.

À TOUTE MA FAMILLE.

À NABILA

À MON BINÔME ET MON CHER AMI ASLOUNI ABBAS

À MON PROF DU PRIMAIRE.

À TOUS MES AMIES : SOFIANE, SAMIR, LOSSIF, REDOINE, BILAL, SALIM,
IGHEMAN, YOUNES, ZIDAN, HICHAM, ALAOUA, MOHO, LEKHEDHER, ALI
,SAMIR, LOTFI, NESERDIN... .

À MON ENCADREUR.

À MES ENSEIGNANTS.

À NOTRE ÉQUIPE DE KARATÉ DO (ESB).

AMZAL KOUSSEILA

RESUME

Notre recherche aborde la question du « *stratégies de coping chez les étudiants diabétiques* ».

Notre objectif de recherche est de connaître les différents types de stratégies de coping employées par les étudiants afin de faire face à leur maladie.

Afin de réaliser notre recherche, nous avons choisi comme terrain d'étude l'Université Abderrahmane Mira de Bejaia, dans laquelle nous avons opté pour l'étude de cas, nous avons utilisé comme outils de recherche l'entretien clinique semi-directif et l'échelle toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Florence Sordes Ader et Pierre Tap.

L'analyse des résultats indique que les étudiants diabétiques emploient différents stratégies de coping, centrées soit sur le problème, le soutien social ou émotion, pour faire face à leur maladie.

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

ABSTRACT

Our research addresses the issue of "coping strategies in diabetic students". Our research goal is to know the different types of coping strategies used by students to cope with their illness.

In order to carry out our research, we chose as a study site the Abderrahmane Mira University in Bejaia, in which we opted for the case study, we used as a research tool the semi-directive clinical interview and the Toulouse scale of coping of Sylvie Esparbes, Florence Sordes Ader and Pierre Tap.

Analysis of the results indicates that students with diabetes use different coping strategies, centered either on the problem, social support or emotion, to cope with their illness.

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

Table des matières

Introduction.....	13
Partie théorique	
Chapitre I : le coping	
Préambule	17
1- Historique des stratégies de coping	17
2- Définition de coping	18
3- les différents modèles de coping	19
3.1- le modèle de l'adaptation	19
3.2- le modèle psychanalytique (mécanisme de défense)	19
3.3- le modèle transactionnel.....	19
4- les déterminants de coping	19
4.1- les déterminants dispositionnels du coping	20
• les déterminants cognitifs	20
• Les déterminants conatifs	20
4.2- les déterminant situationnels et transactionnels de coping	21
5- Les phases d'évaluation	21
5.1- L'évaluation primaire	21
5.2- l'évaluation secondaire.....	22
6- Les stratégies générales de coping	22
6.1- le coping centré sur le problème	22
6.2- le coping centré sur l'émotion.....	22
6.3- la recherche du soutien social	23
7- Les différentes mesures de coping	23
7.1- le ways of coping	23
7.2- le COPE	23
8- Coping spécifique	24
8.1- coping et maladie	24
8.2- coping et diabète	24
9- L'efficacité des stratégies de coping relative au diabète.....	25
10- Les stratégies de coping chez les étudiants	25
Conclusion du chapitre	26
Chapitre II : Le diabète	
Préambule.....	28
1- Historique de diabète	28
1.1- L'Antiquité	28
1.2- Médecine hindoue.....	29
1.3- Médecine grecque.....	29
1.4- Médecine arabe.....	29

2- Définition du diabète sucré.....	30
3- Diagnostic clinique.....	30
4- Epidémiologie de diabète dans le monde et en Algérie.....	31
5- Classification de diabète.....	31
5.1- le diabète de type 1.....	31
Définition.....	31
Les cause de diabète de type 1.....	32
Les risques du diabète du type 1.....	33
Traitement du diabète type 1.....	33
5.2- le diabète de type 2.....	33
Définition.....	33
Les causes de diabète type 2.....	34
Les risque de diabète de type 2.....	34
Le traitement de diabète de type 2.....	34
5.3- Les autres types de diabètes.....	35
a- le diabète pancréatique.....	35
b- le diabète induit ou médicamenteux.....	35
c- Le diabète gestationnel.....	35
6- L'aspect psychologique et stratégie d'ajustement au diabète.....	35
6.1- aspect psychologique.....	35
6.2- détresse émotionnelle.....	36
6.3- stratégies d'ajustement au diabète.....	37
7- L'éducation thérapeutique des diabétiques.....	37
Conclusion du chapitre.....	38

Chapitre III : L'étudiant

Préambule.....	40
1- Définition de l'étudiant.....	40
2- le passage du lycée à l'université.....	40
3- l'entrée à l'université.....	41
4- les ruptures.....	41
5- l'entrée dans l'enseignement supérieur.....	41
6- Les principaux passages de l'étudiant dans la vie universitaire.....	42
7- ruptures et changement de règles.....	43
8- le premier contact.....	43
9- La relation entre l'étudiant et l'enseignant.....	44
10- conditions des étudiantes.....	45
11- les étudiants des adultes émergents.....	45
12- L'étudiant et les stratégies de coping.....	46
13- l'étudiant et le diabète.....	46
14- Comment peut-on géré son diabète durant les examens.....	47
14.1- Comment gérer le stress pour garder la glycémie sous contrôle ?.....	47

Conclusion du chapitre	48
Problématique et formulation des hypothèses	50
Partie pratique	
Chapitre IV: Méthodologie de la recherche	
Introduction	56
1- Méthode de recherche	56
2- Le groupe de recherche	57
3- Les outils de recherche	58
3.1- l'entretien clinique de recherche	58
3.2- l'entretien clinique semi-directif	59
3.3- le guide d'entretien.....	59
3.4- l'échelle toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Acer et Pierre Tap (1993)	60
3.4.1- définition	60
3.4.2- histoire de l'échelle toulousaine de coping	60
3.4.3- le contenu	61
3.4.4- Présentation des stratégies et des dimensions	62
3.4.5- administration et notation.....	63
4- Les méthodes d'analyse des outils de recherche	64
4.1- L'analyse de l'entretien clinique semi-directif	64
4.2- l'analyse de l'échelle toulousaine de coping.....	65
5- le terrain de recherche.....	66
5.1- présentation du lieu de la recherche	66
6- la pré-enquête	67
Conclusion de chapitre	68
Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des hypothèses	
Introduction	70
1- Présentation et analyse des cas	70
1.1- Cas N° 1 : le cas Keltoum.....	70
1.2- Présentation du cas	70
1.3- Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas	72
1.4- Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas	77
1.5- Conclusion de premier cas.....	77
2- Cas N° 2 : le cas Zahra	78

2.1- présentation du cas	78
2.2- synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du cas	79
2.3- données et analyses de l'échelle toulousaine de coping du cas	80
2.4- synthèse de l'échelle toulousaine de coping de cas Zahra	84
2.5- conclusion de deuxième cas Zahra.....	85
3- Cas N° 3 : cas Cylia.....	85
3.1- Présentation du cas.....	85
3.2- synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas	87
3.3- données et analyses de l'échelle toulousaine de coping du cas	87
3.4- synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas	91
3.5- conclusion de troisième cas	91
4- Cas N° 4 : cas Hamida.....	92
4.1- présentation du cas	92
4.2- synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas	93
4.3- données et analyse de l'échelle toulousaine du cas.....	93
4.4- synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas	98
4.5- conclusion de quatrième cas.....	98
5- Cas N°5 : cas Hassib	99
5.1- présentation du cas	99
5.2- Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas	100
5.3- Données et analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas	100
5.4- synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas	105
5.5- conclusion de cinquième cas	105
6- Cas N° 6 : cas Fawzi	105
6.1- présentation du cas	105
6.2- synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas	106
6.3- données et analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas	106
6.4- synthèse et analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas	111
6.5- conclusion de sixième cas	111
2- Synthèse et discussion générale de l'hypothèse	112
Conclusion.....	117
Liste bibliographique	120

Annexes

Liste des tableaux

N° de Tableau	Titre	Page
Tableau n°1	Récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche	50
Tableau n°2	Répartition des stratégies selon les champs	54
Tableau n°3	Résultats de l'échelle toulousaine de coping de cas Keltoum	64
Tableau n°4	Feuille de dépouillement n°1 de cas Keltoum	66
Tableau n°5	Feuille de dépouillement n°2 de cas Keltoum	67
Tableau n°6	Résultats de l'échelle toulousaine de coping de cas Zahra	69
Tableau n°7	Feuille de dépouillement n°1 de cas Zahra	72
Tableau n°8	Feuille de dépouillement n°2 de cas Zahra	72
Tableau n°9	Résultats de l'échelle toulousaine de coping de cas Cylia	75
Tableau n°10	Feuille de dépouillement n°1 de cas Cylia	77
Tableau n°11	Feuille de dépouillement n°2 de cas Cylia	77
Tableau n°12	Résultats de l'échelle toulousaine de coping de cas Hamida	80
Tableau n°13	Feuille de dépouillement n°1 de cas Hamida	82
Tableau n°14	Feuille de dépouillement n°2 de cas Hamida	82
Tableau n°15	Résultats de l'échelle toulousaine de coping de cas Hassib	85
Tableau n°16	Feuille de dépouillement n°1 de cas Hassib	87
Tableau n°17	Feuille de dépouillement n°2 de cas Hassib	87
Tableau n°18	Résultats de l'échelle toulousaine de coping de cas Fawzi	89
Tableau n°19	Feuille de dépouillement n°1 de cas Fawzi	92
Tableau n°20	Feuille de dépouillement n°2 de cas Fawzi	92

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

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

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

L'objectif principal de notre travail de recherche, porté sur « *les stratégies de coping chez les étudiants diabétiques* », est de connaître le type de stratégies de coping employés par ces derniers pour faire face à leur maladie et le stress qu'elle engendre.

Nous avons choisit comme terrain d'étude l'université de Bejaia, qui répond aux objectifs de notre recherche. L'approche cognitivo-comportementale nous a servis de cadre référentiel dans notre étude. Ainsi, on a opté dans notre recherche pour les techniques suivantes : l'entretien clinique semi-directif et l'échelle toulousaine de coping de S. Esparbes, F. Sords-Ader et P. Tap (1993).

Dans l'objectif de vérifier notre hypothèse centrale, nous avons scindé notre travail en deux parties principales:

La partie théorique est subdivisée en trois chapitres : le premier chapitre qui est **le coping** dans lequel nous allons parler sur l'historique et les différentes stratégies de coping, le deuxième chapitre intitulé **le diabète**, ou nous allons essayer d'expliquer les causes de cette maladie et son historique ainsi que ces différentes formes, et comme troisième et dernier chapitre de la partie théorique, nous allons nous intéresser à l'étudiant, ou nous parlerons sur les caractéristiques de l'étudiant. Cette première partie va nous permettre de cerner la littérature cadre de notre travail. Ensuite, nous allons présenter la problématique et la formulation de notre hypothèse principale. En deuxième lieu, nous entamerons la partie pratique qui contient deux chapitres. Au cours du premier chapitre, nous nous intéresserons à **la méthodologie de la recherche** ou nous allons discuter sur la méthode que nous avons adoptée pour notre recherche et les différents outils que nous allons utiliser au cours de notre travail d'investigation. Le deuxième chapitre sera consacré à **la présentation, analyse des résultats de notre recherche et la discussion de l'hypothèse centrale**. Nous concluons notre travail par une conclusion et enfin nous allons présenter la liste bibliographique et les annexes.

Partie

Théorique

Chapitre I

Le coping

Préambule

Tout au long de la vie humaine, l'individu fait face à de multiples problèmes, qui peuvent être d'ordre émotionnel, de perturbation du comportement, des maladies de tous genres mais surtout les maladies dites incurable prennent l'exemple du cancer, diabète, VIH,...etc.

Ce qui nous mène donc à mettre en place des stratégies de coping dont le but étant de dépasser le conflit, de s'adapter à sa nouvelle situation ou tout simplement de se défendre contre toute emprise ou toute assujettissement, ce qui nous mène à se questionner sur le rôle que jouent ces stratégies de coping, et quelle est leur importance dans la protection de l'individu ?

1- Historique des stratégies de coping :

La notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée par la psychanalyse à la fin de XIX^e siècle et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié de XIX^e siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier).¹

D'abord on a parlé des mécanismes de défense « adaptés » en tant qu'activités de coping (Alker, 1968) mais au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi, étudiée à part, la formulation s'est modifiée. Ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situations difficiles. Ces stratégies étaient définies dans la littérature en tant que « réponse de coping » (Parker et Endler, 1996).²

Le terme « coping » est apparu pour la première fois dans un ouvrage de RICHARD Lazarus, 1966, « *psychological stress and coping process* », dans lequel il désigne un ensemble de réactions et de stratégies élaborées par les individus pour faire face à des situations stressantes. Le concept de coping est extrêmement populaire depuis les années soixante –quinze dans les pays anglo-saxon et il a donné lieu à plusieurs centaines de travaux scientifiques et de tentatives d'application. Il commence seulement à être popularisé en France depuis les années quatre-vingt-dix. Depuis, plusieurs catégories se sont ajoutées (styles de coping, ressources de coping, évaluation du coping,...etc.). Par la suite, différents auteurs ont travaillé sur le coping qui sont, (Parker & Endler, 1996 ; Snyder, Dineff, Beth L., 1999.....etc.).³

¹BRUCHON-SCHWEITER M. 2002, psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes, DUNOD, p 353

²H. Chabrol & S.Callahan, 2002, mécanismes de défense et coping DUNOD, p 105

³Ibid. BRUCHON-SCHWEITER M. 2002, p 353

2- Définition de coping :

L'individu ne subit pas passivement les événements de vie aigus et chroniques. Il essaye de « faire face ». On parle de coping pour désigner les réponses, réactions, que l'individu va élaborer pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Ce terme, d'abord traduit par «stratégie d'ajustement» est admis dans le vocabulaire français depuis 1999. Le coping peut prendre des formes très diverses. Il peut s'agir de cognitions (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations,...), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse,...) et de comportements (résolution du problème, recherche d'aide,...). Ainsi, par exemple, à l'annonce de résultats positifs suite à la biopsie d'une tumeur du sein une patiente peut élaborer certaines pensées (par exemple distordre la réalité et prétendre que ce n'est qu'un kyste «bénin»), évacuer ses émotions (exprimer la détresse ou sa colère,...), essayer d'agir (s'informer, consulter d'autres spécialistes,...). Tout ceci permet au sujet confronté à l'adversité de tenter de transformer la situation et/ou de se modifier lui-même pour la rendre plus tolérable.⁴

Le coping, un concept récent apparu pour la première fois dans un ouvrage de **Richard Lazarus et Folkman**, 1969, dont ils définissent le coping comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ses ressources* ». ⁵

Cette définition sous-entend tout d'abord que le coping correspond à un processus que l'individu interpose entre lui et l'environnement. Il s'agit d'un processus dynamique portant sur un contexte dont les caractéristiques sont susceptibles de varier et donc d'entraîner d'autres comportements d'ajustement. En outre, le coping apparaît comme un processus qui a lieu dans des moments spécifiques, considérés comme stressants et pas comme une caractéristique stable de l'individu (Lazarus & Folkman, 1984). En effet, le coping est contextuel, évolutif, même si Lazarus & Folkman (1984) accordent un rôle important aux facteurs internes (personnels) qui interviennent dans la sélection des stratégies d'affrontement⁶.

⁴ BRUCHON-SCHWEITZER M. décembre 2001, Recherche en soins infirmiers, N° 67 - Université Victor Segalen Bordeaux 2, (France).

⁵ BRUCHON-SCHWEITZER M, et EMILIE BOUJUT. 2014, psychologie de la santé, concepts, méthodes et modèles, DUNOD, p474

⁶Andreea DINCA. Septembre 2008, Stratégies de coping, mécanisme de défense et leur influence sur le bien-être et les performances d'athlètes de haut niveau pratiquant des sports d'opposition, université de Reims Champagne Ardenne, p 37

3- les différents modèles de coping

3.1- le modèle de l'adaptation

il s'agit de la nature de toutes être vivant désireux de s'adapté ou de survivre dans son environnement, que ce soi animal, végétal ou bien humain tous sans exception adoptent ou acquièrent des méthodes typiques pour leur survie, ce qui nous mène donc, à la théorie évolutionniste particulièrement celle de Charles Darwin qui est applicable à tous les organismes vivants, et comprend des réponses comportementales automatiques de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face a une menace issue de tous genres.⁷

3.2- le modèle psychanalytique (mécanisme de défense)

Le coping est affilié aux mécanismes de défense, certaines idées de S. FREUD (et d'A. FREUD) auront un large écho en sciences sociales, bien au-delà de la psychanalyse. On peut les résumer ainsi : chaque individu utilise un répertoire relativement restreint de mécanismes de défense ; un style défensif particulier peut être associé à une pathologie particulière ; certains mécanismes de défense sont fonctionnels, d'autres sont « dysfonctionnels » (PERRY et COOPER, 1989) ; certains de ces mécanismes sont « immatures » (projection, hypocondrie,...), d'autres sont « névrotiques » (intellectualisation, répression, formation réactionnelle) d'autres enfin sont « matures » (sublimation, humour, suppression). Les individus utilisant des défenses élaborées ayant une meilleure santé mentale (VAILLANT et al. 1986). Les processus de coping seraient subordonnés aux mécanismes de défense.⁸

3.3- le modèle transactionnel

Le coping se distingue des modèles précédents relatifs aux mécanismes de défense et aux processus d'adaptation, selon l'approche transactionnelle, il n'y a pas de stratégie efficace ou inefficace en soi, indépendamment des caractéristiques de la situation à affronter. L'efficacité d'une stratégie dépend aussi des critères choisis (équilibre émotionnel, bien-être, qualité de vie, santé physique,...), une stratégie pouvant par exemple protéger l'individu contre l'affectivité négative tout en nuisant à sa santé (alcoolisme, tabagisme,...).⁹

4- les déterminants de coping

Selon l'approche transactionnelle, le coping est un ensemble de réponse à des situations stressante spécifique (lazarus et folkman), le coping est un ensemble de réponses à des situations stressantes spécifique. C'est un processus dynamique qui change en fonction des situations et en fonction de la

⁷BRUCHON-SCHWEITZER M. décembre 2001, Recherche en soins infirmiers N° 67 - Université Victor Segalen Bordeaux 2.

⁸Ibid. BRUCHON- SCHWEITZER M, 2002, p 354

⁹Ibid. BRUCHON- SCHWEITZER M. 2002, p 355

façon dont l'individu les évalue. Pour certains auteurs, les déterminants de coping sont dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu), pour d'autres le coping est déterminé par des caractéristiques situationnelles (nature de problèmes, contrôlabilité.....etc.). (M. Bruchon, Schweitzer ; 2002, p. 361).

4.1- les déterminants dispositionnels du coping

Selon Costa et al., 1996, « *il existerait des styles de coping relativement stables, chaque individu mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie* ». Ce qui nous démontre en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des évènements qui affectent l'individu mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, qui dépend des caractéristiques cognitives et conatives de chaque personne, ainsi que de son histoire (Cohen et al..1983)¹⁰.

- **les déterminants cognitifs**

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation il y a les croyances (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes,...) et les motivations générales (valeurs, buts, intérêts,...). Selon Van Heck, 1997, il existe un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le lieu de contrôle (interne/externe). Les personnes croyant que ce qui leur arrive est déterminé par leurs capacités et leurs comportements (internalité) plutôt que par des causes externes, comme la chance, le hasard ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer davantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe.¹¹

- **Les déterminants conatifs**

Selon Van Heck, 1997, certain trait de personnalité pourrait déterminer, au moins en partie les évaluations (primaire et secondaire) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. Ainsi, l'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion, d'autre part la résilience, le lieu de contrôle, le sens de la cohérence, le fait d'être agréable, le fait d'être consciencieux sont associés a des évaluations plus favorable et a davantage de stratégies de coping centrées sur le problème. D'autre auteurs tels que Costa, McCrae, vollrath sont convaincus que l'évaluation et le coping sont en partie déterminés par des caractéristiques psychosociales stables chez les individus plutôt que par les caractéristiques fluctuantes des

¹⁰Ibid. BRUCHON- SCHWEITZER M, et EMILIE BOUJUT. 2014, p 479

¹¹ BRUCHON- SCHWEITER M. décembre 2001, Recherche en soins infirmiers N° 67 - Université Victor Segalen Bordeaux 2.

situations. Ceci expliquerait pourquoi les réponses de coping ont une bonne consistance temporelle d'une situation à l'autre.¹²

4.2- les déterminant situationnels et transactionnels de coping

Beaucoup d'auteurs tels que Costa et al.,, 1996, Schwartz et al., 1999, pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant considérés comme des processus transactionnels, ils dépendent à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées, Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi, les évaluations et stratégies de coping peuvent être déterminées, au moins en partie, par des variables situationnelles, face à un événement non contrôlable (objectivement et subjectivement), l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème. LAZARUS et LAUNIER, 1978, avaient proposé de classer les événements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisaient les individus. Or, ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents. Dans deux études différentes, Mc CRAE (1984) a montré en effet que c'est l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping. Un événement vécu comme une perte induit plutôt l'expression émotionnelle et le fatalisme (résignation) ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive, et la réactivation des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter diverses stratégies : résolution de problème, pensée positive, humour... Ainsi des facteurs personnels et environnementaux (environnement réel ou perçu) contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping.¹³

5- Les phases d'évaluation

Lazarus et Folkman (1984) ont affirmé que l'évaluation cognitive comprend deux étapes : évaluation primaire et l'évaluation secondaire. Selon ces deux auteurs, ce double processus d'évaluation dépend de la grille d'interprétation de la réalité en fonction des caractéristiques personnelles de l'individu (la personnalité, la motivation, les expériences passées, les traits d'anxiété, l'efficacité personnelle, l'optimisme... etc.).

5.1- L'évaluation primaire :

¹² Ibid. BRUCHON- SCHWEITER M. 2002, p 362

¹³ Ibid. BRUCHON- SCHWEITER M. 2002, pp 362-363

L'évaluation primaire est un processus au moyen duquel l'individu cherche à connaître si la situation à laquelle il est confronté est pertinente pour lui ou non et dans quelle mesure celle-ci le conduit à se rapprocher de ses buts ou au contraire l'en éloigne. Elle permet ainsi à l'individu d'attribuer une signification à la situation en fonction de ses valeurs, ses croyances, ses motivations, ses intentions et ses objectifs qu'il a par rapport à celle-ci.¹⁴

5.2- l'évaluation secondaire :

L'évaluation secondaire fait référence à un processus d'évaluation cognitive qui est focalisé sur ce que l'individu doit faire dans la relation personne-environnement. A travers cette évaluation, il s'interroge sur les possibilités qu'il a d'entreprendre les actions nécessaires pour améliorer la relation perturbatrice entre lui et l'environnement. Par la suite, différentes options de faire face sont envisagées. Ainsi, cette évaluation secondaire porte sur la mise en place des éventuelles actions d'ajustement, sur la possibilité que celles-ci aboutissent au résultat attendu, mais également sur les conséquences qu'elles pourraient engendrées. En effet, la sélection des stratégies de coping que l'individu déploie face au stress dépend des résultats de cette évaluation.¹⁵

6- Les stratégies générales de coping

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

6.1- le coping centré sur le problème

Le coping centré sur le problème serait orienté vers l'action, dans le but de changer la relation entre la personne et sa situation par le biais des actions qui auraient ou non du succès, dans ce cas c'est le fait d'avoir tenté de faire quelque chose qui compte. La recherche d'une solution au problème et le plus citée comme un exemple d'une stratégie pour ce type de coping.

6.2- le coping centré sur l'émotion :

Il comprend les diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation. Il se subdivise souvent chez les personnes affrontant des stressseurs médicaux, il se caractérise par¹⁶ :

- L'impuissance, désespoir (détresse, perte de contrôle, dramatisation, pessimisme...etc.) ;

¹⁴Ibid. Andreea DINCA. Septembre 2008, p 34

¹⁵Op. Cite. H. Chabrol & S.Callahan, 2002, p 111

¹⁶Ibid. BRUCHON- SCHWEITER M. et Emilie boujut, 2014, pp 476-478

- L'auto-accusation (attribution causale interne, sentiment de responsabilité, culpabilité, attitude « héroïque ».....etc.) ;
- L'évitement émotionnel (répression ou suppression des émotions, déni, pensée magique, irréalisme....) ;
- L'expression des émotions (crise de larme, état anxieux, excès de colère.....) ;
- L'hostilité (colère, agressivité, irritabilité, auto-agressivité....).

6.3- la recherche du soutien social

Outre le coping centré sur le problème et celui centré sur l'émotion qui sont les deux stratégies principales, la recherche du soutien social apparaît parfois comme troisième stratégie générale, elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie ou l'aide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social ni avec le soutien social, cette stratégie correspond parfois à une tentative des informations ou une aide matérielle pour régler une difficulté¹⁷.

Selon Carver, Scheier, et Weintraub, 1989, la recherche de soutien social peut être considéré comme un coping centré sur le problème si elle vise à obtenir une écoute ou une réassurance afin de réduire des émotions négatives elle peut alors être assimilée à du coping centré sur l'émotion.

7- Les différentes mesures de coping

De nombreux instruments ont été mis au point pour évaluer les stratégies de coping selon les différentes dimensions de coping considérées, les conceptions de ceux-ci (trait ou état) ou encore selon la diversité de recherches menées dans des domaines de vie variés en termes de populations cibles et de situations étudiées. Parmi ces études on cite :

7.1- le ways of coping

Le *ways of coping checklist* (WCCL), devenu plus tard le *ways of coping questionnaire* (WCQ) visent à évaluer deux types de stratégies de coping : celles centrées sur l'émotion et celles centrées sur le problème.

Le WCCL, élaboré pendant les années 1970 dans le but d'encourager la recherche sur le stress et le coping, était composée de 68 items de réponse type « oui/non », avec 40 items sur l'échelle de stratégies centrées sur le problème et 24 items concernant l'échelle de stratégies centrées sur l'émotion.¹⁸

7.2- le COPE

Le COPE a été élaboré par Carver et al.,, en 1989, ces auteurs ont construit un outil à partir de petites facettes du coping issues de la littérature et l'ont soumis à neuf cent soixante-dix huit

¹⁷ Ibid. BRUCHON- SCHWEITER M. et Emilie boujut, 2014, p 477

¹⁸ Ibid. H. Chabrol & S.Callahan, 2002, p 126

étudiants avec la consigne « que faites vous lorsque vous êtes stressé ? » la version final en 42 item du COPE comprend 13 échelles de 4 items¹⁹.

8- Coping spécifique

8.1- coping et maladie

L'échelle CHIP (*coping with health problems and injuries scale*) de Endler et Summerfeldt en 1998 est destinée à des sujet souffrant d'une pathologie somatique, le CHIP avait été construit au départ pour des patients cancéreux, puis révisé pour convenir à des groupes de patients très différent. Cet outil comprend 32 item et permet d'évaluer quatre dimension : coping palliatif, coping instrumental, distraction et coping émotionnel²⁰

- **Le coping palliatif**, correspond aux tentatives du patient pour atténuer les aspects désagréable de son état (se ménager, dormir, se reposer...etc.)
- **Le coping instrumental**, consiste à chercher de l'information et un avis médical sur sa maladie
- **La distraction**, désigne les tentatives du patient de penser à des choses plus agréable et chercher la compagnie d'autrui
- **Le coping émotionnel**, implique une focalisation sur les affects associé à l'état de santé (colère, frustration, inquiétude...etc.)

Selon, Endler et Summerfeldt, 1998, les sujets malades utilisent par ordre de fréquence décroissante le coping palliatif, émotionnel, instrumental et la distraction, malgré leur dénomination, les quatre stratégies du CHIP sont très proches de celles du coping général, il est étonnant de ne pas trouver dans cet échelle l'impuissance, le désespoir, pourtant fréquent chez les sujets atteints de maladie chronique sévère²¹.

8.2- coping et diabète

La recherche de Milousheva et al. 1996 est l'une des premières à avoir mis en évidence chez des adolescents IDDM des stratégies de coping spécifique, différent sensiblement selon le sexe. Les adolescents diabétiques masculins semblent adopter préférentiellement des stratégies d'évitement (oublier une visite de contrôle), de distraction cognitive (penser à autre chose qu'à sa maladie), ou de désengagement comportemental (s'adonner à des activités multiples pour ne pas penser à sa maladie). Les adolescentes IDDM quant à elles, ont tendance à utiliser davantage la recherche de soutien social (parler de leur maladie à leur proche). Quant aux adultes diabétiques, il semblerait

¹⁹ Ibid. BRUCHON- SCHWEITER M. et Emilie boujut, 2014, p 484

²⁰ Ibid. BRUCHON- SCHWEITER M. et Emilie boujut, 2014, p 487

²¹Ibid. BRUCHON- SCHWEITER M. et Emilie boujut, 2014, pp 487-488

que les hommes utilisent plutôt des stratégies centrées sur le problème, et les femmes des stratégies centrées sur l'émotion²².

9- L'efficacité des stratégies de coping relative au diabète

Dans une étude transversale menée auprès de 101 sujet NIDDM, Boey 1999 constate que les stratégies évitantes sont associées à des troubles de l'ajustement émotionnel (état dépressif) Ils ont recensé quatre recherches quasi prospectives évaluant l'efficacité des stratégies d'ajustement utilisées par les sujets diabétiques. Dans trois de ces recherches, les stratégies centrées sur le problème président un bon contrôle métabolique ultérieur, alors que les stratégies centrées sur l'émotion sont associées à un taux élevé HbA1c (hémoglobine glycosylée) un an et deux ans après, il semble cependant difficile de dégager des conclusions générales à partir de ces résultats disparates liés sans doute à des évaluations fort différents des stratégies de coping d'une étude à l'autre²³.

L'efficacité des stratégies de coping chez les patients peuvent donner des résultats variant selon les méthodes d'évaluations, cependant, des tendances s'en dégagent : les stratégies de coping centrées sur le problème ou combative ou active ont le plus souvent des effets fonctionnels, alors que les stratégies émotionnelles ou évitantes ont généralement des effets dysfonctionnels. Pour autant, ces effets ne sont pas systématiques et les résultats peuvent différer selon les situations et groupes de patients étudiés²⁴.

10- Les stratégies de coping chez les étudiants

Plusieurs études transversales ont cherché à déterminer les différences entre les stratégies de coping utilisées selon les tranches d'âge, Billing et Moos 1981 n'ont pas trouvé de différences significatives, chaque âge ayant une manifestation hétérogène de type de stratégie employées. Quayhagen 1982, a mis en évidence que les personnes âgées avaient tendances à utiliser une approche émotionnelle, alors que les autres groupes adoptaient une approche plutôt centrée sur le problème. De leur côté les plus jeunes adultes semblaient chercher de l'aide pour faire face à leur difficultés²⁵.

Labouvie-Vief et al, 1989 ont trouvé que dans l'enfance et l'adolescence jusqu'au jeune âge adulte, les hommes s'orientent plutôt sur l'externe lorsqu'ils ont à gérer un conflit, les femmes en revanche sont de plus en plus enclines à s'orienter sur leur vie interne, par l'évitement et aussi à chercher le soutien auprès des autres, face au conflit, les femmes auraient tendance à se blâmer alors que les hommes invoqueraient une raison externe pour expliquer le problème²⁶.

²² Bruchon- Schweiter M. et Bruno Quintard, 2001, Personnalité et maladies stress, coping et ajustement DUNOD, p 107

²³ Bruchon- Schweiter M. et Bruno Quintard, 2001, pp 107-108

²⁴ Ibid. BRUCHON- SCHWEITER M. et Emilie boujut, 2014, p 497

²⁵ Ibid. H. Chabrol & S.Callahan, 2002, p 135

²⁶ Ibid. H. Chabrol & S.Callahan, 2002, p 137

Ce qui nous mène donc à synthétiser qu'étant une catégorie de toutes âges allant de jeune adulte à un âge avancé les étudiants masculins utiliseraient des stratégies de coping centrées sur le problème alors que chez les étudiantes de sexe féminin utiliseraient des stratégies de coping centrées sur l'émotion.

Conclusion du chapitre

D'après la revue de littérature que nous avons pu explorer on peut donc conclure, que les stratégies de coping sont généralement innées et acquises et cela de fait que l'être humain cherche toujours des solutions aux nombreux problèmes qu'il rencontre dans son quotidien, mais aussi, les stratégies de coping sont employées pour protéger l'individu de toutes formes de stressants de sa vie quotidienne (maladies, stress professionnel...etc.). Face à un stressant, une personne qui se focalise sur le problème peut adopter une stratégie dite de résolution active directement et ouvertement destinée à faire face et à réussir, à l'opposé, une personne qui est centrée sur l'émotion peut adopter une stratégie dite d'évitement du problème destinée à réduire le stress et les émotions négatives.

Chapitre II

Le diabète

Préambule

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

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

En 2014, 8,5% de la population adulte (18 ans et plus) était diabétique. En 2012, le diabète a été la cause directe de 1,5 million de décès et l'hyperglycémie a causé 2,2 millions de décès supplémentaires¹.

1- Historique de diabète

Les progrès en diabétologie ont débuté, il y a plusieurs millénaires. Depuis cette origine lointaine jusqu'à nos jours, la médecine, dans sa mobilisation contre le diabète, a connu de notables avancées qui peuvent être suivies, pour la plupart, au travers de la philatélie.

Parmi ces principales étapes de la conquête du diabète on retrouve

1.1- L'Antiquité

L'ancienne Égypte est la première civilisation connue pour une étude très étendue de la médecine, de ses pratiques et procédés, à travers les documents écrits passés à la postérité. Deux éminents médecins égyptiens, Imhotep et Thot furent considérés comme des dieux dans le Panthéon égyptien. La première référence au diabète sucré est le papyrus Ebers, écrit environ 1550 ans av. J.-C. et conservé à l'Université de Leipzig. Parmi les

¹ Organisation mondial de la santé

nombreuses prescriptions, figurent les remèdes pour le traitement de la polyurie, signe de diabète non traité. Cependant, sa nature et son origine demeuraient parfaitement mystérieuses².

1.2- Médecine hindoue

La médecine ayurvédique, ancienne tradition médicale indienne, invente le terme urine au miel, un millénaire avant que les Européens n'ajoutent mellitus au mot diabètes³.

1.3- Médecine grecque

Le médecin Arétée de Cappadoce (80-138 apr. J.-C.) donne le nom de « diabète » (en grec diabêtès signifiant « qui passe à travers ») à une polyurie massive. Hippocrate, le « père de la médecine », décrit la « maladie de la soif » sans donner de précisions quant aux causes. Pour Galien (131-201 apr. J.-C.), il s'agit d'une affection des reins qui sont inaptes à retenir l'eau⁴.

1.4- Médecine arabe

Deux éminents médecins médiévaux qui ont contribué à la connaissance du diabète aux XIe et XIIe siècles sont Avicenne et Maimonides. Le médecin, philosophe et astronome persan Ibn Sînâ, pour les Occidentaux Avicenne (980-1037), était connu au Moyen-âge comme le « prince des médecins ». Il distingue le goût sucré du résidu brun que laissent les urines diabétiques. Moshe ben Maimon (1135-1204), ou Maïmonide, médecin médiéval renommé, rabbi philosophe, théologien et astronome, discute les symptômes d'une soif excessive (polydipsie) et le passage d'un grand volume d'urine (polyurie)⁵.

2- Définition du diabète sucré

²Étienne JOUZIER, 2007, « DIABÈTE ET PHILATÉLIE » consultable sur www.socpharmbordeaux.asso.fr/pdf/pdf-146/146-159-178.pdf

³ Ibid. Étienne JOUZIER, 2007

⁴ Ibid. Étienne JOUZIER, 2007

⁵ Ibid. Étienne JOUZIER, 2007

C'est un groupe de maladies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie chronique résultant d'un défaut de la sécrétion de l'insuline ou d'un défaut de l'action de l'insuline ou de ces deux anomalies associées⁶.

Les critères actuels de diagnostic biologique sont indiqués comme suite :

Il y a le diabète sucré lorsqu'une glycémie plasmatique à jeun est égale ou supérieure à 126 mg/dl ou lorsqu'en présence de symptômes cliniques prélevée à un moment quelconque de la journée, elle dépasse 200 mg/dl. Le diagnostic peut également être posé sur la base d'une valeur égale ou au-delà de 200 mg/dl à la 120^e minute d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale. Plus récemment une valeur d'hémoglobine glycatée HbA_{1c}, égale ou supérieure à 6.5 % (48 mmol/mol) a également été validée comme critère de diagnostic en l'absence d'interférence de dosage⁷.

3- Diagnostic clinique

La présentation clinique d'un diabète sucré est très variable son diagnostic doit être évoqué dans cinq situations différentes⁸ :

- a- C'est « le coup de tonnerre dans le ciel serein ». le patient se plaint de symptômes aigus d'installation brutale, habituellement une polyurie, une polydipsie, une polyphagie et un amaigrissement. S'y ajoutent éventuellement des signes digestifs lorsqu'il y a une cétose ou acidocétose, le diagnostic sans équivoque est confirmé par la biologie. Il s'agira pratiquement toujours d'un diabète de type 1.
- b- L'ensemble de ces symptômes, ou certains d'entre eux sont présents sur un mode plus mineur, et éventuellement plus chronique, il n'y a pas de signes de cétose, le diagnostic de diabète est conforté par la biologie. Cette présentation clinique peut être celle d'un diabète de type 1, type 2 ou d'un diabète spécifique.
- c- Le sujet est asymptomatique, il consulte à l'occasion d'un bilan de santé systématique ou d'une hyperglycémie (ou d'une glycosurie) parfois, c'est une complication infectieuse qui est le point d'appel : lésion mycotique ou bactérienne génitale (balanite, prurit vulvaire) et/ou cutanée le diagnostic sera le plus souvent celui d'un diabète de type 2.

⁶ Buffet. Camille, Vatie Camille, octobre 2010, « endocrinologie diabétologie nutrition », Paris, MASSON, p 221

⁷ Martin Buysschaert , 2011, « diabétologie clinique », Bruxelles, De Boeck, 4^{ème} éd, p 1

⁸ Ibid. Martin Buysschaert , 2011 pp 3-4

- d- C'est une complication chronique rétinienne, neurologique ou macro-vasculaire qui amène à découvrir un diabète antérieurement méconnu que la biologie qu'il s'agira pratiquement toujours d'un diabète de type 2
- e- Le sujet est non symptomatique, la glycémie à jeun est anormale (> 100 mg/dl), mais inférieure à 126 mg/dl l'HbA est mesurée entre 5,7 et 6,4 % le diagnostique sera a priori celui d'un prédiabète.

4- Epidémiologie de diabète dans le monde et en Algérie

Selon l'OMS Le nombre des personnes atteintes de diabète est passé de 108 millions en 1980 à 422 millions en 2014. La prévalence mondiale du diabète chez les adultes de plus de 18 ans est passée de 4,7% en 1980 à 8,5% en 2014, la prévalence du diabète a augmenté plus rapidement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, Le diabète est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, d'accidents cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux et d'amputation des membres inférieurs.

En 2012, on a estimé que 1,5 million de décès étaient directement dus au diabète et que 2,2 millions de décès supplémentaires devaient être attribués à l'hyperglycémie. Près de la moitié des décès dus à l'hyperglycémie surviennent avant l'âge de 70 ans. L'OMS prévoit qu'en 2030, le diabète sera la septième cause de décès dans le monde.

En Algérie, le diabète vient en deuxième position au classement des maladies chroniques, derrière l'hypertension, selon la 3e étude nationale des indications multiples. Le nombre de personnes atteintes de diabète est en progression, passant de 0,3% chez les sujets âgés de moins de 35 ans à 4,1% chez les 35-59 ans et 12,5% chez les plus de 60 ans, selon cette étude menée par le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, en collaboration avec l'Office national des statistiques et des représentations des Nations unies à Alger⁹.

5- Classification de diabète

5.1- le diabète de type 1

Définition

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

⁹ <http://www.liberte-algerie.com/dossier-economique/le-diabete-deuxieme-maladie-chronique-en-algerie-103044>, consulté le 05/04/17 à 19h48

faire de cette maladie une pathologie auto-immune exemplaire déclenchée, chez un sujet génétiquement prédisposé, par des facteurs d'environnement. La destruction auto-immune des cellules insulinosécrétrices aboutit progressivement (probablement plusieurs années) mais inexorablement à un état d'insulinopénie et d'élévation permanente de la glycémie, lorsque plus de 80% des cellules B sont détruites, il en résulte alors une expression clinique, terme d'une longue évolution préclinique¹⁰.

Les cause de diabète de type 1

Le diabète de type 1 (anciennement diabète insulinodépendant), est une maladie qui touche préférentiellement les enfants et les jeunes adultes, il n'y a pas de facteurs favorisant, ce type de diabète arrive souvent comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu chez une personne jusque-là en parfaite santé. On ne connaît pas exactement les causes même si un lien avec des infections virales semble de plus en plus plausible, dans des cas exceptionnels les défenses de corps réagissent en effet avec excès à ces virus ; l'organisme produit des anticorps contre les virus mais ces anticorps se trompent en quelque sorte de cible et vont attaquer également les cellules du pancréas qui produisent l'insuline, suite a cette attaque par les anticorps (maladie auto-immune), il se produit une inflammation des petits îlots producteur d'insuline au sein du pancréas, les îlots de langerhans. Cette inflammation en détruit les cellules en quelques semaines ou quelques mois, entraînant un arrêt de la production¹¹.

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

- a- Le facteur d'hérédité ; en effet le fait d'appartenir à la famille d'un diabétique de type 1 est en soi un facteur de risque particulier puisque 6% des apparentés au premier degré développeront un diabète¹². En contre partis d'autre médecin chercheurs affirme qu'il n'y a généralement pas de transmission du diabète de type 1 dans la famille moins qu'avec le type 2, il existe certes une prédisposition génétique mais qui reste très faible et n'est pas une fatalité¹³.
- b- Les facteurs nutritionnels ; dans les pays scandinaves, des diabètes de type 1 on t été rapportés plus fréquemment chez des patients ayant consommé de grandes quantités de viande fumées, le rôle toxique des nitrosamines a été avancé, d'autre

¹⁰ Ibid. Martin Buysschaert , 2011 p 9

¹¹ Pr jean- jacques Altman et al., 2014, « le grand livre du diabète », France, éd, EYROLLES, pp 8-9

¹² Ibid. Martin Buysschaert , 2011, p 12

¹³ Ibid. Pr jean- jacques Altman et al., 2014, p 9

part une prévalence plus élevée de type 1 est mentionné chez des sujets ayant consommé du lait de vache dans les premiers mois de leur vie¹⁴.

Les risques du diabète du type 1

Si on n'apporte pas rapidement de l'insuline à l'organisme qui n'en produit plus, le déstockage des graisses va entraîner la production de composé toxiques, notamment l'acétone. Cette acétone acidifie le sang, causant des symptômes qui vont aller en s'aggravant ; nausées, perte d'appétits, vomissement, difficultés respiratoires, déshydratation, acidification du sang, coma, si on n'est pas pris en charge rapidement on risque la malheureusement la mort, le risque à long terme entraîne une hyperglycémie qui peut faire vieillir prématurément les organes internes cœur, artères, yeux, reins, nerfs....etc. le traitement de diabète à pour but d'équilibrer les glycémies et d'éviter ainsi ces complications¹⁵.

Traitement du diabète type 1

L'insulinothérapie est de loin la principale thérapeutique actuelle, elle suppose une posologie flexible qui permet à l'insuline d'exercer son action en réponse à l'absorption d'aliments et à l'activité physique, pour y parvenir plusieurs petites injections sous-cutanées quotidiennes d'insuline permettent d'équilibrer le diabète mieux qu'une forte injection¹⁶.

L'insuline ne peut pas en effet être prise en comprimés, car elle serait détruite par l'acidité de l'estomac, des essais ont été réalisés pour administrer l'insuline à travers les poumons, grâce à des sprays, comme ceux utilisés dans le traitement de l'asthme, mais ces méthodes ont pour l'instant échoué¹⁷.

5.2- le diabète de type 2

Définition

Le diabète de type 2 est une maladie hétérogène, non auto-immune, dont le diagnostic est posé à l'occasion de l'apparition de symptôme caractéristique, dans près un tiers des cas, il peut être identifié indirectement par des signes plus atypiques et/ou par la découverte fortuite d'une hyperglycémie. Comme la maladie évolue souvent insidieusement, c'est une

¹⁴ Ibid. Martin Buysschaert, 2011, p 15

¹⁵ Ibid. Pr jean- jacques Altman et al., 2014, pp 12-13

¹⁶ Anne Bertran de Balanda, 2015, une approche psychosomatique du diabète « *l'identité en souffrance* », Paris, éd L'Harmattan, p 17

¹⁷ Ibid. Ibid. Pr jean- jacques Altman et al., 2014, p 14

complication qui mène éventuellement au diagnostic, contrairement au diabète de type 1, il existe dans le type 2 une production endogène d'insuline suffisante pour éviter l'acidose¹⁸.

Les causes de diabète type 2

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

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

Les risque de diabète de type 2

Les risques essentiels sont ceux des complications à long terme, le diabète pouvant atteindre de nombreux organes et spécialement les yeux, les reins, les nerfs, le cœur, le cerveau et les artères¹⁹.

Le traitement de diabète de type 2

Le traitement se compose des mesures hygièno- diétiques en l'occurrence mieux manger et d'augmenter son activité physique, et l'autre mesure est constitué par les médicaments en comprimés appelé les antidiabétique oraux, en troisième lieu on procède aux

¹⁸ Ibid. Martin Buysschaert, 2011, p 19

¹⁹ Ibid. Pr jean- jacques Altman et al., 2014, p 19

médicaments injectable dans lesquels on trouve deux familles d'hormones qui peuvent être utilisées en complément des autres traitements pour équilibrer le diabète²⁰.

5.3- Les autres types de diabètes

Il existe plusieurs forme ou type de diabète dont les causes de leur apparition est différente et rare que les autres type qu'on connaît, parmi ces autres type on trouve :

a- le diabète pancréatique

Il résulte d'une destruction ou d'une disparition anatomique partielle ou totale de pancréas, de façon évidente, la personne à qui on a enlevé chirurgicalement le pancréas deviendra diabétique, il peut aussi s'agir d'un cancer du pancréas ou un alcooliqueEtc.

b- le diabète induits ou médicamenteux

Plusieurs médicaments peuvent induire un prédiabète ou un diabète et généralement il s'agit des médicaments extrêmement utiles pour soigner des maladies parfois graves telles que l'hépatite.

c- Le diabète gestationnel

Le diabète gestationnel appelé diabète de grossesse, c'est une maladie fréquente qui concerne entre 10 et 20% des grossesses selon les régions et les pays il est due au fait que les besoin naturels en insuline augmentent régulièrement et rapidement à partir du deuxième trimestre de la grossesse jusqu'à être doublés en fin de grossesse, chez certaines femmes le pancréas n'arrive pas à produire suffisamment d'insuline pour couvrir ces besoin²¹.

6- L'aspect psychologique et stratégie d'ajustement au diabète

6.1- l'aspect psychologique

La santé n'est pas seulement physique. Pourtant, pendant longtemps le modèle biomédical expliquait à lui seul la santé en considérant que toute maladie ou dysfonctionnement physiologique pouvait être ramené à des perturbations dans les processus physiologiques dues à des blessures, des déséquilibres hormonaux ou biochimiques, ou à des infections bactériennes ou virales, pourtant nous avons tous eus des

²⁰ Ibid. Pr jean- jacques Altman et al., 2014, p 20

²¹ Ibid. Pr jean- jacques Altman et al., 2014, p 26

expériences avec des maladie que sa soit d'ordre chronique ou passagère et généralement il s'agit de coté psychologique qu'on souffre le plus.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les aspects psychologiques reliés à l'annonce d'une maladie chronique²².

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

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

6.2- détresse émotionnelle

Selon (Dawn diabète, attitude, Wiskes and need) les personnes atteintes de diabète ont signalé qu'ils étaient stressés en raison de leur diabète. Soucieux de ne pas pouvoir remplir leurs obligations familiales et plus stressés que la plus part des personnes de leur entourage. La moitié des diabétiques interviewées sont très angoissées en ce qui concerne leur poids, et ils ont peur d'une aggravation possible de leurs conditions, et redoutent les crises hypoglycémiques (baisse de glucose dans le sang)²³.

²² Mélanie Esterle, 2010-2011, conséquences psychologiques liées à la maladie aigue et chronique : stress, maladie et stratégie de faire face, Institut de formation en soin infirmiers de Toulouse Rangueil, pp 7-8

²³ F.J. Snoek, T. Skinner, 2000, Psycholgy in daibetes care, vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands consultable sur: <http://fr.b-ok.org/book/594169/920ced>

Il ressort de cette étude que la responsabilité de soins est un lourd fardeau pour les individus susceptibles de nuire à leur bien-être. En effet, les études menées précédemment révèlent que la détresse émotionnelle est le sentiment fréquent chez les personnes atteintes de diabète, et que la prévalence de la dépression est deux fois plus élevée chez ces individus, par rapport à la population en générale soit environ 15 à 20% indépendamment du type de diabète²⁴.

6.3- stratégies d'ajustement au diabète

Les ajustements à la maladie sont très variables d'une personne à une autre. Plusieurs théories ont tenté d'identifier certains facteurs qui modulent les réactions devant la maladie (Lazarus et Folkman, 1984; Maes, Leventhal et De Ridder, 1996; Moos et Schaefer, 1993). En général, les auteurs s'accordent pour dire que les facteurs reliés à la maladie sont une source importante d'information qui va modifier la réaction de la personne. L'incertitude du développement de la maladie, des causes possibles, de la douleur ressentie et la perte d'autonomie associée aux différents symptômes, ont un impact majeur sur le processus d'ajustement. D'autre part, la personnalité et les événements passés de la personne peuvent aussi moduler l'attitude de la personne atteinte. Ainsi, l'âge de la personne, le genre, la maturité et l'estime de soi sont plusieurs aspects qui aident ou qui nuisent à la façon dont va réagir la personne. Il est donc important d'investiguer ces aspects²⁵.

7- L'éducation thérapeutique des diabétiques

Les pratiques d'éducation thérapeutique s'inscrivent le plus souvent dans une perspective cognitivo-comportementale ou psycho-émotionnelle. Au niveau cognitivo-comportemental, les apprentissages dépendent largement du type de diabète : dans le diabète de type 1, il s'agit de remplacer le mieux possible la fonction insulino-sécrétoire absente (le pancréas ne produit plus d'insuline). Dans le diabète de type 2, l'accent est mis sur la compréhension de l'impact des mesures qualitatives « d'hygiéno-diététiques » et des traitements dans le contrôle des variables biologiques, ainsi que sur la prévention des complications à long terme. Pour autant, la composante psycho-émotionnelle ne peut pas être négligée. L'individu est une trinité avec un moi biologique, un moi rationnel et un moi émotionnel et relationnel : bon nombre d'individus sont prêts à accepter des contraintes thérapeutiques quotidiennes, alors que

²⁴ Ibid. F.J. Snoek, T. Skinner, 2000

²⁵ Ibid. Mélanie Esterle, 2010-2011, p 8

d'autres les considèrent comme étant insupportables et difficiles à gérer. Les mesures thérapeutiques ne doivent pas être présentées comme étant antagonistes aux projets de vie : elles doivent s'y intégrer. Le patient doit peu à peu avoir confiance dans sa capacité à gérer la maladie et avoir la conviction que cela en vaut la peine. La maladie et ses traitements mettent en jeu des connaissances, des croyances et des représentations qui peuvent aider ou faire obstacle à l'adoption de comportements rationnels. La tâche de l'équipe d'éducation thérapeutique est de permettre au patient de les exprimer pour aider si nécessaire à les modifier, afin de trouver le meilleur compromis entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible²⁶.

Conclusion

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

²⁶ Foucaud J., et al, 2010, Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, pp 55-56

Chapitre III

L'étudiant

Préambule

Au cours des années d'étude l'individu passe par plusieurs niveaux d'étude ou il va faire la transitions entre l'enseignement secondaire a l'enseignement supérieur afin de retrouver le statut d'un étudiant.

Un étudiant est une personne inscrite dans un établissement supérieure ou il s'agit d'un enseignement qui s'adresse à des adultes, qui demande à fournir beaucoup d'effort pour réussir le parcours universitaire alors ces pour ca qu'il faux considérez le statut d'étudiant comme une nouvelle profession qu'il lui faut tout une préparation mentale et des moyen de finance pour préparé un bon terrain pour atteindre les objectifs.

1- Définition de l'étudiant

Le dictionnaire de français Larousse définit l'étudiant comme « *Personne qui fait des études supérieures dans une université ou un établissement d'enseignement supérieur, une grande école*¹ ».

Le dictionnaire –l'internaute définit l'étudiant comme « *Scolaire Personne qui suit des cours à l'université ou dans une grande école* ».²

Selon le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique l'étudiant : « *est tout candidat à l'obtention d'un diplôme d'enseignement supérieur régulièrement inscrit dans un établissent d'enseignement supérieur pour suivre un cycle de formation supérieur dont la condition d'accès requise est un mois le diplôme du baccalauréat sanctionnant la fin des études secondaires ou un titre étranger reconnu équivalant. Les conditions d'accès à l'enseignement supérieur sont fixés chaque année universitaire par un circulaire ministérielle* ».

2- le passage du lycée à l'université

Le passage du lycée à l'université marque la fin d'une période et le début d'une autre, qui va imposer un autre mode de vie, l'arrivée dans le monde estudiantin, et dans l'enseignement supérieur fait appel a un mode de vie différent du secondaire, ou il doit s'intégrer, et remplacé ses anciennes habitudes par d'autre, afin de réussir durant son cursus. « *Devenir étudiant est pour un jeune bachelier une expérience de désocialisation (...) l'entrée*

¹ www.larousse.fr/dictionnaires/francais/etudiant_étudiante/31593.

² www.linternaute.com > Dictionnaire.

à l'université est une expérience traumatisante. Aucun lien n'existe entre les étudiant ni a fortiori aucune structuration de leur monde. Ils décrivent leur univers alternativement comme la masse et le désert³».

3- l'entrée à l'université

Le manque d'accompagnement dans cette période de transition, les situations nouvelles, auxquelles est confronté désormais l'étudiant, peuvent être une source d'ennuis pour certains dès qu'ils arrivent à l'université qui : « a été longtemps l'aspiration légitime du lycéen. Malheureusement sitôt le pas franchi, la différence de cadre, les méthodes, la liberté laissée pour organiser son travail n'étaient pas toujours vécues et utilisées de façon constructive et les craquages en première année s'y observaient avec une très grande fréquence, chaque changement qualitatif entraînant le déséquilibre chez les sujets pathologiques en puissance ». ⁴

4- les ruptures

Coulon. A, parle sur Un certain nombre de facteurs pertinents paraissent devoir être mis en évidence pour analyser le phénomène des échecs et des abandons universitaires.

Pour beaucoup d'étudiants, le passage à l'enseignement supérieur en accompagne d'autres. Il est marqué par plusieurs ruptures simultanées : dans les conditions d'existence, génératrices parfois de phénomènes d'anxiété et de conduites d'échecs, dans la vie affective, avec le passage la plupart du temps d'une vie familiale à une vie plus autonome, la psychopédagogique surtout la relation pédagogique avec les enseignants.⁵

5- l'entrée dans l'enseignement supérieur

La question globale de l'échec universitaire n'est pas nouvelle. Plusieurs travaux y ont été consacrés et y ont apporté des contributions importantes. Mais quelle que soit l'orientation de ces travaux – théories marxiste, de la reproduction, des inégalités et de la mobilité sociale, de l'économie néo-classique -, aucun d'entre eux n'a pris véritablement pour objet l'entrée dans l'enseignement supérieur. Or c'est précisément un moment décisif, qu'il faut étudier avec beaucoup d'attention si l'on veut vraiment explorer les phénomènes d'abandons et

³ D. Lapeyronnie, Marie-J-L, Campus Blues. Les étudiants face à leurs études, Paris, Seuil, 1992, p29

⁴ Danon-Boileau H, et al, 1971, incidence des problèmes scolaires et universitaires sur la psychopathologie de l'adolescent. Confrontations psychiatriques, p211

⁵ Alain Coulon, 2005, p04

d'échecs, qui se produisent principalement au cours de cette période. En outre, ces études ne tiennent pas compte de trois facteurs qui caractérisent l'enseignement supérieur :

- Il s'agit d'un enseignement qui s'adresse à des adultes et, en tant que tel, des problèmes particuliers s'y posent, qui devraient être étudié spécifiquement, en particulier la conquête de l'autonomie.
- C'est un enseignement terminal : l'enseignement primaire prépare au collège, qui prépare à son tour au lycée. Si l'enseignement supérieure prend quelque fois cette forme de préparation à un nouveau cycle, comme c'est le cas, par exemple, des classes préparatoires aux grandes écoles, l'université, en revanche, prépare en principe à la vie active ;
- l'entrée dans l'enseignement supérieur reste volontaire, même si elle est de plus en plus un choix forcé, en raison, d'une part, du marché de l'emploi et, d'autre part, parce que le baccalauréat a cessé d'être suffisant pour assurer un débouché professionnel.⁶

6- Les principaux passages de l'étudiant dans la vie universitaire

- **Le temps de l'étrangeté** : C'est une phase qu'on peut considérer que l'inscription des nouveaux étudiants comme provisoire comme un acte normal et banal, dont on croit généralement qu'il intervient naturellement après l'obtention du baccalauréat .quand ils arrivent à l'université , les étudiant ne sont pas encore étudiants :même s'ils souhaitent en général le devenir à part entière, ils sont simplement «demandeurs» d'enseignement supérieur, mais leur décision peut encore être remise en cause, en fonction d'un grand nombre de facteurs et des série de ruptures et de changement dans leur nouveau monde.⁷
- **Le temps de l'apprentissage** : C'est une période marquée par le langage des rites de passage, d'ambiguïté. Alor l'étudiant devient apprenti et il va apprendre le rudiment du métier son désarroi initial, va succéder une phase de familiarisation progressive aux institutions, une conformisation envers les codes locaux et le

⁶ Alain coulon, 2005, pp3-4

⁷ Alain coulon, 2005, p29

commencement du travail intellectuel, qui doivent en principe le conduire à devenir un membre compétent de la communauté universitaire et à être reconnu comme tel.⁸

- **Le temps de l'affiliation :** Cette période, au cours de laquelle l'étudiant devient progressivement membre. Elle est marquée en particulier par l'aisance acquise à l'égard des règles diverses et nombreuses qui organisent la vie sociale et intellectuelle du travail universitaire, aisance qui se manifeste en de très nombreuses occasions. L'étudiant est alors doublement affilié : d'une part, sur le plan institutionnel, il sait désormais comprendre et interpréter les multiples dispositifs institutionnels qui régissent la vie quotidienne d'un étudiant ; d'autre part, il commence à savoir également ce qu'on attend de lui, sur le plan intellectuel cette fois, pour qu'il fasse la preuve de sa compétence d'étudiant.⁹

7- ruptures et changement de règles

Si l'entrée dans l'enseignement supérieur peut être perçue, dans certaines situations particulières telles que les classes préparatoires, par exemple, comme une continuité par rapport à l'enseignement secondaire, l'entrée à l'université constitue au contraire une série de ruptures brutales, que les étudiants vivent plus au moins bien, qu'ils commentent dans leurs journaux ainsi qu'au cours des conversations. Ils présentent souvent l'université comme le symbole suprême du système scolaire, comme un rêve longtemps inaccessible pour les néo-bacheliers. L'université est pour les étudiants qui y arrivent pour la première fois, un attrait nouveau, la découverte de nouvelles disciplines.¹⁰

8- le premier contact

Le premier contact avec l'université a lieu quelquefois au cours de la journée portes ouvertes que les universités organisent au printemps, au cours de laquelle les lycéens des classes terminales viennent se renseigner sur les possibilités d'études qui leur sont offertes, ils sont accueillis par groupes dans les diverses formations de premier cycle, petites réunions où ils peuvent poser diverses questions sur le cursus, sur son découpage en unités d'enseignement (UE) capitalisables, sur sa difficulté...etc. C'est surtout au moment de l'inscription

⁸ Ibid. p111

⁹ Ibid. p115

¹⁰Ibid. p38

administrative, au mois de juillet, qu'a lieu réellement le premier contact des étudiants avec la vie universitaire¹¹.

9- La relation entre l'étudiant et l'enseignant :

Parmi les travaux de recherche en sociologie visant la relation entre étudiants et enseignants à l'université, on peut repérer deux grandes tendances. La première tente de montrer l'impossibilité d'abstraire la relation éducative de l'ensemble de l'organisation du système éducatif, de ses fonctions sociales, de ses liens avec la société globale. Dans cette vision, le système éducatif reproduit des rapports de division du travail au sein de la société. La théorie de la reproduction perçoit l'enseignant comme le représentant de la culture « légitime » et l'agent de la sélection culturelle. Les modalités pédagogiques sont également perçues comme des pratiques de contrôle symbolique fondées sur une hiérarchie graduée de positions et des processus de reproduction culturelle. Pour Bourdieu et Passeron (1964), les enseignants ont déjà laissé tomber l'hermine et la toge, ou tenté de descendre de leur estrade sans abandonner leur « protection ultime, l'usage professoral d'une langue professorale » ou « la violence du langage ». Cette sociologie écarte tout mouvement « compensatoire », la relation éducative étant vue comme une relation non dialectique fondée sur la domination et une hiérarchie graduée de positions.

La deuxième tendance, en refusant un déterminisme mécanique et linéaire, tente d'examiner la relation entre partenaires pédagogiques comme une réalité sociale à l'origine d'un ensemble d'interactions, de transformations et de transactions entre des sujets agissants. L'université ne constitue pas uniquement un cadre de reproduction des rapports sociaux qui existent en dehors de ses murs, elle est également le lieu de développement des phénomènes sociaux et de la subjectivation des partenaires pédagogiques. Les décalages et les tensions inhérents au lien éducatif institutionnel sont aussi présents à l'université : le conflit culturel, l'asymétrie, l'autorité, la relation au savoir différenciée, l'altérité, l'écart générationnel et les relations de pouvoir. Certains auteurs (Postic, 1979 ; Ardoino, 1971) ont mis en avant la dialectique complexe qu'implique une relation éducative, en termes d'influences réciproques, d'interactions. La relation éducative ne se réduit pas à la dimension existentielle (événementielle, ici et maintenant) car elle met en jeu, en même temps, la dimension

¹¹ Ibid. pp39-40

temporelle (inscrite dans la durée, au niveau des personnalités singulières) et l'historicité des collectifs et des groupes.¹²

10- conditions des étudiantes

- **La bourse :** Tout étudiant inscrit dans une filière de l'enseignement supérieur bénéficie d'une bourse d'études universitaire durant tout son cursus fixée à 4050 DA, 3600 DA ou 2700 DA, selon le revenu annuel global des parents, qu'il faudrait fournir chaque trimestre.¹³
- **L'étudiant résidant :** L'accueil des étudiants au sein des résidences universitaires se fait selon les capacités d'accueil de chaque ville universitaire (campus). D'autre part, ne bénéficient de l'hébergement que les étudiants demeurant à 50 km et plus pour les garçons, du lieu de leur inscription pédagogique et à 30 km et plus pour les filles. et ses étudiant bénéficie : d'un repas au sein des restaurants universitaires, des moyen de transport universitaire, des activités scientifiques, culturelles et sportives ,des soins infirmiers, des bibliothèques et La prévention sanitaire, par ce que Les résidences universitaires disposent de structures et moyens sanitaires nécessaires, afin de préserver les étudiants résidents de tous les risques.¹⁴

11- les étudiants des adultes émergents

Jeffrey Arnett a présenté un cadrage conceptuel de la notion (d'âge adulte émergent) « *emerging adulthood* » dans un article (Arnett, 2000), puis a proposé une théorie complète dans deux ouvrages (Arnett, 2004 ; Arnett & Tanner, 2006). Selon lui, l'âge de l'adulte émergent, qu'il situe de 18 à 25 ans environ, se distingue à la fois de l'adolescence et de l'âge adulte par cinq caractéristiques spécifiques. Parmi ces dernies en va citer deux :

- **L'âge des explorations identitaires :** Selon J. Arnett il se trouve deux domaines essentiels du développement identitaires sont ainsi révélés : amour et travail. Selon lui l'indépendance et l'autonomie doivent être atteintes avant les responsabilités de l'âge adulte ; l'amour doit être la base du couple ; le travail doit être une expression de l'identité. Alor ces pour sa qu'on peut dire que les premières expériences amoureuses et professionnelles commence lors de l'adolescence, mais c'est

¹² <https://dms.revues.org/425#tocfrom1n2> consulté le 16/05/17 à 17h30

¹³ <http://www.univ-constantine2.dz/vie-etudiante/bourse/> consulté le 16/05/17 à 17h00

¹⁴ <http://esc-alger.dz/index.php/fr/etudiant/services/bourse> consulté le 16/05/17 à 17h00

seulement après que les explorations identitaires aient lieu que les jeunes commencent à se demander sérieusement avec quel genre de personne ils veulent construire une relation à long terme et le travail qu'il veule exercer au future.

- **L'âge de l'instabilité :** Pendant cette période en remarque que le nombre de déménagements effectués et élevée par rapport aux autres périodes de la vie surtout le départ de la maison familiale au logement indépendants, seul ou en cohabitation avec des partenaires différent et dans des villes différentes. Les comportements des jeunes adultes émergents sont significativement moins encadrés institutionnellement et sont de ce fait beaucoup plus diversifiés.¹⁵

12- L'étudiant et les stratégies de coping

Plusieurs études transversales ont cherché à déterminer les différences entre les stratégies de coping utilisées selon les tranches d'âge, Billing et Moos 1981 n'ont pas trouvé de différence significatives, chaque âge ayant une manifestation hétérogène de type de stratégie employées. Quayhagen 1982, a mis en évidence que les personnes âgées avaient tendances à utiliser une approche émotionnelle, alors que les autres groupes adoptaient une approche plutôt centrée sur le problème. De leur côté les plus jeune adulte semblaient chercher de l'aide pour faire face a leur difficultés¹⁶.

13- l'étudiant et le diabète

La recherche de Milousheva et al. 1996 est l'une des premières à avoir mis en évidence chez des jeune adulte IDDM des stratégies de coping spécifique, différent sensiblement selon le sexe. Les jeunes diabétiques masculins semblent adopter préférentiellement des stratégies d'évitement (oublier une visite de contrôle), de distraction cognitive (penser à autre chose qu'à sa maladie), ou de désengagement comportemental (s'adonner à des activités multiples pour ne pas penser à sa maladie). Les jeunes filles IDDM quant à elles, ont tendance à utiliser davantage la recherche de soutien social (parler de leur maladie à leur proche). Quant aux

¹⁵ ARNETT, J.J. (2005). "The developpemental context of substance use in emerging adulthood". *Journal of Drug Issues*,

¹⁶ H. Chabrol & S.Callahan, 2002, p 135

adultes diabétiques, il semblerait que les hommes utilisent plutôt des stratégies centrées sur le problème, et les femmes des stratégies centrées sur l'émotion¹⁷.

14- Comment peut-on gérer son diabète durant les examens

Durant la période de blocus et lors des examens, les étudiants diabétiques sont confrontés à des taux glycémiques quelque peu déréglés. Comment doivent-ils gérer stress, blocus et diabète afin de ne pas malmener leur santé ?

Divers facteurs sont à prendre en considération.

- En période d'examens, l'organisme produit une hormone de stress, l'adrénaline, qui peut perturber la régulation du diabète.
- Les habitudes alimentaires saines sont délaissées. Ainsi, les étudiants mangent un peu n'importe comment, se ruent sur les sodas sucrés et les boissons à base de caféine.
- L'étudiant dispose de moins de temps pour pratiquer une activité physique et prendre soin de lui.
- Le stress peut entraîner des accès de boulimie qui font grimper en flèche le taux de glycémie.
- Les fumeurs augmentent leur consommation de tabac.

14.1- Comment gérer le stress pour garder la glycémie sous contrôle ?

- Formulez des attentes réalistes afin que vos exigences ne soient pas insurmontables.
- Planifiez vos journées de blocus et répartissez la à votre matière,
- Motivez-vous, vous même lorsque vous revenez d'un examen qui ne s'est pas déroulé comme vous l'espérez.
- Accordez-vous des moments de détente, des pauses pour vous relaxer.
- Aérez-vous tous les jours pendant au moins trente minutes : rendez-vous à pied ou à vélo à l'examen, promenez-vous...etc.
- Veillez à dormir suffisamment.

¹⁷ Bruchon- Schweiter M. et Bruno Quintard, 2001, Personnalité et maladies stress, coping et ajustement DUNOD, p 107

- Respectez une alimentation saine et équilibrée.
- Prévenez vos professeurs que vous êtes diabétique, afin de pouvoir manger durant un examen, si nécessaire.
- N'hésitez pas à demander conseil (auprès d'un médecin, d'un psychologue...) si vous craignez que la gestion du diabète engendre un impact négatif sur vos examens.¹⁸

Conclusion du chapitre

Devenir étudiant marque un passage vers l'autonomie, l'indépendance et la vie adulte. De nombreux changements interviennent et peuvent déstabiliser certains jeunes. L'entrée à l'université implique souvent une coupure vis-à-vis du milieu familial, pas toujours choisie, la rencontre d'un nouvel environnement et parfois un isolement affectif.

¹⁸ www.diabete-abd.be. Consulter le 16/05/2017 à 20h30

Problématique et formulation des hypothèses

Notre planète abrite environs sept milliard d'êtres humains de tous âges et de toutes professions, et pour chacun d'eux la survie est un combat quotidien, partout, et depuis des millénaires d'innombrables exemples montrent ce que l'homme est prêt à faire pour survivre.

Au sommet de notre colonne vertébrale, quelque 1350 gramme de tissu contrôle le moindre de nos mouvement, notre cerveau travaille si-vite que n'importe quel ordinateur, il traite quelque cent mille milliard d'instruction par seconde, mais pour sauver nos vie il est aussi capable de ralentir le temps, nous dire quoi manger, et même de puiser dans nos muscle. Pendant notre sommeil son pouvoir est décupler il prend même le contrôle de nos musculature et dirige nos vie quand notre corps atteint ses limite¹, mais à des moment de la vie il est confronté a des obstacle dont il ne détient pas la clés, des maladies dont il ne peut se débarrasser à part de crée des déversions, des méthodes pour vivre avec, des maladies qu'on peut qualifier du pire ennemis que le cerveau et le corps humain aux quelles doivent faire face, c'est ce que on appel les maladies dites incurable et/ou celles que la science ne peut éradiquée, (cancer, sida, diabète.....etc.)

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

Selon l'OMS, le diabète est une cause majeure de cécité, d'insuffisance rénale, d'accidents cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux et d'amputation des membres inférieurs. En 2012, on a estimé que 1,5 million de décès étaient directement dûs au diabète et que 2,2 millions de décès supplémentaires devaient être attribués à l'hyperglycémie. Près de la moitié des décès dus à l'hyperglycémie surviennent avant l'âge de 70 ans, la prévalence mondiale du diabète chez les adultes de plus de 18 ans est passée de 4,7% en 1980 à 8,5% en 2014².

Le mot diabète vient du grec « couler à travers », terme qui renvoi aux deux principaux symptômes de la maladie : une grande soif et le besoin d'uriner fréquemment. C'est 4000 ans avant J.C. en Chine que le diabète a été mentionné pour la première fois. On parlait alors d'urine sucrée ou d'urine de miel³.

En 1500 avant J.C. un papyrus égyptien, appelé papyrus Ebers, décrit des symptômes similaires à ceux du diabète : soif intense et amaigrissement. Au fil des siècles et des avancées de la recherche médicale, des expériences ont été réalisées pour comprendre et trouver des traitements au diabète⁴.

Le diabète vient en deuxième position au classement des maladies chroniques, derrière l'hypertension En Algérie, selon la 3e étude nationale des indications multiples. Le nombre de personnes atteintes de diabète est en progression, passant de 0,3% chez les sujets âgés de moins de 35 ans à 4,1% chez les 35-59 ans et 12,5% chez les plus de 60 ans, selon cette étude

¹ Inspirer d'un document audio-visuel scientifique (mon corps ce héros) « *produced by Dangerous film. ltd for discovery chanel* »

² OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/>, consulté le : 28/02/17 à 17h00

³ https://www.dinnosante.fr/fre/17/histoire-du-diabete?mobile_bloc=comprendre_diabete, le 28/02/17 à 20h00

⁴ https://www.dinnosante.fr/fre/17/histoire-du-diabete?mobile_bloc=comprendre_diabete, le 28/02/17 à 20h30

mené par le ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière, en collaboration avec l'Office national des statistiques et des représentations des Nations unies à Alger⁵.

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque l'organisme est incapable de produire suffisamment d'insuline ou d'utiliser l'insuline de manière efficace. L'insuline est une hormone fabriquée dans le pancréas, qui permet au glucose contenu dans les aliments de pénétrer dans les cellules de l'organisme, où il est transformé en énergie nécessaire au bon fonctionnement des muscles et des tissus. Chez une personne atteinte de diabète, le glucose n'est pas absorbé correctement et continue de circuler dans le sang (un trouble connu sous le nom d'hyperglycémie), endommageant ainsi peu à peu les tissus. Ces dommages peuvent entraîner des complications invalidantes mettant la vie de la personne en danger, il existe trois grands types de diabète qui sont, type 1, type 2, et gestationnel⁶.

Par conséquent, le diabète et particulièrement de type 2, peut entraîner des complications sur la vue, les reins et l'appareil cardiovasculaire.

De ce fait, être diabétique signifie être confronté à un stresser, et être confronté à un stresser implique certainement des méthodes pour y faire face et pour faire face à une source de stress l'être humaine fait appel à ces ressources et met en place des stratégies qui sont connues sous le nom de stratégies de coping ou d'ajustement.

La notion de coping est un concept récent apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus, « *psychological stress and coping process* » en 1966.

Selon R.S Lazarus et S. Folkman 1984, « *le coping est un ensemble des efforts cognitifs et comportementaux constamment changeant, déployés pour gérer des exigences spécifiques interne et/ou externe qui sont évaluées par la personne comme consommant ou excédant ces ressources* »⁷.

De manière générale les stratégies de coping se réfèrent à tout ce qu'une personne met en œuvre pour faire face à une situation stressante.

En générale, on distingue trois types de stratégies de coping, celles qui sont centrées sur l'émotion et qui visent à réguler l'émotion associée à l'événement stressant, et celles qui sont centrées sur le problème et qui correspondent à des actions qui consistent à maîtriser, diminuer ou éliminer les facteurs présents dans l'environnement qui sont à l'origine de la transaction stressante. Globalement, ces réponses sont utilisées pour résoudre le problème auquel l'individu est confronté et englobent des stratégies spécifiques de coping tels que la planification, la rationalisation de la situation, la recherche des solutions et des moyens d'action, la réorganisation de la tâche, l'effort accru, etc.⁸

⁵ Journal liberté Algérie sur, <http://www.liberte-algerie.com/dossier-economique/le-diabete-deuxieme-maladie-chronique-en-algerie-103044>, le 01/03/17 à 02h11.

⁶ ATLAS du DIABÈTE de la FID, 6e édition, 2013, consultable sur www.idf.org/diabetesatlas

⁷Op. Cite, BRUCHON- SCHWEITZER M et EMILIE BOUJUT. 2014, DUNOD, p474

⁸Op. Cite, Andreea DINCA. Septembre 2008, p40

Outre le coping centré sur le problème et celui centré sur l'émotion qui sont les deux stratégies principales, la recherche du soutien social apparaît parfois comme troisième stratégie générale, elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie ou l'aide d'autrui et ne doit pas être confondu avec le réseau social ni avec le soutien social, cette stratégie correspond parfois à une tentative des informations ou une aide matérielle pour régler une difficulté⁹.

Le diabète a suscité si peu de recherches ayant pour objectif d'étudier les principales stratégies de coping utilisées par les patients pour faire face à leur maladie.¹⁰

La recherche de Milousheva et al. 1996 (cité par, M. Bruchon Schweitzer et B. Quintard en 2001), est l'une des premières à avoir mis en évidence chez des adolescents IDDM, des stratégies de coping spécifique, différents sensiblement selon le sexe. Les adolescents diabétiques masculins semblent adopter préférentiellement des stratégies d'évitement (ex : oublier une visite de contrôle), de distraction cognitive (penser à autre chose que sa maladie) ou de désengagement comportemental (s'adonner à des activités multiples pour ne pas penser à sa maladie), les adolescentes IDDM, quant à elles, ont tendance à utiliser davantage la recherche de soutien social (parler de leur maladies à leurs proches). Quant aux adultes diabétiques, il semblerait que les hommes utilisent plutôt des stratégies *centrées sur le problème*, et les femmes des stratégies *centrées sur l'émotion*, mais vu les limites caractérisant ces deux études (absence de groupe de contrôle, effectifs restreints), il est difficile de généraliser ces résultats à l'ensemble des sujets diabétiques.¹¹

Être étudiant, marque un passage vers l'autonomie, l'indépendance et la vie adulte. De nombreux changements interviennent et peuvent déstabiliser certains jeunes. L'entrée à l'université implique souvent une coupure vis-à-vis du milieu familial, la rencontre d'un nouvel environnement et parfois un isolement affectif. Les conditions de travail et d'encadrement sont différentes de celles de l'enseignement secondaire : la charge de travail est souvent plus importante, de même que l'autonomie. Les étudiants qui entrent à l'université se voient d'un seul coup « lâchés dans une promo de 800 où, paradoxalement, on se sent bien seul au milieu de tout le monde¹² ».

L'étude menée par Réveillère *et al.* Chez des étudiants de deuxième année en *sciences, lettres et sciences humaines* sur les tracas quotidiens, révèle que les principales préoccupations des étudiants sont : la peur d'échouer dans les études par manque de compétence, de temps, d'argent ; la peur du chômage et la sensibilité à la souffrance des autres et la sécurité personnelle (vol, agression)¹³.

⁹ Op. Cite, BRUCHON- SCHWEITER M. et Emilie Boujut, 2014, p 477

¹⁰ Op. Cite, BRUCHON- SCHWEITZER M et B. Quintard, 2001, DUNOD, p107

¹¹ Ibid. BRUCHON- SCHWEITZER M, et B. Quintard, 2001, DUNOD, p107

¹² Slaviero Aurore. 2014, stress et stratégies de coping chez les étudiants en médecine 1^{er} et 6^{ème} année, université PARIS DIDEROT- PARIS

¹³ E. Grebot, T. Barumandzadeh, 2004, L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles, annales médico psychologique, disponible sur <http://france.elsevier.com/direct/AMEPSY/>, p562

Cependant, les étudiants diabétique ou ceux qu'on peut classer dans la catégorie adulte, afin de faire face à la maladie ils emploient des stratégies et des moyens pour maîtriser, et contrôler ce qui provoque ce stress, certains s'appuient sur le soutien de leur amis, familles et même des spécialiste dans le domaine pour minimiser, relativiser leur tracas, d'autre se tourne vers des activités culturel, sportives dans le but de modifier, d'essayer d'oublier leur maladies et tous le stress qu'elle peut engendré.

Nous avons entamés notre recherche après près d'un mois de pré-enquête au niveau de l'université Abderrahmane Mira de Bejaia campus Aboudaou et Targua Ouzemour y compris les résidences universitaire de Bejaia ainsi, que le centre médicale au niveau de campus Aboudaou, ce qui nous à permet de recueillir des informations préalable et de confirmer la faisabilité de notre recherche et parallèlement avec la revue de littérature, nous nous sommes interrogés sur les stratégies de coping chez les étudiants diabétiques.

Afin de mieux cerner notre sujet et de le comprendre nous nous sommes amené à poser la question suivante :

- Quelles sont les différents types de stratégies de coping que les étudiants diabétiques utilisent pour faire face à leur maladie ?

Dans le but de répondre à la question posée, nous avons émis l'hypothèse suivante :

- Les étudiants diabétiques utilisent différents types de stratégies de coping centrées soit sur le problème, soit sur l'émotion ou la recherche de soutiens social.

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Introduction

Dans ce chapitre nous présentons le cadre méthodologique de notre recherche, il regroupe la méthode suivie par laquelle nous avons procédé pour produire se travail, ainsi que le terrain de la recherche, le groupe de recherche et les outils de recherche (échelle, entretien) qui nous ont aidé pour le bon déroulement de la recherche.

1- Méthode de recherche

Afin de concrétisé notre recherche nous avons opté pour la démarche clinique qui selon Omar Aktouf : « *consiste à observer directement l'objet à étudier et à le suivre pas à pas tout en notant toutes ses modifications, ses évolutions... C'est une méthode empirique où il n'y a aucune sorte d'intermédiaire entre l'observateur et ce qu'il étudie. On la retrouve, en dehors de la médecine, dans l'ethnologie, les études de cas, les monographies, les observations participantes...¹ ».*

Ainsi, la méthode clinique est l'art d'observation et du repérage des signes obtenus directement au chevet du malade et non d'après des spéculations théorique ou sur la foi de témoignages invérifiable².

La mise en ouvre de la démarche clinique nécessite qu'elle soit soutenue par une certaine méthode et dans notre cas nous avons opté pour la méthode descriptive qui selon Ambroise ZAGRE : « *A pour but de représenter la réalité en réunissant dans un tableau complet les caractéristiques des phénomènes étudiés. Elle une photographie des phénomènes en reproduisant exactement les faits³.* »

La méthode descriptive, englobe l'ensemble des études de cas, observation systématiques ou naturalistes, méthodes corrélationnelles, méthodes normatives développemental et enquête, elle intervient en milieu naturel et tente de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la

¹ AKTOUF Omar, 1987, méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations « *une introduction à la démarche classique et une critique* », Québec, p 29, consultable sur : <http://classiques.uqac.ca/>

²LONESCU. S, BLANCHET. A, 2009, Méthodologie de la recherche en psychologie clinique, Paris, PUF, p 55

³ Ambroise ZAGRE, 2013, méthodologie de la recherche en sciences sociales, Paris, L'Harmattan, p12

démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ses composantes⁴.

La méthode de recueil d'informations dans notre recherche est l'étude de cas qui est selon LONESCU. S, BLANCHET. A « *désigne en psychologie le recours aux situations cliniques concrètes pour diagnostiquer et prendre en charge les troubles, elle a recours aux questionnaires, aux tests cognitifs et aux épreuves projectives. Elle constitue une interface entre les aspects biologiques, neuropsychologiques, psychologique et culturelle*⁵. »

2- Le groupe de recherche

Notre groupe de recherche est constitué d'étudiants diabétiques qui suivent leurs études au niveau de l'université de Bejaia, campus Aboudaou et campus Targa-ouzemour, résidant et non résidant, nous avons sélectionné un groupe de participant après nous avoir donné leur accord en leur expliquant la nature et l'objectif de notre recherche et on gardant leur anonymat en modifiant leur prénom.

Le tableau suivant nous présente un récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche

cas	prénom	sexe	âge	état matrimoniale	Filière	Résident	Type de diabète
Cas 1	keltoume	F	23	Célibataire	Math. I	non	1
Cas 2	Zahra	F	24	Célibataire	communication	oui	1
Cas 3	Cylia	F	22	Célibataire	Français	oui	1
Cas 4	Hamida	F	28	Célibataire	Français	Non	1
Cas 5	Hassib	M	19	Célibataire	SHS	Non	1
Cas 6	Fawzi	M	28	Célibataire	Droit	Non	1

Tableau n°1 : récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche

⁴ Chahraoui. Kh, Benony. H, 2003, méthodes, évaluation et de recherche en psychologie Clinique, Paris, Dunod, p125

⁵ Ibid. LONESCU. S, BLANCHET. A, 2009, p 60

Ce tableau présente les caractéristiques de notre groupe de recherche qui se compose d'étudiants diabétique avec des noms anonymes pour les deux sexes (04 cas féminins et 02 cas masculins), avec une variable d'âge allant de 22 ans à 28 ans de différentes filières et de différents niveaux d'étude.

Dans notre recherche, nous avons utilisé un ensemble d'outils de recueil d'information afin de répondre à notre problématique et de vérifier notre hypothèse.

3- Les outils de recherche

Dans notre recherche, on s'est basé sur l'entretien clinique semi-directif et l'échelle toulousaine de coping de S. Esarbes, F. Sordes-Ader et P. Tap (1993), car ils répondent à la nature de notre recherche et permettent mieux de répondre à nos questions et à la vérification de notre hypothèse.

3.1- l'entretien clinique de recherche

L'entretien clinique est la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique. L'entretien clinique peut être mis en œuvre dans différents contextes et répondre à des objectifs différents: diagnostic, thérapeutique, recherche. L'entretien de recherche peut être utilisé en référence à diverses méthodes expérimentales, biographiques, cliniques et en référence à différents modèles psychanalytiques, cognitifs et comportementaux, systémiques, phénoménologiques, humanistes, ethno-psychiatriques. La dénomination « *d'entretien clinique de recherche* » condense ainsi tous les paradoxes liés à l'utilisation de la méthode clinique comme méthode de recherche⁶.

Selon A. Zagre l'entretien clinique : « *comporte peu de question. C'est l'enquêté qui choisit le domaine ou le sujet de l'entretien*⁷. »

Ainsi, on distingue trois formes d'entretien clinique de recherche, l'entretien directif, semi-directif et non directif.

⁶ L. Fernandez, J.-L. Pedinielli, avril 2006, la recherche en psychologie clinique, recherche en soins infirmiers n° 84, Université de Provence, Aix-Marseille I, UFR de Psychologie/Laboratoire PsyClé, p 49

⁷ Op cite, A. Zagre, 2013, p86

Dans notre recherche on a opté pour l'entretien semi-directif de la recherche que nous avons jugé le plus adéquat pour répondre à notre problème de recherche et orienté ainsi notre sujet sur des réponses précises, ce qui lui permet de répondre aux questions en toute liberté et sans sortir de thème.

3.2- l'entretien clinique semi-directif

Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé un grand nombre de questions précises. Le chercheur dispose d'un guide d'entretien qui permet de suivre une certaine linéarité, sans s'en tenir à une chronologie ou à une formulation stricte⁸.

De ce fait, l'attitude non-directive qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide d'entretien plus au moins structuré

3.3- le guide d'entretien

Selon A. Blanchet il s'agit : « *d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs, et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer*⁹ ».

Dans le cadre d'une étude le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquels il veut obtenir une information il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement. Il laisse venir le plus possible l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient. Il pose les questions que si l'interviewé ne les a pas abordé de lui-même¹⁰.

Notre guide d'entretien comprend trois axes qui servent de trame pour l'entretien, ce guide nous a permis d'aborder nos questions de recherche et de ne pas sortir de sujet :

- Renseignement personnel sur le sujet

⁸ Ibid. A. Zagre, 2013, p 87

⁹L. Fernandez, M, Catteuw, 2001, la recherche en psychologie clinique, Paris, Nathan, p77

¹⁰G. Aurélie, M-N. Florence, Méthodologie de la recherche qualitative dans le domaine de la santé Séminaire 28 & 30 septembre 2015 (Besançon et Dijon)

- **Axe n° 1** : renseignement concernant la maladie : le diabète
- **Axe n° 2** : renseignement concernant la confrontation avec la maladie : les stratégies de coping
- **Axe n° 3** : renseignement concernant l'entourage de patient

Remarque : on peut trouver les questions de ces trois axes dans l'Annexe N° 1.

3.4- l'échelle toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Acer et Pierre Tap (1993)

Le choix d'une échelle intervient dans deux situations : la première est celle du chercheur confronté à la vérification de ses hypothèses de travail pour une population donnée, la seconde est celle du clinicien confronté à des besoins d'évaluation quantitative en pratique courante, en complément de l'entretien¹¹.

Nous avons opté pour l'échelle toulousaine de coping, de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Acer et Pierre Tap (1993).

3.4.1- définition

3.4.2- histoire de l'échelle toulousaine de coping

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

Pour Lazarus et Folkman (1984), le coping est un processus cognitif permettant au sujet de donner un sens à la situation en fonction des ressources qu'il peut mobiliser pour y répondre. Deux dimensions interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques :

- une focalisation sur le problème (reflexion et intervention)
- une focalisation sur les émotions (contrôle et expression de la détresse émotionnelle causée)

¹¹Op.cit, LONESCU. S, BLANCHET. A, 2009, p 112

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels les personnes cherchent à éviter d'être lésées par les tensions auxquelles elles sont confrontées. A la différence des auteurs précédents, ils mettent en place une théorie composée de trois dimensions. La première fait référence aux tentatives pour changer la situation (éliminer les sources de tension), la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation du stress (réduire l'impact de l'événement par la signification) et la troisième aux modalités mises en place pour contrôler les sentiments de détresse (gestion du stress). D'autres auteurs (Billings et Moos, 1981 ; Seiffge-Krenke, 1984) proposent aussi un modèle à trois dimensions

Par contre, Carver, Scheier et Weintraub (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies. Dans un souci de compréhension, nous les avons regroupées selon cinq champs : le champ comportemental (résolution de problème et retrait comportemental), le champ cognitif (stratégie de planification...), le champ émotionnel (débordement, envahissement des émotions), les mécanismes de défense (déli, additivité) et les rapports sociaux (stratégies de demande d'aide). Ces auteurs font du coping un processus, pouvant inclure toutes sortes de stratégies, dont certaines n'étaient pas prises en compte jusque là. Partant d'une analyse critique des échelles de coping existantes, nous proposons une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux (behavior), informationnel ,(cognitif) et affectif (émotion).¹².

3.4.3- le contenu

Cette échelle permet une passation Individuelle mais aussi collective. Elle est composée de 3 champs l'Action (champ conatif), l'Information (champ cognitif) et l'émotion (champ affectif) dont l'articulation permet l'émergence de six stratégies (Focalisation, Support Social, Retrait, Conversion, Contrôle et Refus), chaque champ est constitué de 6 dimensions et chaque stratégie comprend 3 dimensions (L'échelle est donc constituée de 18 dimensions Chaque dimension est testée à partir de trois affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle en cinq points.

3.4.4- Présentation des stratégies et des dimensions:

¹² S. Esparbes et Coll, 1989, les stratégies de coping, laboratoire « personnalisation et changement sociaux », Toulouse, pp 90-91

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

b- Le support social : implique une demande d'aide en termes cognitif (conseils, informations) ou affectif (besoin d'écoute et de reconnaissance). Il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme moyen de lutte contre le stress.

c- Le retrait : le sujet se replie sur lui-même, essaye de ne pas penser au problème en se réfugiant dans les rêves ou dans l'imaginaire ou en adoptant des conduites de compensation (nourriture, drogue, tabc, médicament).

d- La conversion : implique le changement, la transformation des comportements. Des positions cognitives (acceptation) ou des valeurs (se tourner vers dieux, se donne une philosophie de vie, plaisanté sur le sujet).

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

f- Le refus : le sujet fait comme si le problème n'existe pas, il se distrait en faisant quelque chose de plus agréable, il a des difficultés à décrire ses émotions¹³.

Champs Stratégies	I ACTION	II INFORMATION	III EMOTION
Focalisation	A Focalisation active	G Focalisation cognitive	M Focalisation émotionnelle
Support Social	B Coopération	H Support social informationnel	N Support social émotionnel
Retrait	C Retrait comportemental et social	I Retrait mental	O Addictivité
Conversion	D Conversion comportementale	J Acceptation	P Conversion par les valeurs
Contrôle	E Régulation des activités	K Contrôle cognitif et planification	Q Contrôle émotionnel

¹³ Ibid. S. Esparbes et Coll, 1989, p 93

Refus	F Distraction	L Dénégation	R Alexithymie
-------	------------------	-----------------	------------------

Tableau n° 2 : la répartition des stratégies selon les champs

3.4.5- administration et notation

a- administration

Toutes les consignes de passation sont inscrites sur la feuille de test. Après les remarques introductives nécessaires pour établir un bon contact avec le sujet, l'examineur lui remet la feuille de test et lui demande de la remplir en suivant les instructions de la première page, pour son compte personnel et en prenant son temps. La première partie concerne les renseignements individuels du sujet, la seconde fait référence aux consignes du test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de I (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

L'examineur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, et réaffirmera le caractère confidentiel des résultats. L'administration de ce test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées¹⁴.

b- la notation

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement I en suivant les phrases de I à 54 dans l'ordre du test. Ensuite 5 types de notes finales sont possibles, au choix:

Avec la feuille de dépouillement n°1 : sous forme d'un tableau (voir L'annexe), on obtient :

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

¹⁴ Ibid. S. Esparbes et Coll, 1989, p 98

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

- **Une note par champ:** c'est la somme des 6 dimensions constituant le champ (case blanche non grisée). Il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée (ex: pour le champ Action: additionner A, B, C, D, E, F et inscrire la somme dans la case Total). Ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée du sujet dans les 3 champs..
- **Une note générale de coping:** c'est la somme des 3 notes des 3 champs, il suffit de rapporter la note dans la case Total G..
- **Une note de coping positif et une de coping négatif :** Il faut rapporter le score de chaque dimension, dans les lignes marquées Positif, Négatif et dans les cases blanches. En faisant la somme des 9 dimensions positives du coping, on obtient une note de coping positif qu'il suffit d'inscrire dans la case Total de cette ligne (il en est de même pour le coping négatif).

Avec la feuille de dépouillement n°2 (voire L'annexe), on obtient

Une note totale par stratégie : il suffit de rapporter par ligne (Ex : action « A, B, C, D, E, F »), les notes obtenues aux dimensions (dans la feuille de dépouillement 1), de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement 2 et de faire la somme par ligne (Ex : focalisation : additionner A, G et M) on obtient aussi une note par chaque stratégie. Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée¹⁵.

4- Les méthodes d'analyse des outils de recherche

4.1- L'analyse de l'entretien clinique semi-directif

Pour Mucchielli, 1991, analyser le contenu d'un document, c'est « *rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler, classer tout ce que contient ce document ou cette communication*¹⁶ ».

¹⁵ Ibid. S. Esparbes et Coll, 1989, p 98

¹⁶ Ibid. G. Aurélie, M-N. Florence, 2015

L'analyse des données est l'étape qui traite l'information collectée pour la présenter de manière à pouvoir comparer les résultats observés aux résultats attendus par hypothèse, il faut distinguer les enquêtes suivant la nature des données et des résultats qualitatif ou quantitatif¹⁷.

Selon Grawitz M et Pinto : « *l'analyse de contenu est une technique de recherche pour la description objective, systématique et si possible quantitative du contenu manifeste des communications, avec un objectif final d'interprétation*¹⁸ ».

L'analyse de contenu peut non seulement être utilisée pour l'analyse de différents types de documents (discours, presse, littérature, interview, observation, questionnaire pour ce qui est des questions ouvertes), mais aussi permettre de vérifier et de nourrir le corps d'hypothèses d'une enquête ou d'une recherche. Dans l'analyse le chercheur dégage les significations psychologiques, sociales, politiques du discours, à cet effet, il s'intéresse non seulement au contenu manifeste du discours, mais aussi à son contenu latent. L'analyse de contenu s'oriente vers deux grandes tendances : la **tendance quantitative** « *qui se fonde sur la fréquence d'apparition de certaines caractéristiques de contenu ou les corrélations entre elle* » (QUIVY et al. p231), et la **tendance qualitative** qui se base sur « *la présence ou l'absence d'une caractéristique ou la manière dont les éléments du discours sont articulés*¹⁹ ».

Dans notre recherche, nous avons opté pour l'analyse qualitative où on a analysé axe par axe les données et informations collectés auprès des sujets de recherche par l'intermédiaire de guide d'entretien, et cela en faisant référence à la théorie adoptée dans notre recherche.

4.2- l'analyse de l'échelle toulousaine de coping

La correction de l'échelle toulousaine de coping s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la feuille de dépouillement n°1 en suivant les phrases de 1 à 54 dans l'ordre de test, ensuite 5 types de notes sont possibles, au choix avec la feuille de dépouillement 1 on obtient :

¹⁷ Op.cit, A. Zagre, 2013, p 104

¹⁸ Ibid. A. Zagre, 2013, p 106

¹⁹ Ibid. A. Zagre, 2013, pp 106-107

- **Une note par dimension** : c'est la somme des trois phrases constituant la dimension, cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par un individu dans une situation donnée.
- **Une note par champ** : c'est la somme de 6 dimensions constituant le champ, ainsi nous pouvons observer la réaction privilégiée de sujet dans les trois champs.
- **Une note générale de coping** : c'est la somme des trois champs, il suffit de rapporter la note dans la case totale G
- **Une note de coping positif et une note de coping négatif** : il faut rapporter le score de chaque dimension dans les cases positives et négatives et dans les cases blanches

Avec la feuille de dépouillement n°2 on obtient :

- **Une note totale par stratégies** : il suffit de rapporter par ligne les notes obtenues aux dimensions, de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement et de faire la somme par ligne, on obtient ainsi une note pour chaque stratégie. Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée²⁰.

5- le terrain de recherche

Nous avons choisit comme terrain de recherche l'université de Bejaia campus Aboudaou et Targa-Ouzemour pour mené a bien notre recherche qui se focalise sur les stratégies de coping chez les étudiants diabétiques.

5.1- présentation du lieu de la recherche

L'Université de Bejaïa, crée en octobre 1983, est un établissement public pluridisciplinaire. Elle compte aujourd'hui plus de 45 700 étudiants, 1714 enseignants et 1227 personnels techniques et administratifs, répartis sur huit facultés : Technologie - Sciences Exactes - Droit et Sciences Juridiques et Administratives - Sciences de Nature et de la Vie - Lettres et Langues - Sciences Humaines et Sociales - Sciences Economiques, Sciences de Gestion et Sciences Commerciales - Sciences Médicales.

²⁰ Op.cit. S. Esparbes et all, 1989, p 95

6- la pré-enquête

La pré-enquête est la première étape de notre recherche selon Madeleine Grawitz : « la pré-enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit les instrument prévus pour effectuer l'enquête. Si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée les problèmes à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs²¹. »

Dans cette étape nous avons tenté de se familiariser de la façon la plus complète possible avec notre sujet de recherche, les caractéristiques de notre groupe de recherche, les données d'enquêtes déjà réalisées auprès de cette population ou de populations similaires, que ce soit sur le même sujet ou sur un sujet relié ou on peut cité d'ailleurs le mémoire réaliser par l'étudiant (BOUKIR, 2015) sur « la santé mental des étudiants » au sein de l'université de Bejaia, ou le travail fait par (CHIBOUNE, 2013) sur « la relation entre le soutien sociale perçu et le choix de stratégies de coping chez les étudiants addictes au cannabis », et quelques recherches documentaire qui nous ont servit à tracer un portrait du contexte dans lequel s'insérera notre étude et de mieux cibler notre recherche.

Au début de notre recherche, nous avons voulu faire une étude comparative entre le sexe féminin et masculin, c'est-à-dire, est ce que il y a une différence dans les stratégies de coping employé par le sexe féminin et masculin ?

Bien évidemment tout chercheur scientifique rencontre une multitude d'obstacles qui s'émissionnent en travers de son chemin de travail, des obstacles qui sont soit sur le terrain de recherche, ou dans la population d'étude. Dans notre cas, au début nous avons ciblé un échantillon de 18 cas enregistré au niveau de centre médicale au niveau de campus Aboudaou, parmi ces 18 cas on a peut s'entretenir qu'avec (06) cas, et parceque certaines étudiants ont refusait catégoriquement de faire un entretien avec nous et cela soit par cause de timidité, ou de garder leur anonymat, même on leur expliquant qu'aucun renseignement de leur identité ne sera dévoilé mais ils ont répondu par non, et parmi ces six cas on trouve (04) sujet qui sont de sexe féminin et on a que (02) cas de sexe masculin, ce qui exclus donc l'étude comparative, l'autre obstacle c'est le domaine de la revue de littérature qui non seulement on est confronté à une carence d'ouvrage au niveau de la bibliothèque des sciences humaines et sociale mais ce

²¹ Madelein. G, 2001, méthodes des sciences sociales, Paris, Dalloz, p 55

qui est à critiquer aussi est si on peut dire la gérance de cette dernière, car on a droit qu'à trois livres et pour une période de 15 jours, une période qu'on qualifie d'insuffisante pour un travail de recherche, pire que ça on est toujours pénalisé et sanctionné pour un retard d'une journée par deux jours minimums, une sanction qui est vraiment un obstacle pour une recherche.

Au cours de notre pré-enquête nous nous sommes entretenus avec deux cas d'étudiant diabétique et cela au niveau de la salle de lecture des sciences humaines et sociales campus Aboudaou, et cela pour des causes liées à notre société patriarcale, (peur de leur fiancé), ou on leur a posé un ensemble de questions avec l'aide d'un guide d'entretien qu'on a élaboré et qu'on a amélioré lors de ses deux entretiens et par la même occasion choisir l'outil de recherche qui est « l'échelle toulousaine de coping ».

Conclusion de chapitre

Le travail de recherche scientifique, doit se baser sur des fondements théoriques et méthodologie rigoureuse, en effet pour un bon déroulement de la recherche on doit respecter les règles fondamentales qui sont de l'ordre éthique et technique de la recherche scientifique pour la validité et la fiabilité de notre recherche.

Chapitre V

Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Introduction

Dans ce chapitre, la pratique est caractérisée par l'analyse des cas de notre groupe de recherche au niveau de l'université Abderrahmane Mira de Bejaia campus Aboudaou et campus Targa Ouzemour afin d'acquérir des résultats susceptible de répondre a nos questions.

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

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

1- Présentation et analyse des cas Keltoume

1.1-Cas N° 1 : cas Keltoum

1.2- Présentation du cas

Keltoum, âgée de 23 ans, célibataire, étudiante en 3^{ème} année communication et relation publique au sein de département des sciences humaines et sociales, étudiante résidente dans une cité universitaire.

Durant l'entretien, elle était très souriante et curieuse de découvrir comment se passe un entretien clinique avec un psychologue (jamais rohagh ar le psychologue), elle répondait aux questions posées spontanément et très facilement.

Axe N° 1 : renseignement concernant la maladie :

Keltoum, atteinte de diabète depuis une année, elle à 22 ans lorsqu'elle l'a découvert, elle a remarqué qu'elle buvait des quantités considérable d'eau, elle a découvert son diabète par une prise de sang faite par sa mère sur un glucomètre (d ima ididmen l'appareil ni n seker teqasiyi tufad 4g/l), sa mère est diabétique mais a ce qu'elle nous a dit sa ne vient pas de l'hérédité (ima tetef seker akhater tes3a khila n derya, de les grossesses isthidikeryine) on constate par ce constat que sa mère souffre d'un diabète gestationnel, le diabète de Ouarda est de type 1, a propos de son régime alimentaire elle nous a informer qu'elle ne suis pas un régime en particulier sauf qu'elle évite toutes forme de sucrerie(tetegh normal mais

tehadaregh mlih imaniw f seker), bien-sur ce n'est pas évidant de couper les relations avec le sucre (au tous début, je vole à la maison du gâteau, cocaetc.) mais maintenant avec l'habitude elle déteste toutes forme de sucre, au niveau de la résidence universitaire elle ne rencontre pas de problème a suivre son régime alimentaire puisque c'est elle et son amie de chambre qui prépare à manger.

Axe N°2 : renseignement concernant la confrontation avec la maladie :

Lors de l'apparition de diabète elle n'a pas crue ce qu'il lui arrive (j'ai appelé direct ma sœur pour la prévenir, elle m'a dit que (peut être ta mangé beaucoup de zlabiya j'été morte de rire), (sa sœur a eu le même problème car elle a manger beaucoup de sucre), après avoir fait des analyse chez un médecin qui lui a confirmé son diabète elle s'est rendu a l'évidence qu'elle été vraiment malade (chwiya chwiya, omnagh beli helkagh et il faut adtehadaregh imaniw), les principales préoccupations de Keltoum concernant sa maladie sont est ce qu'elle a la chance de guérir un jour (fou rire, iwachu anechta akk n sker j mangé deux zlabiya kan c tout), elle pense toujours a sa maladie surtout quand elle voie du sucre (fou rire, j'ai un enseignant qui me donne toujours des bombons il veut me tuer ou quoi), elle vois sa maladie comme un véritable obstacle (je suis une formation dans un centre de formation privé, et il veulent m'envoyer au Sahara pour un stage, mais je ne peut pas y aller a cause de cette maladie, vous ne trouvez pas sa comme obstacle vous ?..), dans le moment présent elle tourne son intention vers la lecture pour ne pas penser à sa maladie (même g la chambre tadameghed toujours mes livres, journaux, tous ceux qui me fera oublier ma maladie), des fois elle se sent lasser de tous ces traitement mais elle pense toujours que c'est la seul solution pour qu'elle soie en forme, Keltoum se sent capable de faire face a sa maladie, mais son souci ce n'est pas cette maladie mais l'autre qui la fait souffrir énormément (j'ai oublier de tu dire que j'ai l'épilepsie depuis que j'ai 1 ans), cette maladie (diabète) la changé (surtouts lemakla, mais tura imi zrigh beli je suis malade même la bonne alimentation je mange pas trop).

Axe N° 3 : renseignement sur l'entourage :

La réaction des parents de Keltoum été normal (usendyussiwarara bizar) car avant elle mange beaucoup (ils m'ont conseillé d'arrêter de manger de sucre, d'ailleurs ma mère jette tous ce qui a une relation avec le sucre), a propos de sa relation avec les autres, elle nous a fait signaler que sa première maladie l'a rendu solitaire après les soins, les hôpitaux elle a côtoyé des gens et elle a commencé a avoires des amis , donc après la découverte de diabète rien n'a changé dans son comportement et ses relation avec les autres, et en plus elle est toujours à

l'écoute de sa mère (taghegh awal), en ce qui concerne la résidence universitaire elle a une amie de chambre qui l'aide beaucoup (tet3awaniyi grave sur tous les plans), en ce qui concerne l'université des gens comme elle ont quelques faveurs (quand je vais au centre médicale ils me font passer en priorité), dans la question concernant les difficultés à suivre ses études, elle nous répond qu'elle ne trouve aucune difficulté à suivre ses études, quand elle se projette dans le futur elle a des angoisses concernant le travail qu'elle va exercer (ugadegh adiligh g lexxedma après ad fabligh adeghligh), si elle est responsable au niveau de l'université de Bejaia (je leur ferai des cartes spéciales pour que par exemple s'il rate un examen ou un cours il le récupérera facilement sans avoir recours à toutes les démarches administratives), elle nous a dit sans poser d'autre question, j'ajoute, des fois quand je me réveille le matin et que je me rappelle mes maladies je n'ai aucune force de me lever de lit et surtout d'aller à l'université, déjà penser aux administrateurs de notre département qui compliquent les choses et qui ne sont pas à l'écoute de gens comme moi, et j'ajoute en plus que j'aime beaucoup mentir j'aime vraiment inventer des histoires et c'est devenu une habitude avec le temps mais je dis toujours la vérité à la fin c'est ma façon de m'amuser en quelque sorte.

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

D'après l'entretien nous avons constaté que Keltoum n'a pas vraiment de difficulté avec ses maladies ni de suivre ses études car elle a une longue expérience avec la maladie à savoir sa première maladie qui est l'épilepsie ce qui signifie qu'elle a une certaine connaissance sur les maladies incurables ce qui lui a permis de s'adapter rapidement à sa nouvelle maladie qui est le diabète.

1.4- Données et analyses de l'échelle toulousaine de coping du cas

Choix de la situation difficile : le diabète

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

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

24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3*	4	5
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	3*	4	5
26- J'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4*	5
27- Je contrôle mes émotions	1	2	3	4*	5
28- Je change la façon de me comporter	1	2	3*	4	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2	3	4*	5
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	2	3*	4	5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2	3	4*	5
32- J'agis comme si le problème n'existait pas	1	2	3*	4	5
33- Je me sens coupable	1	2	3	4	5*
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	4	5*
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3*	4	5
36- Je cherche l'aide mes amis amies pour calmer mon anxiété	1	2	3	4*	5
37- Je vais directement au problème	1	2*	3	4	5
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2	3*	4	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	1*	2	3	4	5
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé (e)	1	2	3	4*	5
41- J'essai a tout prix de penser à autre chose	1	2*	3	4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	1	2*	3	4	5
43- Je me mets au retrait par rapport aux autres	1	2	3*	4	5
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4*	5
45- Je garde pour moi mes sentiments	1	2	3*	4	5
46- Je modifie mes actions en fonction de problème	1	2	3	4*	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4*	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparue	1	2	3*	4	5
49- Je me retiens d'agir très rapidement	1	2	3*	4	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	2	3	4*	5

51- Je suis envahi (e) par mes émotions	1	2	3*	4	5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3*	4	5
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employé pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	4	5*
54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2	3	4*	5

Tableau N° 1 : résultats l'échelle toulousaine de coping du cas

Tableau dans lequel Keltoum inscrit sa réaction face a la situation difficile, ou elle a couché le chiffre qui lui correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

Support social	B	13	H	9	N	13	35
Retrait	C	8	I	8	O	7	23
Conversion	D	10	J	12	P	9	31
Contrôle	E	8	K	11	Q	9	28
Refus	F	10	L	10	R	9	29

Tableau n°3 : la feuille de dépouillement n°2 du cas

D'après la feuille de dépouillement n°2, Keltoum a obtenu :

- Une note totale par stratégies : nous avons enregistré la stratégie de support social comme étant la plus élevée avec une note de (35), suivent de la stratégie de focalisation avec une note de (33), et une note de (31) dans la stratégie de conversion, une note de (29) dans la stratégie de refus, et une note de (28) dans la stratégie de contrôle et enfin une note de (23) dans la stratégie de retrait

1.5- Synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas

Après l'analyse de l'échelle de coping de Keltoum on constate qu'elle fait recours beaucoup plus à des stratégies centrée sur le support social et émotionnel car elle se focalise sur le champ de l'envahissement émotionnel et elle utilise beaucoup plus la stratégie de support social.

1.6- Conclusion de premier cas

On conclut d'après l'entretien que Keltoum est plus ou moins dérangée par sa maladie et particulièrement par sa première maladie qui est l'épilepsie elle a rarement des difficultés à suivre sa vie quotidienne, elle arrive à surmonter ses difficultés grâce au soutien sociale que lui offre sa famille sa mère en particulier et son amie de chambre dans sa résidence universitaire ce qui lui confère un soutien morale qui l'aide à surmonter les tracas qu'implique ses maladies et ainsi lui éviter de ne pas être submerger par ses émotions lui épargnons de ce fait une confrontation avec un trouble psychique.

Ainsi, nous avons relevé dans l'échelle toulousaine de coping que Keltoum utilise le coping positif avec un score de 97 qui n'est pas vraiment loin de son coping négatif avec un score de 82 points , elle se focalise sur les champs de l'information avec un score de 62, et le champ émotionnel avec un score de 60 point et elle utilise la stratégie centrée sur le support

social avec un score de 35 points qui implique la coopération avec autrui et le besoin d'en parler à quelqu'un et l'irritabilité, on constate donc que Keltoum utilise **les stratégies de coping centrées sur le support social**.

Pour conclure, on peut dire que Keltoum fait appel aux gens qui l'entoure (sa mère, ses amies) pour faire face à sa maladie.

2- Cas N° 2 : cas Zahra

2.1- présentation du cas

Zahra, âgée de 24 ans étudiante en 2^{ème} année Math Informatique au campus Targa Ouzemour, non résidente.

Durant l'entretien, Zahra été très calme, timide en quelque sorte en même temps très souriante et entre chaque question elle nous raconté une histoire drôle liée à un souvenir de sa maladie ou en dehors de sa maladie.

Axe N°1 : renseignement concernant la maladie

Zahra a eu son diabète à l'âge de 18ans, (ass amenzo n lyccée wahi d l'internat), à la fin de la semaine elle est rentré à la maison elle se senti pas en bonne santé elle a la tête qui tourne et elle est tombé par terre (itedwir ukeruyiw, dekoleghad g l'hôpital), elle avais une glycémie de 5,4g/l (c'est l'internat qui ma crée ce diabète, j'ai dit que je ne voulait pas y aller mais akka), aucun parents ou proches n'a un diabète (nighaked d l'internat), Zahra a un diabète de type 1, elle suis un régime alimentaire mais elle ne le respect pas souvent (des fois takreghed « vole » lemakla).

Axe N°2 : renseignement la confrontation avec la maladie

Zahra a passé deux années sans acceptée sa maladie (j'ai détesté tous les médecins surtout la psychologue de l'hôpital je voulais la tuer), elle a refusé toutes aide venu d'un médecin, psychologue, adultes...etc. Elle a été transféré au service psychiatrique, où elle a suivie un traitement médicamenteux, et c'est devenu comme une addiction pour elle (le psychiatre m'a fait arrêter le traitement mais j'ai continué d'en acheter j'allais chez des généraliste je leur donne les anciennes ordonnances et ils me prescrivent d'autre sans problème), cela fait trois mois qu'elle a arrêté d'en prendre suite à une rééducation thérapeutique (j'en prend plus je t'assure), Zahra nous a informer qu'elle a fait beaucoup de

recherche concernant sa maladie (par exemple j'ai découvert que si on suit pas le régime et les traitement au tous débuts y a pas de complication très grave et il agit au fil du temps jusqu' a ce qu'il tue nos organe un par un), des fois elle a peur de sa maladie mais rarement elle se tourne vers d'autre activité pour oublié, elle ne vois pas sa maladies comme obstacle (c'est une maladie comme les autres elle ne me dérange en rien), elle en a marre de tous ces traitement (je n'est marre 4 fois par jour matin, midi, 20h00 de soir et 22h00), elle se sent très capable de faire face a sa maladie (à mon avis le fait que tu accepte ta maladie donc tu peut lui faire face tu va la battre), sa maladie l'a totalement changé (surtouts les nerfs ma tête est zéro je m'énerve pour rien et sa me tien toutes la journée, fou rire, mais je demande toujours pardon)

Axe N°3 : renseignement concernant l'entourage

Les parents de Zahra, au début ils étaient très angoissé car ils n'ont aucun antécédent familiale, mais avec le temps et les explications des spécialistes ils ont fini par comprendre et de ne plus être angoissé, Zahra n'a constaté aucun changement dans ces relations avec les autres, la réponse sur est ce que l'université de Bejaia offre un soutien particulier a des personne comme elle, elle a répondu de la façon suivant « je déteste l'université, je trouve qu'ils nuisent plus aux malades avec leur administration qui ne comprend rien dans la souffrance des gens, mon problème avec les études ce n'est pas le diabète mais les enseignants les administrateurs toutes la fac dès que j'entre la glycémie monte », elle n'a aucune peur concernant le future (je connais des gens qui ont le diabète depuis qu'ils sont nés et il ont vécu très vieux, pour moi le diabète n'est pas une maladie), si elle été responsable de l'université elle compte prendre en charge tous les malades chronique les handicapés (d'ailleurs je suis adhérente dans une association qui œuvre pour le bien des malades et des handicapés).

2.2- synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du cas

D'après l'analyse de l'entretien de cas Zahra on constate que lors de l'apparition de sa maladie elle n'arrivait pas à accepter sa maladie elle a été angoissé pendant une période de deux années, mais par la suite elle a su rebondir grâce bien sûr aux conseilles des professionnels « médecin, psychologue », même si elle ne les a pas prit en considération au début mais elle a fini par comprendre et grâce aussi a ses recherches personnelle elle a peut enfin accepté sa maladie et avoir une vision positif sur le sujet, au jour d'aujourd'hui Zahra

vis sa maladie comme un non lieu (pour moi le diabète n'est pas une maladie), elle vit sa vie quotidienne le plus normalement possible

2.3- données et analyses de l'échelle toulousaine de coping de cas

Choix de la situation difficile : le diabète

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

	Pas de tout				Très souvent
1- Je fais face à la situation	1	2	3*	4	5
2- Je demande des conseils a des professionnels (professeur, médecin,.....)	1	2	3	4	5*
3- J'essaie de me sentir mieux en mangeant	1*	2	3	4	5
4- Je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	1	2	3*	4	5
5- J'essaie de ne pas penser au problème	1	2*	3	4	5
6- Je demande à dieu de m'aider	1	2	3	4	5*
7- J'évite de rencontrer des gens	1	2	3*	4	5
8- J'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	3	4*	5
9- J'essaie de ne pas paniquer	1	2	3*	4	5
10- Je change ma façon de vivre	1	2	3	4*	5
11- Je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	2	3	4*	5
12- Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	2	3*	4	5
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	2*	3	4	5
14- Je refuse d'admettre le problème	1	2	3*	4	5
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	1	2	3	4*	5
16- Je fais quelque chose de plus agréable	1	2	3	4*	5

17- J'analyse la situation pour mieux la comprendre	1	2	3	4	5*
18- J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1*	2	3	4	5
19- J'attaque le problème de front	1	2	3*	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou d'autres adultes	1	2*	3	4	5
21- J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	1	2*	3	4	5
22- Je cherche des activités collectives pour me dépenser	1	2*	3	4	5
23- Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	1	2	3*	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3*	4	5
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	3	4*	5
26- J'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4*	5
27- Je contrôle mes émotions	1	2	3	4*	5
28- Je change la façon de me comporter	1	2	3	4*	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2	3	4*	5
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	2	3*	4	5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2	3*	4	5
32- J'agis comme si le problème n'existait pas	1	2*	3	4	5
33- Je me sens coupable	1	2	3	4*	5
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	4*	5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3*	4	5

36- Je cherche l'aide mes amis amies pour calmer mon anxiété	1	2	3*	4	5
37- Je vais directement au problème	1	2	3*	4	5
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2	3	4*	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	1*	2	3	4	5
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé (e)	1	2	3	4	5*
41- J'essai a tout prix de penser à autre chose	1	2	3*	4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	1	2	3*	4	5
43- Je me mets au retrait par rapport aux autres	1	2	3	4	5*
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4*	5
45- Je garde pour moi mes sentiments	1	2	3	4	5*
46- Je modifie mes actions en fonction de problème	1	2	3*	4	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3*	4	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparue	1	2	3	4*	5
49- Je me retiens d'agir très rapidement	1	2	3*	4	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	2	3*	4	5
51- Je suis envahi (e) par mes émotions	1	2	3	4*	5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3	4*	5
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employé pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	4*	5
54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1*	2	3	4	5

Tableau N° 4 : résultat de l'échelle toulousaine de coping du cas

Tableau de lequel Zahra a inscrit sa situation difficile et où elle a couché la le chiffre qui correspond le mieux a sa façon de gérer sa maladie suivant la consigne.

ITEMES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	3	5	1	3	2	5	3	4	3	4	4	3	2	3	4	4	5	1		
ITEMES	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	3	2	2	2	3	3	4	4	4	4	4	3	3	2	4	3	3	3		
ITEMES	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	3	4	1	5	3	3	5	4	5	3	3	4	3	3	4	4	4	1	TOTAL	Total
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N		G
ACTION	9			10			12			11			8			11			74	190
INFORMATION		11			8			12			11			8			12		62	
EMOTION			4			11			12			10			12			5	54	
POSITIF	9	11		10				12	12		11					11	12	5	93	
NEGATIF			4		8	11	12			11		10	8	8	12				84	

Tableau n° 5 : Feuille de dépouillement n°1 de cas

D'après la feuille de dépouillement n°1 Zahra a eu :

- **Une note par dimension :** A(9), B(10), C(12), D(11), E(8), F(11), G(12), H(11), I(8), J(12), K(11), L(8), M(12), N(5), O(4), P(11), Q(12), R(10). D'après les notes obtenues Zahra utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : le retrait comportemental et social, la focalisation cognitive, l'acceptation, l'envahissement émotionnel et le contrôle émotionnel.

- **Une note par champs :** le champs le plus utilisé utiliser par Zahra est celui de champ d'action avec une note de (74) suivie de champ de l'information avec une note de (62) et le champ de l'émotion le moins utiliser avec une note de (54)
- **Une note générale de coping :** Zahra a eu une note de (190) des champs.
- **Une note de coping positive et une note de coping négative :** Zahra a eu une note de coping positive qui est (93), et une note de (84) dans le coping négative.

champs focalisations	I Action		II Information		III Emotion		Total
Focalisation	A	9	G	12	M	12	33
Support social	B	10	H	11	N	5	26
Retrait	C	12	I	8	O	4	24
Conversion	D	11	J	12	P	11	34
Contrôle	E	8	K	11	Q	12	31
Refus	F	11	L	8	R	10	29

Tableau n° 6 : Feuille de dépouillement n° 2 du cas

D'après la feuille de dépouillement n° 2, Zahra a obtenu :

- **Une note totale par stratégie :** on a enregistré la stratégie de conversion étant la plus élevé avec une note de (34) suivie de la stratégie de focalisation avec une note de (33) et une note de (31) dans la stratégie contrôle, une note de (29) dans la stratégies de refus, une note de (26) dans la stratégie de support social et une note de (24) qui correspond a la stratégie de retrait.

2.4- synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas

Après analyse de l'échelle toulousaine de coping de cas Zahra, on constate qu'elle fait recours beaucoup plus à des stratégies centrées sur le problème par ce qu'elle se focalise sur le champ de l'action et elle utilise beaucoup plus les stratégies de conversion et de contrôle.

2.5- conclusion de deuxième cas

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif de cas Zahra on conclue donc qu'elle n'est pas dérangée par sa maladie, elle vie sa vie quotidienne et scolaire sans se soucier de son diabète une maladie qu'elle considère d'ailleurs comme un non lieu, mais pour aboutir à se résultat il lui a fallut un travaille considérable avec l'aide spécialiste (médecin, psychologue) et bien évidemment un travail personnel par des recherche active sur sa maladie.

L'échelle toulousaine de coping nous a permis aussi de décortiqué des informations précieuse sur notre cas, en effet il nous a permet de relever des notes sur la stratégie sur laquelle se base Zahra pour faire face a sa maladie, après analyse des résultats nous avons constaté qu'elle a eu une note générale de coping qui est (190), et elle se focalise sur le champs conatif (action) avec une note de (74) et elle utilise la stratégies de conversion avec une note de (34) qui implique des positions cognitifs tels que acceptation, se tourner vers d'autres activités, de changer sa façon de vivre, on constate donc que notre cas utilise **les stratégies de coping centrées le problème.**

De ce fait, on conclut donc que notre 2^{ème} cas gère parfaitement son diabète car elle fait appelle aux stratégies de coping positive centrées sur le problème pour faire face a sa maladie.

3- Cas N° 3 : cas Cylia

3.1- Présentation du cas

Cylia, âgée de 22 ans, célibataire, étudiante en 3^{ème} année français campus Aboudaou, résidante dans une cité universitaire.

Durant l'entretien, elle été très timide, elle n'arrivait même pas à formulez un mot il a fallut l'assistance d'une amie pour lui tenir compagnie et de répondre à elle sur les questions posé, après un lapse de temps elle a finit par chasser cette timidité et de nous parler librement.

Axe N°1 : renseignement concernant la maladie :

Cylia , atteinte de diabète depuis environ 12 ans, elle a 9 ans lorsqu'elle a découverte sa maladie, elle a remarqué qu'elle manger beaucoup sans aucune raison n'est efforts physique

et elle bois des quantité considérable d'eau et elle urine beaucoup, elle découvre sa maladie suite à une visite médicale pour un rhume (helkegh avehri, rohegh ar teviv, après ikhedmiyi les analyses yofa beli s3igh score, tamachinte ni tefichid erreur, inayid beli la glycémie ynme t dépassé 6g/l), elle a dû être hospitalisé durant une période d'une semaine pour rééquilibrer son diabète, elle nous informe que sa grand-mère souffre d'un diabète, cylvia souffre d'un diabète de type 1, en ce qui concerne le régime alimentaire elle nous informe qu'elle mange tous ce qui comestible, sauf les pattes et le sucre et qu'elle ne rencontre aucune difficultés particulière a suivre son régime au niveau de sa résidence universitaire car c'est elle-même et ses amies de chambre qui font à manger.

Axe N° 2 : renseignement concernant la confrontation avec la maladie :

Lors de l'apparition de son diabète cylvia nous apprend qu'elle a été choqué et surtout énerver de sa situation (nervigh mlih en plus pour rien), elle n'a pas fait de recherche particulière sur sa maladie, elle nous informe que, quand elle pense à sa maladie elle a beaucoup plus peur pour ses yeux et ses reins (karend beli secor ikath ar wallen wahi tegzal), elle ne pense jamais a sa maladie mais des fois elle la vois comme obstacle, cylvia nous informe qu'elle gère sa maladie comme si elle n'existait pas (neki ghuri secor la hadath, veghan kan ithiran maladie chronique), elle nous informe qu'elle a un peut marre de son traitement (l'insuline tsfablay yi donc forcément on est obligé de s'allonger un peut et sa m'énerve), en ce qui concerne les changement dans son comportement après l'apparition de sa maladie elle nous informe qu'elle s'énerve pour rien et tous le temps.

Axe N° 2 : renseignement concernant l'entourage :

Les parents de cylvia été choqué lors de l'annonce de son diabète (ma mère ne s'est pas remit à ce jour, même physiquement elle parait comme fatigué), elle nous apprend qu'elle n'a remarqué aucun changement dans ces relations avec les autre , ces amies de chambre l'aide beaucoup dans la gérance de sa maladie (tehadarntiyyi ahntihrez rebi), surtout en ce qui concerne son traitement (c grâce à elles que je n'oublie jamais mon insuline), pour cylvia l'université de Bejaia n'offre pas un véritable soutien à des personnes en difficulté comme elle (akdekhmen une priorité ar la chaine n restaurant i waken atafet lemakla ni qui strictement interdit i widak iyehlken s scor, makaronn spagité tedot), cylvia ne rencontre aucune difficulté a suivre ses études , si elle été responsable au sein de l'université de Bejaia, elle nous informe qu'elle veillera a fournir des repas équilibré tous d'abord a tous les étudiants (aken tezaret lemakla n l'université dirit même i widak is3an l'estomac n la pierre).

3.2- synthèse de l’analyse de l’entretien clinique semi-directif du cas

D’après l’entretien, on constate que Cylia n’a pas de difficultés avec sa maladie sauf au début de l’apparition de son diabète, des difficultés qu’elle a surmonté très vite peut être dû a son âge étant très jeune lors de l’apparition de sa maladie, cylia ne rencontre aucune difficultés à suivre ses études et elle vie le moment présent sans se soucier de sa maladie qu’elle considère comme un non lieu.

3.3- données et analyses de l’échelle toulousaine de coping du cas

Choix de la situation difficile : le diabète

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

	Pas de tout				Très souvent
1- Je fais face à la situation	1	2	3	4	5*
2- Je demande des conseils a des professionnels (professeur, médecin,.....)	1	2	3*	4	5
3- J’essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2	3	4	5*
4- Je travaille en coopération avec d’autres pour me mobiliser	1	2	3	4*	5
5- J’essaie de ne pas penser au problème	1*	2	3	4	5
6- Je demande à dieu de m’aider	1	2	3	4	5*
7- J’évite de rencontrer des gens	1	2	3	4	5*
8- J’accepte le problème s’il est inévitable	1	2	3	4	5*
9- J’essaie de ne pas paniquer	1	2*	3	4	5
10- Je change ma façon de vivre	1	2	3*	4	5
11- Je fais un plan d’action et je m’y tiens	1*	2	3	4	5
12- Il m’est difficile d’utiliser des mots pour décrire ce que j’éprouve face à une situation difficile	1	2*	3	4	5
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu’ils se	1*	2	3	4	5

présentent					
14- Je refuse d'admettre le problème	1	2	3*	4	5
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	1	2	3	4	5*
16- Je fais quelque chose de plus agréable	1	2	3	4	5*
17- J'analyse la situation pour mieux la comprendre	1*	2	3	4	5
18- J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	4	5*
19- J'attaque le problème de front	1	2	3	4	5*
20- Je discute du problème avec mes parents ou d'autres adultes	1	2	3	4*	5
21- J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	1	2	3	4	5*
22- Je cherche des activités collectives pour me dépenser	1	2	3*	4	5
23- Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	1*	2	3	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3	4	5*
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	3	4*	5
26- J'apprends à vivre avec le problème	1	2*	3	4	5
27- Je contrôle mes émotions	1	2	3	4*	5
28- Je change la façon de me comporter	1	2	3*	4	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2*	3	4	5
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	2	3	4	5*
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2	3	4*	5
32- J'agis comme si le problème n'existait pas	1	2	3	4*	5
33- Je me sens coupable	1*	2	3	4	5

34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1*	2	3	4	5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3	4*	5
36- Je cherche l'aide mes amis amies pour calmer mon anxiété	1	2	3*	4	5
37- Je vais directement au problème	1	2*	3	4	5
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2*	3	4	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	1*	2	3	4	5
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé (e)	1	2	3	4*	5
41- J'essai a tout prix de penser à autre chose	1	2*	3	4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	1	2*	3	4	5
43- Je me mets au retrait par rapport aux autres	1	2	3	4	5*
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4*	5
45- Je garde pour moi mes sentiments	1	2	3	4	5*
46- Je modifie mes actions en fonction de problème	1	2	3	4*	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4*	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparue	1	2	3*	4	5
49- Je me retiens d'agir très rapidement	1	2	3	4*	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	2	3	4*	5
51- Je suis envahi (e) par mes émotions	1	2	3	4*	5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3*	4	5
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employé pour mieux résoudre mon problème	1*	2	3	4	5

54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2	3	4	5*
---	---	---	---	---	----

Tableau n° 7 : résultats de l'échelle toulousaine de coping de cas Cylia

Tableau dans lequel Cylia a inscrit sa situation difficile, et où elle a couché le chiffre qui correspond le mieux à sa façon de gérer sa maladie suivant la consigne.

ITEMES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	5	3	5	4	1	5	5	5	2	3	1	2	1	3	5	5	1	5		
ITEMES	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	5	4	5	3	1	5	4	2	4	3	2	5	4	4	1	1	4	3		
ITEMES	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	2	2	1	4	2	2	5	4	5	4	4	3	4	4	4	3	1	5	TOTAL	Total
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N		G
ACTION	12			11			14			10			9			9			65	180
INFORMATION		9			4			11			7			11			6		48	
EMOTION			11			12			11			10			10			13	67	
POSITIF	12	9		11				11	11		7					9	6	13	89	
NEGATIF			11		4	12	14			10		10	9	11	10				91	

Tableau n° 8 : Feuille de dépouillement n° 1 de cas Cylia

D'après la feuille de dépouillement n°1 de cas Cylia a eu :

- **Une note par dimension :** A(12), B(11), C(14), D(10), E(9), F(9), G(6), H(9), I(4), J(11), K(7), L(11), M(10), N(13), O(11), P(12), Q(11), R(10). D'après les notes obtenues Cylia utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : le retrait comportemental et social, le support émotionnel, la focalisation active et la conversion par les valeurs.
- **Une note par champs :** le champ le plus utilisé par cylia est celui de champ de l'émotion avec une note de (67), suivie de champ de l'action avec une note de (65) et le champ le moins utilisé est le champ de l'information avec une note (48).
- **Une note générale de coping :** cylia a eu une note de (180) des champs.

- **Une note de coping positive et une note de coping négative** : cylvia a eu une note de (89) dans le coping positif et une note de (91) dans le coping négative.

champs focalisations	I action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 12	G 6	M 10	28
Support social	B 11	H 9	N 13	33
Retrait	C 14	I 4	O 11	29
Conversion	D 10	J 11	P 12	33
Contrôle	E 9	K 7	Q 11	27
Refus	F 9	L 11	R 10	30

Tableau n°9 : Feuille de dépouillement n° 2 du cas

D'après la feuille de dépouillement n°2 cylvia a obtenu :

- **Une note totale par stratégie** : on a enregistré la stratégie de support sociale et la stratégie de conversion avec une note de (33) suivie de la stratégie de refus avec une note de (30), la stratégie de retrait avec une note de (29), la stratégie de focalisation avec une note de (28) et une note de (27) qui correspond à la stratégie de contrôle

3.4- synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas

Après analyse de l'échelle toulousaine de coping de cas Cylvia, on constate qu'elle fait recours beaucoup plus à des stratégies centrées sur le support social car elle se focalise sur le champ de retrait comportemental et émotionnel et le support social émotionnel, ni au moins elle se focalise aussi sur la stratégie de conversion qui est une stratégie de l'action.

3.5- conclusion de troisième cas

Après analyse de l'entretien clinique semi-directif de cas cylvia on conclut donc qu'elle n'est pas dérangée par sa maladie, et elle ne rencontre aucune difficulté à suivre ses études ni à vivre sa vie normalement sans se soucier de sa maladie ce qui ne mène à dire que cela est dû

au facteur de l'âge étant très jeune (9 ans) leur de l'apparition de sa maladie ce qui l'a amené a s'habituer avec elle, mais aussi l'aide de ses amies qui l'aide énormément dans la gestion de son traitement et de son régime alimentaire.

L'analyse de l'échelle toulousaine de coping de cas cylvia, nous a permis aussi de décortiquer quelque incohérence par rapport à l'entretien de notre cas, car d'après l'entretien Cylvia nous a informé qu'elle ne rencontré aucune difficulté dans sa maladie, mais après analyse des résultats de l'échelle toulousaine de coping on constate que notre cas utilise beaucoup plus le coping négatif avec une note de (91) et un coping positif avec une note de (89), cylvia se focalise beaucoup plus sur le champ de conversion avec une note de (33), qui est le champs de l'action mais aussi sur le champ de refus avec une note de (30) qui implique la dénégation et l'alexithymie ce qui veut dire qu'elle ne peut pas exprimé les sentiment qu'elle éprouve parfaitement, cylvia utilise **les stratégies de coping centrées sur l'émotion**.

On conclue donc, que Cylvia ne gère pas son diabète parfaitement car elle se focalise sur les stratégies de coping négatives.

4- Cas N° 4 : cas Hamida

4.1- présentation du cas

Hamida, âgée de 28 ans, étudiante en master 2 Français au campus Aboudaou, étudiante non résidente.

Durant l'entretien Hamida été très souriante, elle répondait à chaque question spontanément sans aucune hésitation.

Axe N° 1 : renseignement concernant la maladie

Hamida, a eu son diabète à l'âge de 21 ans, elle se sentait faible, elle n'a rien mangé de la journée et elle s'est évanouis, (au début, newigh, d lmut n yemma iyi khedman akka même axxam negh nwan akken daghen), après l'avoir amener a l'hôpital suite à l'évanouissement, on lui a dignostiqué un diabète de type 1, elle nous informe qu'elle a un frère et une grand-mère diabétique, elle ne informe qu'elle ne suit pas vraiment un régime particulier sauf qu'elle évite les sucrerie, elle pratique un sport de combat (avec ce sport j'arrive à manger ce que je veut sans que ma glycémie me dérange).

Axe N°2 : renseignement concernant la confrontation avec la maladie

La réaction de Hamida après l'annonce de sa maladie été un choc (wehmagh, amek anechta akkit, score lmout n yema), elle refuse catégoriquement d'accepter sa maladie, elle a fait beaucoup de recherche sur sa maladie sur internet et a consulté les gens qu'elle connaît qui ont la même maladie qu'elle, sa principale préoccupation à propos de sa maladie c'est la nourriture (fou rire, j'aime manger), Hamida nous informe qu'au début de sa maladie elle pensait trop sur elle mais au jour d'aujourd'hui elle a pris l'habitude de vivre avec son diabète, elle gère bien sa maladie (je sais ce que je mange et quand je mange), et elle suit les conseils de son médecin surtout en ce qui concerne le poids (je ne veux pas prendre de poids), après tout ce temps de maladie Hamida se sent lassée de son traitement, mais elle se sent très capable de faire face à son diabète, les principaux changements qu'elle a remarqués en elle c'est l'irritabilité et le stress.

Axe N°3 : renseignement concernant l'entourage

La réaction des proches de Hamida a été un choc surtout de son frère et son père, à propos des changements de ses relations envers les autres, elle a remarqué un changement (je n'aime pas voir les gens me regarder avec pitié, c'est pour ça que j'évite les fréquentations surtout les gens qui savent que je suis malade), pour elle l'université de Bejaia n'offre pas un soutien particulier aux gens malades, sa maladie ne la dérange pas dans ces études sauf en période d'examen, (je stress beaucoup et cela perturbe mon diabète), quand elle se projette vers le futur ses principales inquiétudes c'est ces enfants (j'ai peur que mes enfants héritent de ma maladie), si elle était responsable de l'université de Bejaia elle compte changer pour procurer aux étudiants malades des cartes spéciales et des repas bien équilibrés.

4.2- synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas

D'après l'analyse de l'entretien de cas Hamida, on constate qu'elle n'arrivait pas à accepter sa situation, probablement suite à l'enchaînement d'événements choquants tels que la mort de sa mère et en même temps l'apparition de son diabète, de nos jours Hamida a appris à vivre avec son diabète en suivant un régime alimentaire équilibré et en pratiquant une activité physique quotidienne, et bien-sûr elle suit les consignes de son médecin traitant, le seul souci qu'elle a avec son diabète c'est durant la période d'examen ou elle n'arrive pas à contrôler son angoisse.

4.3- données et analyse de l'échelle toulousaine du cas

Choix de la situation difficile : le diabète

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

	Pas de tout				Très souvent
1- Je fais face à la situation	1	2	3*	4	5
2- Je demande des conseils a des professionnels (professeur, médecin,.....)	1	2	3	4	5*
3- J'essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2	3	4*	5
4- Je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	1	2*	3	4	5
5- J'essaie de ne pas penser au problème	1	2	3	4	5*
6- Je demande à dieu de m'aider	1	2	3	4	5*
7- J'évite de rencontrer des gens	1	2*	3	4	5
8- J'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	3	4	5*
9- J'essaie de ne pas paniquer	1	2	3*	4	5
10- Je change ma façon de vivre	1	2*	3	4	5
11- Je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	2	3	4	5*
12- Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	2	3*	4	5
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	2	3	4	5*
14- Je refuse d'admettre le problème	1*	2	3	4	5
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	1	2*	3	4	5
16- Je fais quelque chose de plus agréable	1	2	3*	4	5
17- J'analyse la situation pour mieux la comprendre	1	2	3	4	5*
18- J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	4*	5
19- J'attaque le problème de front	1	2	3	4	5*

20- Je discute du problème avec mes parents ou d'autres adultes	1	2	3	4*	5
21- J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	1	2	3	4*	5
22- Je cherche des activités collectives pour me dépenser	1	2	3	4	5*
23- Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	1*	2	3	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3	4	5*
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2*	3	4	5
26- J'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4	5*
27- Je contrôle mes émotions	1	2	3	4	5*
28- Je change la façon de me comporter	1	2*	3	4	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2	3	4	5*
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	2	3*	4	5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2	3	4*	5
32- J'agis comme si le problème n'existait pas	1	2	3	4*	5
33- Je me sens coupable	1*	2	3	4	5
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2*	3	4	5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3	4*	5
36- Je cherche l'aide mes amis amies pour calmer mon anxiété	1	2*	3	4	5
37- Je vais directement au problème	1	2	3	4	5*
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2	3	4*	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer	1*	2	3	4	5

mon angoisse					
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé (e)	1	2	3	4	5*
41- J'essai a tout prix de penser à autre chose	1	2	3	4*	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	1	2	3	4	5*
43- Je me mets au retrait par rapport aux autres	1	2	3*	4	5
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4	5*
45- Je garde pour moi mes sentiments	1*	2	3	4	5
46- Je modifie mes actions en fonction de problème	1	2	3	4*	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4*	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparue	1	2*	3	4	5
49- Je me retiens d'agir très rapidement	1	2	3*	4	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	2*	3	4	5
51- Je suis envahi (e) par mes émotions	1	2*	3	4	5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3	4*	5
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employé pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	4	5*
54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2*	3	4	5

Tableau n° 10 : analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas

Tableau dans lequel Hamida a inscrit sa situation difficile et où elle a couché le chiffre correspond le mieux à sa façon de gérer sa maladie suivant la consigne.

ITEMES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	3	5	4	2	5	5	2	5	3	2	5	3	5	1	2	3	5	4		
ITEMES	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	5	4	4	5	1	5	2	5	5	2	5	3	4	4	1	2	4	2		
ITEMES	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	5	4	1	5	4	5	3	5	1	4	4	2	3	2	2	4	5	2	TOTAL	Total
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N		G
ACTION	13			12			7			8			13			9			62	189
INFORMATION		13			10			15			14		7				14		73	
EMOTION			9			15			9			8			5			8	54	
POSITIF	13	13		12				15	9		14					9	14	8	107	
NEGATIF			9		10	15	7			8		8	13	7	5				82	

Tableau n° 11 : Feuille de dépouillement n° 1 du cas

D’après la feuille de dépouillement n°1 Hamida a eu :

- **Une note par dimension :** A(13), B(12), C(7), D(8), E(13), F(9), G(14), H(13), I(10), J(15), K(14), L(7), M(5), N(8), O(9), P(15), Q(9), R(8) D’après les notes obtenues Hamida utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : L’acceptation, la conversion par les valeurs, la focalisation cognitive, le contrôle cognitif et planification.
- **Une note par champ :** le champ le plus utilisé par le cas Hamida est celui de l’information avec une note de (73), suivie de champ de l’action avec une note de (62), et le moins utilisé est celui de l’émotion avec une note de (54).
- **Une note générale de coping :** Hamida a eu une note de (189) des cahmps
- **Une note de coping positive et une note de coping négative :** Hamida a eu une note de coping positive qui est (107), et une note de coping de (82) dans le coping négatif.

champs focalisations	I action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 13	G 14	M 5	32
Support social	B 12	H 13	N 8	33
Retrait	C 7	I 10	O 9	26
Conversion	D 8	J 15	P 15	38
Contrôle	E 13	K 14	Q 9	36
Refus	F 9	L 7	R 8	24

Tableau n°12 : Feuille de dépouillement n°2 du cas

D'après la feuille de dépouillement n°2 Hamida a obtenu :

- **Une note totale par stratégie :** on a enregistré la stratégie de conversion comme étant la plus élevée avec une note de (38), suivie de la stratégie de contrôle avec une note de (36), la stratégie de support sociale avec une note de (33), la stratégie de focalisation avec une note de (32), la stratégie de retrait avec une note de (26), et une note de (24) dans la stratégie de refus.

4.4- synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas

Après analyse de l'échelle toulousaine de coping de cas Hamida, on constate qu'elle fait recours à centrée sur le problème par ce qu'elle se focalise sur les champs cognitifs et de contrôle et l'acceptation de sa maladie et la conversion par les valeurs et se tourner vers d'autre activité tels que le sport.

4.5- conclusion de quatrième cas

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif de cas Hamida, on conclue qu'elle n'est pas vraiment perturbé par sa maladie, elle vie sa vie sans se soucier de son diabète elle se tourne vers d'autre activité physique et de loisir pour relativiser, vivre en harmonie avec sa maladie.

L'échelle toulousaine de coping, nous a permis de relever les stratégies sur lesquels se base Hamida pour faire face à sa maladie , après analyse des résultats obtenu par le biais de l'échelle toulousaine de coping nous avons constaté qu'elle a eu une note générale de coping

qui est (189), et elle se focalise sur le champ cognitif qui signifie le champs de l'information avec une note de (73), et elle utilise les stratégie de conversion avec une note de (38) qui implique des positions cognitifs tels que : se tourner vers d'autres activité, relativiser, suivre une philosophie de la vie , ce qui nous mène a conclure que notre cas utilise **les stratégies de coping centrées sur le problème.**

De ce fait nous pouvons dire que notre 4^{ème} cas, gère parfaitement son diabète car elle fait appel à des stratégies de coping positive.

5- Cas N°5 : cas Hassib

5.1- présentation du cas

Hassib, âgé de 19 ans, célibataire, étudiant en 1^{er} année science social, étudiant non résidant.

Durant l'entretien, Hassib été très calme, il répondait à nos question spontanément.

Axe N°1 : renseignement concernant la maladie :

Hassib, avait 17 lors de l'apparition de son diabète, les principaux symptômes sont : vomissement, vertige, selon lui, il a eu son diabète suite à un enchainement d'évènement, échec au premier, mort d'un parant (je voulais vraiment faire entrer de la joie à la maison avec ce BAC mais j'ai échouer), suite à ses symptôme, il est aller en compagnie de son père à l'hôpital et c'est la qu'on lui a diagnostiqué un diabète de type 1, son père, sa sœur, sa grand-mère souffre de diabète, en ce qui concerne le régime alimentaire il nous a informé qu'il mange tous ce qu'il veut sauf le sucre (je suis un footballeur, je joue dans un club, donc je brule toutes les calories rapidement).

Axe N° 2 : renseignement concernant la confrontation avec la maladie :

Hassib, été très choqué lors de diagnostique de sa maladie, il n'a pas fait de recherche concernant sa maladie (je suis issue d'une famille diabétique), ses principales préoccupations sont pour quoi cette maladie n'a épargné personne de sa famille ? (mais maintenant, je sais que sa peut arriver à tous le monde), Hassib, ne pense pas très souvent à sa maladie et il ne la vois pas comme obstacle (je fait ce que je veut dans la vie, je m'entraine normalement, je ne vois pas comment sa peut être un obstacle). Aujourd'hui, il ne pense plus à sa maladie sauf au moment de manger où à la prise de son traitement, Hassib, se sent lasser de tous ces

traitement mais il se sent très capable de faire face à sa maladie, sa maladie a changé son comportement surtout sur le plan de l'irritabilité (je n'arrive pas à encaisser de critique comme avant).

Axe N° 3 : renseignement concernant l'entourage :

La réaction de proche de Hassib été un choc, il n'a pas remarqué de changement particulier dans ses relations avec les autres (mes amis me supportent depuis très longtemps, ce n'est pas une maladie de rien de tout qui va les changer ou me changer), pour lui l'université de Bejaia n'offre pas un soutien particulier aux étudiants en difficultés comme lui, il ne rencontre aucune difficulté à suivre ses études (je n'est rien je suis comme tous les autres), s'il été responsable de l'université de Bejaia, il va veiller à une bonne alimentation pour les étudiants.

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

Après analyse de l'entretien de Hassib, nous avons remarqué qu'il n'a pas de difficultés particulières avec sa maladie, sauf au début de son apparition, peut être suite à l'enchaînement d'évènement (mort de sa mère, échec au bac, et un diabète), mais aujourd'hui il gère très bien sa maladie et cela en mangeant de la nourriture équilibrée et en faisant une activité physique quotidienne.

5.3- Données et analyse de l'échelle toulousaine de coping de cas

Choix de la situation difficile : le diabète

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

	Pas de tout					Très souvent
1- Je fais face à la situation	1	2	3	4*	5	
2- Je demande des conseils à des professionnels (professeur, médecin,.....)	1	2	3	4	5*	
3- J'essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2	3	4*	5	
4- Je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	1	2	3*	4	5	
5- J'essaie de ne pas penser au problème	1	2	3*	4	5	

6- Je demande à dieu de m'aider	1	2	3	4	5*
7- J'évite de rencontrer des gens	1	2	3*	4	5
8- J'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	3	4	5*
9- J'essaie de ne pas paniquer	1	2	3*	4	5
10- Je change ma façon de vivre	1	2*	3	4	5
11- Je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	2	3	4	5*
12- Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	2	3*	4	5
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	2	3	4	5*
14- Je refuse d'admettre le problème	1*	2	3	4	5
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	1	2*	3	4	5
16- Je fais quelque chose de plus agréable	1	2	3*	4	5
17- J'analyse la situation pour mieux la comprendre	1	2	3	4	5*
18- J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2*	3	4	5
19- J'attaque le problème de front	1	2	3	4	5*
20- Je discute du problème avec mes parents ou d'autres adultes	1	2	3*	4	5
21- J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	1*	2	3	4	5
22- Je cherche des activités collectives pour me dépenser	1	2	3	4	5*
23- Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	1	2	3*	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3	4	5*
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2*	3	4	5
26- J'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4	5*

27- Je contrôle mes émotions	1	2	3	4	5*
28- Je change la façon de me comporter	1	2*	3	4	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2	3	4	5*
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	2*	3	4	5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2	3	4*	5
32- J'agis comme si le problème n'existait pas	1	2	3	4*	5
33- Je me sens coupable	1*	2	3	4	5
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3*	4	5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2*	3	4	5
36- Je cherche l'aide mes amis amies pour calmer mon anxiété	1*	2	3	4	5
37- Je vais directement au problème	1	2	3	4*	5
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2	3*	4	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	1*	2	3	4	5
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé (e)	1	2	3	4	5*
41- J'essai a tout prix de penser à autre chose	1	2*	3	4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	1	2	3*	4	5
43- Je me mets au retrait par rapport aux autres	1	2*	3	4	5
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4	5*
45- Je garde pour moi mes sentiments	1*	2	3	4	5
46- Je modifie mes actions en fonction de problème	1	2	3*	4	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3*	4	5

Tableau n°13 : Feuille de dépouillement n° 1 du cas

D'après la feuille de dépouillement Hassib a eu :

- **Une note par dimension :** A(13), B(13), C(7), D(7), E(11), F(10), G(12), H(12), I(8), J(15), K(13), L(7), M(6), N(4), O(6), P(13), Q(9), R(8). d'après les notes obtenues nous remarquons que Hassib plus les dimensions suivantes : l'acceptation, la focalisation active, la coopération et le contrôle cognitif et planification.
- **Une note par champs :** le champ le plus utilisé par Hassib est celui de l'information avec une note de (67) points, suivie de champ de l'action avec une note de (61) points et le champ le moins utilisé est celui de l'émotion avec une note de (46) points.
- **Une note générale de coping :** Hassib a eu une note de (174) des champs.
- **Une note de coping positif et une note de coping négatif :** Hassib a eu une note de (101) de coping positif, et une note de (73) en coping négatif.

champs focalisations	I action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 13	G 12	M 6	31
Support social	B 13	H 12	N 4	29
Retrait	C 7	I 8	O 6	21
Conversion	D 7	J 15	P 13	35
Contrôle	E 11	K 13	Q 9	33
Refus	F 10	L 7	R 8	25

Tableau n° 14 : Feuille de dépouillement n°2 du cas

D'après la feuille de dépouillement n°2, Hassib a eu :

- **Une note totale par stratégies :** nous avons enregistré la stratégie de conversion comme étant la plus élevée avec une note de (35) points, suivie de la stratégie de contrôle avec (33) points, la stratégie de focalisation avec (31) points, la stratégie de

support social avec (29) points, la stratégie de refus avec (25), et la stratégie de retrait avec (21) points.

5.4- synthèse de l'échelle toulousaine de coping du cas

Après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de cas Hassib, on constate qu'il fait appel beaucoup plus aux stratégies centrées sur l'action car il se focalise sur les stratégies de conversions et de contrôle.

5.5- conclusion de cinquième cas

Après analyse de l'entretien clinique semi-directif de cas Hassib on conclue donc qu'il n'est pas dérangé par son diabète, il vie sa vie quotidienne et scolaire et sa carrière footballistique, sans se soucier de sa maladie (avec tous les évènements que j'ai traversé rien ne me fait plus peur dans la vie).

L'échelle toulousaine de coping nous a permis aussi de rassembler certaines informations sur notre cas, qui s'agit des stratégies sur lesquels notre sujet se focalise pour faire face à sa maladie, après analyse des résultats de l'échelle, nous avons constaté que notre cas a obtenu une note générale de coping qui est (174), et il se focalise sur le champ de l'information avec une note de (67), et il utilise la stratégie de conversion avec une note de (35) qui implique des positions cognitif, se donner une philosophie de vie, accepté sa maladie...etc. Hassib utilise **les stratégies de coping centrées sur le problème**.

De ce fait on conclut donc, que Hassib gère parfaitement son diabète car il fait appel aux stratégies de coping positive centrées sur le problème pour faire face à cette dernière.

6- Cas N° 6 : cas Fawzi

6.1- présentation du cas

Fawzi, âgé de 28 ans, célibataire étudiant en master 2 Droit, étudiant non résidant.

Durant l'entretien Fawzi été calme serein, il répondait à nos question facilement et brièvement.

Axe N° 1 : renseignement concernant la maladie :

Fawzi, avait 15 ans lors de diagnostic de son diabète, les principaux symptômes sont : faiblesse, vertige, buvait beaucoup d'eau et urine beaucoup, sa sœur et sa tante souffrent de diabète, Fawzi souffre de diabète de type 1, il ne suit pas un régime particulier (je mange le plus normalement de monde, sauf que j'évite un peu le sucre).

Axe N° 2 : renseignement concernant la confrontation avec la maladie :

Fawzi, nous a informé qu'il a accepté le plus normalement de monde sa maladie, (pour moi, tous les algériens sont malades ça dépend quand on a la maladie), il a fait des recherches sur sa maladie, il n'a aucune préoccupation concernant sa maladie et il ne pense jamais sur elle, mais par fois il la voit comme obstacle, il gère très bien sa maladie (je prend la peine de ne jamais oublier mon traitement et d'être à l'heure), il ne se sent pas lâcher de son traitement et il se sent capable de faire face à sa maladie, il ne apprend que son diabète n'a rien changé en lui.

Axe N° 3 : renseignement concernant l'entourage :

Les parents de Fawzi ont mal pris l'annonce de son diabète, il a remarqué quelque changement dans son comportement vis-à-vis des autres, pour lui l'université de Bejaia n'offre pas un soutien particulier aux étudiants en difficultés (elle n'offre de soutien à personne, même les étudiants en bonne santé elle les rend malades), il nous a informé qu'il ne rencontre aucune difficultés à suivre ses études, quand il se projette vers le futur il a peur des complications qu'engendre sa maladie (devenir aveugle, l'amputation, et surtout mourir jeune), s'il était un responsable de l'université de Bejaia il veillerait à une meilleure qualité de repas pour tous les étudiants, de meilleures conditions d'hébergement (j'ai quitté la résidence universitaire car c'est invivable) et un bon équipement aux salles de soins.

6.2- synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif du cas

Nous avons constaté après analyse de l'entretien clinique semi-directif de cas Fawzi, qu'il n'a pas de complication avec sa maladie, probablement pour cause d'habitude car cela fait 13 ans qu'il vit avec son diabète, ce qui lui permet de vivre sa vie sereinement sans être perturbé par son diabète.

6.3- données et analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas

Choix de la situation difficile : le diabète

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

	Pas de tout				Très souvent
1- Je fais face à la situation	1	2	3	4*	5
2- Je demande des conseils a des professionnels (professeur, médecin,.....)	1*	2	3	4	5
3- J'essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2*	3	4	5
4- Je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	1	2	3*	4	5
5- J'essaie de ne pas penser au problème	1	2*	3	4	5
6- Je demande à dieu de m'aider	1*	2	3	4	5
7- J'évite de rencontrer des gens	1	2	3	4*	5
8- J'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	3	4	5*
9- J'essaie de ne pas paniquer	1	2	3	4	5*
10- Je change ma façon de vivre	1	2	3*	4	5
11- Je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	2	3*	4	5
12- Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	2	3	4	5*
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	2	3	4	5*
14- Je refuse d'admettre le problème	1	2	3	4	5*
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	1	2	3	4*	5
16- Je fais quelque chose de plus agréable	1	2	3	4	5*
17- J'analyse la situation pour mieux la comprendre	1	2	3	4*	5
18- J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3*	4	5
19- J'attaque le problème de front	1	2	3	4	5*
20- Je discute du problème avec mes parents ou d'autres adultes	1	2*	3	4	5

21- J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	1*	2	3	4	5
22- Je cherche des activités collectives pour me dépenser	1	2	3*	4	5
23- Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	1	2	3*	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3	4*	5
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	3*	4	5
26- J'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4*	5
27- Je contrôle mes émotions	1	2*	3	4	5
28- Je change la façon de me comporter	1	2*	3	4	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2	3*	4	5
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	2	3*	4	5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2*	3	4	5
32- J'agis comme si le problème n'existait pas	1	2	3*	4	5
33- Je me sens coupable	1	2*	3	4	5
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	4*	5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2*	3	4	5
36- Je cherche l'aide mes amis amies pour calmer mon anxiété	1	2	3	4*	5
37- Je vais directement au problème	1	2	3	4*	5
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2	3*	4	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	1	2	3	4	5*
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé	1	2	3	4	5*

(e)					
41- J'essai a tout prix de penser à autre chose	1	2	3*	4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	1	2	3	4*	5
43- Je me mets au retrait par rapport aux autres	1	2	3*	4	5
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4*	5
45- Je garde pour moi mes sentiments	1	2	3	4*	5
46- Je modifie mes actions en fonction de problème	1	2	3	4*	5
47- Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4*	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparue	1	2	3	4	5*
49- Je me retiens d'agir très rapidement	1	2*	3	4	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	2	3*	4	5
51- Je suis envahi (e) par mes émotions	1*	2	3	4	5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3	4	5*
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employé pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	4*	5
54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2	3	4*	5

Tableau N° 15 : résultats de l'échelle toulousaine de coping du cas

Tableau dans lequel Fawzi a inscrit sa réaction face à la situation difficile, ou il a couché le chiffre qui lui correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

ITEMES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
SCORES	4	1	2	3	2	1	4	5	5	3	3	5	5	5	4	5	4	3		
ITEMES	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
SCORES	5	2	1	3	1	3	3	4	2	2	3	3	2	3	2	4	2	4		
ITEMES	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
SCORES	4	3	5	5	3	4	3	4	4	4	4	5	2	3	1	5	4	4	TOTAL	Total
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N		G
ACTION	13			11			10			9			9			14			66	182
INFORMATION		6			6			13			10			11			10		56	
EMOTION			8			8			13			13			7			11	60	
POSITIF	13	6		11				13	13		10					14	10	11	101	
NEGATIF			8		6	8	10			9		13	9	11	7				81	

Tableau N° 16 : Feuille de dépouillement n° 1 du cas

D'après la feuille de dépouillement Fawzi a eu :

- **Une note par dimension :** A(13), B(11), C(10), D(9), E(9), F(14), G(10), H(6), I(6), J(13), K(10), L(11), M(7), N(11), O(8), P(8), Q(13), R(13), d'après les notes obtenues nous remarquons que Fawzi utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : la distraction, la focalisation active, l'acceptation et le contrôle émotionnel.
- **Une note par champs :** le champ le plus utilisé par Fawzi est celui de l'action avec (66) points, suivie de champ de l'émotion avec (60) points et le champ le moins utilisé avec (56) est celui de l'information.
- **Une note générale de coping :** Fawzi, a obtenu une note de (182) des champs.
- **Une note de coping positif et de coping négatif :** Fawzi, a obtenu une note de (101) points dans le coping positif et une note de (81) points dans le coping négatif.

champs focalisations	I action	II Information	III Emotion	Total
Focalisation	A 13	G 10	M 7	30
Support social	B 11	H 6	N 11	28
Retrait	C 10	I 6	O 8	24
Conversion	D 9	J 13	P 8	30
Contrôle	E 9	K 10	Q 13	32
Refus	F 14	L 11	R 13	38

Tableau N° 17 : Feuille de dépouillement n° 2 du cas

D'après la feuille de dépouillement n°2, Fawzi a obtenu :

- **Une note totale par stratégie :** nous avons enregistré la stratégie de refus comme étant la plus élevée avec une note de (38) points, suivie de la stratégie de contrôle avec (32) points, la stratégie de conversion avec (30) points, la stratégie de focalisation avec (30) points, la stratégie de support social avec (28) points et la stratégie la moins utilisé qui est le retrait avec (24) points.

6.4- synthèse et analyse de l'échelle toulousaine de coping du cas

Après analyse de l'échelle toulousaine de coping de cas Fawzi, on a constaté que qu'il fait appel à des stratégies centrées sur l'action car il se focalise sur le champ de la focalisation active et la distraction, le contrôle émotionnel et l'acceptation.

6.5- conclusion de sixième cas

D'après l'entretien semi- directif on constate que Fawzi n'est pas dérangé par sa maladie, il vit sa vie quotidienne sans se soucier de sa maladie (tous les algériens sont malade), probablement dû à sa longue expérience avec son diabète qui est de 13 ans et la consommation abusive de cannabis chose qu'il nous a révélé dans l'échelle toulousaine de coping.

D'après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de cas Fawzi, nous avons constaté que notre cas a obtenu une note générale de coping qui est de (182) points, et il se focalise sur les champs conatifs avec une note de (66), qui implique des positions cognitifs, et utilise la stratégie de conversion et de refus, le contrôle émotionnel et l'acceptation, on conclut donc que notre 6^{ème} cas utilise **les stratégies de coping centrées sur le problème** pour faire face à son diabète.

De ce fait, le cas Fawzi, gère parfaitement son diabète car il fait appel aux stratégies de coping positive pour faire face à sa maladie.

2- Synthèse et discussion générale de l'hypothèse

Dans cette deuxième partie nous allons présenter les résultats de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et celle de l'échelle toulousaine de coping qui se dégage de notre recherche et qui vise à procéder à la discussion de notre hypothèse relative à notre thème qui est « *les stratégies de coping chez les étudiants diabétiques* », afin de confirmer ou d'infirmé notre hypothèse.

L'objectif de cette recherche est de détecter le type de stratégie de coping employé par les étudiants diabétique pour faire face au diabète.

A partir des données recueillis par le biais d'un entretien clinique semi-directif et de l'échelle toulousaine de coping au niveau de l'université de Bejaia, et l'analyse de ces derniers, nous allons discuter notre hypothèse qui est la suivante

« Les étudiants diabétiques utilisent différents types de stratégies de coping centrées soit sur le problème, soit sur l'émotion ou la recherche de soutiens social ».

Le cas de keltoum

D'après l'analyse de l'entretien clinique semi directif, keltoum déclare qu'elle n'a pas de difficulté avec son diabète, ni à suivre sa vie quotidienne et scolaire, car elle a une grande expérience avec sa premier maladie qui est l'épilepsie dont elle souffre depuis l'âge de 1 ans, Et que ca famille et ces amie lui confère un soutien particulier qui l'aide à surmonter les malaises liée a sa maladie.

Ainsi nous avons relevé dans l'analyse de l'échelle toulousaine de coping que kelthoum utilise les stratégies de coping centrée sur le support social, qui implique le recours aux champs comme, la coopération, la focalisation émotionnelle et le support social émotionnel.

De ce fait, nous avons révélé que notre premier cas fait face à sa maladie en se basant sur l'une des stratégies de coping qui est les stratégies qui sont centrées sur le support social, ce qui nous a permis de confirmer notre hypothèse pour ce 1^{er} cas.

Le cas de Zahra

A partir de l'analyse de l'entretien de cas de Zahra. Nous avons relevé que Zahra a souffert de sa maladie dans ces débuts, mais après le temps elle a appris à vivre avec sa maladie et ne rencontre aucune difficulté avec à vivre avec sa vie quotidienne, une maladie qu'elle considère d'ailleurs comme un non lieu.

Ainsi nous avons relevé dans l'analyse de l'échelle toulousaine de coping que Zahra se focalise sur les stratégies de coping centrée sur le problème qui implique des positions actives comme faire face au problème, aller directement au problème, et le contrôler émotionnel.

De ce fait, notre cas fait face à sa maladie en se basant sur les stratégies de coping qui sont centrées sur le problème, ce qui nous a permis de confirmer notre hypothèse pour notre 2^{ème} cas.

Le cas de cylvia

A partir de l'analyse de l'entretien, cylvia déclare qu'elle ne rencontre aucune difficulté à suivre ces études et vivre sa vie quotidienne avec sa maladie probablement dû à la longue expérience qu'elle a avec son diabète. Rappelons nous qu'elle a eu son diabète à 9 ans.

Dans l'analyse de l'échelle toulousaine de coping nous avons enregistré que cylvia se focalise sur les stratégies de coping centrée sur le support émotionnel qui implique des positions telles que la conversion par les valeurs, le support sociale émotionnelle.....etc.

De ce fait notre cas fait face à sa maladie en se focalisant sur une stratégie de coping qui est centrée sur l'émotion, ce qui nous permet de confirmer notre hypothèse pour notre 3^{ème} cas.

Le cas de hamida

A partir de l'analyse de l'entretien clinique, hamida déclare qu'au début elle ne veut pas croire ce qui lui arrive, mais après le temps elle a prit a vivre avec sa maladie, en pratiquant une activité sportive quotidienne et en suivant les conseille de son médecin sur l'application d'un régime alimentaire sain.

Après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping, on a constaté que notre cas se base sur les stratégies centrées sur le problème, ce qui implique le recours aux champs de l'acceptation de problème et d'apprendre à suivre avec, la conversion, relativiser de façon amusante la situation, se donner des objectif à atteindre et l'analyse de la situation difficile.

De ce fait, notre 4^{ème} cas fait face à sa maladie en se basant sur l'une des types de stratégies de coping qui est centrée sur le problème, ce qui nous permet de confirmée notre hypothèse pour notre 4^{ème} cas.

Le cas de Hassib

Hassib, déclare à partir de l'entretien clinique qu'il na pas de difficulté particulière a gérer sa maladie, et qu'il suit sa vie quotidienne et scolaire sans être perturbée par sa maladie.

D'après l'analyse de l'échelle toulousaine de coping on constate que le cas de Hassibe se focalise sur les stratégies de coping centrée sur le problème qui implique les champs qui sont centrée sur la focalisation active comme faire face, aller directement au problème, la coopération l'acceptation et le contrôle cognitif.

De ce fait, hassib fait face à sa maladie en se basent sur l'une des stratégies de coping qui sont celles centrées sur le problème, ce qui nous permet de confirmée notre hypothèses.

Le cas de Fawzi

Fawzi a déclaré a travers l'entretien clinique qu'il n'est pas déranger par sa maladie et il suit la cour de sa vie quotidienne et scolaire sans être perturber par sont diabète.

A partir de l'analyse de l'échelle toulousaine de coping de Fawzi on a constaté qu'il se base sur les stratégies de coping centrées sur le problème ce qui implique le recours à des stratégies comme la focalisation active, l'acceptation et le contrôle émotionnelle.

De ce fait Fawzi fait face a sa maladie en employant un type des stratégies de coping, qui sont celles centrées sur le problème, ce qui nous permis de confirmé notre hypothèse pour notre dernier cas.

D'après l'analyse de l'entretien semi-directif et l'analyse de l'échelle toulousaine de coping, que nous avons réalisé sur (06) cas d'étudiants au niveau de l'université de Bejaia, nous avons aboutis à la confirmation de notre hypothèse pour la totalité de nos cas : (Keltoum, Cylia, Hamida, Hassib, Fawzi), en affirmant qu'ils font face à leur diabète en employant différente type de stratégies de coping, centrées soit sur le problème, soit sur le soutien social ou bien sur l'émotion.

Après avoir confirmé notre hypothèse, il s'avère que les étudiants se basent sur divers stratégies de coping, et la plus utilisées par nos cas c'est celles qui sont centrées sur le problème qu'on retrouve chez (04) de nos cas (Zahra, Hamida, Fawzi, Hassib), et un cas qui se focalise sur les stratégies de coping centrées sur le soutien social qui est le cas (Keltoum), et un cas qui se focalise sur les stratégies de coping centrées sur l'émotion qui est le cas (Cylia).

L'efficacité de ses stratégies de coping relevé sur notre groupe de recherche est fonctionnel, car (04/02) de nos cas utilise des stratégies de coping positive qui sont centrées sur le problème, tandis que seulement (02) de nos cas, utilisent des stratégies dysfonctionnel, car elles se focalisent sur des stratégies de coping négative qui sont centrées soit sur l'émotion ou le soutien social, ce qui nous permis de dire que l'efficacité des stratégies de coping de notre groupe de recherche est positive.

Ce travail de recherche nous a permis d'enrichir notre bagage intellectuelle par de nouvelle connaissance et ce en se familiarisons avec la pratique qui nous a permis de renforcé le savoir acquis durant les cours théorique suivie à l'université et de vérifier la fiabilité ou la défaillance de l'hypothèse que nous avons émis au début de notre recherche qui porte sur les stratégies de coping chez les étudiants atteint de diabète.

Le diabète est parmi les sujets les plus abordées actuellement, il s'agit d'une maladie chronique dite incurable, qui touche des millions de personne dans le monde avec une épidémiologie qui est en augmentation constante.

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

Le terrain de la recherche nous a permis d'apercevoir l'ampleur de cette pathologie grave qui peut provoquer des troubles psychique et physique sur les sujets atteints par cette dernière.

Pour faire face à cette pathologie, les étudiants diabétiques développent des stratégies qui sont considérer comme un rempare ou une diversion pour faire face à leur situation, des stratégies appelé par Lazarus : stratégies de coping ou d'ajustements.

Les étudiants diabétiques adoptent différentes stratégies pour essayer de dépasser ou d'ignorer leur diabète, effectivement certains essayent de relativiser, se tourné vers d'autres activités d'ordre physique (sport) ou écouter de la musique, changer d'horizon...etc. pour ne pas penser à leur maladie, d'autre préfèrent chercher l'appui des gens qui sont autour d'eux ou dans la même situation qu'eux ou l'avis de spécialiste pour les réconforté ou discuter de leur situations, d'autre en finale se tourne vers leur émotion (agressivité envers les gens ou sur soit même, pleurer sur son sort, ou s'adonner au pratique religieuse pour évité de penser à leur maladie), toutes ses réactions constituent des stratégies qu'on regroupe dans une seule appellation qui est les stratégies de coping.

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

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

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

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

Enfin, nous espérons par le biais de cette recherche que nous avons contribué à comprendre les difficultés que rencontrent les étudiants avec leur diabète et la manière dont ils s'adaptent à cette dernière pour pouvoir suivre leur études et leur vie quotidienne, et particulièrement ouvrir de nouvelle perspective éventuelle pour d'autre recherches ultérieurs, nous formulons les propositions suivantes :

- Est-ce que il y'a une différence de stratégie de coping utilisé par les étudiants de sexe féminin avec les étudiants de sexe masculin ? (plus précisément, les étudiantes utilisent des stratégies centrées sur l'émotion et le soutien social, et les étudiants de sexe masculin utilisent les stratégies centrées sur le problème).
- Est-ce que l'environnement universitaire a une influence particulière sur le type de stratégies employé par les étudiants diabétique ?

Liste bibliographiques

Liste bibliographique

Les ouvrages

- 1- AKTOUF. O, 1987, «méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations « *une introduction à la démarche classique et une critique* », Québec.
- 2- ALTMAN. J-J,et *al*, 2014, « le grand livre du diabète », France, édition EYROLLES
- 3- BERTAN de Balanda. A, 2015, une approche psychosomatique du diabète « *l'identité en souffrance* », Paris, édition L'Harmattan
- 4- BRUCHON- SCHWEITZER. M, et BOUJUT, E, 2014, « psychologie de la santé, concepts, méthodes et modèles », édition DUNOD
- 5- BRUCHON- SCHWEITZER. M, et BOUJUT. E, 2014, « psychologie de la santé, concepts, méthodes et modèles », France, édition DUNOD
- 6- BRUCHON-SCHWEITER. M. 2002, « psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes », édition DUNOD
- 7- BRUCHON-SCHWEITZER. M et QUINTARD. B, 2001, « personnalité et maladie, stress, coping et ajustement », France, édition Dunod.
- 8- BUFFET C et VATIER C, 2010, « Endocrinologie diabétologie nutrition », édition elsevier masson.
- 9- BUYSSCHAERT. M, 2011, « diabétologie clinique », Bruxelles, édition De Boeck, 4^{ème} éd
- 10- CHABROL. H & CALLAHAN. S., 2002, « mécanismes de défense et coping » édition DUNOD
- 11- CHAHRAOUI. Kh, BENONY. H, 2003, « méthodes, évaluation et de recherche en psychologie Clinique », Paris, édition Dunod,
- 12- COULOUN. A, 2005, « le métier de l'étudiant », Paris, édition Economica
- 13- GRAWITEZ. M, 2001, « méthodes des sciences sociales », Paris, édition Dalloz
- 14- LONESCU. S, BLANCHET. A, 2009, « Méthodologie de la recherche en psychologie clinique », Paris, édition PUF
- 15- ZAGRE. A, 2013, « méthodologie de la recherche en sciences sociales », Paris, édition L'Harmattan

Revue

- 1- ATLAS du DIABÈTE de la FID, 6e édition, 2013, consultable sur www.idf.org/diabetesatlas
- 2- BRUCHON-SCHWEITZER M. décembre 2001, Recherche en soins infirmiers, N° 67 Université Victor Segalen Bordeaux 2, (France).
- 3- D. Lapeyronnie, marie j-l, campus blues.les étudiants face à leurs études, paris, seuil.
- 4- ESTERL. M, 2010-2011, conséquences psychologiques liées à la maladie aigue et chronique : stress, maladie et stratégie de faire face, Institut de formation en soin infirmiers de Toulouse Rangueil.
- 5- FOUCAUDF. J, BURY. J.A., Balcou-Debussche M., Eymard C., dir.Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action
- 6- GREBOT.E. ET BARUMANDZDEH. T, 2004, L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles, annales médico psychologique, disponible sur <http://france.elsevier.com/direct/AMEPSY/>
- 7- JOUZIER. E, 2007, « DIABÈTE ET PHILATÉLIE » consultable sur www.socpharmbordeaux.asso.fr/pdf/pdf-146/146-159-178.pdf
- 8- SNOEK. F-J et SKINER, 2000, Psycholgy in daibetes care, vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands consultable sur: <http://fr.b-ok.org/book/594169/920ced>

Thèses

- 1- ARNETT, J.J. (2005). "*The developemental context of substance use in emerging adulthood*". *Journal of Drug Issues*
- 2- DANON-BOILEAU. H, et al, 1971 .incidence des problèmes scolaires et universitaires sur la psychopathologie de l'adolescent, « Confrontations psychiatriques ».
- 3- DINCA. A, Septembre 2008, Stratégies de coping, mécanisme de défense et leur influence sur le bien-être et les performances d'athlètes de haut niveau pratiquant des sports d'opposition, université de Reims Champagne Ardenne,
- 4- SLAVIEROS. A. 2014, stress et stratégies de coping chez les étudiants en médecine 1^{er} et 6^{ème} année, université PARIS DIDEROT- PARIS

Mémoire

- 1- BOUKIR. A, 2015, Université de BEJAIA, « la santé mental chez les étudiants ».

- 2- CHIBOUNE, 2013, université de BEJAIA, « la relation entre le soutien sociale perçu et le choix des stratégies de coping chez les étudiants addictes au cannabis ».

Site internet

- 1- <http://esc-alger.dz/index.php/fr/etudiant/services/bourse> consulté le 18/05/2017 à 21h50
- 2- <http://www.univ-constantine2.dz/vie-etudiante/bourse/> consulté le 18/05/2017 à 21h40
- 3- <https://dms.revues.org/425#tocfrom1n2> consulté le 18/05/2017 à 21h30
- 3- https://www.dinnosante.fr/fre/17/histoire-dediabete?mobile_bloc=comprendre_diabete, consulté le 28/02/17 à 20h3
- 4- https://www.dinnosante.fr/fre/17/histoire-du-diabete?mobile_bloc=comprendre_diabete , consulté le 28/02/17 à 20h00
- 4- OMS, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/> consulté le 28/02/17 à 17h00
- 5- www.larousse.fr/dictionnaires/francais/étudiant_étudiante/31593, consulté le 20/05/2017 à 23h00
- 6- www.linternaute.com › Dictionnaire consulté le 20/05/2017 à 17h00

ANNEXES

Annexe n°01 : guide d'entretien

Renseignement personnel

Prénom

Age

Filière

Niveau d'instruction

Etudiant résident ou non

Etat matrimoniale

Axe N°1 : Renseignement concernant la maladie

- Pouvez-vous nous dire quel été votre âge lors de l'apparition de cette maladie ?
- Quels étaient les symptômes ou quel étaient la cause qui vous a mené a la découverte de cette maladie en vous ?
- Avez-vous un parent ou un proche qui a cette maladie ?
- Quel type de diabète présentez-vous ?
- Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?
- Rencontrez-vous des complications à suivre votre régime alimentaire dans votre résidence universitaire ?
- Quels genres de complications ?

Axe N°2 : Renseignement concernant la confrontation avec la maladie

- Quelle été votre réaction lors de l'annonce de la maladie ?
- Avez-vous fait des recherche pour savoir un peut plus sur votre maladie ?
- Quelles sont les principales préoccupations ou questions qui vous tourmentent jusqu'à présent concernant votre maladie ?
- Pensez-vous très souvent à votre maladie ?
- Voyez-vous votre maladie comme un obstacle ?
- Aujourd'hui, comment faite vous pour gérer votre maladie ?
- Vous vous sentez lasser de tous ces traitements qui ne s'arrêtent pas ?
- Vous sentez vous capable de faire face a votre maladie ?
- Voyez vous que cette maladie vous a changé, et quels sont les principaux changements ?

Axe N°3 : Renseignement sur l'entourage

- Quel été la réaction de vos proches lors de l'annonce de votre maladie ?
- Avez-vous remarqué des changements dans vos relations avec les autres ?
- Vos amis (es) de chambre vous aident ils/elles dans votre maladie ?

- Trouvez vous que l'université de Bejaia offre un soutien particulier a des personnes en difficulté comme vous ?
- Trouvez-vous des difficultés particulières dans vos études ?
- Quels genres de difficultés ?
- Quand vous vous projeter vers le future quels sont vos principales inquiétudes ?
- Si vous étiez un responsable au sein de l'université quel sont les choses que vous allez proposez pour le bien être des personnes atteintes d'une maladie comme vous ?

Annexe n°2 : échelle toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Florence Sordes Ader et Pierre Tap.

La consigne

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

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

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

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

Vous trouverez 5 chiffres qui indiquent dans quelle mesure vous utilisez l'affirmation proposé : de 1 (pas de tout) à 5(très souvent).

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

	Pas de tout				Très souvent
1- Je fais face à la situation	1	2	3	4	5
2- Je demande des conseils a des professionnels (professeur, médecin,.....)	1	2	3	4	5
3- J'essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2	3	4	5
4- Je travaille en coopération avec d'autres pour me mobiliser	1	2	3	4	5
5- J'essaie de ne pas penser au problème	1	2	3	4	5
6- Je demande à dieu de m'aider	1	2	3	4	5
7- J'évite de rencontrer des gens	1	2	3	4	5
8- J'accepte le problème s'il est inévitable	1	2	3	4	5
9- J'essaie de ne pas paniquer	1	2	3	4	5
10- Je change ma façon de vivre	1	2	3	4	5
11- Je fais un plan d'action et je m'y tiens	1	2	3	4	5
12- Il m'est difficile d'utiliser des mots pour décrire ce que j'éprouve face à une situation difficile	1	2	3	4	5
13- Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent	1	2	3	4	5
14- Je refuse d'admettre le problème	1	2	3	4	5
15- Il m'arrive de ressentir de l'agressivité pour autrui	1	2	3	4	5
16- Je fais quelque chose de plus agréable	1	2	3	4	5
17- J'analyse la situation pour mieux la	1	2	3	4	5

comprendre					
18- J'éprouve le besoin de partager avec mes proches ce que je ressens intérieurement	1	2	3	4	5
19- J'attaque le problème de front	1	2	3	4	5
20- Je discute du problème avec mes parents ou d'autres adultes	1	2	3	4	5
21- J'oublie mes problèmes en prenant des médicaments	1	2	3	4	5
22- Je cherche des activités collectives pour me dépenser	1	2	3	4	5
23- Je me réfugie dans l'imaginaire ou dans le rêve	1	2	3	4	5
24- Je cherche à me donner une philosophie de la vie pour lutter contre	1	2	3	4	5
25- Il m'arrive de ne pas faire ce que j'avais décidé	1	2	3	4	5
26- J'apprends à vivre avec le problème	1	2	3	4	5
27- Je contrôle mes émotions	1	2	3	4	5
28- Je change la façon de me comporter	1	2	3	4	5
29- Je sais ce que j'ai à faire, aussi je redouble d'efforts pour y arriver	1	2	3	4	5
30- J'arrive à ne rien ressentir quand les difficultés interviennent	1	2	3	4	5
31- Je résiste au désir d'agir jusqu'à ce que la situation me le permette	1	2	3	4	5
32- J'agis comme si le problème n'existait pas	1	2	3	4	5
33- Je me sens coupable	1	2	3	4	5
34- Je vais au cinéma ou je regarde la télévision pour moins y penser	1	2	3	4	5
35- Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation	1	2	3	4	5
36- Je cherche l'aide mes amis amies pour calmer mon anxiété	1	2	3	4	5
37- Je vais directement au problème	1	2	3	4	5
38- Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait	1	2	3	4	5
39- Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse	1	2	3	4	5
40- J'aide les autres comme j'aimerais être aidé (e)	1	2	3	4	5
41- J'essai a tout prix de penser à autre chose	1	2	3	4	5
42- Je plaisante sur la situation dans laquelle je me trouve	1	2	3	4	5
43- Je me mets au retrait par rapport aux autres	1	2	3	4	5
44- J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème	1	2	3	4	5
45- Je garde pour moi mes sentiments	1	2	3	4	5
46- Je modifie mes actions en fonction de problème	1	2	3	4	5

47- Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4	5
48- mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparue	1	2	3	4	5
49- Je me retiens d'agir très rapidement	1	2	3	4	5
50- Je me dis à moi-même que ce problème n'a aucune importance	1	2	3	4	5
51- Je suis envahi (e) par mes émotions	1	2	3	4	5
52- Je me tourne vers d'autres activités pour me distraire	1	2	3	4	5
53- Je réfléchis aux stratégies que je pourrais employé pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	4	5
54- Je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2	3	4	5

FEUILLE DE DXEPOUIELLEMENT N° 1

ITEMES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18				
SCORES																						
ITEMES	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36				
SCORES																						
ITEMES	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54				
SCORES																					TOTAL	Total G
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N				
ACTION																						
INFORMATION																						
EMOTION																						
POSITIF																						
NEGATIF																						

Feuille de dépouillement n 2

champs	I	II	III	
focalisations	action	Information	Emotion	Total
Focalisation	A	G	M	
Support social	B	H	N	
Retrait	C	I	O	
Conversion	D	J	P	
Contrôle	E	K	Q	
Refus	F	L	R	

REPARTITION DES ITEMES

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