

**UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA**

**FACULTE 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**

**Le stress et les stratégies de coping  
chez les adultes diabétiques**

**Etude de 06 cas à la clinique de Beau Séjour de Bejaïa**

Réalisé par :  
YALA Betitra  
YOUSFI Linda

Encadré par :  
Mme Haderbache Lamia

**Année universitaire : 2014-2015**

## **Remerciements**

*Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans la précieuse aide de plusieurs personnes que nous tenons à remercier.*

*Avant tous, nous remercions Dieu le tout puissant de nous avoir accordé, santé, courage, et patience pour accomplir ce travail.*

*Nous tenons tout d'abord à remercier notre chère enseignante et promotrice, Mme HADERBACHE Lamia, pour sa générosité, sa patience, sa disponibilité, ses précieux conseils, son encouragement, et pour sa grande contribution dans la réalisation de ce mémoire.*

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

*Nous remercions aussi tous le personnel de la clinique Beau Séjour, en particulier la psychologue pour sa disponibilité et sa coopération.*

*Merci aussi à tous les sujets de notre groupe de recherche pour leurs participations à ce travail.*

*Nous présentons également notre gratitude à tous nos amis, et membres de la famille qui nous ont soutenus durant l'accomplissement de notre travail, en particulier Mr Tiakout. N pour sa précieuse participation. Enfin, nous tenons, à remercier très fort, tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.*

## Dédicaces

*Aux témoignages d'affection, d'amour, de générosité et de grandes reconnaissances aux être les plus chers de ma vie : mon père et ma mère.*

*A mes très chères sœurs : Mila, Souhila, Lydia qui sont toujours présente quand j'en ai besoin.*

*A mes très chères tantes, cousins, cousines qui sont toujours là pour m'aider, m'encourager.*

*A mon cher fiancé qui ma donné tant de courage.*

*A mes deux adorable neveux : Isaak et Meriem.*

*A mes chères amies : Katia, Sabrina, Naima, Wardiya, Souhila, Nacera, Atman, Faouzi, Zahir, Moussa, Aziz, Fouzia, Nadia, Nora, Kahina, Nassima que je n'oublierais jamais.*

*A toute la famille Yala à tous ceux qui ont participé de prêt ou de loin à la réalisation de ce travail.*

*A ma Meilleures binôme Lynda et tout sa famille.*

*YALA Betitra*

## Dédicaces

*Je souhaiterais dédier ce précieux travail aux deux êtres les plus respectueux, qui comptent le plus à mes yeux : mes parents pour leur grand amour, leur sacrifice, et leur encouragement, que Dieu les protèges et les garde en bonne santé, que je les garde toujours dans mon cœur.*

*A tous mes chères frères et leurs femmes : Youcef et Fadila, Slimane et Nacira, Nadir et Biba, et Farouk et Farah, Abdeslam pour leurs aides et leurs encouragements.*

*A mes meilleures et chères sœurs et leurs maris : Nadira et Nadir, Nadjet et Karim, et ma petite sœur Chahinez qui ayant toujours été là pour m'aider, m'encourager et me reconforter.*

*A mes adorables neveux : Yanice, Rida, Racim, Taghis, Ilas, yilina, Ania, Inass, Yarra, Lina sarah, et Aya*

*A tous ceux qui portent le nom « YOUSFI ».*

*Je dédie aussi ce travail à mes meilleurs amies : Lamia .Y, Sabrina, Yasmina, Sonia, wahiba, Nabila, Dida, Meriem, Lamia. B, Sarah ...que je n'oublierais jamais.*

*A tous ceux qui me connaisse de prés ou de loin.*

*A ma meilleurs binôme Bétitra et son fiancé Karim et à toute sa famille, je la remercié beaucoup, pour sa véritable amitié et de m'avoir choisi d'être comme sa binôme et sa collaboration pertinente dans la réalisation de ce travail*

*YOUSFI Linda*

## **Liste des indices**

APA : American Psychiatrie Association

DNID : Diabète non insulino dépendant

DID : Diabète insulino dépendant

DSM4 : Manuel diagnostique des troubles mentaux N°4.

FID : Fédération International du Diabète

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSS4 : Perceived Stress Scale 4

## Liste des tableaux

<b>N° de tableau</b>	<b>Titre</b>	<b>page</b>
Tableau N°01	Récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche.	90
Tableau N°02	La repartition des stratégies selon les champs.	97
Tableau N°03	L'échelle de stress perçu du cas de Zakia	110
Tableau N°04	L'échelle de toulousaine de coping de cas du Zakia	113
Tableau N°05	La feuille de dépouillement n°1 du cas de Zakia.	114
Tableau N°06	La feuille de dépouillement n°2 du cas de Zakia	115
Tableau N°07	L'échelle de stress perçu du cas de Fatiha	120
Tableau N°08	L'échelle de toulousaine de coping du cas de Fatiha	121
Tableau N°09	La feuille de dépouillement n°1 du cas de Fatiha	124
Tableau N°10	La feuille de dépouillement n°2 du cas de Fatiha	125
Tableau N°11	L'échelle de stress perçu du cas du Kamilya	130
Tableau N°12	L'échelle de toulousaine de coping de cas du Kamilya	132
Tableau N°13	La feuille de dépouillement n°1 du cas de Kamilya	134
Tableau N°14	La feuille de dépouillement n°2 du cas de Kamilya	135
Tableau N°15	L'echelle de stress perçu du cas de Aziz	140
Tableau N°16	L'echelle de toulousaine de coping du cas de Aziz	142
Tableau N°17	La feuille de dépouillement n°1 du cas de Aziz	144
Tableau N°18	La feuille de dépouillement n°2 du cas de Aziz	145
Tableau N°19	L'échelle de stress perçu du cas de Taklit	149

Tableau N°20	L'échelle de toulousaine de coping du cas de Taklit	151
Tableau N°21	La feuille de dépouillement n°1 du cas de Taklit	153
Tableau N°22	La feuille de dépouillement N°2 du cas de Taklit	154
Tableau N°23	L'échelle de stress perçu du cas de Malika	159
Tableau N°24	L'échelle de toulousaine du cas de Malika	160
Tableau N°25	La feuille de dépouillement n°1 du cas de Malika	163
Tableau N°26	La feuille de dépouillement n°2 du cas de Malika	164
Tableau N°27	Tableau récapitulatif des résultats des deux échelles	166

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b> .....	12
---------------------------	----

## **Partie théorique**

### **Chapitre I : le diabète**

Préambule.....	17
1. Epidémiologie du diabète dans le monde .....	17
2. Histoire du diabète .....	18
3. Le diabète en Algérie .....	19
4. Définition de la santé, la maladie et la maladie chronique .....	21
5. Définition du diabète.....	22
6. Classification du diabète .....	23
7. Le diabète du l'adulte : diabète de type II .....	24
8. L'aspect psychologique du diabète .....	27
9. La prise en charge du diabète.....	30
Conclusion du chapitre.....	33

### **Chapitre II : le stress**

Préambule.....	35
1. Historique du stress .....	35
2. Définition du stress .....	37
3. Le stress et quelques concepts connexes : angoisse, anxiété, dépression, État de stress post-traumatique .....	38
4. Les symptômes du stress.....	42
5. Les différents syndromes du stress .....	43
6. Les phases du stress .....	44
7. Les déterminants du stress .....	46



8. L'approche cognitive du stress.....	47
9. L'approche transactionnelle du stress .....	49
10. Le stress et le diabète .....	51
11.La prise en charge du stress .....	52
Conclusion du chapitre.....	55

### **Chapitre III : les stratégies de coping**

Préambule.....	57
1. Historique de coping .....	57
2. Définition des concepts: stratégie, coping et stratégie de coping.....	58
3. Le coping et quelques concepts connexes : défense, adaptation, ajustement....	59
4. Les déterminants de coping.....	61
5. Les différents types de stratégies de coping .....	63
6. L'efficacité des stratégies de coping .....	65
7. Les stratégies de coping face au diabète .....	67
8. Les stratégies de coping face au stress.....	69
Conclusion du chapitre.....	70

### **Problématique et formulation des hypothèses**

1. La problématique et formulation des hypothèses .....	72
2. Les objectifs de la recherche .....	79

### **Partie pratique**

#### **Chapitre VI : Méthodologie de recherche**

Préambule .....	82
1. Définition et opérationnalisation des concepts clés.....	82
2. Pré-enquête.....	84

3. La méthode clinique.....	85
4. Le terrain de recherche.....	87
5. Le groupe de recherche .....	88
6. Les outils de recherche.....	90
5.1. L’entretien clinique de recherche et le guide d’entretien .....	91
5.2. L’échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, 1988 ou PSS4 (Perceived Stress Scale) .....	93
5.3. L’échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sords-Ader et Pierre Tap(1993) .....	94
7. les méthodes d’analyse des outils de recherche.....	100
7.1. L’analyse de l’entretien clinique semi directif.....	100
7.2. L’analyse des échelles utilisées.....	101
8. Le déroulement de la pratique.....	102
8.1. La passation de l’entretien clinique semi –directif .....	103
8.2. La passation des échelles .....	103
8.3. Les difficultés rencontrées dans la recherche .....	104
Conclusion du chapitre.....	104

## **Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

Préambule.....	106
1. Présentation et analyse des cas .....	106
2. Discussion des hypothèses.....	167
Conclusion du chapitre.....	179

<b>Conclusion .....</b>	<b>181</b>
-------------------------	------------

<b>Liste bibliographique .....</b>	<b>185</b>
------------------------------------	------------

## **Annexes**

L'homme depuis son existence, se trouve dans un milieu plein de dangers, des difficultés, et de différents obstacles, concernant sa manière de vivre, d'habiter, de se déplacer, de manger... ainsi que sa manière de soulager ses douleurs et ses maladies.

La maladie est une pathologie physiologique ou psychologique, dans laquelle la santé et le bon fonctionnement de l'organisme sont affectés, en effet cette dernière menace la vie de l'être humaine depuis son apparition jusqu'à sa mort.

Une maladie correspond à un ensemble de symptômes ainsi dûs à une pathologie organique sous-jacente. Les maladies chroniques en font partie, elles sont des affections incurables, considérées actuellement comme les causes principales de la morbidité et de la mortalité, dont on peut citer parmi ces dernières le diabète.

Le diabète est une maladie chronique très répandue et constitue un véritable fléau des temps modernes, il se manifeste lorsque le corps est incapable de produire suffisamment d'insuline ou de l'utiliser correctement. Le corps a besoin d'insuline pour transformer le sucre en énergie. Le diabète peut entraîner de graves complications telles que la perte de la vue, le risque de développer des maladies du cœur, l'insuffisance rénale et le décès prématuré. Ceux qui y sont atteints peuvent toutefois prendre des mesures pour contrôler et réduire les risques de complications.

Le diabète, empêche le sujet de vivre sa vie comme les autres, il est envahi par la panique d'être handicapé et de ne pas vivre normalement, il éprouve des difficultés à modifier son mode de vie imposé par la maladie et son traitement, de ce fait le sujet devient stressé, ce qui peut influencer sur le contrôle de son diabète.

Lazarus et Folkman, se sont intéressés au concept de stress, notamment en regardant la manière dont les individus le gèrent. C'est ce qu'ils appellent le

coping, c'est à dire le processus cognitive à travers lequel l'individu apprécie de quelle façon une situation particulière peut mettre en danger son bien être et quelles sont les ressources dont il dispose pour en faire face. Le modèle transactionnel du coping développé par Lazarus et Folkman(1984) accorde une importance particulière à la situation stressante.

Ce modèle théorique, permet de donner un éclairage sur le stress et le profil de coping adopté par les adultes atteints de diabète.

L'un des objectifs principaux de notre travail de recherche qui porte sur « *le stress et les stratégies de coping chez les adultes diabétiques* », est justement de connaître le degré du stress perçu chez nos sujets de recherche et de connaître les stratégies utilise par eux pour afin de faire face à leur situation stressante.

Nous avons choisi comme terrain d'étude la clinique de « Beau-séjour », qui répond aux objectifs de notre recherche. L'approche cognitivo-comportemental a servi de cadre référentielle à notre étude. Et nous avons focalise notre recherche sur les techniques suivantes : l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de stress perçus de Cohen et Williamson (1988) ou PSS4, et l'échelle de toulousaine de coping de S. Esparbes, F. Sords-Ader et P. Tap (1993).

De ce fait, notre recherche se divise en deux parties et ce afin de vérifier nos hypothèses.

La partie théorique est subdivise en trois chapitre comme suit : Dans **la première partie théorique**, nous nous intéresserons à la littérature en lien avec notre thème de recherche, qui contient trois chapitres, **le premier chapitres** s'intitule **le diabète** dans le quelle on va aborder les définitions suivantes : la santé, maladie et maladie chronique puis l'épidémiologie de diabète ,le diabète de l'adulte..., **le deuxième chapitre** est celui **de stress** qui consiste a parle de l'historique du stress ,définition du stress et quelques que concepts connexes du stress(angoisse, anxiété, la dépression), les symptômes de stress,... ,**le troisième**

**chapitre** concerne **les stratégies de coping** on tentera d'évoquer l'historique de coping, définition des concepts (stratégie, coping et stratégie de coping) et les déterminants de coping, les différents types de stratégies de coping,.... Après nous allons présenter la **problématique et la formulation des hypothèses** et les objectifs de la recherche. Dans **la deuxième partie pratique** qui contient **deux chapitres, le quatrième chapitre** intitulé **la méthodologie de recherche** qui contient des éléments suivants : la méthode de recherche, le profil de notre groupe de recherche, et les techniques de recherche utilisées et **le cinquième chapitre** est celui de **la présentation, analyse et discussion des hypothèses**, dans lequel nous allons présenter et analyser les résultats puis discuter des hypothèses,

On conclut notre travail par **une conclusion**, ensuite on va présenter la **liste bibliographique** et **les annexes**.

## Préambule

La santé pour l'homme est une chose naturelle, la maladie est une chose antinaturelle. La santé vit et croît silencieusement en l'homme en même temps que le sentiment général de la vie, au contraire la maladie s'introduit subitement en lui comme une étrangère à l'improviste telle que les maladies chroniques et parmi elles le diabète, qui peut affecter toute personne de tout âge. Cette maladie peut avoir des effets sur le malade, notamment dans sa vie professionnelle, sociale et psychologique. Le diabète peut également causer des troubles psychologiques tels que l'anxiété, le stress et la dépression.

En effet, dans ce chapitre on va présenter en premier lieu, l'épidémiologie du diabète dans le monde, puis on va entamer son historique, et le diabète en Algérie. En deuxième lieu, on va définir le diabète, sa classification, en troisième lieu, on va passer au diabète de l'adulte. En dernier lieu, on va mettre l'accent sur son aspect psychologique. Et en terminera avec la prise en charge du diabète, et une conclusion du chapitre.

### 1. L'épidémiologie du diabète dans le monde

Le diabète touche une grande partie de la population dans le monde. FID estime en effet plus de 387 millions de personnes diabétiques dans le monde et un chiffre qui pourrait doubler d'ici 2035 environ 592 millions personnes équivalent à une prévalence de 8,3% à 10,19% et pour les pays en voie de développement, ils comporteront 77% des patients diabétiques du globe, notamment en Afrique de Nord, l'Algérie a une prévalence de 6,54% (1, 649,07 millions de personnes atteinte du diabète). (Atlas du diabète de L'IDF sur <http://www.idf.org/diabetesalos/download>).

## 2. Histoire de diabète

Le diabète sucré est une maladie caractérisée par une hyperglycémie pathologique, cette maladie est connue depuis l'antiquité. (E. Jouzier, 2007, p.160)

Il était connu des égyptiens 300 ans avant j. c. Au 4<sup>ème</sup> siècle avant première chrétienne, les chinois servant déjà le distinguer grâce à la saveur sucre des urines. (M. Khiati, 1993, p.1)

La médecine hindou ou la médecine ayurvédique, ancienne tradition médecine indienne, inventent le terme « *urines au miel* », un millénaire avant que les européens, m'ajoutent *mellites* un mot diabète. Le père de la médecine greque « Hippocrate » décrit « *la maladie de la soif* » sans donner de précisions quant aux causes. (E. Jouzier, 2007, p.161)

Selon « Galien » (131-201, après), il s'agit d'une infection des reins qui sont inaptes à retenir l'eau. (Ibid, p.162)

Au XVI<sup>o</sup> siècle « Paracelse » avance l'hypothèse suivante « *le diabète serait causé par l'accumulation d'un sel nuisible dans l'organisme qui irrite et altéré les reins* ». Au début de XIX<sup>o</sup> siècle « Bernard » découvre la fonction glycogénique du foie et définit une méthode de dosage de glucose dans le sang. (Ibid, pp.163-165)

En 1889, « Minkowski et Merign », étaient les premiers à chercher les sucres dans les urines. (A. Bloom et J. Itard, 2006, p.12)

On trouve aussi « Paulesco » en 1921, à Bucarest que revient le privilège d'émettre l'hypothèse de l'existence d'une hormone pancréatique a action hypoglycémiant que l'on appelait déjà insuline. (M. Khiati, 1993, p.16)

Pour « Banting » réussit avec l'aide de best, son jeune collaborateur biochimiste à isoler l'insuline, le projet génome humain a permis le séquençage complet en 2000, la carte de génome humain marque une nouvelle ère en recherche médicale ouvrant la voie au traitement de plusieurs maladies dont le diabète. (E. Jouzier, 2007, p.169)

## 2. Le diabète en Algérie

Le diabète est l'une des causes de décès les plus importantes dans le monde. Selon la Fédération Internationale des Diabétiques (FID), 1 personne morte toutes les 7 secondes de cette pathologie dans le monde. Le taux de mortalité provoqué par cette épidémie est plus important que le sida et la malaria réunis. (Atlas du diabète de L'IDF sur <http://www.idf.org/diabetesalors/download>, le 27 avril 2015 à 13h 30).

Le diabète en Algérie devient un véritable fléau qui prend une ampleur inquiétante et nécessite une meilleure prise en charge ; du fait de son augmentation remarquable de 1992 à nos jours.

En 1992, le taux des personnes atteintes du diabète est seulement 2,1% de la population algérienne.

L'étude, dirigée en 1998 par le chef du service de médecine interne au CHU de Sétif, le Pr. Rachid Malek avait démontré à l'époque que le taux d'atteinte du diabète de Type 2 chez les sujets âgés entre 30-64 ans, objet de cette étude était de 8%. ([www.aps.dz/Santé-science-tech/12579-diabète-le-taux-de-prévalence-est-passé-de-8-à-16-durant-les-15-dernières-années-en-algérie](http://www.aps.dz/Santé-science-tech/12579-diabète-le-taux-de-prévalence-est-passé-de-8-à-16-durant-les-15-dernières-années-en-algérie))

Une étude similaire réalisée par le ministère de la santé, en coopération avec l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2003 sur la tranche d'âge 25-64 ans a révélé un taux de prévalence globale de 8%. La prévalence urbaine était de plus de 10% et rurale de plus de 7%.



Une autre étude qui a concerné en 2005 un échantillon de plus de 48000 sujets âgés entre 35 et 70ans a démontré un taux de prévalence globale de plus de 12%.La prévalence urbaine était de 13% et rurale de 9%. (www. **aps**. dz /Santé-science-Tech /12579-diabète- le taux- de – prévalence- est- passé-de-8-à-16- durant-les15-dernières- années-en-Algérie)

Selon une étude qui a touché un échantillon de près de8000 sujets âgés entre 55 et 59 ans à Tlemcen, le taux de prévalence globale a été estimé à plus de 10%.La prévalence urbaine était de 15% et rurale de 12%.

Par ailleurs, une récente étude réalisée dans la wilaya de Mila sur un échantillon de plus de 1000 personnes âgées entre 30 et 64 ans a révélé que le taux de prévalence du diabète de type 2 a atteint 16%, a affirmé le Pr.Kessam Nezal endocrinologue au CHU de Constantine qui a participé à la réalisation de cette étude.

Selon le même spécialiste, l'étude réalisée en 2012 au niveau de l'établissement public de santé de proximité de la Wilaya de Mila et présentée en 2013 a révélé que plus de 14% des personnes ayant subi un diagnostic, sont exposés au risque d'atteintes.

Les résultats de la clinomobile pour le dépistage du diabète qui a sillonné plusieurs wilayas du pays depuis 2011 ont démontré le même taux d'atteinte chez les sujets âgés de 35 à -64ans.

Les spécialistes mettent en garde contre le risque d'augmentation du taux d'atteinte de cette maladie chez les jeunes, vu que ces résultats sont liés au facteur âge, l'espérance de vie des Algériens étant passée de 40ans durant les premières années d'indépendance à plus de 75 ans durant ces dernières années.

Le chef de service de médecine interne à l'hôpital de Birtraria (Alger) et président de la commission nationale de lutte contre le diabète avait mis en garde

contre la hausse de la prévalence de cette maladie dans la société algérienne, due essentiellement au phénomène de l'obésité.

L'association algérienne de diabétologie a plaidé pour le renforcement des moyens de précoce de la maladie.

En 2014, le diabète a touché plus de 4 million de personnes algériennes, c'est-à-dire environ 10% des algériens sont touché ; (Atlas du diabète de L'IDF sur [http://www, idf, orge/diabétesalos/dowuload](http://www.idf.org/diabétesalos/download))

Un taux que les médecins ont qualifié d'alarmant en comparaison avec l'année 1992. Et les chiffres ne cessent d'augmenter de jour en jour d'ici au 2035.

## **4. Définitions de la santé, la maladie, et la maladie chronique**

### **4. 1. La définition *de la sante* selon l'OMS**

La santé est donc « *un état de complet bien-être physique, mental, et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (J. Quvanvilliers, 2007, p.822)

La sante est donc est un état de ce qui est sain.

### **4 .2. La définition de la maladie**

D'autre part la maladie est définie comme étant « *toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales* ». (Ibid, p.599)

La maladie est un dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/ et social, qui se manifeste sous différentes formes.

### 4.3. Définition de la maladie chronique.

Selon l'OMS, les maladies chronique sont « *des affections de longue durée qui en règle générale évoluent lentement , responsable de 60 % des décès, les maladies chronique sont la tout première cause de mortalité dans le monde* ». (G. Bouche et all, 2004, p.9)

On peut définit la maladie chronique comme un problème de santé qui nécessite une période de plusieurs années ou de plusieurs décennies.

Ce type de maladie, voire complètement incomparables : certaines sont mortelles (cancer), d'autre pas (le psoriasis), certaines sont stigmatisantes (Parkinson), d'autres demeurent invisibles (affections cardio-vasculaire), certaines sont incapacitantes (polyarthrite), d'autres ne le sont pas (eczéma), certaines peuvent bénéficier d'un traitement efficace (diabète), d'autres n'en disposent d'aucune (scléroses en plaques). (F. Donguet, 2000, p.18)

### 5. Définition du diabète

« *Lorsqu'en parle de diabète, on ne trouve pas un seul diabète mais des diabètes. Il désigne un état au cours duquel les liquides absorbés semblent traverser immédiatement l'orgasme et s'éliminera pas les urines. Au niveau de ces dernières se passa le filtrage environ de 150 litres d'eau et une certaine qualité de substances : le glucose, sels essentiels, urée..., ces liquides filtrés vont subi une action de réabsorption au fur et à mesure de leur progression dans le tubule rénal. Les mécanismes de ces échanges sous le contrôle de certains nombres des hormones qui agissent d'une façon spécifique. La perturbation de ces mécanismes est à l'origine de l'apparition de trois grandes maladies : le diabète insipide, le diabète, le diabète sucré* ». (M. Khiati, 1993, pp.11-12)

« *Le diabète sucré est une maladie ou le taux de sucre (glycémie) dans le sang est anormalement élevé à cause d'une production d'insuline insuffisante*».

(Encyclopédie médicale, 2007, p.962). « *Il est dû à une destruction auto-immune des cellules B et de pancréas* ». (A. Crimaldi, 2009, p.118)

## **6. La classification du diabète**

Actuellement c'est la classification recommandée par l'OMS en 1980, révisée en 1985, qui est la plus utilisée. Elle distingue deux entités :

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

-Les groupes à risque statistique où les sujets ont une tolérance glucose normale mais sont exposés au risque de développer ultérieurement du diabète.

### **6.1. Groupes clinique**

#### **6.1.1. Le diabète sucré**

-Diabète insulino-dépendant : DID

-diabète non insulino-dépendant : DNID

- Avec obésité
- Sans obésité

-Diabète lié à la malnutrition.

-diabète associé à certains états ou syndromes.

#### **6.1.2. Abaissement de la tolérance glucosée**

- Avec obésité
- Sans obésité
- Associé à certains états ou syndromes

#### **6.1.3. Le diabète gestationnel**

## 6.2. Groupe à risque statistique

6.2.1. Anomalie antérieure de la tolérance glucosée.

6.2.2. Anomalie potentielle de la tolérance glucosée. (S. khalfa, 2001, p.11)

Mais dans notre recherche nous sommes intéressés qu'au diabète non insulino-dépendant (DNID) ou le diabète de type II, qui touche beaucoup plus les adultes que des adolescents et les enfants.

## 7. Le diabète de l'adulte : le diabète de type II

Dans ce point on va d'abord définir le diabète de type II, puis les circonstances de la découverte de DNID, ensuite son étiologie. Enfin on exposera les complications associées au DNID.

### 7.1. Définition du diabète de type II

« Le diabète non insulino-dépendant est typiquement une maladie d'adulte favorisée par l'obésité ou la pathogénie, est plus complexe. » (L. Perlemuter, et coll, 2000, p.1) « Il se traduit par le dysfonctionnement de certains récepteurs membranaires spécifiques à l'insuline. » (M. Bruchon-Schweitez, 2001, p.95)

### 7.2. Circonstances de la découverte du DNID

- Terrain : obésité ou surpoids.
- Complication révélatrices : troubles visuels, douleur de neuropathie des membres inférieurs, pathologies cardiaques ou vasculaires, comahyperosinolaire.
- Infection à répétition : cystites, mycoses, furonculoses.
- Symptômes d'hyperglycémie : la polyurie : elle est parfois décelée grâce à l'apparition d'une énurésie secondaire.
- La polydipsie : qui répond à la soif intense.

- Syndromes d'insulino-pénie : rarement amaigrissement, cétonurie.
- Symptômes spécifiques : asthénie...(S. J. Brink et al, 2011, p.241)
- Symptômes d'hypo-glycémie : changement de caractère, maux de tête, pâleur, fatigue, faim, transpiration, tremblement, vertige (M .Thiefels, 2002, p.41)

### 7.3. L'étiologie du diabète de type II

L'étiologie exacte du DNID est inconnue. Deux types de facteurs sont incriminés :

**7.3.1. L'hérédité** : le rôle de l'hérédité est souligné par la grande fréquence du DNID dans certaines populations et le caractère familial de la maladie. Le risque de développer un diabète est de 40% lorsqu'on a un ascendant diabétique. Ce risque est de 10% chez les jumeaux monozygotes. Cependant le mode de transmission et les gènes responsables sont encore inconnus. Il n'y a aucun antigène spécifique du DNID.

#### 7.3.2 : facteurs environnementaux

- **L'obésité** : 60 à 80 des DNID sont des obèses au moment du diagnostic ou ont été obèses. C'est l'obésité de type androïde (abdominale) qui prédispose au DNID.
- **La sédentarité** : une activité physique régulière est un facteur de protection vis-à-vis du DNID.
- **Facteurs nutritionnels** : une alimentation très riche en calories peut favoriser la survenue d'un diabète par le biais de l'obésité qu'elle entraîne. A l'inverse la malnutrition protéino calorique qui sévit à l'état endémique dans certains pays de la zone intertropicale s'accompagne parfois d'une forme particulière de diabète. Par contre, on n'a jamais démontré le caractère diabétogène d'une consommation excessive de sucre. (S. Khalfa, 2001, pp.16-17)

**7.3.3 : les médicaments :** de très nombreux médicaments peuvent agir sur le métabolisme glucidique et induire à une diminution de la tolérance glucosée ou un véritable diabète ; médicaments à action pancréatique :

- La streptozocine : antibiotique et antimétabolique.
- La pentamidine (Iomidne) : antiparasitaire.
- La lasparaginase : antimétabolique (leucemis) qui bloque la sécrétion d'insuline.
- Le diazoscide : anti hypertenseur puissant (Ibid, p.25)

## **7.4. Les complications du diabète**

Le diabète de type II expose à de nombreuses complications qui procèdent de mécanismes complexes associant à l'hyperglycémie, insulino- résistance, inflammation de bas-grade et athérogénèse accélérée. (J. L. Schlienger, 2013, p.839)

**7.4.1. Les complications cardio-cérébrovasculaires** grèvent le pronostic du diabète : la coronaropathie, l'insuffisance cardiaque et l'artérite distale ont des formes cliniques particulières et sont parfois silencieuses ; le diabète de type II est considéré comme un facteur de risque cardiovasculaire indépendant.

**7.4.2. La neuropathie diabétique :** est souvent d'origine mixte ; elle est actuellement la première cause d'insuffisance rénale. Son historique naturel peut être infléchi par un strict contrôle métabolique et tensionnel et une correction précoce de la microalbuminurie.

**7.4.3. La rétinopathie :** est paradoxalement assez peu évolutive mais reste néanmoins inquiétante chez ces patients souvent âgés à haut risque ophtalmologie globale. ( Ibid , p.839)

**7.4.4. Le pied diabétique :** est favorisé par les troubles neurologiques et/ou vasculaires des membres inférieurs. Une infection locale en est le facteur

aggravant. Il s'agit d'une complication fréquente du diabète, qui reste une des premières causes d'hospitalisation prolongée. (M. Buysschaert, 2006, p.142)

**7.4.5. Coma hyper- osmolaire :** il s'agit de sujets très âgés diabétiques de type II qui à l'occasion d'une situation favorisant la déshydratation (infection, grande chaleur, faible accès aux apports hydriques) majorent leur glycémie de façon très sévère, sans signe de cétose ou d'acidose s'installent. Cette situation est majorée par l'administration de diurétiques, les troubles de la soif. (S. Halmi, 2003, p.6)

**7.4.6. L'acidocétose :** elle est rare chez les diabétiques de type II, elle doit faire discuter le cadre nosologique. Elle est la plus souvent consécutive à un facteur précipitant : stress majeur, traumatisme, infarctus du myocarde, infection grave.

**7.4.7. L'acidose lactique :** il s'agit d'une complication exceptionnelle mais redoutable, elle requiert l'existence d'une situation d'hypoxie tissulaire grave. (Ibid, p. 6)

Après avoir décrit le coté médical de diabète, notamment le diabète de type II, on va passer dans le point suivant à l'aspect psychologique du diabète.

## **8. L'aspect psychologique du diabète**

Il faut régulièrement recherche les symptômes de détresse psychologique chez toutes les personnes diabétiques, ainsi que chez les membres de leur famille. Des interventions préventives, telle que la participation du patient à la prise des décisions, rétroaction et le soutien psychologique, doivent être intégrées à toutes les interventions éducatives en matière de soins primaires et à l'auto-traitement afin de faciliter l'adaptation au diabète et de réduire le stress. (C, Fournier, 2010, p.57)

### **8 .1. L'aspect cognitif**

L'importance et la nature des troubles cognitifs mentionnés différentes selon les études (Surriddie,Williams et al .1948 ;Lawnsen). Pour Bale (1973) il



existe un déficit de la mémoire et de l'apprentissage verbale qui serait en relation étroite avec le nombre et la sévérité des épisodes d'hypoglycémie, en revanche, Skenazy et Bigler (1984) invalident ces hypothèses et mettent en évidence l'existence d'un déficit sensori-moteur sans doute en rapport avec une atteinte du système nerveux périphérique. Les déficits visu-praxiques seraient quant à eux significativement corrélés avec l'incidence des épisodes hypoglycémiques et les comas diabétiques. (B. Pascale et coll, 1990, p.10)

## 8 .2. L'aspect de la personnalité

Des Les travaux tentant de définir un type de personnalité spécifique, l'hypothèse d'un profil « *type* » du diabétiques ont été critiques, s'interrogeant sur le concept de « personnalité diabétiques », il conclut « l'hétérogénéité clinique de diabète va de paire l'hétérogénéité de ceux qui sont atteints et que la recherche, dans la personnalité, des causes, des relations étroites, des conséquences de diabète au diabète, a été établie à partir des questions improductives et insolubles. Mais s'il n'ya pas de traits de personnalité spécifiques, on retrouve néanmoins de nombreuses situations pathologiques. (B. Pascale et coll, 1990, p.10)

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

Si la personnalité et les émotions ne constituent pas, en l'état actuel de nos connaissances, « *un terrain* » prédisposant au développement du diabète, ils ont en revanche un impact sur la capacité du patient à faire face à son affection. De ce point de vue, il existe vraisemblablement des différences entre les diabètes infantile et adulte, en proportion de l'évolution individuelle.

L'anxiété est particulièrement fréquentes et apparait positivement corrélée avec l'augmentation de l'hémoglobine glycolyse c'est-à-dire avec un mauvais contrôle glycémique, les travaux sur le « *stress* » fournissent quand a eux deux types de renseignements : En premier lieux, la quantification des « *événements de vie* » montre une relation entre évènement et stress, en seconde lieu, le rôle et l'impact des évènements stressants des contraintes quotidiennes (professionnelles ou affectives notamment sur le déclenchement et l'évolution du diabète ont fait l'objet de très nombreux travaux, qui portent sur les mécanismes psychologiques ont permis de mettre en évidence l'impact des hormones de « *stress* » sur l'équilibre de la glycémie. Christensen(1974), trouve un taux élevé de catécholamines plasmatiques chez les diabétiques ayant un mauvais contrôle glycémique. (A. Haynal, 1987, p.117)

L'étude de Shade et Eaton (1980), tendrait à prouver que les hormones de stress seraient élevées avant la décompensation métabolique, ce qui laisserait penser qu'elles ne sont pas simplement le résultat d'un mauvais contrôle glycémique et qu'elles pourraient jouer un rôle dans la décompensation. (B. Pascal, 1990, p.9)

Bien entendu, le stress peut affecter également le comportement des patients et notamment leur observance thérapeutique selon Fisher et coll. (1982), des conflits émotionnels ou des émotions négatives avaient précédé, à un quart des écarts diabétiques. La crainte pathologique de prendre du poids conduit les patients diabétiques et boulimiques a manipulé leur insuline pour faciliter la glycosurie, afin d'aider les patients diabétiques à conserver des comportements adéquats sous stress, et a modérer les effets métaboliques éventuels. (B. Pascale, 1990, p.10)

### **8.3. 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. On voit que la moitié des personnes atteintes de diabète interviewées : sont très angoissées en ce qui concerne leur poids, ont peur d'une aggravation possible de leur condition : et redoutent les crises hypoglycémiques (baisse de glucoses dans le sang). (F. Snoek, 2002, p.38)

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 menés 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 élevé chez ces individus, par rapport à la population en générale soit environ 15 a 20% indépendamment du type de diabète. (Ibid, p.39)

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

Dans ce qui va suivre on passera aux différents traitements indiqués au diabète.

## **9. La prise en charge du diabète**

**9.1. Le traitement médicamenteux :** traitement anti diabétique oral. Les principaux antidiabétiques commercialisés sont : Sulfamides hypoglycémiantes : ces substances stimulant la libération d'insuline résiduelle par les ilots de Langerhans du pancréas. Elles sont indiquées chez les patients atteints d'un diabète de type II, surtout s'ils ne sont pas obèses et en cas d'échec des mesures diabétiques :

- **Biguanides** ; ces substances favorisent l'action d'insuline dans la capture du glucose. Leur indication principale est le diabète de type II chez l'individu obèse.

- **Inhibiteurs des alpha-glucosidases** : l'acarbose inhibe les  $\alpha$ -glucosidases au niveau de la muqueuse de l'intestin grêle, retardant la digestion de l'amidon et du saccharose. Il est ingéré avec la nourriture et provoque une diminution de l'hyperglycémie postprandiale. (M. Thiefels, 2002, p.5)

## 9.2. L'insulino-thérapie

Une insulinothérapie est requise dans le diabète de type II à l'occasion de situations d'urgence ou chroniques les principales indications aiguës d'insulinothérapie sont :

- Cétose/acidocétose.
- Coma hyperosmolaire.
- Neuropathie et/ou artériopathie compliquée avec déséquilibre glycémique.
- Infections sévères.
- Complications vasculaires aiguës (infarctus).
- Infections chirurgicales.
- Suivi postopératoire en soins intensifs.
- Instauration d'un traitement hyperglycémiant.
- Une HbA1c confirmée au-delà de 8% (malgré un traitement non insulinique adéquat) en est le témoin indirect, si la valeur de HbA1c se situe dans les mêmes conditions entre 7 et 8% un éventuel recours à l'insulinothérapie doit se situer, dans une approche globale du patient intégrant l'âge, l'expérience de vie, l'aspect médico-psycho-social et les complications.

L'insulinothérapie doit aussi être évoquée dans un diabète de type II face à une insuffisance hépatique ou rénale contre indiquant les traitements oraux. Dans certaines situations telles que hyperglycémie par non-observance du traitement non insulinique, et ou hyperglycémie sous doses insuffisantes d'antidiabétiques, une insulinothérapie ne doit cependant pas être prescrite d'emblée. (M. Buysschaert, 2006, pp 90-91)

Dans la majorité des cas, le diabète de type II survient chez les sujets en surcharge pondérale ou obèses. C'est-à-dire que le régime alimentaire combiné à l'activité physique qui abouti à une perte de poids joue un rôle central dans la stratégie de traitement.

### 9.3. Le régime diététique

De tout temps, la diététique a été considérée comme une arme essentielle du traitement de diabète, récemment encore le « régime » diabétique était restrictif et contraignant. Il ne s'agit pas d'un régime hypoglycémique, mais d'un régime normo-glycémique modérément hypocalorique grâce à une réduction de boissons alcoolisées, de sucres rapides, et de graisses. Il s'appuie sur l'évaluation de profil alimentaire et glycémique.

### 9.4. L'exercice physique

L'exercice physique ne concerne pas seulement le sport, c'est aussi l'activité quotidienne comme la marche à pied, mais pour être efficace, l'exercice physique doit être suffisamment prolongé et quasi-quotidien. Parce que le tissu musculaire est le tissu le plus important pour le métabolisme du glucose.

En effet les muscles oxydent et stockent environ 70% des glucides ingérés. (A. Grimaldi et A. Harteman-Heurtier, 2009, pp. 36-53)

### 9.5. L'éducation thérapeutique

Selon le groupe d'experts de l'OMS(1998) : « *L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centré sur le patient* ». (J. Belkhadir et al., 2007, p.11)

Quelque soit l'ancienneté de diabète, l'âge de la personne, son niveau culturel et social, le patient et son entourage sont accessibles à l'action éducative

sur la maladie, sur l'insuline et ses techniques de conservation et d'activités de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures.

### **Conclusion du chapitre**

D'après tous ce qu'on a exposé sur le diabète (sucré) on pourra dire que le diabète constitue un problème de santé universel touchant toutes les sociétés humaines quels que soient leurs stades de développement, la prévalence du diabète augmente avec le vieillissement des populations, les modifications de mode de vie et le progrès du diagnostic. La santé est donc porteuse de l'intégrité de la personne, et le diabète en tant que maladie chronique bouleverse forcément cette intégrité corporelle et physique.

Le diabète, notamment le diabète de type II, c'est une maladie chronique incurable, silencieuse qui est marqué par des conséquences négatives sur la vie psychologique de l'individu tels que les troubles d'adaptation, dépressions graves, des troubles de l'anxiété et de la personnalité ainsi que le stress.

Dans ce qui va suivre on va s'intéresser au stress des diabétiques.

## Préambule

Le terme « stress » est utilisé dans de nombreux domaines, il occupe une place de plus en plus centrale au sein de la psychologie et de la médecine comportementale puis que il nuit à la santé humaine, de ce fait le stress est impliqué dans les troubles psychologiques et neurologiques (dépression nerveuse, maladie de Parkinson), métabolique (diabète, obésité), respiration (asthme) et dermatologiques (eczéma).

Mais qu'en est-il du lien entre le stress et le diabète de type 2 ? Le stress n'est pas une cause directe du diabète, il accompagne de symptômes pouvant contribuer à l'apparition de cette maladie et pour ceux qui sont déjà atteints du diabète, le stress peut entraîner d'autres complications.

Dans ce chapitre, nous aborderons l'histoire du stress puis sa définition aussi nous tenterons également d'éclairer le concept de stress à l'aune de ses rapports avec l'angoisse, l'anxiété, état de stress post-traumatique et la dépression ensuite, on exposera ses symptômes, ses phases, ses différents syndromes, ainsi l'approche cognitive et transactionnelle du stress. On terminera par proposer des traitements pour le stress et une conclusion de ce chapitre.

## 1. Historique du stress

Les tentatives de théorisation et de définition de stress ne demeurent pas à nos sociétés actuelles.

Dès l'antiquité les écrits des principaux philosophes à travers leurs réflexions sur les rapports de l'âme et du corps. Le philosophe Héraclite (550-480 avant J.C) soutient que la matière est constituée d'éléments et de qualités qui s'opposent et s'allient de façon dynamique les uns par rapport aux autres, permettant des échanges. Cet équilibre instable est considéré comme nécessaire à la

survie des organismes. Chez Hippocrate (464-377 avant J.C) la santé et la maladie de l'organisme humain sont le résultat d'une harmonie ou d'une dysharmonie interne, associé aux quatre humeurs qu'il contient : sang, flegme, bile noire et bile jaune. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, pp.10-11)

Chez d'autres philosophes via leurs écrits sur les émotions, ainsi pour Platon (427-347 avant J.C.) C'est dans un débordement émotionnel qu'il faut rechercher les maladies de la psyché s'opposant à ce dernier, Aristote (384-322 avant J.C), puis Saint Thomas d'Aquin (1221-1274) ont conçu le corps et l'âme comme intimement liés. Cette dernière n'est pas emprisonnée ni assujettie à un corps dont elle doit se libérer. Le corps seul demeure le garant de l'harmonie des principales fonctions vitales permettant l'existence de la psyché. Ainsi Descartes (1596-1650) a été le premier à décrire ce lien sous le terme de « *passion* »: « *toute passion ressentie par l'âme ayant sa contre partie corporelle* ». (J.P. Parrochetti, 2012, p. 51)

Des le XIX<sup>e</sup> siècle, les médecins vont faire la liaison entre émotion et la maladie clinique. Ainsi Corvisart (1812) décrit « *les maladies du cœur* ». (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p.11)

Il faudra attendre la fin du XIX<sup>e</sup> siècle et le début du XX<sup>e</sup> pour que le retentissement de l'esprit sur le corps et de l'interdépendance psychisme environnement puissent accéder à une reconnaissance scientifique.

Darwin (1872) décrit le mécanisme de la peur ayant chez l'homme et l'animal, la fonction de mobiliser les énergies de l'organisme réagir face au danger et assurer la survie. James(1884) et Lange(1887) soutiennent la même vision psychologique de la conscience, en postulant un parallélisme très original, les émotions primitives (peur, colère, joie...etc.) Seraient ressenties à la suite de



modifications corporelles « *la conscience que nous avons des sentiments qui s'opèrent en nous engendrent des sentiments que nous appelons émotions* » (Lange 1893). (Ibid, p.11)

Canon (1928) il inverse le modèle de James Lange pour lui l'émotion est d'origine cognitive qui veut dire « le système nerveux autonome ». L'émotion et les modifications physiologiques qui l'accompagnent sont considérées comme siège d'une mobilisation importante des ressources de l'organisme pour produire un effort conséquent face à un danger interne ou externe. Si les différentes perspectives ont évoluées au cours des siècles, ces concepts et débats ont contribué de façon importante aux définitions actuelles du stress. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p .12)

## 2. Définition du stress

De sa racine étymologique latine Stringere signifiant « *tendue de façon raide* », le sens a progressivement évolué en italien vers la notion d'étreindre *stringere* (mais aussi : *serrer, presser, résumer, rétrécir*). Mais c'est l'anglo-saxon *stresse* (littéralement *tension*) à l'identique en français qui se répandra avec le succès que lui issu par aphérèse de *distress*, qui provient de l'ancien français *destrece* et *estrece*. *Destrece* signifiait *détresse*, *estrece* signifiait *étroitesse* et *oppression* ». (Ibid, p.10)

Selon Hans Selye « *Le stress désigne l'état dans la quel se trouve un organisme menace de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques* ». (N. Sillamy, 2004, p.256)

Le stress c'est la réaction de l'organisme face à un danger interne ou externe qui menace son équilibre.

Le stress est employé pour exprime « un état de détresse et de souffrance en rapport avec les épreuves, les difficultés, l'adversité ou l'affliction (« *hard ship, straits, adversity, affliction* »). (R. S. Lazarus et S. Folkman, 1984, p.2)

Le stress se manifeste chez le sujet lorsqu'il se trouve dans des situations difficile, dangereuse qui provoquent chez lui une détresse, souffrance.

« *Le stress est une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évalué par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être* ». (R. S. Lazarus et S. Folk man, 1984, p.19)

Dans la définition donnée par Lazarus et Folkman le sujet évalue la situation comme excédant ses propres ressources, en mettant en danger son bien-être ce qui le rend dans un état stressant.

Nous avons opté pour ses trois définitions car ses auteurs (Lazarus et Folk man, Selye) sont les plus connus par leurs travaux sur le stress et qui correspond à notre approche adoptée, ainsi que notre thème de recherche.

### **3. Le stress et quelques concepts connexes**

#### **3.1. Angoisse**

« *L'angoisse est une sensation pénible de malaise profond, déterminée par l'impression diffuse d'un danger vague devant lequel on reste désarmé et impuissant. Le plus souvent cet état s'accompagne de modifications neurovégétatives comparables à celles que l'on observe dans les chocs émotionnels ; palpitation, sueur, tremblement, vision brouillée, etc.* ». ( N. Sillamy, 2004, p.22).

« *L'angoisse est une réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un afflux d'excitation, d'origine externe ou interne, qu'il est incapable de maîtrise, l'angoisse automatique s'oppose pour Freud au signal d'angoisse* ». (J. Laplanche et J-B. Pontalis, 1996, p.28)

### **3.2. L'anxiété**

L'anxiété est un « *état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort et souvent mal différencié (anxiété-état)*. (H. Bloch, R. Chemama et all, 2011, p.70). Autrement dit « *l'anxiété normal ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs somatiques ou psychiques par modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs* » (Guelfi, 1993). (M. Bruchon-Schweitzer, 2007, p.186).

### **3.3. La dépression**

La dépression est « *un état morbide, plus au moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution de tonus et de l'énergie. Le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles notamment l'attention et la mémoire sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie* ». (N. Sillamy, 2004, p.79)

« *La dépression est une notion polysémique. Elle désigne un ensemble hétérogène de troubles associé à de nombreux facteurs psychologiques et biochimique* ». (J. Swendsen et Blatier, 1996, p.80)

On parle d'humeur dépressive pour désigner « *un état momentané de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un événement stressant (perte, séparation, déception, échec, atteinte corporelle ou maladie, etc.), lorsque le sujet ne dispose pas des ressources (personnelle et sociales) nécessaires pour faire face* ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.190)

### 3.3. Etat de stress post-traumatique

Le stress post-traumatique correspond aux critères suivants :

A-Exposition à un événement traumatique ayant deux caractéristiques :

1-menace de mort, de blessure ou de l'intégrité physique pour soi ou les autres,  
2-la réponse a été une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur ;  
agitation ou désorganisation chez l'enfant.

B- l'événement est sans cesse revécu sous forme de :

1-souvenirs intrusifs,

2- rêves récurrents,

3-flash-back,

4-détresse,

5- réactivité physiologique (J. Cottraux, 2011, p.153)

4 et 5 sont activées par des stimuli qui ressemblent à l'évènement ou en symbolisent un aspect.

c-Evitement : trois symptômes sur sept doivent être présents.

1- certaines pensées, sentiments, conversations sont évités,

2- certaines situations sont évitées,

3-oubli partiel du trauma,

4-inactivité,

5-détachement,

6- blocage affectif,

7-impression d'avenir bouché.

D- Deux symptômes d'activation, au moins dans la liste suivante :

1-sommeil perturbé,

2- irritabilité,

3- difficultés de concentration,

4-hyper vigilance,

5-« sursaut » exagéré.

E-Durée de plus d'un mois

F-Détresse et interférence importante avec la vie sociale, professionnelle, etc. (J. Cottraux, 2001, p.154)

La différence entre le stress et l'angoisse, ou entre le stress et anxiété, stress et dépression, et stress et état de stress post-traumatique est bien réelle. Le stress est naturel, c'est un phénomène d'adaptation, il est utile car il nous permet de faire face à une situation compliquée ou lorsqu'il ya changement. Dans le cas de l'angoisse, on entre dans le domaine l'émotion. L'angoisse est une émotion qui est plus complexe que le stress. Le stress est d'abord une réaction physiologique, puis lorsque le mental intervient, on passe du côté de l'émotion et donc de l'angoisse a l'anxiété. Le stress ne devient une cause de dépression que dans certaines conditions de dépassement de l'organisme. A la différence le stress post-

traumatique un état organisé et durable qui est dû à l'exposition à un événement traumatique chez l'individu de la peur, de la détresse ou de l'horreur.

#### **4. les symptômes du stress**

Depuis des années, plusieurs études ont été menées pour évaluer les effets du stress sur la vie quotidienne et sur la santé de l'individu, on trouve des :

##### **4.1. Troubles psychosomatiques**

Il en est ainsi des affections dermatologiques chroniques (psoriasis, eczéma, pelades....etc.), de certaines affections digestives, le cas de l'ulcère d'estomac qui résulte d'une réduction de la production de mucus d'estomac servant à protéger les parois de l'estomac contre l'action du suc gastrique sécrété en excès, par des bactéries spécifiques et endocriniennes (diabète, hyperthyroïdie), effet négatif sur le contrôle métabolique des sujets diabétiques. (M. Boudarene, 2005, p.3)

##### **4.2. Troubles physiques**

Le symptôme le plus fréquent et le plus sensible est la fatigue, qui n'est pas toujours avouée, ou même camouflée par une hyperactivité compensatrice et qui referme le cercle vicieux. Douleurs diverses et variées, touchant n'importe quel niveau de l'organisme, douleurs digestives, intercostales, céphalées, rhumes, état grippaux. ( D. Hoarcou, 2001, p.771)

##### **4.3. Troubles psychiques**

On remarque des troubles du comportement comme l'agressivité, nervosité, troubles des conduites alimentaires, consommation du tabac, abus d'alcool, et toxicomanie.

Beaucoup de personnes stressées ont des difficultés d'endormissement, d'autres se réveillent en plein milieu de la nuit. Leur cerveau ne pouvant se déconnecter des difficultés et des entraves rencontrées pendant la journée. (Ibid, p.771)

La prise de somnifères dans certains cas ne résout pas le problème, et ne fait qu'aggraver la situation en rendant la personne complètement dépendante. Des troubles sexuels peuvent être enregistrés chez certaines personnes, se manifestant par une baisse de la libido, des capacités et performances sexuelles (impuissance sexuelle). (Ibid, p.771)

## 5. Les phases du stress

H. Selye désigne « *le stress comme une pression extérieure susceptible de modifier le fonctionnement de l'organisme, le stress est un ensemble de réactions spécifiques découlant de la confrontation de l'organisme à des situations auxquelles il doit faire face.* Selye décrit ensuite trois phases de réaction au stress. (G. N. Ficher, 2002, p.97)

### 5.1. Phase d'alarme

L'organisme mobilise toutes ses ressources pour faire face à l'agression. Dans un premier temps (phase de choc) il ya la surprise de l'agression soudaine et la présence de symptôme d'altération passive de l'équilibre fonctionnel. Dans un deuxième temps (phase de contre choc) il ya la mise en phase de moyens de défense active, le cortex surrénal augmente le volume et présente une activité élevée. Il ya involutions aigue et inversion de la plupart des signes augmentation de la tension artérielle, boule à la gorge ou à l'estomac, anxiété, angoisse de la phase de choc. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p .20)

## **5.2. Phase de résistance**

Elle commence environ 48 heures après l'agression, les signes d'alarme disparaissent et sont souvent remplacés par des signes inverses (par exemple hémodilution hyper chlorémie et anabolisme avec retour au poids normal des tissus), cette phase de résistance prolonge et accentue la phase de contre choc (Ibid, pp.20-21)

## **5.3. Phase d'épuisement**

L'organisme peut être dans la dernière phase en fonction du niveau de gravité et de sévérité de l'agression, elle peut apparaître quelques semaines, voire plusieurs mois, après le début de l'agression à laquelle l'organisme déborde craque et ne réussit plus à mobiliser ses ressources et s'épuise ainsi l'adaptation peut disparaître si l'agent agressif est suffisamment important et présent pendant assez longtemps. Cette phase reproduit en partie les réactions physiques de la phase de choc. (Ibid, p.21)

## **6. Les différents syndromes du stress**

Il existe trois syndromes du stress :

### **6.1. Le syndrome du stress aigu**

Le stress aigu désigne une réaction soudaine qui est la conséquence d'un stresser identifiable. Un stress aigu, par exemple, peut apparaître suite à un événement important comme un deuil ou une promotion, cependant la réaction varie d'une manière individuelle, le stress aigu se caractérise par une augmentation de la production d'adrénaline, de noradrénaline et de cortisol, appelées hormones du stress. Si elle dure, elle peut alors entraîner un syndrome du stress post-traumatique. (B. Zablocki, 2009, p.64)



## 6.2. Le syndrome du stress post-traumatique

Les réactions suite à un évènement stressant ne sont pas nécessairement immédiates. L'OMS(1993) définit le syndrome du stress post-traumatique comme « *une réponse retardée ou différée à un évènement traumatisant qui peut entraîner une détresse envahissante, certains corps de métier comme la police, les pompiers et les secours médicaux peuvent vivre des évènements particulièrement stressants qui engendrent une réaction de stress post-traumatique* ». (B. Zablocki, 2009, p.64)

L'American psychiatrie association (APA) en 1994 définit les manifestations de stress post-traumatique comme suit :

- Impression de revivre le traumatisme : pensée, rêves ou « flash-back » récurrents accompagnés d'un sentiment intense de peur et de désarroi ;
- Efforts pour éviter de penser à l'évènement traumatisant ou aller dans certains lieux pouvant rappeler une attention aux autres ou à ressentir des émotions ;
- hyperactivité, insomnie, difficulté de concentration, état perpétuel de « qui vivre » plus grande nervosité et réactions de sursaut exagérées. (B. Zablocki, p.64)

## 6.3. Le syndrome du stress chronique

Zablocki(2000) définit le stress chronique comme « *une réponse à un accroissement de pressions sur une longue période de temps, ce type de réaction débute graduellement progresse lentement* ». (Ibid, p.64)

## 7. Les déterminants du stress

Le stress est déterminé par deux grands types de facteur, **individuels et situationnels**. En ce qui concerne les facteurs personnels; ils peuvent être d'ordre cognitifs, motivationnels ou conatifs. Certaines de ces caractéristiques personnelles impliquent la croyance dans le fait que l'on peut maîtriser la situation (auto-efficacité etc.). D'autres une exagération du caractère menaçant des événements (anxiété, dépression, pessimisme, etc.) et d'autre une sous-estimation des risques et une illusion d'invulnérabilité et de maîtrise (optimisme, etc.). (M. Bruchon-Schweitzer, 2006, p.291)

Quant aux caractéristiques situationnelles pouvant induire le stress, on premier lieu, leur vulnérabilité (caractère brutal, soudain) qui ne permet pas à l'individu de mettre en place des transactions anticipatrices. Ces situations sont extrêmes angoissantes par la menace vitale qu'elles impliquent et par la quasi-impossibilité d'y faire face. (M. Bruchon-Schweitzer, 2006, p.292)

Ainsi la plupart **des transitions de la vie** sont des événements stressants au moins selon la conception biomédicale classique qui sous-tend les échelles événementielles, selon laquelle, ce sont les efforts adaptatifs nécessaires pour faire face à des changements qui sont à l'origine du stress. (M. Bruchon-Schweitzer, 2006, p.292)

C'est aussi **l'ambiguïté d'une situation** qui peut s'avérer stressante, comme l'ambiguïté de rôle qu'est l'un des déterminants du stress professionnel.

Enfin, l'un des aspects stressants d'une situation difficile est sans doute **son incontrôlabilité, réelle ou perçue**. Croire qu'un événement est incontrôlable est beaucoup plus stressant que de le percevoir comme contrôlable, même si l'on fait rien pour le modifier. (Ibid, p.293)

## 8. L'approche cognitive du stress

Les théories cognitives du stress reconnaissent la complexité des réactions de l'individu face au stress, mais se centrent davantage sur le rôle des pensées ou attributions spécifiques ou sur les processus cognitifs qui influencent ces derniers. Si les théories cognitives dans ce domaine sont aussi très nombreuses, elles ont toutes en commun l'appréciation du rôle des interprétations personnelles des événements comme déterminants principaux de leur caractère stressant. Parmi les plus en vue, celui de l'approche cognitive ou modèle de Beck. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p. 32)

Beck(1979), à l'instar d'autres cognitivistes a contribué à faire évaluer de façon notable les thérapies cognitivo-comportementales, traditionnellement régies par les principes béhavioristes et d'analyse comportementales.

En incluant une dimension cognitive, ce nouveau courant nommé cognitivo-comportementaliste, accord une place essentielle aux pensées irrationnelles, aux schémas cognitifs pathologiques et aux erreurs logiques de la pensée entant **que possible du changement en thérapie.** (Hayes et al, 2004, p.41)

Beck(1984), reprend le modèle interactionnel de Lazarus et l'approche des constructions personnelles de Kelly. Il considère une transaction stressante comme le résultat d'un processus actif, continu qui inclut des analyses, des interprétations et des évaluations successives de la situation externe, des risques, des coûts et des avantages d'une réponse particulière. Selon le type d'évaluation et la situation donnée, le sujet est motivé à mettre en place tel ou tel autre comportement. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p.38)

Face à une situation potentiellement dangereuse et stressante, l'individu éprouva une anxiété et un besoin irrésistible d'agir (par affrontement ou par la fuite).

Beck a conçu un système d'analyse et d'interprétation des stimuli qui se fonde sur des structures abstraites, fonctionnelles et relativement stables qui gèrent toutes des étapes du traitement de l'information. L'activité des schémas est la suivante : filtrage et sélection des informations stockées en mémoire à long terme (MLT), récupération des informations en MLT, gestion de l'action. (Ibid, p.39)

Dans ce modèle cognitif de Beck, il existe de nombreux schémas de base assez stables qui incluent un traitement spécifiques des stimuli, des processus cognitifs spécifiques, et une structuration particulière des informations.

Ce modèle postule qu'une pathologie serait constituée d'une multitude des schémas non adaptés à la vie courante. Lorsqu'un événement extérieur intervient, des schémas cognitifs spécifiques sont actifs pour classifier, interpréter, évaluer et donne une signification à l'événement.

Il oriente le sujet vers certains stimuli ou événement plutôt que d'autre, en les sensibilisant sélectivement « *le set cognitif* » facilite certaines activités ou stratégies de coping plutôt que d'autre. (P. Graziani et J. Swendsen, 2006, p.40)

Dans ce modèle, la pathologie (dont le stress) est donc appréhendée comme distorsion, une maladie du traitement de l'information dans laquelle l'individu se trouve soumis à des schémas négatifs de pensée, figés et inappropriés, générant, affects et comportements synchrones. (J-P. Parrocchetti, 2011, p.43)

Beck(1984) met l'hypothèse que chaque sujet possède des régions cérébrales particulièrement sensibles au stress. Pour peu qu'une situation active l'une de ces

aires, l'individu réagira sur un mode à la fois cognitif et comportemental. Ibid, p.43)

## 9. l'approche transactionnelle du stress

Les approches transactionnelles veulent dépasser la simple notion de cause-effet et cherchent à repérer tous les facteurs pouvant expliquer la variabilité de transaction stressante dans une optique interactionnelles. Parmi les approches les plus influentes dans ce domaine, celle de Lazarus et Folkman ; cette approche a pour objectif la compréhension et l'explication des conduites d'ajustement individuelles à des situations stressantes en se centrant sur le processus psychologiques mis en œuvre par l'individu. Le stress est ici envisagé « (...) *comme éprouvant ou excédant ses ressources et mettant en danger son bien-être* ». (Lazarus et al, 1984, p.19)

Elle considère que le stress ne dépend pas de la situation ou des individus seuls, mais bien des conséquences des interactions entre le sujet et son environnement, l'un et l'autre s'influencent réciproquement. Elle met particulièrement en évidence l'existence de deux processus médiateurs qui influent sur cette transaction individu-environnement : l'évaluation cognitive et le coping. (J. P. Parrocchetti, 2011, p.51)

Pour Lazarus, le stress doit être envisagé comme un processus transactionnel caractérisant les interactions individu-environnement, le coping et la simultanéité des changements survenant dans le processus d'évaluation. Ainsi, cette approche se focalise sur la façon dont l'individu construit cognitivement la perception d'une situation stressante (stress perçu), analyse sa capacité de faire face (contrôle perçu) et met en place des stratégies de coping. ( Ibid, p.51)

Lazarus(1986) décrit deux étapes dans la phase d'évaluation : une évaluation primaire sert à la personne pour déterminer si l'événement est important ou pas, s'il nuit ou augmente l'estime de soi-même, si sa propre santé et son propre bien-être et celui d'un proche sont en danger, toutes les caractéristiques de la personnalité comme les valeurs, les buts personnels et les engagements, les croyances sur soi-même et le mode aident à définir les enjeux qui sont importants pour le bien-être dans les transactions stressantes être sujet et environnement . (S. Folkman et all, 1986)

A travers cette évaluation, le sujet détermine donc si la situation représente une menace, un danger, un défi ou pas. (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p.53)

Une fois que la nature de la menace a été évaluée, l'évaluation de l'individu converge sur les ressources pour faire face, cette estimation est appelé « *évaluation secondaire* ». Elle sert au sujet pour détermine ce qu'il faut faire pour prévenir des situations négatives ou bien pour tirer bénéfice de la situation. Différentes possibilités de coping sont évaluées : changer la situation, l'accepter, chercher à s'informer davantage, prendre du recul pour éviter d'agir impulsivement. (Ibid, p.55)

Ces deux évaluations se déroulent très rapidement générant des émotions qui à leur tours, accompagnent et influencent l'évaluation cognitive.

De manière globale le sujet estimant disposer de ressources suffisamment pour contrôler la situation privilégiera des stratégies visant à affronter volontairement les obstacles (coping contrôlé sur le problème), alors que le sujet croyant ne pas pouvoir le maîtriser tentera de modifier les conséquences du stress sur sa propre personne (psychologiques, cognitives, émotionnelles). (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p.56)

## 10. Le stress et le diabète

De très nombreuses pathologies somatiques seraient associées au stress. Selon A. O'Leary(1990), il serait difficile de douter de l'importance des facteurs psychologiques (émotion vécues face à une situation, traits de personnalité et la façon de gérer le stress) dans l'apparition et l'évolution de la maladie. (M. Berger, 2009, p.15)

Divers études réalisées par exemple sur des patients diabétiques, montrent que le stress perçu est un facteur de pronostic défavorable. Ce sont des traces quotidiens et (non les événements ponctuels) qui ont un effet négatif sur le contrôle métabolique des sujets diabétiques DID et DNID, cet effet étant plus marqué pour les mesures de stress perçu. En revanche et malgré des croyances tenaces, les événements de vie et le stress perçu n'ont pas démontré leur rôle déclencheur vis-à-vis du diabète. (M. Bruchon-Schweitzer, 2006, pp.302-303)

Le stress est incontournable dans le diabète comme en attestent les enquêtes sur la qualité de vie des diabétiques. Peur de l'hypoglycémie, incompréhension d'un résultat de glycémie aberrant, angoisse des complications à long terme, inquiétude sur la glycémie d'aujourd'hui qui annonce le risque de demain. Le problème se situe dans la façon de s'adapter au stress, quelle sera la stratégie utilisée ? Le registre est large certains diabétiques utilisent une approche rationnelle de type résolution de problème : « *ma glycémie est trop élevée. Pourquoi ? Que puis-je modifier à mon traitement ?* » D'autres recourent à une stratégie dite d'évitement, moins efficace : « *mon diabète n'est pas très bien équilibré, mais il ya plus important dans la vie...* » (M. Popelier, 2006, p. 79)

Si la maladie chronique peut donc être considérée comme une source de stress, celui-ci peut en revanche être vertueux ; la personne de 50ans, diabétique de type II, qui « *se laisse un peu aller* » sur le plan de l'alimentation et e l'activité

physique, a la possibilité de modifier de l'annonce d'un diabète pour se reprendre en main et gagner, à terme, en qualité de vie. (Ibid, p.79)

Certains patients dissimulent leur diabète à leur entourage personnel, professionnel et parfois même familiale. Mais cette attitude de « *clandestinité* » risque de les fragiliser et de les exposer à une « *vraie* » vie, dépression à la survenue d'un épisode difficile de la vie, ou a l'apparition d'une complication dégénérative de leur diabète.

Le processus d'acceptation d'une maladie chronique comme le diabète est parfois comparé à un travail de deuil « *travail intérieur psychique d'intégration de la perte* », c'est sans doute moins marqué pour le DNID qui parle plutôt de sa maladie en disant : « *j'ai du diabète* » ; voir « *je fais du diabète* », et qui a plutôt à affronter les affres du vieillissement. Mais si le diabète de type II est davantage considéré comme un simple facteur de risque cardio-vasculaire et non comme une maladie, le moment du passage à l'insuline, quant elle devient nécessaire, constitue en revanche une véritable épreuve psychologique pour beaucoup des diabétiques. (Ibid, p.77)

## **11. la prise en charge du stress**

La prise en charge des troubles dus au stress associés souvent à un traitement médicamenteux et à un traitement psychologique :

### **11.1. Le traitement médicamenteux**

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

- **Corticoïdes et A.C.T.H** : interviennent dans le mécanisme hormonal du stress physiologique ; lorsque l'on redoute une sursimulation menaçant l'homéostasie, on a recours à ces composés. Une difficulté provient du fait que ces substances



affaiblissent les défenses naturelles de l'organisme, leur maniement donne souvent lieu à discussion. Les glucocorticoïdes exercent deux effets :

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

- **un effet central** : au niveau du système nerveux central, les glucocorticoïdes freinent la libération des opiacés endogènes, opiacés qui participent également à la production de CRF, d'A.C.T.H et d'A.D.H or ces peptides qui ont des effets sur le comportement, les glucocorticoïdes ne semblent pas actifs sur les noradrénalines et d'adrénaline dont les taux augmentent en situation de stress. (H. Bloch, R. Chemama, et al, 1991, p.755)

- **Les Benzodiazépines** : la consommation élevée de benzodiazépines dans nos civilisations industrielles est souvent attribuée au grand nombre de stress dans la vie moderne. Ce raisonnement est discutable, pour nombre d'auteurs, médecins ou pharmacologues, le stress n'est pas un simple équivalent de l'anxiété, dont les benzodiazépines diminuent le niveau, ils n'antagonisent pas l'ensemble des signes neurovégétatifs, l'augmentation du taux de catécholamines circulantes ni l'hyperfonctionnement de l'axe H.H.S induit par le stress. (H. Bloch, R. Chemama, et al, 1991, p.755)
- **les Bêtabloquants** : pour de nombreux auteurs, ils auraient d'authentiques propriétés antistress. Chez l'animal, ils diminuent nombre d'effets physiologiques du stress expérimental. Les Bêtabloquants antagonisent au niveau des bêtarécepteurs noradrénergiques l'action des catécholamines libérés lors du stress

cet effet se traduit notamment sur le plan cardio-vasculaire en plus de leur effet périphérique ces composés, lorsqu'ils sont liposolubles et franchissent la barrière hémato-encéphalique ont un effet de type anxiolytique au niveau du système nerveux central, on les emploie volontiers préventivement. (Ibid, p.755)

- **D'autres composés :** ont été proposés, il existe des anxiolytiques non benzodiazépines, certaines substances n'ont pas fait la preuve de leurs efficacités, en particulier l'alcool, la vitamine C, les antiprolactiques et les antagonistes des opiacés. (Ibid, p.755)

### **11.2. Le traitement psychologique**

Le traitement psychologique vise à aider la personne à atteindre la source du stress ou à apprendre à l'affronter plus efficacement plusieurs psychothérapies peuvent être mises en œuvre, comme par exemple les thérapies comportementales et cognitives (TCC). Ces prises en charge des patients s'inspirent des théories de l'apprentissage et de diverses théories cognitives relatives à l'étiologie de certains troubles de la personnalité, l'anxiété, etc. Elles sont appliquées à diverses catégories de patients (asthmatique, cardiopathes, cancéreux, etc.). Elles sont centrées sur trois objectifs :

-Identifier, puis modifier les pensées erronées et les remplacer par des pensées plus réalistes et les associer à des images agréables.

-Réduire à la fois certaines cognitions erronées et les comportements nocifs qui y sont associés on utilise plusieurs techniques : restriction cognitive, imagerie mentale, biofeedback, relaxation plus des conseils pour réduire son stress (éviter le stress inutile, évaluer la situation, apprendre à s'adapter).

-Renforce les stratégies d'ajustement efficaces, réduire les comportements nocifs.  
(M. Bruchon-Schweitzer, 2006, p.402)

### **Conclusion du chapitre**

Le stress peut avoir de graves conséquences sur notre santé aussi bien physique que mentale. Il peut aggraver des tendances préexistantes tel que le diabète et saper complètement la confiance en soi, si nous n'y prenons pas garde.

En effet, des conséquences sur le contrôle du diabète, le stress et les émotions ressenties par les personnes diabétiques peuvent avoir des conséquences importantes sur leur glycémie, il est fondamental que les diabétiques connaissent les effets et les conséquences du stress sur l'évolution de leur diabète.

Alors dans le chapitre suivant on va présenter les stratégies de coping utilisées par les adultes diabétiques afin de faire face à leur situation stressante.

## Préambule

L'être humain rencontre dans sa vie des événements stressants, l'individu perçoit alors ces événements comme menaçants, et peuvent lui causer un déséquilibre émotionnel et des effets négatives sur sa santé physique et psychique. Dont il va alors essayer de faire face, de maîtriser et de tolérer les situations aversives, en ayant recours à plusieurs stratégies défensives, notamment celle du coping.

Dans ce chapitre, nous aborderons d'abord l'historique du coping, sa définition, le coping et les concepts connexes, puis ses déterminants et ses différents types de stratégies. Ensuite, on présentera les stratégies de coping face au diabète et face au stress. Enfin, on terminera par une conclusion de ce chapitre.

### 1. historique du coping

Le coping est un concept récent, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus, « Psychological Stress and Coping Process » en 1966. Ce concept coping est extrêmement populaire depuis les années soixante-quinze dans les pays anglo-saxons et il a donné lieu à plusieurs centaines de travaux scientifiques et de tentatives d'adaptation. Il commence seulement à être popularisé en France depuis les années quatre-vingt-dix. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.353).

Historiquement, la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle par la psychanalyse et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, et commune à la biologie, à l'ethnologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier. (Ibid., p.353)

Le terme coping est apparu à partir des années 60 et 70. Il est intéressant de noter que les premiers travaux consacrés au coping, se situant dans la lignée de

ceux des mécanismes de défenses. Il est utilisé pour désigner les mécanismes de défenses les plus « adaptés » (sublimation, humour). De 1960 à 1980, il y eut encore des confusions entre coping et défense (dans un sens comme dans l'autre) et quelque tentative de clarification furent publiées (dont celle de Haan, 1997). (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.354)

Le concept de coping prend aussi sa source dans les théories relatives à l'adaptation et l'évolution des espèces. L'individu disposerait d'un répertoire de réponses (innées et acquises) lui permettant de survivre face à diverses menaces vitales ; attaquer ou fuir, notamment lorsqu'il est confronté à un adversaire ou à une situation dangereuse. (Ibid., p.355).

Le coping s'inscrit dans le paradigme de la théorie cognitive du stress (Lazarus et al, 1984) en relation avec les premières recherches sur les mécanismes d'adaptation. (R.S. Lazarus, 1991, p.112)

Le concept de coping n'ayant pas d'équivalent en français « to cope » (= faire face à), il est traduit en français par les termes de « stratégie d'ajustement » ou stratégie d'adaptation. (H. Chabrol et S. Callahan, 2004, p.7)

Après avoir fait un aperçu historique du concept de coping, nous passerons à la définition de ce dernier.

## 2. Définition des concepts

**2.1. Stratégie** : il définit comme une « *coordination planifiée des moyens pour atteindre un but, les moyens étant en psychologie, les connaissances, les opérations, les actions* ». (H. Bloch, R. Chemam et al, 1991, p. 752)

**2.2. Coping** : il définit comme « *avant tout un moyen, pour faire face à un problème précis et le résoudre si possible. Il peut être aussi classé selon la cible des stratégies* ». (H. Chabrol et S. callahan, 2004, p.112)

### 2.3. Les stratégies de coping

Les stratégies d'ajustement ou coping désignent « *l'ensemble des processus qu'une personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçante afin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien-être physique et psychologique* ». (G.N, Fischer, 2002, p.264)

Les stratégies de coping désigne alors l'ensemble des moyens (des connaissances, des opérations, des actions) qu'un individu utilisera pour faire face à une situation perçue comme menaçante pour son intégrité physique et/ou psychique.

Une stratégie de coping est flexible, conscient, différente, elle est orientée vers la réalité (interne ou externe) sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites, par cet évènement.

Afin de clarifier la différence entre « le coping » et certains concepts proches de lui.

## 3. Le coping et quelques concepts connexes

### 3.1. Défense

C'est un concept psychanalytique qui désigne « *l'ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individubiopsychologique* ». Dans la mesure où le moi se constitue comme instance qui incarne cette constance et qui cherche à la maintenir, il peut être décrit comme l'enjeu et l'agent de ces opérations. (J. Laplanche et J.B. Pontalis, 1967, p.108).

Le terme de défense est utilisé dans un sens général pour désigner la lutte du moi contre les idées et affects intolérables. Le terme de coping utilise pour désigne les mécanismes de défense les plus « *adaptés* » (sublimation, humour).

Selon l'analyse faite par Haan (1965, cité par Parker et al..., 1996) : « *le comportement de coping se distingue du comportement défensif, ce dernier étant par définition rigide, inconscient (contraignant), déforme la réalité et indifférence, alors que le premier est flexible, volontaire, orienté sur la réalité et indifférence.* (Haan, 1965, p.374)

Alors les stratégies de coping se différencient peu à peu des mécanismes de défense, notamment parce que ce sont des tentatives conscientes (volontaires) pour affronter des problèmes actuels.

### **3.2. Adaptation**

C'est un concept extrême et large, qui inclut toute la psychologie, voir même la biologie. « *L'adaptation inclut tout les modes de réaction des organismes vivants interagissant avec les conditions changeantes de l'environnement (soit, chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage...etc* ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.355).

Autrement dit l'adaptation est l'ensemble des modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre des relations entre l'organisme et ses milieux de vie, en même temps, des mécanismes et processus qui sous tendent ce phénomène. (G.N. Fischer, 2002, p.15).

### **3.3. Ajustement:**

L'ajustement c'est une : « *modification fine de l'organisme destinées à rendre mieux adapté à son environnement* ». (H. Bloch, R. Chemam et al, 1991, p. 25)

La notion d'ajustement flexible est préférée aujourd'hui à celle d'adaptation tout court notion trop normative et finaliste

## 4. les déterminants du coping

Selon l'approche transactionnelle du stress et de coping (Lazarus et Folkman, 1984), le coping est un ensemble des réponses à des situations stressantes spécifiques. Et en fonction de la façon dont l'individu les évalue. Pour certains auteurs, les déterminants de coping sont : (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.361)

### 4.1. Les déterminants dispositionnels du coping

Selon divers auteurs, les stratégies de coping ne sont pas spécifiques, mais générales (trans-situationnelles) car déterminées par certaines caractéristiques dites dispositionnelles des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.72)

Il existerait des styles de coping relativement stables, chaque individu mobilise préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. (Ibid, p72)

Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « objectives » des événements 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 son histoire. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.361)

#### 4.1.1. Les déterminants cognitifs

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation, il y a les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes, etc) et ses motivations générales (valeurs, but, intérêts, etc) un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le lieu de contrôle (interne/externe). Les personnes croyant que ce que 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 d'avantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe. (V. Heck, 1997). (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.72)

#### **4.1.2. Les déterminants conatifs**

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaires et secondaires) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. Ainsi, l'anxiété, le névrotisme, la dépression et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto- efficacitéperçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.362)

#### **4.2. Les déterminants situationnels du coping**

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, il dépendant à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques, réelles et perçues, de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité de soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent-elle être influencées, en partie par les caractéristiques de la situation. Face à un évènement non contrôlable (objectivement et subjectivement), par exemple, 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. (Ibid, p.362)

#### **4.3. Les déterminants transactionnels du coping**

Lazarus et launier (1978 ) avaient proposé de classer les évènements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisait 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. 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* ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2001, p.73)

Ainsi, des facteurs personnels, environnementaux et transactionnels contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 363)

Donc on distingue qu'il existe trois déterminants de coping, les déterminants dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu), situationnelles (nature de problème, contrôlabilité, etc) et transactionnels (l'évaluation primaire).

Maintenant on citera, les différents types de stratégies de coping utilisées par le sujet.

## **5. Les différents types de stratégies 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 (centré sur le problème), il peut permettre de réguler les réponses émotionnelles associées à ce problème et donc de ce modifier soi-même (centré sur l'émotion) :

### **5.1. Le coping centré sur le problème**

Cette stratégie vise à réduire les exigences de la situation et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. La vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping, comme par exemple, négocier un délai pour payer ses factures, rechercher un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines pour améliorer, construire un

planning, d'autre l'appellent stratégie d'approches ou encore coping « *actif* ». (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.357).

## 5. 2. Le coping centré sur l'émotion

Il comprend les diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation. La gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie. (Ibid, pp. 357-359)

Donc ce type comprend, des stratégies cognitives qui ne modifieront pas la situation mais plutôt l'attitude de la personne envers la dite situation on parle souvent du « recadrage » en thérapie comportementale et cognitives, mais ce n'est pas le seul type de changement émotionnel plus souvent mal compris ou bien dévalué. On pourrait aussi imaginer un individu qui manifeste une recherche des informations, etc. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.357).

À l'origine, Lazarus et Folkman (1984) ont appliqué une échelle de 67 items : la WCC Ways of coping checklist), à 100 adultes qui devaient y répondre chaque mois pendant un an, en pensant à un événement récent qui les avait perturbés et à la façon dont ils avaient réagi. Ils obtiennent, en regroupant ces réponses par des analyses factorielles, huit petits facteurs se regroupant en deux stratégies générales, le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. (Ibid., p.357)

Le coping centré sur le problème comprend deux dimensions plus spécifiques, la résolution du problème (recherche d'information, élaboration de plan d'action) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directes pour modifier le problème). Certains auteurs le dénomment coping « *vigilant* » (Suls et Fletcher, 1985)

Attitude émotionnelle appropriée selon la situation ; comme par exemple un individu qui est, normalement, vivace (résistant) et optimiste, et se trouve déprimé devant le décès d'un proche. (H.Chabrol, 2004, p.111).

On peut bien entendu utiliser à la fois un coping centré sur le problème et centré sur l'émotion face au même événement (ou n'utiliser ni l'un, ni l'autre). Un automobiliste victime d'un accident de la circulation peut avoir envi d'insulter ou de frapper son adversaire mais se dire que cela n'arrangera pas la situation et se mettre à constater les dégâts et à rédiger une déclaration d'accident. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.359).

### **5. 3. La recherche de soutien social**

Cette recherche apparait parfois comme troisième stratégie générale. Elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social, notions déjà présentées ci-dessous (et qui sont les caractéristiques réelles ou perçues de l'entourage social). Or ici, il s'agit de tentatives affectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations, ou encore une aide matérielle, c'est donc bien une stratégie de coping (qui suppose l'activité du sujet) et non une ressources simplement existante ou perçue). (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.359)

Alors le sujet lorsqu'il se trouve devant une situation stressante il fait face à cette situation, on employant i soit des stratégies centrées sur le problème, ou centrées sur l'émotion ou la recherche de soutien social.

### **6. L'efficacité des stratégies de coping**

Une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle), si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et diminuer son impact sur son bien être physique et psychique. (R. S. Lazarus et S. Folkman, 1984, p.188).

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

Certain auteurs tel que Carver et Scheier (1994) ont considéré qu'une variété de stratégies de coping pourrait se distinguer par un rôle fonctionnels (par exemple, la planification, le contrôle), ou dysfonctionnel (par exemple, le désengagement mental ou comportemental, le déni).

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

Donc on peut juger que l'efficacité de stratégies de coping est relative.

En outre, d'après Matthews, Zeidner et Roberts (2002), pour affirmer qu'un coping est efficace, il faudrait s'appuyer également sur un certain nombre de critères, dont ceux concernant les résolution sur l'efficacité des stratégies de faire face, ces critères concernant la résolution du problème perçu comme stressant, l'élimination du facteur stressant, la réduction de l'éveil et de la détresse psychologique ou psychique, la maintenance d'une estime de soi positive, l'amélioration du bien-être physique ou psychique, l'efficacité perçue ou l'impression de l'individu que le coping qu'il a déployé a été utile, etc. (A. Dinca, 2008, pp.68-69).

Dans ce qui va suivre on va expliquer comment les sujets diabétiques font face à leur maladie.

## 7. Les stratégies de coping face au diabète

Il est surprenant de constater, qu'en comparaison avec d'autres pathologies chroniques ou évolutives comme l'asthme, le cancer etc.), le diabète ait suscité si peu de recherche ayant pour objectif d'étudier les principales stratégies de coping utilisées par les patients pour faire face à leur maladie. (M. Bruchon-Schweitzer et Q. Bruno, 2001, p.107)

Chez les sujets diabétiques, trois stratégies de coping principales ont été décrites : coping centré sur le problème, coping émotionnel-évitant, recherche de soutien social. (Ibid, p.107)

La stratégie centrée sur le problème est associée à un bon contrôle métabolique ultérieur. Cette stratégie se traduisant par la recherche d'information et par l'adhésion thérapeutique (prend ses médicaments, suivre un régime) sont fonctionnelles. Au contraire, les stratégies centrées sur l'émotion « *ou passive* » qui chez les sujets malades se subdivisent le plus souvent en plusieurs stratégies impuissance- désespoir, évitement cognitif, répression des affects, hostilité, auto-accusation...etc., ont un impact dysfonctionnel. (M. Bruchon-Schweitzer et Q. Bruno, 2001, pp. X-XI)

La recherche de Milousheva et al (1996) mise en évidence, chez les adultes diabétiques, il semblerait que les hommes utilisent plutôt des stratégies centrées sur le problème (ou vigilantes), et les femmes des stratégies centrées sur l'émotion (ou évitantes), selon Kvam et Lyons (1991), mais vu les imperfections caractérisant ces deux études (absence de groupe de contrôle, affectifs se trient), il est difficile de généraliser ces résultats à l'ensemble des sujets diabétiques. (M. Bruchon-Schweitzer et B. Quintard, 2001, p.107)

Le patient diabétique non insulino-dépendant doit contrôler quotidiennement certains paramètres physiques, moduler son traitement en fonction de ces informations, disposer de stratégies pour faire face à des situations imprévues, et

maintenir une insertion affective, sociale et professionnelle. (A. Haynal, W. Pasini et M. Archinard, 1997, p.116)

L'inefficacité des méthodes exclusivement cognitives (ayant pour but unique l'acquisition des connaissances sur la maladie et le traitement par le malade) est maintenant admise. (Ibid. p.116)

Parmi les différentes stratégies devant aider le malade à optimaliser son comportement face à la maladie, citons l'assignation de tâches spécifiques, clairement définies et facilement évaluables, l'identification des signes et des indices lui permettant d'agir de façon adéquate, l'individualisation du traitement, en fonction de ses besoins particulier.

La mise en place progressive du régime, du traitement ou d'autres comportements nouveaux, la possibilité de comparer son propre fonctionnement à celui de pairs, également diabétiques, par exemple dans des groupes de patients, avec ou sans la participation des soignants, l'entraînement systématique à certains comportements essentiels pour la gestion du traitement, le renforcement positif des nouvelles acquisitions et des progrès, et au contraire, le démantèlement de comportements mal adaptatifs. (A. Haynal, W. Pasini et M. Archinard, 1997, pp, 116-117)

Dans tous les cas, les patients n'apprennent réellement à développer leurs méthodes de « *coping* » qu'en les pratiquant, d'abord avec l'aide et le soutien d'autres malades et de leur médecin, puis de façon autonome. Des phrases de renforcement et de renouvellement des connaissances et des comportements sont indispensables, au fil des années. (A. Haynal, N. Pasini et M. Archinard, 1997, p.117)

Cependant, Le diabète peut provoquer chez les sujets atteints des désordres psychologiques tels que le stress, alors on tentera de décrire la façon dont ils font face à ce dernier.

## 8. Les stratégies du coping face au stress

Dans les théories transactionnelles du stress et le coping, concerne la façon dont l'individu réagit face à ce dernier. Une fois que la transaction a été évaluée, ainsi que les possibilités de contrôle. Le sujet choisit des stratégies de coping pour résoudre la confrontation stressante. Parfois les transactions stressantes permettant aux individus de découvrir ce qui est important dans leur vie, de tester leurs propres limites, d'utiliser leurs « ressources cachées » de découvrir le soutien disponible autour d'eux. (P. Graziani et J. Swendsen, 2004, p.73)

Les possibilités de réponse ou coping sont nombreuses et jouent un rôle très important dans l'adaptation (Endler et Parker, 1989). Le coping est un modulateur de la réaction est d'atténuation des conséquences de détresse psychologiques comme l'anxiété et la dépression. (Ibid, p.74)

Confronté à un stresser, l'individu fait diverses tentatives pour faire face aux exigences de la situation, compte tenu de l'évaluation préalable de ses ressources personnelles et sociales. S'il pense, qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance à élaborer des stratégies qui tendent à modifier la situation (centré sur le problème). S'il croit qu'il n'y a pas grand-chose à faire, il élaborera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centré sur l'émotion). (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.289, d'autres impliquant des stratégies d'efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui (soutien social). (Ibid, p.365)

Certains sujets détourneront l'attention de la source du stress (coping évitant), cette stratégie est la plus utilisée. Elle se traduit par la pratique d'un sport, de la relaxation ou le refuge dans les loisirs, etc. l'individu a l'impression que ces activités anéantissent la tension émotionnelle et éprouve un sentiment de bien-être. Ceci dit, le coping évitant peut engendrer une catégorie d'activité plutôt négatives, notamment des addictions (fumer, boire de l'alcool, prend des médicaments) dans



le but de fuir la détresse émotionnelle. Contrairement, au coping vigilant qui consiste à focaliser l'attention sur le problème afin de mieux le contrôler, il inclut des stratégies telles que la recherche d'informations supplémentaires et la mise en place d'une solution pour résoudre le problème. Encore une fois, la vigilance peut aussi conduire le sujet à adapter une attitude négative, quand elle devient obsédée par son problème sans trouver une solution efficace et qu'elle est prise dans une sorte d'hyper vigilance. (H. Chabrol, 2004, p.112)

### **Conclusion du chapitre**

Nous avons vu dans ce chapitre que le coping est considéré comme l'effort adopté par le sujet pour s'adapter à la situation stressante, et aux exigences internes et externes de la vie. Aussi le rôle que joue le coping dans la confrontation des situations stressantes, notamment chez les adultes diabétiques qui font face à leurs maladie.

vivre avec sa maladie ou celle d'un proche est aujourd'hui un enjeu de société. En effet des maladies autrefois mortelles sont devenues des maladies chroniques, c'est-à-dire, des maladies « *caractérisées par leur durée, par la gestion qu'elles exigent(...) et par l'incertitude qu'elles provoquent* » (Direction générale de la santé, 2004, p.6)

Parmi ces maladies chroniques ciblées, plusieurs touchent une proportion appréciable de la population, tout en causant chez les personnes atteintes, des déficiences physiques importantes et souvent irréversibles, ainsi que des difficultés psychologiques, on cite, particulièrement les maladies cardiovasculaires, les cancers et le diabète.

Le diabète est l'une des causes de décès les plus importantes dans le monde. Selon la Fédération Internationale des Diabétiques (FID) ,1 personne décède toutes les 7 secondes de cette pathologie dans le monde. Le taux de mortalité provoqué par cette épidémie est plus important que le sida et la malaria réunis. (Atlas de diabète de l'IDF, 2014)

Selon M. Jacques « *le nombre des diabétiques dans le monde est en constante augmentation depuis le début du siècle. L'allongement de la durée moyenne de vie, un dépistage plus important et plus performant explique le phénomène, cette augmentation pose un problème médicaux-socio-économique considérable, non seulement dans les pays nantis et suralimentés mais aussi dans ce qu'il est convenu d'appeler les pays de tiers monde* ». (M. J. Chicouri, 1989, p.09)

En Algérie, le diabète touche plus de 4 millions de personnes algériens, c'est-à-dire, environ 10% des algériens ; un taux que les médecins ont qualifié d'alarmant en comparaison avec l'année 1992. (Atlas du diabète de L'IDF sur <http://www.idf.org/diabetesallos/download>,le 27 avril 2015 à 13h 30).

Le diabète est défini comme « *un terme désignant plusieurs maladies distincte, qui ont en commun, un trouble métabolique d'origine génétique ou hormonale dont la nature est définie par l'épithète qui suit le mot diabète employé tout court, il désigne le diabète sucré* ». (G. Delamer, 2009, p.243)

En effet « *Le diabète sucré (ou diabète mellites) est une maladie chronique grave caractérisée par un problème métabolisme du glucose et se traduisant par des taux très élevés du sucre dans le sang (hyperglycémie)* ». (B-S. Marilou et Q. Bruno, p.95)

Le diabète apparait sous deux formes distincts : le diabète du type I ou IDDM (Insulin-dépendant-diabètes mellites) et le type II ou NNDDM (non insulin-dépendant-diabètes mellites). Ce dernier est beaucoup plus complexe et se traduit par le dysfonctionnement de certains récepteurs membranaires spécifiques à l'insuline.

Plusieurs spécialistes se sont intéressés au diabète, pour cela ils ont effectué beaucoup de travaux concernant le thème comme : L. Perlemuter, G. collin de Lhortet et J.L. Selam, (1987) dans son ouvrage intitulé « *Diabète et maladie métabolique* » ; ce dernier nous permet d'acquérir les connaissances indispensables pour traiter et prendre en charge les malades diabétiques ou atteints d'affections métaboliques, les traitement insuliniques et médicaments et les modalités de surveillance de la maladie, on connu ces dernières années de profondes modifications.

Ainsi, A. Grimaldi dans son ouvrage « *guide pratique de diabète* » en (2009) tente de fournir tous les conseils alimentaires à dispenser aux patients, les exercices physiques à recommander et indique comment entretenir la motivation de patient pendant sont traitement.

Dans notre présent travail, on va s'intéresser au diabète de type II. Ce dernier est une maladie au cour de laquelle le pancréas produit peu ou pas

l'insuline et/ou lorsque l'organisme perde sa capacité à répondre normalement à l'insuline (résistance à l'insuline)...sans un traitement adéquat.

Par conséquent, Le diabète de type II peut entraîner des complications qui touchent les yeux, la bouche, l'appareil cardiovasculaire, les nerfs, les reins et les extrémités des membres.

De ce fait, l'annonce d'une maladie chronique, telle que le diabète, est un moment particulièrement éprouvant, difficile et complexe. Cette annonce engendre des réactions stressantes, générateurs d'anxiété, de peur, de tristesse et de culpabilité, qu'on peut considérer comme l'onde de choc.

De très nombreuses pathologies somatiques seraient associées au stress, diverses études réalisées par exemple sur des sujets diabétiques, montrent que le stress perçu est un facteur de pronostic défavorable. Ce sont les traces quotidiennes qu'ayant un effet négatif sur le contrôle métabolique des sujets diabétiques.

Le stress suite à une maladie chronique, telle que le diabète, est alors considéré comme un stress pathologique qui correspond à une rupture d'équilibre entre le sujet et son milieu, il aboutit à une désadaptation.

Le concept de stress a fait l'objet de milliers de publications mais aucune définition universelle n'a pu clairement voir le jour tant elles semblent tributaires de leur domaine d'application. En psychologie, le stress renvoie « *aux multiples difficultés auxquelles l'individu a dû mal à faire face (...) et les moyens dont il dispose pour gérer ces problèmes* ». (P. Graziani et J. Swendsen, 2005, p. 10)

Le stress est donc une réponse psychologique et physiologique aux événements qui remettent en cause d'une façon ou d'une autre notre équilibre personnel, nous savons tous à quoi ressemble les premiers effets du stress : souffle accéléré, forts battements de cœur, tensions, tous nos sens sont altérés.

L'apport de H. Selye sur les travaux de stress provoque l'élargissement du concept, allant de la physiologie à la psychologie et d'autres sciences du

comportement. Le terme de stress se traduit comme étant la réaction à un stimulus nocif qui déclenche le système d'équilibration, le terme inclut la notion de transaction entre l'individu et la situation environnementale, le stress devient un phénomène universel résultant d'expériences intenses, affligeantes et qui semble influencer le comportement. (R.S. Lazarus et S. Folkman, 1984)

Le diabète est alors un amplificateur des difficultés de l'adultes, en effet, il vient perturber ou envahir sa vie physique et psychique, l'adultes le voit comme une attaque, et menace de son bien-être.

Devant de tels changements, les adultes diabétiques ne restent habituellement pas passifs par rapport à ce qui leurs arrive. Ils répondent par des stratégies de comportements, émotionnels et cognitifs appelées en anglais « *coping* »

Le coping désigne, cette manière de faire face à une situation stressante et de la maîtriser. On peut parler du coping comme Lazarus et Folkman le définissent : « *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 ses ressources* ». (R.S. Lazarus et S. Folkman, 1984, p.14)

Cette définition met l'accent sur le processus et sur la notion de gestion de l'évènement stressant plutôt que sur celle de maîtrise de l'environnement. En effet, Lazarus et Folkman considèrent que devant l'impossibilité de maîtriser certains problèmes humains, comme c'est le cas lors d'une maladie comme le diabète, ces derniers doivent être redéfinis, tolérés ou acceptés pour une adaptation optimale. De plus, la définition considère que l'évaluation de situation et des ressources a un rôle central de médiateur psychologique.

Alors, Le coping entre en jeu comme un moyen utilisé par l'homme pour qu'il retrouve un bien être psychologique et un certain équilibre de vie, ainsi pour dépasser le conflit, la crise ou la situation difficile qu'il vit, le sujet met en place

des stratégies de coping pour s'ajuster à la nouvelle situation, ou se défendre contre toute emprises.

Les adultes diabétiques afin de faire face au stress de la maladie, ils emploient des stratégies et des moyens pour modifier, maîtriser, et contrôler ce qui provoque ce stress. Certains essaient de voir les choses autrement, de minimiser ou de relativiser, d'autres essaient en fonction de la situation stressante, ainsi que du contexte et de la personnalité du sujet, des actions comportementales ou cognitives sont mises en place pour répondre aux demandes posées.

Et pour éviter l'apparition des complications, les adultes sont censés suivre un régime diététique adéquat, la prise de traitement, et même pratiquer du sport, ainsi qu'une consultation médicale permanente.

Les stratégies ou les réponses aux transactions stressantes ne sont pas jugées comme mauvaises ou bonnes, elles sont simplement définies comme des efforts que le sujet fait avec ou sans succès pour traiter des demandes.

Il faut souligner également que le coping n'est pas un comportement unidimensionnel, le coping trouve sa fonctionnalité à plusieurs niveaux par le biais d'une multitude de comportements, cognitions et perceptions. (Pealin et schooler, 1978)

Le coping peut être compris non seulement par sa fonction de « *faire face* » à un problème par le biais des stratégies appliquées par l'influence de l'entourage et la situation mais aussi par sa fonction interne pour la personne.

Les possibilités de réponse ou coping sont nombreuses et jouent un rôle très important dans l'adaptation. Le coping est un modulateur de la réaction psychologique individuelle aux événements stressants dont la fonction est d'atténuer les conséquences de détresse psychologique comme l'anxiété et la dépression, le stress.

En générale, on distingue trois différentes stratégies de coping : premièrement le coping centré sur l'émotion, il regroupe des stratégies qui visent à réguler l'émotion associée à l'évènement stressant, le deuxième le coping centré sur le problème implique en revanche des stratégies orientées vers le management de l'environnement. Le troisième c'est la recherche de soutien social apparait parfois comme une stratégie générale, elle correspond aux efforts du sujet pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui et ne doit pas être confondue avec le réseau social ni avec le soutien social c'est donc une stratégie de coping et non pas une ressource. (M. Bruchon-Schweizer, 2006, pp.157-159)

Selon l'approche transactionnelle du stress et de coping (Lazarus et Folkman, 1984), le coping, est un ensemble de réponses à des situations stressantes spécifiques. C'est un processus qui change en fonction des situations, et en fonction de la façon dont l'individu les évalue. (Crispin, 2011, p.19)

Nous avons opté dans notre travail pour la théorie cognitivo-comportemental, qui nous semble la plus adéquate pour aborder et traiter notre thème de recherche. Puisqu'elle porte une grande valeur quant à l'explication du comportement observable, aux cognitions, aux pensées et aux sentiments des sujets souffrants.

La théorie cognitivo-comportementale se base essentiellement sur le comportement réel qui forme le comportement problème, elle s'intéresse aux lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants.

Ainsi, nous avons fait recours dans notre recherche plus précisément à l'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman et cognitives de Beck, qui semblent apporter un point de vue complémentaire dans la compréhension des réactions au stress, qui s'inscrit dans le champ des théories cognitivo-comportementales, qui sont des thérapies reposent sur des règles psychologiques appuyées sur des échanges verbaux. Par conséquent, l'entretien clinique semi directif, l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson et celle de toulousaine de

coping qui ont été utilisés dans cette recherche par ce qu'ils s'appuient sur cette théorie et vont nous permettre de décrire le niveau de stress chez les adultes diabétiques et les stratégies de coping utilisées par eux.

Nous avons entamés notre recherche après 10 jours de pré-enquête au niveau de la clinique de Beau Séjour. Cette étape nous a permis de recueillir des informations préalables et de confirmer la faisabilité de notre recherche et pareillement, avec la revue de littérature, nous nous sommes interrogés sur le stress et les stratégies de coping chez les adultes diabétiques.

Afin de mieux cerner notre sujet, nous sommes amenés à poser les questions suivantes :

- 1-Est ce que les adultes diabétiques de type II présentent un niveau de stress élevé ?
- 2- Quelles sont les différents types de stratégies de coping utilisés par les adultes diabétiques de type II afin de faire face au stress ?

Dans le but de répondre aux questions posées dans notre travail, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- 1- les adultes diabétiques de type II présentent un niveau de stress élevé.
- 2- les adultes diabétiques de type II font face au stress en se basant sur différents types de stratégies de coping centrées soit sur le problème, sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social.



### **2. Les objectifs de la recherche**

- Acquérir des connaissances sur le stress d'une manière générale, et de stress chez les adultes diabétiques de type II en particulier.
- Acquérir des connaissances sur le coping en générale et le coping des adultes atteint du diabète de type II.
- Mettre en pratique les connaissances acquises durant le cursus universitaire, et dans notre spécialité de psychologie clinique.
- Tenter de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.
- Examiner la fréquence d'utilisation de trois stratégies de coping.
- Apporter un enrichissement à la recherche académique en produisant des connaissances nouvelles sur ce thème.

## Préambule

Toute recherche effectuée en sciences humaines et sociales, en particulier en psychologie clinique nécessite évidemment un ensemble d'approches et d'informations théoriques sur le sujet d'étude qui vont favoriser ce choix d'étude, mais aussi le chercheur doit se baser sur une approche très importante qui est la méthodologie.

Cette dernière regroupe la méthode suivie par le chercheur pour produire ses connaissances, ainsi que le terrain de recherche, le groupe de recherche, l'ensemble des outils d'investigation et les méthodes d'analyse de ses derniers ainsi que le déroulement de la pratique, pour mener à bien cette recherche.

## 1. Définitions et opérationnalisations des concepts clés

### 1.1. Le diabète

#### 1.1.1. Définition

Le diabète est « *un état caractérisé par une concentration excessive de glucose dans le sang (hyperglycémie), à partir d'une certaine concentration, il se trouve dans les urines, qui n'en contient jamais à l'état normal (glycosurie)* » la définition officielle et simple retenue aujourd'hui est que : « *le diabète est un syndrome hyperglycémique chronique de cause multiples* » (M-J. Chicouri, 1983, p.15)

#### 1.1.2. Définition et opérationnalisation

- Urine fréquemment.
- Maigrir sans raisons apparentes malgré un appétit conservé.
- Boire beaucoup et avoir toujours soif.
- Trouble de vision.

- Plaies chroniques.

## 1.2. Le stress

### 1.2.1. Définition

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

### 1.2.2. Définition et opérationnalisation

- Difficulties de concentration.
- Fatigue.
- Nervosité.
- Augmentation du rythme cardiaque.
- Augmentation de la tension musculaire.
- Anxiété face à l'avenir.
- Irritabilité.
- Isolement.
- Diminution de l'estime de soi.
- Sentiment d'insécurité.
- Agressivité.

## 1.3. Le coping

### 1.3.1. Définition

*« Le coping est défini comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, tolérer ou réduire les exigences internes ou*

*externes qui nous semblent éprouvantes et qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu* ». (G-N. Fischer, 2002, p.305)

### 1.3. 2. Définition et opérationnalisation

- Le coping désigne la façon de s'ajuster au diabète.
- La mise en place d'une réponse pour faire face à un évènement stressant.
- Acceptation, évitement, réduction de l'effet du stress.
- Stratégie centrée sur l'émotion, le problème, ou le soutien social.

## 2. La pré-enquête

La pré-enquête est une étape préliminaire qui précède la réalisation de notre recherche sur « *le stress et les stratégies de coping chez les adultes diabétiques* » sur le terrain. Afin de mieux saisir notre thème de recherche.

Selon G. Madeleine : « *La pré -enquête consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments 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 objectifs* ». (G. Madeleine, 2001, p.55)

Cette étape, elle permet de recueillir des informations préalables à notre thème de recherche, et de confirmer la faisabilité de notre étude, ainsi elle nous aide à construire nos questionnements et nos hypothèses. Après avoir déterminé les variables de notre sujet de recherche, qui va nous permettre de vérifier la disponibilité de notre groupe de recherche avec lequel nous vérifierons nos hypothèses avancées préalablement, ainsi que la capacité de déroulement de notre pratique sans avoir a rencontré des obstacles. Et pour cela, nous nous sommes présenter en mois de Mars2015, au niveau de la clinique de Beau Séjour, qui se trouve au niveau la wilaya de Bejaïa, nous avons expliqué au médecin chef

l'objectif de notre recherche et la nature du diplôme préparé à savoir : Master en psychologie clinique.

Au début, nous avons déposé une demande de stage adressée au chef de DRH( Direction des Ressources Humain), suivant la période que nous voulions passer dans la clinique. Après, qu'ils eurent accepté notre demande, nous avons effectué notre prés-enquête pour une durée de 10 jours. Notre premier pas, c'est d'avoir des informations générales sur l'organisme sa fonction, et s'assurer de la disponibilité de notre groupe de recherche. Et cela à partir, d'un ensemble d'entretiens effectués avec le personnel médical de l'organisme, et la psychologue. Cette dernière qui nous a orientés, vers les sujets correspondants à notre recherche. Après nous sommes entretenus avec 05 de ces sujets diabétiques adultes dans un bureau, après avoir eu leurs consentements. On leur a posé un ensemble de questions et on leur a laissé la liberté de répondre. **(Voir l'annexe A)**

Enfin, après cette pré- enquête, nous avons recueilli toutes les informations nécessaires sur notre thème de recherche, et nous nous sommes assuré que cet organisme est valables, pour effectuer notre enquête, et constitue notre terrain de recherche. Et celle-ci nous a aidés à construire le guide d'entretien, à choisir les outils de recherche.

Et pour pouvoir concrétiser notre recherche, nous avons suivi une méthode de travail bien précise.

### **3. La méthode clinique**

L'analyse de la genèse, la dynamique, la dimension réelle des situations en psychologie clinique sont autant de solution pour résoudre ou atténuer les conflits interne ou externe de la vie d'un être humain ; celui la, considéré comme étant une entité inachevée qui progresse dans le temps et ses réactions s'élucident à la lumière de l'histoire de sa vie.

**La méthode clinique** est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise « *ne seulement à donner une description d'une personne de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes* », celle-ci cherche à répondre aux exigences de la singularité des cas permettant d'effectuer une bonne analyse diversifier des contenus. (Huber, 1993)

Dans notre recherche, nous avons opté pour « **la méthode descriptive** » qui vise à décrire les stratégies utilisées par les adultes diabétiques pour gérer et pour s'habituer à leur maladie, ainsi que le stress causé par celle-ci.

**La méthode descriptive** englobe l'ensemble des études de cas, observations systématiques ou naturalistes, méthodes corrélationnelles, méthodes normatives développementales, enquêtes. Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe entre ses composantes. (Kh. Chahraoui et H. Bénony, 2003, p.125)

Selon certains auteurs, la méthode descriptive réalise la promesse d'un élargissement de l'objectivité scientifique. Pour Merleau-Ponty : « *la nouveauté e cette méthode consiste en ce qu'elle établit que le savoir effectif n'est pas seulement le savoir mesurable, mais aussi la description qualitative. Ce savoir qualificatif n'est pas subjectif, il est intersubjectif : il décrit ce qui est observable pour tous* ». (R. Barbaras, 2008, p.77)

Pour effectuer notre recherche, on s'est basé sur la méthode « **l'étude de cas** », qui fait partie de la méthode descriptive et historique.

**L'étude de cas** c'est « *l'étude approfondie de cas individuel normal, pathologique, de comprendre et d'expliquer le fonctionnement physique et humains, ses troubles et ses perturbations affectives* ». La démarche clinique a pour objet les aspects psychologiques de la santé, ainsi que les implications psychologiques de la maladie somatique telle que le diabète non insulino-dépendant. Elle se centre sur l'individu dans sa spécialité et sa singularité, ou plus près de son organisation, ce qui justifie son recours fréquent aux études de cas dans ces disciplines. (M. Charlotte, 1990, p.14)

L'approche de terrain est très importante pour toute recherche scientifique, du moment qu'elle constitue une source de données et d'informations comme base pour vérifier nos hypothèses.

#### **4. Le terrain de recherche**

Nous avons choisi comme terrain de recherche, la clinique de Beau Séjour (maison des diabétiques de Bejaia), où notre stage s'est déroulé au cours de 45 jours (de 01.04.2015 au 15.05.2015) ; mené sur des adultes diabétiques suivants des consultations au niveau de celle-ci afin de mieux cerner notre groupe de recherche.

##### **4.1. Présentation de l'organisme d'accueil la clinique de Beau Séjour**

Le clinique Beau Séjour est considéré comme la première structure médicale qui s'occupe des diabétiques dans ses différents types dans la wilaya de Bejaïa, elle se situe en plein centre ville, elle a ouvert ses portes en 1995. Elle s'occupe de suivi de 3800 diabétiques, tous soumis à un contrôle médical tous les trois mois afin de suivre l'évolution de leur état de santé et détecter les complications liées à la maladie. Cette maison reçoit en moyenne 70 patients par jour. Elle s'occupe aussi des urgences diabétiques et de nouveaux cas fraîchement identifiés. D'après les informations de l'infirmière et le médecin, elle contient :

### 3.1.1. Le cadre physique de la clinique se constitue de :

- Bureau de chef de service
- Trois bureaux des médecins diabétologues
- Bureau de néphrologue
- Deux salles d'attentes (femmes et hommes)
- Bureau de la secrétaire

### 3.1.2. Le cadre humain constitue de :

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

Sans oublier l'association de diabétique qui se trouve à l'entrée de la clinique avec son équipement qui nous a données des informations sur le diabète verbalement et par écrit.

## 5. Le groupe de recherche

Notre groupe de recherche constitue des adultes atteints de diabète de type II, qui vient en consultation médicale à fin de suivre leurs états dans la clinique de Beau Séjour. Les participants ont été sélectionnés selon les critères que nous allons citer ci-dessous. Après avoir obtenu leur consentement en leur expliquant la nature et l'objectif de notre recherche et l'anonymat de cette dernière.



Nous avons constitué un groupe de 6 cas, avec lesquels nous avons travaillé dans l'anonymat en changeant leurs prénoms et en tenant compte des critères suivants :

### **5.1. Les critères d'homogénéité**

1- **Le type de diabète** : le diabète de type II.

2 - **l'âge** : tous les cas de notre recherche sont des adultes âgés plus de 18ans.

### **5.2. Les critères non pertinents pour la recherche**

- **Le sexe** : la variable de sexe n'est pas été prise en considération, on a travaillé avec les deux sexes.
- **le niveau d'instruction** (sans aucun niveau, primaire, secondaire, Bac, universitaire)
- **la situation professionnelle** (employeur, sans emploi femme au foyer)
- **la situation familiale** (célibataire, marie, divorcer)
- La situation socio-économique.
- **La langue des sujets** : la langue est diversifiée d'un sujet à un autre (Kabyle, Arabe et Française)
- Le nombre d'enfant.
- Les adultes diabétiques qui ayant d'autre maladies à part le diabète sont inclus.
- **L'évolution de leur état** : diabétiques avec ou sans complications.
- **Lieu de placement** : la clinique de Beau Séjour.
- Les adultes qui refusent de participer à la recherche ne sont pas inclus.

Caractéristiques Cas	Nom	sex e	âge	Niveau D'instruction	Situation professionne lle	Situatio n familial e	Durée de traiteme nt	Type de diabète
Cas1	Zakia	F	33ans	analphabète	Femme au foyer	fiancé	4ans	Type2
Cas2	Fatiha	F	54ans	analphabète	Femme au foyer	veuve	15ans	Type2
Cas 3	Kamilya	F	67ans	1 <sup>ère</sup> année chez les français	Femme au foyer	veuve	25 ans	Type2
Cas4	Aziz	M	53ans	5 <sup>ème</sup> année primaire	Retrait (Pêcheur)	marié	5ans	Type2
Cas 5	Taklit	F	56ans	6 <sup>ème</sup> année primaire	Femme au foyer	veuve	5ans	Type2
Cas 6	Malika	F	66ans	6 <sup>ème</sup> année primaire	Retrait (femme de ménage)	divorcé	6ans	Type2

### 5.3. Tableau n°01 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche

Ce tableau présente les caractéristiques de nos cas qui consiste à des adultes avec des noms anonymes pour les deux sexes (5 cas féminines et 1 cas masculin), leurs âges sont variés entre 33 ans et 67 ans, avec un niveau d'instruction différent (analphabète ou niveau primaire), leurs situations familiales (fiancé, marié, divorcé, ou veuf), et leurs niveaux professionnels sont (femmes au foyer ou retrait), ils ont atteint le diabète de type II, depuis des années (4 ans et 25 ans).

Nous avons utilisé un ensemble d'outils d'investigation avec ces sujets pour répondre à nos questions de recherche et vérifier nos hypothèses.

## 6. Les outils de recherche

Notre recherche a été axée sur l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson (1988), et celle de toulousaine de coping de S. Esarbes, F. Sordes-Ader et P. Tap (1993), parce que ces derniers répondent à

la nature de notre recherche et permettent de répondre à nos questions posées et de vérifier nos hypothèses,

### **6.1. L'entretien clinique de recherche**

C'est la méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines, c'est notamment le cas de la psychologie clinique, qui permet d'obtenir des informations sur le psychisme du sujet. (Kh. Chahraoui et H. Bénony, 1999, p.61)

Le terme « entretien » est défini comme : « *action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes* ». (C. Chiland, 1983, p.10)

L'entretien clinique est une relation de soins ou d'aide suite à la demande du patient, c'est une communication entre deux interlocuteurs son but est de diagnostiquer dans la mesure où il permet de repérer les symptômes puis de les classer, de les discuter et de permettre la connaissance du fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité. (Kh. Chahraoui et H. Benony, 2003, p.32)

En effet c'est une interaction entre le clinicien et le sujet qui vise à recueillir des informations concernant la souffrance et les difficultés rencontrées par le sujet.

Ce qui fait la spécialité de l'entretien clinique de recherche, c'est le terme clinique qui renvoie à : - un champ de pratiques et d'interventions du psychologue clinicien qui s'intéresse généralement au domaine des soins ; - Une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique (neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (Kh. Chahraoui et H. Penony, 2003, p. 14)

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

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

### **6.1.1. L'entretien clinique semi directif**

C'est un usage complémentaire où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, ils s'adaptent à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple. (C. Chiland, 1983, p.119)

Bien entendu, l'entretien semi- directif est un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, mais non formulées d'avance, donc le chercheur pose une question puis le sujet s'exprimer librement mais seulement sur le thème proposé sans l'interrompre, car l'aspect spontané des associations est au moins présent dans ce type d'entretien, dans la mesure où le clinicien cherche un cadre et une trame qui permettent au sujet de se dérouler le récit. (Kh. Chahraoui et H. Bénony, 2003, p. 143)

### **6.1.2. Le guide d'entretien**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus au moins structuré, selon A. Blanchet : il s'agit « *d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs, et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer* ». (L. Fernandez et M. Catteuw, 2001, p.77) ; dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement indiquée pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive.

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit d'avantage de thèmes à aborder et que le chercheur maîtrise son thème. (L. Fernandez et M. Catteuw, 2001, p.77)

Notre guide d'entretien comprend trois axes qui servent de trame pour l'entretien. Ce guide nous a permis de vérifier, au cours de l'entretien, si toutes les questions que nous souhaitions posées avaient été abordées :

- Renseignement personnel sur le sujet.
- **Axe N°1** : renseignement sur l'état de santé du sujet : le diabète.
- **Axe N°2** : renseignement sur l'état psychique du diabétique : le stress.
- **Axe N°3** : la défense face au stress et au diabète : les stratégies de coping.

**Remarque** : les questions abordées dans chacun de ces 3 axes, on peut les trouver dans l'Annexe (A).

## **6.2. L'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, 1988 ou PSS4 : Perceived Stress Scale4**

Il s'agit d'une échelle qui mesure le degré auquel les situations dans la vie sont stressantes. L'échelle comporte également un certain nombre de requêtes directes sur les niveaux actuels de stress ressenti. La première version a été conçue en 1988, par S. Cohen et G. Williamson.

L'échelle du stress perçu comprend plusieurs versions : des versions à 14 items, et des versions courtes à 10 items.

Pour ce qui est de la cotation, l'échelle comprend 5 réponses : Jamais, Rarement, Parfois, Assez souvent, et Très souvent. En notant de 0 à 4.

Mais pour la version la plus récente qui correspond à la validation française du test, qui a été effectué par le laboratoire de psychologie de la santé, à

l'université de bordeaux 2 en 2003, on constate quelques changements : l'item numéro 12 n'est pas inclus.

### **La cotation :**

Pour chaque item, le sujet estime sa fréquence d'apparition sur une période récente (le mois écoulé) l'échelle de fréquence en 5 points (de « Jamais » à « très souvent »), on note comme suit :- Jamais=00,

-Rarement=01,

-Parfois=03,

-Assez souvent=02,

-Très souvent=04,

Une note très importante, c'est que les items 4, 5, 6, 7, 9, 10, et 13 sont notés au sens inverse.

Le score qui se situe au-dessous de 23 veut dire qu'il n'y a pas de stress. De 24 à 31 peu de stress. Un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress. (V. Langevin, et al, 2011, p.118)

## **6.3. L'échelle Toulousaine de coping de Sylvie Esparbes, Flovence Sordes-Aer et Pierre Tap(1993)**

### **6.3.1. Définition de l'échelle Toulousaine de coping**

L'échelle Toulousaine de coping est élaborée par l'équipe de « *psychologie du développement et de la santé* » appartenant au laboratoire Toulousain « *Personnalisation et changements sociaux* ». (Lanrencine, 2001, p.89)

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation destiné à mesurer la façon dont les individus font face et réagissent à une situation stressante. Elle est

composée de 54 items. Ainsi, elle est composée de 3 champs : Action, Information, Emotion dont lesquelles il ya 6 stratégies. Et chaque champ compose de 6 dimensions. Alors l'échelle est constituée de 18 dimensions.

### **5.3.2. Histoire de l'échelle Toulousaine de coping**

Le recensement sur les travaux de coping met en évidence une évolution quantitative (nombre) et qualitative (nature) des dimensions proposées pour décrire ce processus. (S. Esparbes et coll, 1989, p.90)

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 estimations interviendraient fondamentalement à partir de l'estimation des risques :

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

Selon Pearlin et Schooler, le coping serait l'ensemble des actes à partir desquels ces 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. Le premier fait référence aux tentatives pour changer la situation, la deuxième aux efforts pour changer la signification ou l'estimation du stress (réduire l'effet 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 de trois dimensions.

Par contre, Graver, Scheier et Weintraub (1989) mettent en place une échelle composée de 14 stratégies. Dans un souci de compréhension, nous les avons regroupées selon 5 champs : Comportemental, Cognitif, Emotionnel, les

mécanismes de défense, et les rapports sociaux. Ces auteurs font de coping un processus, pouvant inclure toutes sortes de stratégies dont certaines n'étaient pas pris en compte jusque là. Partent d'une analyse critique des échelles de coping existantes, nous proposant une nouvelle échelle articulant les champs comportementaux (béhavior), informationnels (cognitif) et affectifs (émotion). (S. Esparbes et coll, 1989, p.90)

### **6.3.3. Le contenu**

Cette échelle permet une passation individuelle, mais aussi collective. Elle est composée de trois champs : l'action (champ conatif), l'information (champ cognitif), et l'émotion (champs affectif) dont l'articulation permet l'émergence de 6 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 et chaque dimension est testée à partir de 3 affirmations auxquelles le sujet doit répondre à partir d'une échelle de 5 points.

### **6.3.4. Présentation des stratégies**

**6.3.4.1. 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).

**6.3.4.2. Le support social :** implique une demande d'aide en terme cognitif (conseil, information) ou affectif (besoin d'écoute et de reconnaissance), il implique aussi d'utiliser des actes coopératifs comme moyen de lutte contre le stress.



**6.3.4.3. Le retrait :** le sujet se replie sur lui-même, essaie 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, tabac, médicament,...).

**6.3.4.4. 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).

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

**6.3.4.6. 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 émotions. (Ibid, p.91)

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 Emotionnel
Retrait	C Retrait comportemental	I Retrait mental	O Additivité
Conversion	D Conversion comportemental	J Acceptation	P Conversion par les valeurs
Contrôle	E Régulation des activités	K Contrôle cognitif et planification	Q Contrôle émotionnel

Refus	F Distraction	L Dénégation	R Alex thymie
-------	------------------	-----------------	------------------

**Tableau N°02 : La répartition des stratégies selon les champs**

### **6.3.5. Administration et notation**

#### **6.3.5.1. 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'examinateur 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 à la consigne de test proprement dit. Le sujet doit se positionner sur une échelle en 5 points, de 1 (pas de tous d'accord) à 5 (tout a fait d'accord). Le test peut être fait individuellement ou collectivement (en prenant des précautions pour éviter les suggestions ou le copiage).

L'examinateur confirmera verbalement la nécessité d'être aussi sincère que possible, et réaffirmer le caractère confidentiel des résultats. L'administrateur de ce test demande environ 15 minutes. Il doit être rappelé que les réponses demandées doivent être spontanées. (Ibid, pp.91-92)

#### **5.3.5.2. Notation**

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la grille de dépouillement<sup>1</sup> en suivant les phases de 1 à 54 dans l'ordre du test. En suite 5 types de notes finales sont possibles aux choix :

- ✚ Avec la feuille de dépouillement 1 \_ sous forme d'un tableau \_ on obtient :  
(voir l'Annexe C)

- **Une note par dimension** : c'est la somme des trois phrases constituant la dimension. Il suffit pour cela d'additionner les 3 chiffres d'une même colonne (Ex : pour la dimension A, additionner les scores obtenus aux phrases 1, 19, 37). cela nous permet de voir les dimensions les plus utilisées par l'individu dans une situation donnée. Ce sont les réponses les plus « fines » de l'échelle.
  - **Une note par champ** : c'est la somme de 6 dimensions constituant le champ (case blanche non crise). Il suffit d'additionner les 6 cases blanches pour chaque champ et de rapporter le total dans la case appropriée (Ex : pour le champ d'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 3champs.
  - **Une note générale de coping** : c'est la somme des 3 notes des 3champs, 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 lignes marquées positif, négatif et dans les cases blanches. En faisant la somme des 9 dimension positives du coping, on obtient une note de coping positif qu'il suffit d'inscrire dans la case totale de cette ligne (il en est la même pour le coping négatif).
- ✚ Avec la feuille de dépouillement 2\_sous forme d'un tableau \_\_, on obtient :  
(voir l'Annexe C)
- **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 dépouillement1), de les inscrire dans le tableau de la feuille de dépouillement2 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 donnée. (S. Espardes et coll., 1989, pp.93-94)

## 7. Les méthodes d`analyse des outils de recherche

### 7.1. L`analyse de l`entretien clinique semi-directif

Seul l`entretien enregistré, puis retranscrit dans son intégralité peut faire l`objet d`une analyse systématisée qui a alors valeur démonstrative dans la recherche. (Kh .Chahraoui, H. Benony, 2003, p.145)

Dans les autres cas, l`entretien peut faire l`objet d`une prise de notes. Cependant quand celle-ci est réalisée au cours de l`entretien, elle ne permet pas au chercheur d`être complètement disponible sur le plan de l`écoute. De plus, les sujets ont dans ce cas tendance à s`arrêter ou à ralentir l`expression verbale en observant le chercheur écrire, le discours est donc moins spontané. La prise de notes est préférable dans les suites immédiates de l`entretien, même si cette méthode comporte aussi un grand nombre de biais liés aux oublis, lacunes et distorsions de la mémoire. C`est pourquoi l`entretien non enregistré ne peut faire l`objet d`une analyse systématique, ce qui ne l`empêche pas d`être à la source d`informations majeures sur le fonctionnement psychologique du sujet et de son mode d`interaction avec autrui. (Ibid., p.145)

Un grand nombre de méthodes d`analyse renvoie à l`analyse de contenu (Bardin,1977) qui est définie comme « *un ensemble de techniques qui ont pour but la mise à jour, de façon objective, du sens contenu dans les documents analysés, grâce à une reformulation (ou à l`utilisation d`un métalangage) et à un classement de tout ce qu`il contiennent* ) on distingue l`analyse de contenu qui concerne l`analyse du sens du discours et l`analyse de discours, influencée en particulier par les travaux dans le domaine de la linguistique » (Jacobi et Willemin,1994) qui porte plus spécifiquement sur l`analyse de tous les composants langagiers une approche linguistique, formelle et structurelle .

Le choix d`un type d`analyse nécessite auparavant de définir les arguments théoriques permettant de justifier la méthode utilisée.

On a opte dans notre recherche pour une analyse qualitative dans la quelle on suit les axes du guide d'entretien ; on a analyse axe par axe les données et les informations obtenues auprès des sujets de recherche. En faisant référence à la théorie adoptée dans notre travail.

## **7.2. L'analyse des échelles utilisées**

### **7. 2.1. L'analyse de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson**

A travers les résultats de l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, si on trouve que le score est situe **au dessous de 23** veut dire qu'il **ni ya pas de stress. De 24 a 31 peu de stress. Un score supérieur a 32** veut dire **situation de stress ou d'hyper stress**. (V. Langevin et all, 2011, p.119)

### **6.2.2. L'analyse de l'échelle toulousaine de coping**

La correction s'effectue en rapportant le chiffre de positionnement sur la feuille de dépouillement 1 en suivant les phrases de 1a 54 dans l'ordre de test. Ensuite 5 types de notes sont possibles, au choix avec la feuille de dépouillement 1 en obtient :

- **Une note de 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 sujets -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 marquées positif, négatif 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 la somme par ligne, on obtient ainsi une note pour chaque stratégie. Cela nous permet de connaître les stratégies les plus utilisées par le sujet dans une situation donnée. (S. Esparbes et all, 1989, p. 95)

## 8. Le déroulement de la pratique

Les premiers jours de terrain, dans le service que nous avons ciblé, ont joué une part importante sur la confirmation de la disponibilité de notre groupe d'étude. Notre recherche s'est effectuée dans la clinique de Beau Séjour à Bejaia pour une durée de 45 jours.

Après avoir obtenu l'accord d'être affecté au sein de la clinique, afin d'effectuer une recherche sur l'état psychique des patients atteints du diabète et en vue de la disponibilité des cas. Nous avons eu accès aux informations nécessaires en collaboration avec le médecin chef en diabétologie et son infirmière qui nous ont aidé à distinguer les patients diabétiques de type II, Sans oublier la présence de la psychologue qui nous a orienté dans la pratique, c'est elle qui nous a montré pour la première fois comment avoir le consentement du sujet, elle nous a expliqué la déontologie du travail au sein de la clinique, elle nous a aidé à mieux formuler les questions du guide d'entretien, elle nous a aidé à distinguer les sujets diabétiques de type 2 à travers une liste des noms de ces sujets. Après avoir sélectionné le groupe de recherche, selon les critères fixes, nous nous sommes entretenus avec les patients diabétiques de types II.

Chaque entretien a été suivi de passation de deux échelles l'une du stress et l'autre de coping. On faisant la passation de ces dernier dans le bureau qui n'est pas occupé par le médecin, après avoir eu leur consentement, on a commencé en

premier lieu, par le guide d'entretien et en seconde lieu on a fait la passation des deux échelles celle du stress juste après celle du coping pour une durée qui varie de 1h à 1h30 selon le sujet. On intervient lorsque le sujet est inhibé ou pour expliquer les questions difficiles au sujet.

### **8.1. La passation de l'entretien**

Nous nous sommes entretenues avec les patients après avoir parlé de l'objectif de notre recherche. L'entretien s'est effectué en une séance, d'une durée entre 30 et 45 mn et cela dépendait du sujet. Nous entamons notre entretien en suivant les questions de notre guide. Au cours de l'entretien, la plus part des patients étaient à l'aise et s'exprimaient d'une manière spontanée à propos du vécu de leur maladie, parfois ils anticipaient même sur les réponses aux questions prévues, ce qui nous a évité de les poser ultérieurement.

Nous avons laissé aux sujets la possibilité de s'extérioriser le plus possible, avec la langue de leur choix, qui a été la langue Kabyle choisie par tous les sujets

Nos interventions se limitaient à des relances d'approbation, tels des hochements de tête, « mm », « oui » ou « c'est-à-dire » pour plus d'explication.

### **8.2. La passation des échelles**

Nous avons choisi deux échelles qui sont l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping car elles sont les mieux correspondantes notre objectif de recherche, elles sont faciles dans la passation ce qui nous permet aussi de mieux maîtriser l'analyse de ces dernières, en plus elles sont parmi les échelles les plus utilisées et valides.

La passation de ces échelles était individuelle, l'une après l'autre l'échelle de stress perçu suivie de celle de toulousaine de coping. Pour le temps, il n'est pas pris en compte comme le recommande le manuel de l'échelle en suivant la consigne administrée pour chacune de ces deux échelles.

### 7.3. Les difficultés rencontrées dans la recherche

Sur le terrain, nous avons été confrontées à quelques difficultés émanant directement des réalités de notre champ d'études. La première difficulté à laquelle nous avons été confrontées concerne l'accès au sein de la clinique de Beau Séjour où on l'on devoir effectuer notre stage, la réponse à notre demande d'accès à cette clinique est venue après un mois d'attente.

Une deuxième difficulté enregistrée a été liée à l'insuffisance du temps, sachant que notre outil de recherche prend assez du temps. En effet, pendant la passation de l'échelle, ils ont trouvé quelques difficultés dans la compréhension de quelques items, ce qui nous a obligé de les traduire en langue du sujet qui souvent la langue kabyle et de les expliquer. Ce qui nous a fallu beaucoup de temps pour chaque sujet afin de les remplir et de nous les rendre.

Malgré toutes ces difficultés rencontrées, on a pu les surmonter à chaque fois, ce qui n'empêche pas la réalisation de notre objectif de la recherche.

### Conclusion du chapitre

Pour mener à bien une recherche scientifique, il est important de se baser sur une méthodologie. Dans notre recherche sur le stress et les stratégies de coping chez les adultes diabétiques, on a réalisé un stage pratique au niveau des services de diabétologies et on s'est basé sur les outils d'investigation qui sont l'entretien clinique, ainsi que l'échelle de stress perçu et celle de coping. Ce qui nous a permis d'avoir les informations nécessaires pour répondre à nos questions. Cette méthodologie nous permet, un bon usage des techniques choisies, et une rigueur dans l'analyse des données recueillies afin de répondre à l'objectif de notre recherche et de vérifier nos hypothèses.

Dans le chapitre suivant on va présenter les cas de notre recherche et les analyser et enfin la discussion des hypothèses.



## **Préambule**

Dans notre étude, la pratique se caractérise par l'analyse des cas de notre groupe de recherche au niveau de la clinique de Beau Séjour afin d'obtenir des résultats qui vont répondre à nos questions.

Nous avons utilisé un entretien clinique semi-directif, l'échelle de stress perçu et l'échelle toulousaine de coping, par lesquelles on a intervenu auprès des adultes diabétiques de type II pour savoir quel est le niveau du stress chez ses adultes diabétiques et quelles sont les stratégies sur lesquelles ils se basent pour faire face à leur situation stressante.

Le présent chapitre vise, dans un premier temps à présenter et à analyser les données des entretiens et des échelles pour chaque cas. Deuxième temps, il s'agira de discuter les résultats obtenus afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

### **1. Présentation et analyse des cas**

#### **Cas N°1**

##### **1.1.1 Présentation du cas de Zakia**

Zakia, âgée de 33 ans, fiancée, elle n'a pas de niveau d'instruction, c'est une femme au foyer, issue d'un niveau socio-économique pauvre, son père est un invalide, et sa mère est une femme au foyer.

##### **1.1.2 Données et analyses de l'entretien clinique semi-directif du cas de Zakia**

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

**Axe N° 1 : Renseignement sur l'état de santé du sujet : le diabète**

Zakia atteinte du diabète depuis 4 ans, elle a découvert son diabète suite à un bilan rhumatologique, elle a dit : « **safi 4 mois mi datfeigh sker, decouvrthide me khamrgh les analyses f rhumatisme** » et son apparition est marquée par les symptômes comme : la perte de poids, polyurie, une soif extrême, elle a une perte d'appétit, bouffé de chaleur, elle n'a pas de complications associées à son diabète, elle souffre d'un rhumatisme et de l'anémie avant le diagnostic du diabète. Elle déclare que son père est un diabétique, ce qui renvoi à l'existence d'un terrain génétique familiale, elle a été déjà hospitalisée suite au rhumatisme mais pas à cause du diabète. D'après ses dires elle répond au traitement sans aucune difficulté, ce qui signifie en clinique qu'il y a une observance thérapeutique de la part de Zakia.

**Axe N°2 : Renseignement sur l'état psychique du diabétique : le stress**

Lors de l'annonce de son diabète, Zakia a été choquée, elle se sentait mal à l'aise et pleure, elle a dit : « **chokigh housegh ca va pas** ». D'après ses dires « **le diabète est une maladie chronique incurable** », ce qui veut dire qu'elle a une pensée négative et dysfonctionnelle par rapport à sa maladie. Elle déclare si je ne prend pas soin de mon diabète, il va nuire en plus à mon état de santé actuelle «**mou outhadara etawid elmadara** », d'après ses dires, on constate que Zakia a une inquiétude envers les complications du diabète. C'est une appréhension expliquée en référence au TCC.

En ce qui concerne son état psychique actuelle, elle n'est pas stressée contrairement au début de sa maladie, elle s'est habituée facilement avec la maladie, sur le plan somatique, elle ressent des douleurs, elle a faim et elle a une bouche sèche malgré qu'elle boit lors de la crise d'hyperglycémie ou

d'hypoglycémie. Zakia sent un grand changement en ce qui concerne sa santé, sa mentalité, ainsi que son comportement, selon TCC. La maladie de Zakia n'a aucune influence sur sa famille, ses parents sont inquiets pour elle mais ça n'a pas provoqué de changements, elle a une vision négative sur son avenir, elle a dit « **chouia kan** », avec un visage triste car elle souffre de trois maladie à la fois, elle semble désespérée.

### **Axe N°3 : La défense face au stress et au diabète : les stratégies de coping**

Zakia suit les conseils du médecin concernant son traitement, elle est consciente de l'importance du traitement, pour pouvoir s'en sortir « **oblige assuivigh les conseils n atbib bacha adadjigh** », elle dit il faut juste prendre régulièrement ses médicaments, et respecter mon régime alimentaire, c'est que veut dire une adhésion thérapeutique de la part de Zakia.

Elle semble donc une personne courageuse, et croyante, ce qui lui donne une force, pour lutter contre sa maladie, en clinique cela renvoi à un soutien religieux(ressource culturelle à caractère religieux), elle ne trouve pas de difficultés quotidiennes suite à sa maladie car c'est une personne qui s'adapte facilement aux changements, elle apprend à vivre avec sa maladie, ce qui ne cause pas des difficultés chez elle « **au génara** », lorsque elle se trouve dans des situations stressantes ou en détresse, elle pleure après elle se sent mieux. En clinique signifier a une décharge ou une défense émotionnelle.

A cours de la maladie, Zakia déclare avoir été bien soutenue par sa famille surtout son fiancé, qui est resté à coté d'elle pour qu'elle soit capable de continuer sa vie, ce qu'elle a dit « **akhamnagh ouyajanara wahdi** », et sa relation avec eux n'a pas changé durant sa maladie, lorsque Zakia se trouve en difficultés elle se tourne en priorité vers sa sœur pour l'aider. C'est-a- dire que Zakia reçoit un soutien de la part de son environnement familial.

### 1.1.2.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique semi directif du cas de Zakia

D'après les résultats de l'entretien, on constate que Zakia n'a pas de stress suite à sa maladie, quand elle a dit « **outklikara mi3lma déchât lahlak n sker** », ce la signifie qu'elle a des connaissances sur sa maladie ce qui lui a permis de s'adapter plus facilement et elle un environnement favorable.

### 1.2.3. Données et analyse de l'échelle de stress perçu du cas de Zakia

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

A cours du dernier mois.

### Tableau N°03 : l'échelle de stress perçu du cas de Zakia

D'après la cotation de cette échelle on note que Zakia a eu :

- ✓ **Le stress perçu est de « 10 »**
- ✓ **Les items: 1, 2,4, 6, 7, 9, 10, 11 = 00**
- ✓ **Les items: 3, 13, 14= 02**
- ✓ **Les items: 8 = 04**

Zakia a obtenu un **score de (10)**, donc n'est pas stressée. On peut le prouver dans les résultats des items : **l'item 3 (elle est parfois stressée et nerveuse) qui égale à 02**, **l'item 2(elle ne semble pas difficile de contrôle les choses important de sa vie)**, **l'item 11(elle senti pas irrité lorsque les évènements lui échappaient de son contrôle)** et **l'item 9 (elle est capable de maitriser son énervement) qui égale à (00)**

### 1.1.3.2. Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Zakia

Dans l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson un score inférieur a **23** veut dire « pas de stress », et Zakia a marqué un **score de (10)**, donc Zakia **n'est de stress suit à sa maladie.**

### 1.1.4. Données et analyses de l'échelle de toulousaine de coping du cas de Zakia

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 (professeurs, médecins,...)	1	2	3	4	5 ✓
3. J'essaye 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'essaye 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'éviter 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'essaye 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 la 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 refusé 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 de problème avec mes parents ou avec 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'arrivent 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 de mes amis pour calmer mon anxiété.	1✓	2	3	4	5
37. Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5✓
38 Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1✓	2	3	4	5
39 .Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1✓	2	3	4	5
40 .J'aide les autres comme j'aimerais être aide(é).	1	2	3	4	5
41. J'essaie à tout prix de penser à l'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 en retrait par rapport aux autres.	1	2✓	3	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3✓	4	5
.45. Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5✓
46. Je modifie mes actions en fonction du problème	1	2	3	4	5✓
47. Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4✓	5
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues	1	2	3✓	4	5
49. Je me retiens d'agir trop 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 employer pour mieux résoudre mon problème	1✓	2	3	4	5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2	3	4✓	5

#### Tableau N°04 : l'échelle du toulousaine de coping du cas de Zakia

Ce tableau dans lequel Zakia inscrit sa situation difficile, dans la première ligne, et où elle a coché le chiffre qui lui correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

### 1.1.4.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du cas de Zakia

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	5	4	5	3	5	2	5	4	3	4	1	5	3	1	4	5	3		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	5	4	4	1	4	4	5	5	4	2	2	4	1	1	4	4	1		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	5	1	1	5	4	2	3	5	5	4	3	2	2	2	2	4	1	4		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Total	totalG
Action	15			14			7			11			11			12			70	
Information		11			8			15			9			6			10		59	180
Emotion			9			11			14			5			4				8	51
Positif	15	11		14				15	14		9					12	10	8	108	
Negatif			9		8	11	7			11		5	11	6	4				72	

**Tableau N°5 : La feuille de dépouillement n°1 du cas de Zakia**

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

- ✓ **Une note par dimension : A(15), B(14), C(7), D(11), E(11), F(12), G(10), H(11), I(8), J(15), K(9), L(6), M(4), N(8), O(9), P(11), Q(14), R(5).** D'après ses notes obtenues nous remarquons que Zakia utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : **la focalisation active, l'acceptation, coopération et contrôle émotionnel.**
- ✓ **Une note par champs :** le champ le plus fréquemment employé par Zakia est celui de **champ d'action avec une note de (70), le champ de l'information avec une note de (59) et le champ de l'émotion** qui se montre le moins utilisé par Zakia avec une note de (51).
- ✓ **Une note générale de coping :** Zakia a eu **une note totale de (180) des champs.**



✓ **Une note de coping positive et une note de coping négative** : Zakia a eu une note de coping positif élevé égale à **(108)** et une note faible **(72)** pour le coping négatif.

#### **1.1.4.2. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Zakia.**

<b>Champs</b> <b>Stratégies</b>	<b>I</b> <b>Action</b>		<b>II</b> <b>Information</b>		<b>II</b> <b>Emotion</b>		<b>Total</b>
Focalisation	A	15	G	10	M	4	29
Support social	B	14	H	11	N	8	33
Retrait	C	7	I	8	O	9	24
Conversion	D	11	J	15	P	11	37
Contrôle	E	11	K	9	Q	14	34
Refus	F	12	L	6	R	5	23

#### **Tableau N°06: la feuille de dépouillement n° 2 du cas de Zakia**

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

✓ **une note totale par stratégies** : nous avons enregistré la stratégie de conversion étant la plus employée avec un score de **(37)**, suivie de la stratégie de contrôle avec une note de **(34)**, après une note de **(33)** pour la stratégie de support social, puis une de **(29)** pour la stratégie de focalisation et enfin une note de **(24)** correspond à la stratégie de retrait et une note de **(23)** pour la stratégie de refus.

#### **1.1.4.3. Synthèse de l'échelle du toulousaine de coping du cas de Zakia**

On constate d'après l'analyse de l'échelle de coping de Zakia, qu'elle fait recours beaucoup plus à des stratégies centrées sur le problème parce que elle se

focalise sur le champ conatif (action) et elle utilise beaucoup plus la stratégie de conversion (acceptation).

### 1.1. 5. Conclusion de premier cas de Zakia

On conclut à partir de l'entretien que Zakia est une femme qui n'est pas stressée, car elle n'a pas été trop dérangée par sa maladie, elle suit sa vie quotidienne sans aucune difficulté, en plus elle a un bon soutien de la part de son fiancé et même de sa famille, ce qui lui a permis de ne pas connaître des évènements ou des situations, qui peuvent provoquer chez elle un stress important.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Zakia **n'est pas stressée**, avec **un score très faible (10)**.

Aussi, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons relevé que Zakia utilise le coping positif avec un score de 108, elle se focalise sur le champ conatif (action avec un score de **(70)**) et elle utilise la stratégie de conversion avec un score de **(37)** qui implique des positions cognitives ou informationnel (acceptation avec un score de **15**), des valeurs (se tourner vers Dieu, se donner une philosophie de vie, plaisanter sur le sujet) et le changement, la transformation des comportements avec un score égale à **(11)** ; alors on constate que Zakia utilise **les stratégies de coping centrées sur le problème**. Donc on peut dire que Zakia fait face efficacement à la situation stressante.

De ce qui précède, il démontre que notre premier cas ne présente pas de stress, elle fait appel aux stratégies de coping positives centrées sur le problème pour faire face à son stress suite au diabète.

## Cas N°2

### 1.2.1. Présentation du deuxième cas de Fatiha

Madame Fatiha, âgée de 54 ans, veuve, mère de cinq enfants (4 garçon et une fille), est une femme au foyer, elle est analphabète, d'un niveau socio-économique moyen.

### 1.2.2. Données et analyses de l'entretien clinique semi-directif de cas de Fatiha

Durant l'entretien Fatiha était calme, souriante, elle s'est montrée coopérative, et elle répondait à toutes les questions.

#### **Axe N°1 : Renseignement sur l'état de santé du sujet : le diabète.**

Fatiha nous a raconté qu'elle est atteinte du diabète depuis 15 ans, découvrant sa maladie à travers les analyses suite à une faiblesse, tremblement, fièvre excessive, perte de poids remarquable, ce qui l'a poussée à aller voir un médecin, quand elle a dit : « **gouri l diabète safe 15 ans, découvrigh mais hosegh fabligh, targigigh mara adkhedmegh achghel, meme tafié taoula mlih , rohegh a ratbib khamegh les analyses oufan bali ghouri sker** ». Sa maladie reste stable sans complications, elle a accepté même sa maladie sans difficulté, elle se sent capable d'y faire face. En clinique cela renvoi à des positions cognitives (acceptation). Avant qu'elle ne soit diabétique, Fatiha souffre de l'arthrose ; sa sœur aussi était diabétique, Fatiha a refusé d'être hospitalisé lors de l'annonce de son diabète, elle a dit « **outglimayra gspitare, afquide adoua kan adoualigh, ce n'est pas l'appelle ...** » Les médecins ont accepté de la faire sortir et de lui faire suivre son traitement chez elle ; Fatiha déclare qu'elle ne répond pas bien à son traitement après un certains temps.

## **Axe N°2 : Renseignement sur l'état psychique du diabétique : le stress.**

D'ailleurs lors de l'annonce de sa maladie, Fatiha n'a eu aucune réaction, elle dit : « **c'est normal** », elle plaisante sur sa situation en disant à sa fille « **oumb3ed dachou d'aker, makar babam ouditahgara sker ...** ». Pour elle le diabète est quelque chose de normal, elle dit « **c'est normal** », elle n'éprouve pas de crainte face à la maladie, car pour elle le diabète ne pose pas de problème, cette maladie n'empêche pas d'assumer tout les choses importantes dans sa vie, c'est émouvante quant elle dit : « **me daklegh a ratbib, kamlegh anekhel...** ». Ce qui veut dire en clinique que Fatiha fait recourir à la stratégie de refus, en faisant comme si le problème n'existe pas, elle se distrait en faisant quelque chose de plus agréable.

De ce fait elle se sent capable de faire face et son acceptation cause pas chez elle de stress, en clinique cela veut dire qu'elle a évalué le diabète comme un évènement non stressant selon les cognitivistes.

Fatiha avant été calme, mais après sa maladie, elle est devenue nerveuse et stressée, elle déclare aussi qu'elle ressent des maux de tête, la fatigue, une douleur au niveau du pied. En clinique cela renvoie aux symptômes d'une personne stressée.

Elle déclare que sa santé physique n'est plus comme avant malgré cela rien n'empêche que sa relation avec son mari et ses enfants change, elle a dit : « **kif kif** » donc elle a un environnement familial favorable. Elle souhaite avoir un bon avenir pour elle et ses enfants. C'est-à-dire qu'elle est optimiste envers son avenir et même celle de ses enfants.

### **Axe N°3 : Défense face au stress et au diabète : les stratégies de coping**

Fatiha ne suit pas les conseils du médecin traitant en disant « **out suivighra parce que Our ta managhra** », cela veut dire que Fatiha a perdu la confiance des médecins parce que les médicaments ont un effet négatif ce qui la pousse à diminuer la dose lors de la prise de son traitement. Fatiha pense faire face à sa maladie en essayant toujours de mettre en équilibre sa glycémie pendant la crise d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie, malgré les efforts que Fatiha fournit pour rester en bonne santé, les petits ennuis l'ont mise dans une situation nerveuse et stressante et pour les dépasser, elle fait des choses plus agréables comme le ménage donc Fatiha utilise la stratégie de refus par distraction, et elle essaye de contrôler ses émotions qui provoquent de la détresse en ayant recours à Dieu elle dit « **addchehdegh, astaghefrehg ...** ». En cela cela signifie qu'elle a un soutien religieux. Aussi, elle se complait dans cette situation surtout avec ces enfants, elle se défend par une stratégie de conversion par les valeurs et ses enfants la considèrent comme une amie cela veut dire qu'elle a une bonne relation avec eux de ce fait on constate que Fatiha est bien soutenue de la part de sa famille, même lorsque elle a besoin d'une aide elle se tourne en priorité en vers ses enfants. Ce qui renvoie à une défense par le soutien social.

#### **1.2.2.1. Synthèse de l'analyse de l'entretien clinique du cas de Fatiha**

D'après l'analyse de l'entretien clinique de Fatiha, on constate que Fatiha souffre d'un stress élevé qu'on peut bien le prouver quand elle a déclaré : « **almoumouni ma ayater ascer, takalikegh, tnervigh rapide** ». Ce qui veut dire qu'elle ne maîtrise pas son énervement. Aussi elle manifeste des symptômes de stress. Et pour affronter sa situation stressante, elle fait recourir aux différentes modalités de stratégies de coping centrées sur le problème traduit par l'utilisation de stratégie de refus, de conversion par les valeurs et le support social.

### 1.2.3. Données et analyses de l'échelle de stress perçu du cas de Fatiha

A cours du dernier mois.

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

**Tableau N°07 : l'échelle de stress perçu du cas de Fatiha**

D'après la cotation de cette échelle on note que Fatiha a eu :

- ✓ **Le stress perçu est de « 35 ».**
- ✓ **Les items: 4, 5 = 00**
- ✓ **L'item: 8=01**
- ✓ **Les items: 6, 13= 02**
- ✓ **Les items: 2, 14 = 03**
- ✓ **Les items: 1, 3, 7, 9, 10, 11= 04**

Fatiha à marque un score de **(35)** donc Fatiha est très stress. La cause de stress chez elle est dû a sa maladie, cela indique dans les résultats obtenus aux **items 3**(elle senti très souvent nerveuse et stressée), **L'item 9** (Fatiha est incapable de maitriser son énervement). **L'item11** (elle se senti irrité par ce que les évènements échappaient de son contrôle).

### 1.2. 3.1. Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Fatiha

Selon l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson un score supérieur a **32** veut dire situation de stress ou d'hyper stress, et Fatiha a obtenu un score de **(35)**, donc elle présente **un stress élevé**

### 1.2.4. Données et analyses de l'échelle de toulousaine de coping du cas de Fatiha

Choix de la situation difficile : **le diabète.**

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

	Pas de tout		Très souvent		
	1	2	3	4	5
1. Je fais face à la situation	1	✓	3	4	5
2. Je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...)	1	2	3	4	5✓
3. J'essaye 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'essaye 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'éviter 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'essaye 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 la 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 de problème avec mes parents ou avec 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 de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4✓	5
37. Je vais directement au problème.	1✓	2	3	4	5
38 Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1✓	2	3	4	5
39 .Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1✓	2	3	4	5
40 .J'aide les autres comme j'aimerais être aide(é).	1	2	3	4	5✓
41. J'essaie à tout prix de penser à l'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 en retrait par rapport aux autres.	1✓	2	3	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5 ✓
45. Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5✓
46. Je modifie mes actions en fonction du problème	1	2	3	4	5✓
47. Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4	5✓
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues	1	2	3	4	5✓
49. Je me retiens d'agir trop 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 employer pour mieux résoudre mon problème	1	2	3	4✓	5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres	1	2	3	4	5✓

### Tableau N°08 : l'échelle du toulousaine de coping du cas de Fatiha

Ce tableau dans lequel Fatiha inscrit sa situation difficile, dans la première ligne, et où elle a couché le chiffre qui lui correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

### 1.2.4.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 de cas de Fatiha

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	2	5	4	5	3	5	1	5	4	1	3	2	5	1	2	1	4	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	1	1	5	1	5	3	5	1	5	5	1	3	4	5	2	5	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	1	1	1	5	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Tota	t
Action	8			15			5			11			13			7			59	
Information		7			5			15			13			10			14		64	
Emotion			6			15			10			8			11			14	64	
Po	8	7		15				15	10		13					7	14	14	103	
Negatif			6		5	15	5			11		8	13	10	11				84	

**Tableau N° 09: la feuille de dépouillement du cas de Fatiha**

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

- ✓ **Une note par dimension : A( 8), B(15), C(5), D(11), E(13), F(7), G(14), H(7), I(5), J(15), K(13), L(10), M(11), N(14), O(6), P(15), Q(10), R(8).** D'après ces notes obtenus nous remarquons que Fatiha utilise beaucoup plus les trois dimensions suivantes: **coopération, acceptation, conversion par les valeurs avec un score de 15.**
- ✓ **Une note par champs : le champ le plus régulièrement utilisé par Fatiha est le champ informationnel et le champ émotionnel qui se maintiennent à une note totale de (64), suivant de champ action avec une note de (59).**
- ✓ **Une note générale de coping : Fatiha a eu une note totale de (187) des champs.**
- ✓ **Une note de coping positif et une note de coping négatif : Fatiha a eu une note de coping positif élevée égale à (103) par rapport coping négatif qui est égale (84).**

### 1.2.4.2. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Fatiha

Champs stratégies	I Action	II Information	II Emotion	Total
Focalisation	A 8	G 14	M 11	33
Support social	B 15	H 7	N 14	36
Retrait	C 5	I 5	O 6	16
Conversion	D 11	J 15	P 15	41
Contrôle	E 13	K 13	Q 10	36
Refus	F 7	L 10	R 8	25

#### Tableau N°10 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Fatiha

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

- ✓ **Une note totale par stratégies** : nous avons enregistré la stratégie de conversion, étant le plus fréquemment utilisées, suivant de la stratégie de le contrôle et le support social qui se fixent avec une note de (36), puis une de (33) pour la focalisation et ensuite une note de (25) correspond au refus, enfin la stratégie la plus faible étant la stratégie de retrait avec une note de (16) .

### 1.2.4. 3. Synthèse de l'échelle de toulousaine de coping du cas de Fatiha

D'après l'analyse de l'échelle de coping de Fatiha, on relève qu'elle utilise les stratégies de coping positive centrées sur l'information et l'émotion, le premier qui est implique par l'utilisation de la stratégie de conversion, suivant de la stratégie de contrôle et de support social. Le deuxième se traduit par la stratégie de support social émotionnel et la conversion par les valeurs.

### 1.2.5. Conclusion du deuxième cas de Fatiha

On conclut à partir de l'entretien que Fatiha est une femme qui est **assez stressée** à cause de sa maladie, elle déclare que le diabète a fait d'elle une autre personne, elle est devenue nerveuse et stressante, mais d'un autre côté il y a ses enfants qui le soutiennent, mais ça reste insuffisant pour réduire son stress.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien c'est que Fatiha souffre d'un stress, avec un score élevé égale à **(35)** elle a eu un score égal à **(4)** aux **items 1, 3, 7,9 et 13**, cela indique que Fatiha a vécu beaucoup des événements inattendus dérangent, elle est nerveuse, stressante, irriter lorsque les événements échappaient à son contrôle.

Aussi, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons remarqué que Fatiha utilise le coping positif avec un score de **(103)**, elle se focalise sur le champ cognitif (information avec un score de **(64)** plus le champ émotionnel, elle utilise régulièrement la stratégie de conversion avec un score de **(41)** qui implique des positions cognitives ou informationnelles (acceptation avec un score de **(15)**, focalisation cognitive avec un score de **(14)** ) et elle travaille en coopération avec ses enfants avec un score de **(15)** , alors on constate que Fatiha utilise les stratégies de coping centré sur le problème, et un coping centré sur l'émotion qui se démontre par son utilisation de la stratégie de conversion par des valeurs avec un score de **(15)** (se tourner vers Dieu, se donne une philosophie de vie, plaisantait sur le sujet) et elle a un soutien social émotionnel de la part de ses enfants

De ce qui précède, il est avéré que notre deuxième cas présente un stress élevé, et elle fait face à au stress suite à sa maladie, en employant des stratégies centrées sur le problème et centrées sur l'émotion.

## Cas N°3

### 1.3. 1. Présentation de cas de de Kamilya

Madame Kamilya âgée de 67 ans, veuve, elle a étudié a l'époque chez les française durant une année, c'est une femme au foyer, d'un niveau socio-économique moyen.

### 1.3.2. Données et analyses de l'entretien clinique semi-directif du cas de Kamilya

Au cours de l'entretien Kamilya s'est présentée d'un air triste, stressant, charger d'envie de parle de sa souffrance, le contact avec elle a été possible, elle s'est montrée motivée.

#### Axe N°1 : Renseignement sur l'état de santé du sujet ; le diabète

Kamilya est diabétique depuis l'âge de 25 ans, elle a découvert sa maladie suite aux analyses lors d'une douleur au niveau du ventre, elle déclare : « **karhniyé d'oukhliou ou3limghara iwachou apres rohg a tabib et khamegh les analyses après me sinawigh et ttabib inayid ghourem le diabète** » la cause est héréditaire elle a déclaré que son père et son fils sont des diabétiques, et l'apparition du diabète chez elle est marque par un ensemble de symptômes comme ; sécheresse de la bouche, soif extrême ,sueurs froides, polyurie, fatigue, faiblesse, maux de tête , insomnie. D'après ses dires, elle présente d'autres complications liées à sa maladie, son diabète a touché ses yeux et ses reins récemment, elle a dit : « **iouliyé asker a walniou lwalniw même etouche les riensynou thagharitha** », aussi elle manifeste une autre maladie a coté du diabète qui est la tension artérielle.

Kamilya n'a pas été déjà hospitalise suite au diabète. Elle suit un traitement à base de comprimés qui est remplacé par l'insuline suite a l'aggravation de son état de santé, elle répond peu à ce traitement « **chwiya kan** ».

## **Axe N° 2 : Renseignement sur l'état psychique du diabétique : le stress**

Lors de l'annonce de son diabète, Kamilya été vraiment choqué « **ah** » avec une bouche ouverte pendant un certains temps sans rajouter aucun mot de plus, ensuite elle s'est fondue en larmes. En clinique ça revoie à une défense émotionnelle. Pour elle le diabète est une maladie chronique dangereuse, sans remèdes qui exigent une prise en charge régulière pour éviter ses complications, elle a peur d'être paralysée, hémodialysée ou voir une maladie cardiaque, c'est-à-dire qu'elle a des pensées négatives et dysfonctionnelles par rapport au diabète.

En ce qui concerne son état psychique elle est souvent stressée, angoissée et nerveuse, ainsi que sur le plan physique, elle ressent des douleurs au niveau du pied, faiblesse, tremblement pendant la crise d'hypoglycémie, mêmes des bouffées de chaleur, maux de tête lors de la crise d'hyperglycémie. En clinique ses manifestations revoient aux symptômes du stress. Elle déclare « **kolech iroh, sahaw troh, kol la3mel idzed elhal falı, ouzmirghara adado, rhumatisme...** ». Cela veut dire que Kamilya ressent un grand changement en ce qui concerne sa santé, sa mentalité et ses comportements, en référence au TTC.

En plus de ça, sa relation conjugale avec son mari n'a pas été du tout bien il la battu, même ses belles filles rentrées dans le jeu, ce qui a fait d'elle une personne nerveuse, stressée mais par contre ses enfants s'inquiètent sur elle ils évitent de la mettre dans des situations stressantes, ça veut dire que elle un soutien émotionnel de ses enfants. Malgré que les difficultés s'accumulent, elle est toujours optimiste, elle espère continuer sa vie en paix et en bonne santé. Elle a dit : « **tamigh a 3ichegh glahna d'saha, a sa zeka, inchallah** ». On constate d'après ses dires qu'elle a une pensée positive vers son avenir.

### **Axe N°3 : La défense face au stress et au diabète ; les stratégies de coping**

Kamilya suit les conseils du médecin concernant son traitement, elle affronte sa maladie par le suivi régulier de son traitement et de son régime alimentaire grâce à l'aide de sa belle fille, ce qui renvoie en clinique à une adhésion thérapeutique. Elle ne ressent pas du mal lorsqu'elle prend son traitement. Kamilya accepte sa maladie car c'est une personne qui se tourne vers Dieu, elle déclare « **ayni idifka rabi marahba syess, oulach dankhdem, anesber kan** ». C'est -a -dire elle des ressources culturelles à caractère religieux.

Elle se sent capable de lutter seule contre les difficultés causées par sa maladie sans demander de l'aide à sa famille, ce qui veut dire qu'elle maîtrise sa situation, quand elle se trouve dans une situation stressante elle réagit en pleurant, elle ne contrôle pas ses émotions, elle déclare : « **mara y tarante awalel teslathiniw , s'efka3ntiyé, t3ayietegh falessente, mais de fois tasthigh ghadoulanesent, tekhirghd , taraghte a rimatawen** », ce qui renvoie en clinique à la décharge émotionnelle, ainsi elle se replie sur elle-même, c'est un retrait , et elle évite de créer des problèmes et parfois elle devient agressive envers les personnes qui présentent pour elle une source de stress , ça veut dire qu'elle est envahie par ces émotions. Lorsque Kamilya se trouve en difficultés, elle tourne en priorité vers ses enfants, c'est une défense par le soutien social.

#### **1.3.2.1. Synthèse de l'entretien clinique du cas de Kamilya**

On constate d'après ce que nous avons abordé dans les trois axes que Kamilya présente un stress à cause de sa maladie et elle trouve des difficultés d'adaptation dans son environnement familial. Et pour faire face au stress causé par sa maladie, elle fait recourir à la stratégie de conversion (acceptation), conversion par les valeurs (se tourne vers Dieu), et le contrôle cognitif et

planification, plus un support social informationnel et à celle de retrait (replie sur elle-même). Ce qui renvoi aux stratégies de coping centrées sur le problème.

### 1. 3.3. Données et analyses de l'échelle de stress perçu du cas de Kamilya

Au cours du dernier mois

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

**Tableau N°11: Présente l'échelle de stress perçu du cas de Kamilya**



Ce tableau démontré que Kamilya a eu :

- ✓ **Le stress perçu est de « 33 ».**
- ✓ **Les items: 2, 13 =00.**
- ✓ **Les items : 5,6=01**
- ✓ **Les items : 4, 7, 9,10=02**
- ✓ **L'item : 8 =03**
- ✓ **Les items: 1, 3, 11, 13, 14 =4.**

On a constaté d'après les résultats, que Kamilya est très stressée et la preuve se trouve dans les résultats obtenus aux items 3 et 11 qui égale à un score de 4, ce qui signifie que elle ne maîtrise pas son énervement, elle se sent irritée quand les évènements échappaient de son contrôle ce qui prouve le stress chez elle. et l'item 14 qui indique qu'elle a des difficultés qui s'accumulaient à un tel point qu'elle ne pouvait pas les surmonter.

### **1.3.3.1. Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Kamilya**

D'après l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score supérieure à «32» veut dire **stress ou hyper stress**. Et Kamilya a marquée un score de « 33», donc Kamilya a **un stress élevé**.

### **1.3.4. Données et analyses de l'échelle du toulousaine de coping du cas de Kamilya**

Choix de la situation difficile : **le diabète**

Face à une situation difficile, je réagis e la façon suivant :

	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 (professeurs, 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'éviter 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 la 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 refusé 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 de problème avec mes parents ou avec 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 de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3✓	4	5
37. Je vais directement au problème.	1✓	2	3	4	5
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5✓
39. Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1✓	2	3	4	5
40. J'aide les autres comme j'aimerais être aidé(é).	1	2	3	4	5✓
41. J'essaie à tout prix de penser à l'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 en retrait par rapport aux autres.	1✓	2	3	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5✓
45. Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4✓	5
46. Je modifie mes actions en fonction du problème	1	2	3	4	5✓
47. Je me donne des objectifs à atteindre	1	2	3	4	5✓

48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues	1	2	3	4	5✓
49. Je me retiens d'agir trop 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 employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3✓	4	5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5✓

**Tableau N°12: Présente l'échelle du toulousaine du coping du cas de Kamilya**

C'est un tableau dans lequel Kamilya inscrit sa situation difficile, dans la première ligne, où elle a coché le chiffre qui lui correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

**1.1.4.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du cas de Kamilya**

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	1	4	1	1	1	5	5	5	2	1	4	1	1	1	4	1	5	5			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	5	5	1	1	1	5	3	5	2	4	5	4	5	3	4	4	2	3			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	1	5	1	5	2	1	1	5	4	5	5	5	1	3	4	3	1	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Tota	G	
Action	7			9			9			10			7			8			50		
Information		14			4			15			14			7			8		62	169	
Emotion			3			11			8			10			12			13	57		
Positif	7	14		9				15			14					8	8	13	88		
Negatif			3		4	11	9			10		10	7	7	12				73		

**Tableau N°13 : La feuille de dépouillement n°1 du cas de Kamilya**

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

- ✓ **Une note par dimension : A(7), B(9), C(9), D(10), E(7), F(8), G(8), H(14), I(4), J(15), K(14), L(7), M(12), N(13), O(3), P(11), Q(8), R(10).** D'après ses notes obtenus, nous remarquons que Kamilya utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : **l'acceptation, le support social informationnel, contrôle cognitif et planification.**
- ✓ **Une note par champs : Kamilya a eu une note plus élevée est de (62) pour le champ information, suivant d'une note de (57) pour le champ émotionnel, puis une note de (50) pour le champ action qu'est avérée le moins utilisé.**
- ✓ **Une note générale de coping : Kamilya a eu une note totale de (169) des champs.**
- ✓ **Une note de coping positive et une note de coping négative : Kamilya a eu une note de (88) de coping positif ajoutant une note de (73) de coping négatif.**

#### 1.3.4.2. Donnée et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Kamilya

Champs stratégies	I Action	II Information	II Emotion	Total
Focalisation	A 7	G 8	M 12	25
Support social	B 9	H 14	N 13	33
Retrait	C 9	I 4	O 3	16
Conversion	D 10	J 15	P 11	36
Contrôle	E 7	K 14	Q 8	29
Refus	F 8	L 7	R 10	25

**Tableau N°14: la feuille de dépouillement n°2 du cas de Kamilya**

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

- ✓ **une note totale par stratégies : une note plus élevée de (36) pour la stratégie de conversion, suivie d'une note de (33) pour le support social, après une note de (29) pour le contrôle, puis une de (27) pour la focalisation et une note de (25) correspond au refus, ensuite une note faible de (16) pour le retrait.**

#### **1.3.4.3. Synthèse de l'échelle de toulousaine de coping**

On constate d'après l'analyse de l'échelle de coping de Kamilya, qu'elle fait recourir beaucoup plus à des stratégies centrées sur le problème parce qu'elle se focalise sur le champ cognitif (information) et elle utilise beaucoup plus la stratégie de conversion (acceptation).

#### **1.3.5. Conclusion de troisième cas de Kamilya**

On a conclu à partir de l'entretien que Kamilya est une femme stressée car elle a trouvée des difficultés d'adaptation dans son environnement, beaucoup plus dans son environnement familial, en plus elle n'a pas un bon soutien de la part de sa famille, ce qui la met dans des événements ou des situations, qui peuvent provoquer chez elle un stress important.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Kamilya **est stressée**, avec **un score supérieur (33)**.

Aussi, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons soulevé que Kamilya utilise le coping positif avec un score de **(88)**, elle se focalise sur le champ cognitif (information avec un score de **(62)**) et elle utilise la stratégie de conversion avec un score de **(36)** qui implique des positions cognitives ou informationnelles (acceptation avec un score de **15**), des valeurs (se tourner vers Dieu, se donner une philosophie de vie, plaisante sur le sujet) et le changement, la transformation des comportements avec un score égale à **(11)** ; alors on constate que Kamir utilise les stratégies de coping centrées sur le problème .

De tout ce qui a précédé il s'est avéré que notre troisième cas présent **un stress élevé**, elle fait appel aux **stratégies de coping positif centrées sur le problème** pour gérer le stress dû à sa maladie.

## Cas N°4

### 1. 4.1. Présentation du quatrième cas de Aziz

Aziz est un homme âgé de 53 ans, il a le niveau de 5 années primaire, marié, père de 4 enfants, il travaille comme un pêcheur, mais actuellement il est au retrait et d'un niveau socio -économique moyen.

### 1.4.2. Données et analyses de l'entretien clinique semi-directif du cas de Aziz

Durant l'entretien, Aziz s'est montré coopératif avec un bon contact et une participation active à l'entretien, son discours est structuré et logique.

#### Axe N°1: Renseignements sur l'état de santé du sujet : le diabète

Aziz est atteint du diabète depuis 5 ans, il a découvert son diabète après une fatigue remarquable au niveau du pied, ce qui la pousser à consulté un médecin et ce dernier a trouve que le taux de glycémie chez lui est de 6g, de ce fait le médecin le oriente vers l'hôpital où il est hospitalisé pour une durée de 13 jours, il a dit : «**mi hosegh fechlegh machi am kolas rough atbib ikassie iwfa sucriou ioulai 6grammen, iktabiyid tabrate direct à l'hôpital après dina tafenier13jours**». D'après ses dires, Aziz ressent au début de sa maladie de la fatigue, l'insomnie, une soif et bouche sèche, maux de tête, vertige, polyurie, il voit les choses floues. Mais il n'avait pas de complications associées à sa maladie. Aziz déclare qu'il a des cousins qui sont diabétiques, cela veut dire que le facteur héréditaire entre en jeu, Ainsi avant qu'il a atteint de diabète il est été en bonne santé, il a dit : «**oumadazouh**»,mais il a des problèmes socio-économique, il n'a

pas de logement, même il n'a pas de bonne relation avec son grand frère, il boive de l'alcool, fumer, ne fait pas de la prière, il aime manger trop, donc il est une grand surpression. Il répond mal au traitement surtout pour le régime alimentaire, il déclare qu'il a arrêté son régime car ce dernier cause pour lui une crise d'hyperglycémie.

### **Axe N°2 : Renseignements sur l'état psychique du diabétique : le stress**

Lorsque le médecin annonce à Aziz qu'il est atteint de diabète, Aziz a été choqué, avec un visage triste car il n'a pas attendu ça, c'est quelqu'un qui motivé, actif alors pour lui le diabète c'est comme un handicap, gêner, qui exige un régime spécifique et chère « **chgh elendicapé, iginier, auzirghara adkhadmegh, nigh adachegh ayen ibghigh, yarno regimynes ghlaye** » Aussi, il déclare qu'il a peur de ses complications comme rétinopathie et le pied diabétique. Son état psychique est « **aplas** », il est stressé, angoissé. Mais après il se culpabilise. Pendant la crise d'hyper glycémie, Aziz ressenti de maux de tête, la fatigue, il est devenu pale, il a une douleur au niveau de pied gauche, ses habitudes et sa mentalité ont changées, il n'arrive pas à bouger comme avant, son corps est souvent en état de fatigue, il s'énerve rapidement mais il contrôle son énervement. Sa femme s'inquiète sur lui, elle lui dit : « **balaka tamthet** », mais lui il plaisante sur sa situation il dit à femme : « **balak d kami adimth enakabliou** », cela en clinique veut dire la dénégation. Pour son avenir il souhaite d'aller au « **Hidj** » après que sa situation social est amélioré, il pas de difficultés comme avant, il est devenu stable, il a une maison et il fait de la prière, il est soutenu par ces proches, Ce qui renvoie au recour à la religion, plus un soutien social.



### **Axe N°3 : La défense face au stress et au diabète : les stratégies de coping**

Aziz déclare qu'il ne suit pas vraiment les conseils de médecin « **turra contre le médecin parcequeinghayi, outatarawa, autatarawa ... nighaskiyid d'achou a dategh** » surtout pour le régime alimentaire, il ne suit pas « **tateghkolech, alkahwa se sucre,...** », Cela en clinique c'est un refus, Mais il prend ses médicaments sans aucun problème, il n'aime pas d'utiliser l'appareil pour mesurer son glycémie, car elle provoque chez lui de l'angoisse. Pour qui fait face à cette situation, Aziz aime faire de l'agriculteur, pour se mobiliser et dépenser, cela c'est quelque chose de plus agréable pour lui. Il a dit: « **thabigh a khadeghakil, tibhirth, tafeghimanioudina** ». D'après ces dires, même ses difficultés quotidiennes suite à sa maladie, il fait face efficacement, il a suivi sa vie comme avant, il se sent capable d'assumer des choses importantes dans sa vie « **mazelzamregh** » ; il essaye de trouver des solutions en éliminant la source de problème. Aziz quand il est confronté à des situations stressantes, il aime sortir, parler et discuter avec ses amis pour dépasser ces situations ce qui veut dire qu'il évite ces situations, il déclare : « **tafaghegh, tkimayeghwahidimdocaliuo, nhader, ntkassir...** », Il ne partage pas ce qu'il ressent intérieurement « **aynilansdakhale a des kim dina** », il les garde pour lui. Mais il n'arrive pas à contrôler son énervement il dit « **ma adfek3egh, da3wa tabarkanet** » et il fait un plan d'action et il le tient « **ikalhiyalmir, la3chani 3ousseghth, tafghitid g Le port anda khadmegh, tagrithid gadroje, irez g taren, ou mazelistahel plus waken,...** ». Alors il planifie puis il fait recourir à l'action, comportement agressif pour gérer ce problème. Ainsi il a des connaissances partout et des amis qui l'ont bien soutenu à dépasser ses difficultés, pouvoir construire une maison, ce qui veut dire en clinique qu'il a le soutien social.

### 1.4.2.1. Synthèse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Aziz

On constate d'après l'analyse des ces trois axes que pour **Aziz le diabète ne lui provoque pas chez lui de stress**, mais il se senti handicapé, il n'a peu faire ce qu' il vue facilement, son régime c'est un dérangement pour lui, mais il fait face a ce denier par le refus de suivre son régime, aussi il est quelqu'un qui utilise **un coping négatif** car il emploi des **stratégies d'évitement**, boire de l'alcool, fumer, agressivité en vers autrui, mais après il se sent coupable, de ce fait il cherche d'autres stratégies, c'est de faire **recoure à la religion**( la prière) a l'aide de ses aimes et régler son problème social, ce qu'il lui a permet de contrôler son glycémie et de ne pas être stressé comme avant.

### 1.4. 3. Données et analyses de l'échelle de stress perçu du cas de Aziz

Au cours du dernier mois

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

12. ... vous êtes-vous senti préoccupé par des choses que vous deviez mener à bien ?			X		
13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?			X		
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?			X		
	1	2	3	4	5

### Tableau N°15 : Présente l'échelle de stress perçu du cas de Aziz

D'après la cotation de cette échelle, on note que Aziz a eu :

- ✓ Le stress perçu est de «16»
- ✓ Les items: 1, 4, 5, 6,9,10 = 00
- ✓ L'item:2,8,=01
- ✓ Les items: 7, 13,14= 02
- ✓ Les items:3, 11,= 04

Aziz a obtenu un score de (16), donc Aziz n'est pas stressé. On peut prouver dans les résultats des items 1, 5, 6 et 9 qui est égale a un score de (00), ce qui signifie que Aziz maîtrise son énervement, confiant de ses capacités à gérer les situations stressants, ce qui prouve l'absence de stress chez lui.

#### 1.4.3.1. Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Aziz

D'après l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, un score inférieur à 23 veut dire pas de stress, et Aziz a marque un score de 16, alors Aziz n'a pas de stress.

#### 1.4.4. Données et analyses de l'échelle de toulousaine de coping du cas de Aziz

Choix de la situation difficile : le diabète

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

	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 (professeurs, médecins,...).	1	2	3	4	5✓
3. J'essaie de me sentir mieux en mangeant	1	2	3	4	5✓
4. Je travaille en coopération avec d'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'éviter 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 la 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 refusé 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 de problème avec mes parents ou avec 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'arrivent 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 de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4✓	5
37. Je vais directement au problème.	1	2✓	3	4	5
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1✓	2	3	4	5
39. Je prends des drogues ou 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'essaie à tout prix de penser à l'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 en retrait par rapport aux autres	1	2	3✓	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5✓
45. Je garde pour moi mes sentiments.	1✓	2	3	4	5
46. Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5✓
47. Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5✓
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5✓
49. Je me retiens d'agir trop 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	1	2	3	4	5✓

employer pour mieux résoudre mon problème.					
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5✓

**Tableau N°16 :l'échelle de toulousaine de coping du cas de Aziz**

C'est un tableau dans lequel Aziz inscrit sa situation difficile, dans la première ligne, et où il a coché le chiffre qui lui correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

**1.4.4.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du cas de Aziz**

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	5	5	5	1	5	5	1	2	3	4	5	5	5	4	4	4	4	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	4	1	4	3	5	3	5	1	4	5	4	5	4	4	5	4	4		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	2	1	4	5	4	4	3	5	1	5	5	5	5	5	3	5	5	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Tota	G
Action	12			10			7			13			15			14			71	
Information		10			12			12			15			13			13		75	214
Emotion			10			14			5			14			11			14	68	
Positif	12	10		10				12	5		15					14	13	14	105	
Negatif			10		12	14	7			13		14	15	13	11				109	

**Tableau N° 17: la feuille de dépouillement du cas de Aziz**

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

✓ **Une note par dimension :A(12), B(10), C(7), D(13), E(15), F(14), G(13),H (10), I(12), J(12), K(15), L(13), M(11), N(14), P(14), Q(5),R(14).** D'après ses notes obtenus nous remarquons que Aziz utilise beaucoup plus les dimensions suivantes : en premier c'est **la régulation des activités et contrôle cognitif et planification** avec un score de (15), en deuxième **conversion par les valeurs et le support social émotionnel** avec un score de(14).

✓ **Une note par champs : Aziz a eu une note plus élevée est de (75) pour le champ information, ensuite une note totale de (71) pour le champ action et**

une note totale de (68) pour le champ émotionnel; donc le champ le plus fréquemment dominant chez Aziz est le champ informationnel.

✓ Une note générale de coping : Aziz a eu une note totale de (214) des champs.

✓ Une note de coping positive et une note de coping négative : Aziz a eu une note plus élevée est de(105) qui est celle de coping positif par rapport au coping négatif qui est de score de (109).

#### 1.4.4.2. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas du Aziz

Champs Stratégies	I Action	II Information	II Emotion	Total
Focalisation	A 12	G 13	M 11	36
Support social	B 10	H 10	N 14	34
Retrait	C 7	I 12	O 10	29
Conversion	D 13	J 12	P 14	39
Contrôle	E 15	K 15	Q 5	35
Refus	F 14	L 13	R 14	41

#### Tableau N°18: la feuille de dépouillement n°2 du cas de Aziz

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

✓ une note totale par stratégies : une note de (41) pour la stratégie de refus, suivent d'une note de (39) pour la conversion, après une note de (36) pour la focalisation, puis une de (35) pour le contrôle et une note de (34) correspond au support social ,et en dernier une note de (29) pour le retrait. A partir de ces résultats on constate que Aziz fait utilise beaucoup plus la stratégie de refus par rapport aux autres.

#### **1.4.4.3. Synthèse de l'échelle de toulousaine de coping du cas de Aziz**

On constate d'après l'analyse de l'échelle de coping de Aziz, qu'il fait recourir beaucoup plus à des stratégies centrées sur le problème parce qu'il se focalise sur le champ cognitif (information) et il utilise beaucoup la stratégie de refus (distraction et Alexthymie)

#### **1.4.5. Conclusion de quatrième cas de Aziz**

On conclut à partir de l'entretien que Aziz est un homme qui n'est pas stressé car il n'a pas trouvé de difficultés à contrôler son diabète et de s'adapter à son environnement, et en plus il a un bon soutien de la part de ces proches, qui l'ont aidé à dépasser ses problèmes, événements ou des situations, qui peuvent provoquer chez lui un stress important.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Aziz n'est pas stressé, avec un score de (16).

Aussi, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons relevé que Aziz utilise le coping négatif avec un score de (109), elle se focalise sur le champ cognitif (information avec un score de (75) et il utilise beaucoup la stratégie de refus avec un score de (41), Aziz fait comme si le problème n'existait pas, il se distrait avec un score de (14) en faisant quelque chose plus agréable, il a des difficultés à décrire ses émotions.

De tout ce qui a précédé il s'est montré que notre quatrième cas ne présente pas un stress, il se focalise sur les stratégies de coping centrées sur le problème (cognitive), de manière négative pour maîtriser son stress, qui consiste au refus (distraction, alexithymie) et la conversion (par les valeurs).



## Cas N°5

### 1.5.1. Présentation du cas de Taklit

Taklit est une femme âgée de 56 ans, son niveau d'instruction est de 6<sup>ème</sup> années primaire, c'est une femme au foyer, veuve depuis 3 ans, elle avait un niveau socio-économique très pauvre, son marié est un manouvreur.

### 1.5.2 Données et analyses de l'entretien clinique semi-directif du cas de Taklit

Au cours de l'entretien, Taklit était calme et triste, le contact avec elle a été marqué par un climat de confiance, elle a peu partagé avec nous sa souffrance sans réticence.

#### Axe N°1 : Renseignements sur l'état de santé du sujet : le diabète

Taklit nous a raconté qu'elle est atteinte d'une maladie chronique qui est le diabète. Elle a découverte sa maladie depuis 5 ans, suite à une crise de colère, elle ressentit une faiblesse excessive, maux de tête, ce qu'il a poussée à faire les analyses qui ont démontré qu'elle est diabétique, elle déclare « **walah s les nères, fak3egh mlih, ikarhiyi aukarouyigh, fachlegh , ca va pas, rohegh 3alegh les analyses oufaned scure ewliyé** », après les médecins lui ont prescrit un traitement médicamenteux immédiatement, au cours de sa maladie, elle ressentit de la faiblesse, un malaise physique et moral, Taklit ne manifeste aucune autre maladie provoquée par le diabète, mais elle souffre de l'arthrose avant d'être diabétique, elle déclare que son père et ses trois sœurs sont des diabétiques, cela veut dire qu'il y a un terrain génétique familial. D'après ses dires elle a une bonne observance du traitement.

## **Axe N°2 : Renseignements sur l'état psychique du diabétique : le stress**

Lors de l'annonce de la maladie, Taklit a eu peur, énervée, elle a dit «**khal3egh, fak3egh, anighasse machi narned oula de sucer** », elle une crainte d'être handicapée car elle n'a pas quelqu'un pour prendre soin d'elle et de son enfant qui est handicapé et la mort de son conjoint lui a laissé un grand vide, de ce fait elle a perdu le courage de pouvoir surmonter seule toutes ces difficultés qui s'accumulent. Elle est devient souvent nerveuse et stressée et elle se sent irritée lorsque les événements échappaient à son contrôle, ce qui renvoi en clinique à un état de stress ou d'hyper-stress.

## **Axe N°3 : La défense face au stress et au diabète : les stratégies de coping**

Taklit suit les conseils du médecin concernant son traitement, elle est consciente de l'importance du traitement, Elle dit qu'il faut juste prendre régulièrement les médicaments, et respecter le régime alimentaire, évite l'énervement pour ne pas aggravée sa situation « **il faut yomen asuive adwaynase kalwakth, adi3el arigimeynes akani iyazmer, alwahi a d essayé ouditnivara bachi ouytagravara elhalaynes** », ce qui renvoi à une bonne observance thérapeutique. Elle a des difficultés dans son environnement familiale, elle partage son habitat avec d'autres voisins, donc elle vit dans un climat défavorable et malgré cela, elle arrive à s'adapter et a confronter ses difficultés quotidiennes, elle évite la source de problème, en faisant recours à quelque chose de plus agréable pour se distraire comme écouter de la musique, sortir, faire le nettoyage, cela veut dire en clinique que c'est un refus. Lorsque son marie la met en colère, elle exprime sa colère « **t3ayitegh, asad3ogh secher, ...** » ou en détresse, elle dit: « **tatrogh** » ce qui renvoi a une décharge émotionnelle ; en suite elle se calme en disant « **Acahdegh, astgafregh, atalbagh rabi a3ziz a aya3fo, au distadjbara**

**id3awith nacher,...** ». Cela veut dire que Taklit se culpabilise, et elle a un soutien religieux. Au cours de sa maladie, Taklit déclare qu'après la mort de son mari sa famille et la famille de son mari l'ont laissée toute seule sans aide « **imouth w rgaziw , djanier wahi, au saksaynara fali ikel meme a khamegh** », Ce qui signifie qu'elle n'a pas de soutien de la part de sa famille, mais elle a un soutien de la part des amis de son marie qui sont toujours là pour l'aider, aussi ses sœurs rarement, elle a dit : « **hamdolah , allan imdoukel ne rgaziw , saksayned fali, aywak auhwajegh kra aydawin ....meme isetma saksayented fali sa3a 3la sa3a** », c'est une défense par le soutien social.

### 1.5. 3. Données et analyses de l'échelle de stress perçu du cas de Taklit

Au cours du dernier mois.

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

13. ... avez-vous été capable de contrôler la façon dont vous passiez votre temps ?					X
14. ... avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?				X	
	1	2	3	4	5

### Tableau N°19 : l'échelle de stress perçu du cas de Taklit

D'après la cotation de cette échelle on note que Taklit a eu :

- ✓ **Le stress perçu est de « 37 »**
- ✓ **Les items: 5, 6, 10, 13 = 00**
- ✓ **L'item:4=01**
- ✓ **L' items: 9= 02**
- ✓ **Les items: 8, 14 = 03**
- ✓ **Les items: 1, 2, 3, 7 = 04**

Donc **Taklit est très stressé**. En peut prouver dans les résultats des items de l'échelle de stress, Taklit a de stress et cela dans les items 1 (elle est trop dérangée par des événements inattendus), 2(elle semblée difficile de contrôler les choses importantes de votre vie), 3(elle se sent nerveux et stressée), 11(elle se sent irritée parce que les événements échappaient a son contrôle) qui est égale a un score de 4.

#### 1.6.1. Synthèse de l'échelle de stress perçu du cas de Taklit

D'après l'échelle de stress perçu de Cohen et Williamson, **un score supérieur à 32 veut dire situation de stress ou d'hyper stress**. Taklit a marquée un score de « 37 ».

#### 1.5.4. Données et analyses de l'échelle de toulousaine du coping du cas de Taklit

Choix de la situation difficile : **le diabète**

## Chapitre V      Présentation, analyse et discussion des hypothèses

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

	Pas de tout		Très souvent		
	1	2	3	4	5
1. Je fais face à la situation.	1✓	2	3	4	5
2. Je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecin,...).	1	2	3	4✓	5
3. J'essaye 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'essaye 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'éviter 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'essaye 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 la 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 refusé 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 de problème avec mes parents ou avec 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'arrivent 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 de mes amis pour calmer mon anxiété.	1	2	3	4✓	5
37. Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5✓
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5✓
39. Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40. J'aide les autres comme j'aimerais être aide(é).	1	2	3	4	5✓
41. J'essaie à tout prix de penser à l'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 en retrait par rapport aux autres	1✓	2	3	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5✓
45. Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5✓
46. Je modifie mes actions en fonction du problème.	1	2	3	4	5✓
47. Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	5	5✓
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	5	5✓
49. Je me retiens d'agir trop 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 employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5✓
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5✓

**Tableau N°20 : Présente l'échelle de toulousaine de coping de cas de Taklit**

C'est un tableau dans lequel Taklit inscrit sa situation difficile, dans la première ligne, et où elle a coché le chiffre qui lui correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

**1.5.4.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 du cas de Taklit**

Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
Scores	1	4	1	1	1	5	5	5	2	1	4	1	1	1	4	1	5	5		
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Scores	5	5	1	1	1	5	3	5	2	4	5	4	5	3	4	4	2	3		
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54		
Scores	1	5	1	5	2	1	1	5	4	5	5	5	1	3	4	3	1	5		
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Tota	G
Action	7			9			9			10			7			8			50	
Information		14			4			15			14			7			8		62	169
Emotion			3			11			8			10			12			13	57	
Positif	7	14		9				15	8		14					8	8	13	86	
Negatif			3		4	11	9			10		10	7	7	12				73	

**Tableau N° 21: la feuille de dépouillement n°1 du cas de Taklit**

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

✓ Une note par dimension : A(7), B(9), C(9), D(10), E(7), F(8), G(8),H (14), I(4), J(15), K(14), L(7), M(12), N(13), O(3), P (11), Q(8), R(10). D'après ses

notes obtenus nous remarquerons que Taklit utilise beaucoup plus les deux dimensions suivantes : **l'acceptation, le support social informationnel et contrôle cognitif et planification.**

✓ **Une note par champs** : Taklit a eu une note plus élevée est de (62) pour le champ informationnel, ensuite elle a une note totale de (57) pour le champ émotionnel, ensuite et une note totale de (50) pour le champ action; donc le champ le plus fréquemment dominant chez Taklit est le champ émotionnel

✓ **Une note générale de coping** : taklti a eu une note totale de (169) des champs.

✓ **Une note de coping positive et une note de coping négative** : Taklit a eu La plus élevée est de (86) qui est celle de coping positif par rapport au coping négatif qui est de score de (73).

### 1.5.4.2. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Taklit

Champs stratégies	I Action	II Information	II Emotion	Total
Focalisation	A 7	G 8	M 12	27
Support social	B 9	H 14	N 13	33
Retrait	C 9	I 4	O 3	16
Conversion	D 10	J 15	P 11	36
Contrôle	E 7	K 14	Q 8	29
Refus	F 8	L 7	R 10	25

**Tableau N°22: la feuille de dépouillement n°2 du cas de Taklit**

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



✓ **une note totale par stratégies : une note de (36) pour la stratégie de conversion**, suivant **d'une note de (33) pour Le support social**, après **une note de (29) pour le contrôle**, puis **une de (27) pour la focalisation** et **une note de (25) correspond au refus**. A partir de ces résultats on constate que Taklit utilise **beaucoup plus la stratégie de conversion** par rapport aux autres.

#### **1.5.4.3. Synthèse de l'échelle de coping du cas de Taklit**

On constate d'après l'analyse de l'échelle de coping Taklit, qu'elle fait recours beaucoup plus à **des stratégies centrées sur le problème** parce qu'elle se focalise sur **le champ informationnel (affectif)** et elle utilise beaucoup plus **la stratégie de conversion (acceptation), support social informationnel et contrôle cognitif et planification**.

#### **1.5.5 Conclusion de cinquième du cas Taklit**

On conclut à partir de l'entretien que Taklit est une femme stressée car elle a trouvée des difficultés d'adaptation dans son environnement, est beaucoup plus dans son environnement familial, en plus elle n'a pas un bon soutien de la part de sa famille, ce qui la met dans des situations, qui peuvent provoquer chez elle un stress important.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien, c'est que Taklit **est très stressée, avec un score supérieur (37)**.

Aussi, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons relevé que Taklit utilise le coping positif avec un score de **(86)**, elle se focalise sur le champ cognitif (information avec un score de **(62)**) et elle utilise la stratégie de conversion avec un score de **(36)** qui implique des positions cognitives ou informationnelles (acceptation avec un score de **15**), des valeurs (se tourner vers Dieux, se donner une philosophie de vie, plaisanter sur le sujet) et le changement, la transformation des

comportements avec un score égale a **(10)** ; alors on constate que Taklit utilise les stratégie de coping centré sur le problème avec un coping positif , donc on peut dire que Taklit fait face efficacement à la situation stressante(le diabète).

De tout ce qui précède, il s'est avéré que notre cinquième cas présente un **stress très élevé** et elle fait appelle **aux stratégies de coping positif centrées sur le problème** pour gérer son stress.

## **Cas N°6**

### **1.6.1. Présentation du cas de Malika**

Malika est une femme âgée de 66 ans, son niveau est de 6<sup>ème</sup> année primaire, divorcée, mère de 6 enfants, elle travail comme femme de ménage actuellement elle est en retraite, issue d' un niveau socio-économique très pauvre.

### **1.6.2. Données et analyses de l'entretien clinique semi-directif du cas de Malika**

Durant l'entretien Malika, s' est montré motivée, le contact est marqué par un climat de confiance, chargée d' envie de parler de sa souffrance.

#### **Axe N°1 : Renseignements sur l'état de santé du sujet : le diabète**

Malika est atteinte de diabète depuis 6 ans, elle a découvert son diabète depuis 6 ans lorsque son marie la mit en colère après une grande dispute entre eux, elle s'est évanouie, une paralysie au niveau de la bouche ce qui la conduite directement à l'hôpital où ils ont découvert qu'elle est diabétique. Durant sa maladie elle manifeste les symptômes suivants : évanouissement, vertige, maux de tête, douleur d'estomac, fatigue, la cause est héréditaire sa sœur et son fils sont des diabétiques, ce qui signifie qu'il ya un terrain familial génétique, elle souffre d'une autre maladie à part le diabète qui est la tension artérielle, mais elle vit sans

d'autres complications associées au diabète. Elle suit un traitement par des comprimés.

### **Axe N°2 : Renseignements sur l'état psychique du diabétique**

Le moment où le médecin l'informe qu'elle est diabétique, Malika décalerait qu'elle est choquée, pleurant, c'est une décharge émotionnelle, elle n'a pas cru qu'elle a le diabète à cette âge, pour elle le diabète signifie une maladie qui est dû un énervement intense, elle s'inquiète sur les maladies et les complications qui peuvent être provoquées par le diabète et puis elle a peur de mourir et laisser sa fille sans aucune aide. C'est-à-dire elle a une pensée négative et dysfonctionnelle de sa maladie. Elle a dit « **karher hayatiw** », ce qui signifie en clinique, désespéré, pessimiste, elle reste souvent toute seule chez elle, ce qui la met dans état de stress, d'angoisse, ainsi elle s'énerve lorsque son mari la bat, en plus elle n'a pas d'argent même pour se nourrir, ce qui la pousse à demander aux gens de l'aider afin d'arriver à satisfaire ses besoins primaires pour pouvoir survivre comme les autres. Devant toutes ses difficultés qui s'accumulent elle dit « **hamdolah 3ala koli hal** » ce qui fait d'elle une femme très courageuse, croyante pour lutter contre cette misérable vie, ce qui renvoi en clinique à un soutien religieux.

### **Axe N°3 : la défense face au diabète et au stress : les stratégies de coping**

Malika prend soins d'elle-même en suivant régulièrement son traitement malgré qu'elle ait des difficultés à acheter ses médicaments, elle se sent toujours capable d'assumer tout ses responsabilités, ses préoccupations quotidiennes. Ce qui renvoi en clinique à une observance thérapeutique. Elle a accepté sa maladie en disant « **rabi iditafken lahlak et thitaksen, adinigh hamdolah, naki akhir wayat, mazel zamregh, tadough fi tarniw, ...** », en clinique cela veut dire elle a des ressources culturelles à caractère religieuse, un soutien religieux, lorsque elle

se trouve dans des situations stressantes elle s'isole, elle n'arrive pas à réagir, elle s'évanouie. Ce qui signifie en clinique qu'elle réagit en faisant recourir au retrait. Au cours de la maladie, Malika déclare que sa relation avec sa famille a été rompue elle n'a personne à côté d'elle lorsqu'elle a besoin d'aide. Ce qui veut dire que Malika n'a aucun soutien social de la part de sa famille.

### **16.2.1 Synthèse de l'entretien clinique semi-directif du cas de Malika**

En se référant à l'analyse de l'entretien, on constate que Malika présente un stress très élevé dû à sa maladie d'après ce qu'elle dit « karhegh alkayatiw », elle vit toute seule sans aucun support social, ce qui la met dans un état de stress et d'angoisse, elle n'arrive même pas à satisfaire ses besoins physiologiques primaires (nourriture), ainsi que ces médicaments.

### **1.6.3. Données et analyses de l'échelle de stress perçu du cas de Malika**

À cours du dernier mois.

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

### Tableau N°23 : l'échelle de stress perçu du cas de Malika

D`après la cotation de cette échelle on note que Malika a eu :

- ✓ **Le stress perçu est de « 40 ».**
- ✓ **L'item:6=01**
- ✓ **Les items: 7, 9,10 = 02.**
- ✓ **Les items: 5, 13 = 03.**
- ✓ **Les items: 1, 2, 3, 4, 8, 11, 14= 04.**

C'est-à-dire que Malika est très stressée avec un score de **(40)** la prouve est dans **l'items1** (elle est vraiment dérange par des évènements inattendus), **l'item 3**

(elle est très souvent nerveuse et stressée), **l’item11** (elle se sent irritée lorsque les évènements échappaient à son contrôle), **l’item 4**(elle sent incapable d’affronter les petites problèmes quotidiennes suite à sa maladie) et **l’item 14** (les difficultés s’accumulaient à un point que elle ne pouvait pas surmonter).

### 1.6.3.1. Synthèse de l’échelle de stress perçu du cas de Malika

Dans l’échelle de stress perçu de Cohen et Williamson un score supérieur a **32** veut dire **situation de stress ou d’hyper stress**, Malika a marqué un score de **40**, donc Malika est **hyper stressée**.

### 1.6.4. Données et analyses de l’échelle du toulousaine de coping du cas de Malika

Choix de la situation difficile : **le diabète**.

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

	Pas de tout	Très souvent			
	1	2	3	4	5
1. Je fais face à la situation.	1✓	2	3	4	5
2. Je demande des conseils à des professionnels (professeurs, médecins,...).	1✓	2	3		5
3. J’essaye 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’essaye 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’éviter 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’essaye 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	1✓	2	3	4	5

j'éprouve face à la situation difficile.					
13 .Je ne pense aux problèmes que lorsqu'ils se présentent.	1	2	3	4	5✓
14 .Je refusé 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 de problème avec mes parents ou avec 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'arrivent 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 de mes amis pour calmer mon anxiété.	1✓	2	3	4	5
37. Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5✓
38. Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1✓	2	3	4	5
39 .Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1✓	2	3	4	5

40 .J'aide les autres comme j'aimerais être aide(é).	1	2	3	4	5✓
41. J'essaie à tout prix de penser à l'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 en retrait par rapport aux autres.	1✓	2	3	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5✓
45. Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5✓
46. Je modifie mes actions en fonction du problème	1	2	3	4	5✓
47. Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5✓
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3✓	4	5
49. Je me retiens d'agir trop 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 employer pour mieux résoudre mon problème.	1✓	2	3	4	5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	5✓

### Tableau N°21 : l'échelle du toulousain de coping du cas de Malika

Ce tableau dans lequel Malika inscrit sa situation difficile, dans la première ligne, et où elle a coché le chiffre qui la correspond le mieux pour chacune des affirmations suivant la consigne.

#### 1.6.4.1. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°1 de cas de Fatiha



Items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			
Scores	1	1	5	5	3	5	4	5	5	5	3	1	5	1	4	4	5	1			
Items	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Scores	5	5	1	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	2	2	4	1			
Items	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54			
Scores	5	1	1	5	5	1	1	5	5	5	5	3	4	4	1	5	1	5			
	A	H	O	B	I	P	C	J	Q	D	K	R	E	L	M	F	G	N	Tota	G	
Action	11			15				9			14			14			11			74	
Information		7			12				15			12			10			10		66	195
Emotion			7			11				15			8			7			7	55	
Positif	11	7		15					15	15		12					11	10	7	103	
Negatif			7		12	11	9				14		8	14	10	7				92	

**Tableau N°22 : la feuille de dépouillement n°1 du cas de Malika**

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

- ✓ **Une note par dimension : A( 11), B(15), C(9), D(14), E(14), F(11), G(10), H(7), I(12), J(15), K(12), L(10), M(7), N(7), O(7), P(11), Q(15), R(8).** D'après ces notes obtenus nous remarquons que Fatiha utilise beaucoup plus les dimensions suivantes: **Coopération, contrôle émotionnel avec un score de (15), et conversion comportemental et régulation des activités avec un score de (14)**
- ✓ **Une note par champs :** on a remarqué que Malika utilise fréquemment le **champ conatif (action) avec une note de (74), une note de (66) pour le champ informationnel,** et elle a eu **une note t de (55) pour le champ émotionnel** qui relève le moins utilisé.
- ✓ **Une note générale de coping :** Malika a eu **une note totale de (195) des champs.**
- ✓ **Une note de coping positif et une note de coping négatif :** Malika a eu **une note de coping positif élevée égale à (103) en comparaison avec le coping négatif qui est égale à (92).**

### 1.6.4.2. Données et analyses de la feuille de dépouillement n°2 du cas de Malika

Champs stratégies	I Action	II Information	II Emotion	Total
Focalisation	A 11	G 10	M 7	28
Support social	B 15	H 7	N 7	29
Retrait	C 9	I 12	O 7	28
Conversion	D 14	J 15	P 11	40
Contrôle	E 14	K 12	Q 15	41
Refus	F 11	L 10	R 8	29

### Tableau N°23 : la feuille de dépouillement n°2 du cas de Malika

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

✓ Une note totale par stratégies : nous avons enregistré une note de (41) pour la stratégie de contrôle, étant la plus fréquemment utilisée, suivant d'une note de (40) pour la conversion, puis la stratégie de support social et le refus qui se maintiennent avec une note de (29), la focalisation et le retrait qui se fixent avec une de (28).

### 1.6.4.3. Synthèse de l'échelle de toulousaine de coping du cas de Malika

On a constaté d'après l'analyse de l'échelle de coping de Malika, qu'elle emploi des stratégies de coping positives centrées sur le problème qui se traduit par l'utilisation de champ d'action avec une note de 70 implique par l'utilisation des stratégies de support social (coopération), celle de conversion comportementale et celle de contrôle (régulation des activités), ainsi le champ informationnel avec une

note de 66 implique par la stratégie de conversion (acceptation) et le contrôle cognitif et planification.

### **1.6. 5. Conclusion du sixième cas de Malika**

On conclut à partir de l'entretien que Malika est une femme qui est très souvent **stressée** à cause de sa maladie, elle déclare que le diabète a fait d'elle une autre personne, elle est devenue nerveuse et stressante, en plus du manque de soutien social de la part de sa famille et ses proches.

Ainsi, les résultats de l'analyse de l'échelle de stress perçu, confirment les résultats obtenus de l'entretien c'est que Malika souffre d'un stress très élevé, avec un score élevé égale à **(40)**, elle a eu un score égale à **4** aux items 1, 2, 3, 4, et 11, ce la indique que Malika a vécu beaucoup d'événements inattendus, elle est nerveuse, stressante, elle se sent incapable de contrôler les choses importantes, irritée lorsque les événements échappaient à son contrôle.

Aussi, dans l'échelle de toulousaine de coping, nous avons remarqué que Malika utilise le coping positif avec un score de **(103)**, elle se focalise sur le champ cognitif (information avec un score de **74**), elle utilise la stratégie de contrôle avec un score de **(41)** qui implique la maîtrise de la situation, la coordination des comportements et des activités avec un score de **(14)** et la contention des émotions avec un score de **(15)**, donc on constate que Malika **utilise les stratégies de coping centrées sur le problème.**

De ce qui précède, il démontre que notre sixième cas présente un stress élevé et elle fait face à ce dernier en employant beaucoup plus des stratégies centrées sur le problème tel que le contrôle par rapport aux autres.

**Tableau N°27 : Récapitulatif des résultats des deux échelles utilisées**

Les résultats de l'échelle du stress perçu				Les résultats de l'échelle de toulousaine de coping		
Le cas	Le nom	Le score	Le niveau de stress	Type de stratégie de coping	Les champs	Les stratégies par champs
Cas N°1	Zakia	10	Absence de stress	Coping centré sur le problème	action	Contrôle
Cas N°2	Fatiha	35	Stress élevé	Coping centré sur le problème	Information	Conversion par des positions cognitives
				sur l'émotion	Emotion	Conversion par des valeurs
Cas N°3	Kamilya	33	Stress élevé	Coping centré sur le problème	Information	Conversion
Cas N°4	Aziz	16	Absence de stress	Coping centré sur le problème	Information action	Refus
Cas N°5	Taklit	37	Stress élevé	Coping centré sur le problème	Information	Conversion
Cas N°6	Malika	40	Hyper stress	Coping centré sur le problème	Information	Contrôle

C'est un tableau récapitulatif des résultats des deux échelles pour chaque cas, dans le quel nous allons présenter leurs niveau de stress avec les scores et les types de stratégies utilisés selon les champs.

On prend dans cette partie nos hypothèses pour les pouvoir les discutées selon les résultats obtenues dans la pratique.

## **2. Discussion des hypothèses**

Dans cette partie, nous allons présenter la synthèse des résultats de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et celles de deux échelle : l'échelle de stress perçu et celle de toulousaine de coping qui se dégage dans notre recherche, qui vise a procéder à une discussion des hypothèses relatives aux trois variable de notre étude portée sur « *le stress et les stratégies de coping chez les adultes diabétiques* », afin de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

L'objectif de cette présente recherche est de détecter la présence et le degré du stress dû au diabète chez les adultes atteints et de faire ressortir les stratégies de coping utilisées par ces derniers.

A partir des données recueillies dans les entretiens et les échelles réalisées avec notre groupe de recherche au sein de la clinique de Beau Séjour et l'analyse de ces derniers, nous allons discuter nos hypothèses suivantes :

### **2.1. La première hypothèse : « les adultes diabétiques de type II présentent un niveau de stress élevé ».**

**Le cas de Zakia** : en référence a l'analyse de l'entretien clinique Zakia ne présente pas de stress suite à sa maladie parce qu'elle a accepté facilement sa maladie et elle s'est s'adapter à vivre avec le diabète sans avoir des difficultés de plus elle est bien soutenu par son environnement familiale.

Ainsi on confirmera ça après l'analyse l'échelle de stress perçu de Zakia dans le quel elle a obtenu un score qui est égale à « **10** » qui signifie **l'absence de stress** chez elle , ce qui est démontre par **les items 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10 et 11** à lesquels elle a obtenue un score égale à (**00** ).

Donc notre **première hypothèse est infirmée par rapport au premier cas.**

Alors que **le cas de Fatiha** : a travers l'analyse de l'entretien clinique de Fatiha, on a constaté qu'elle manifeste les symptômes suivants : fatigue, maux de tête, nervosité, angoisse ceux qui renvoient en clinique aux symptômes de stress alors on peu dire que Fatiha souffre d'**un stress élevé.**

On confirmera ça à partir des résultats obtenus de l'analyse de l'échelle de stress perçu de Fatiha, qu'elle a eu un score de « **35** » qui renvoi à **un stress élevé,** et cela dans **les items 1, 3,7, 9, 10 et 11** qui égale à **4.**

Donc notre première hypothèse est confirme par rapport a notre deuxième cas.

**Le cas de kamilya** : elle a été vraiment choquée lors de l'annonce de sa maladie, pour elle le diabète est une maladie chronique dangereuse sans remède, elle a peur d'être paralysé, hémodialisé ou d'avoir une maladie cardiaque, elle est souvent stressé, angoissé, nerveuse les premiers symptômes qui apparaissent comme suit : tremblements, faiblesse, bouffées de chaleurs, maux de tête, ce sont les symptômes de stress, elle vit dans un environnement défavorable favorisant chez elle l'apparition d'nu **stress élevé.**

Ainsi, Kamilya a marqué une note de « **33** » dans l'échelle de stress perçu ce qui veut dire qu'elle souffre d'**un stress élevé,** elle a eu un score de **4** pour **les items 1, 3, 11, 13, 14.**

Donc on peut **confirmer** notre hypothèse par rapport à notre troisième cas.

**Le cas de Aziz :** d'après l'analyse de l'entretien clinique, on a relevé que Aziz vit comme s'il n'est pas diabétique, il a affronté avec succès les petits problèmes et ennuis de sa vie quotidienne suite à sa maladie, aussi il maîtrise son énervement ce qui prouve **l'absence de stress** chez lui.

Aziz a marqué une note de «**16** » dans l'échelle de stress perçu ce qui veut dire qu'il **n'est pas stressé**. Ce qui se traduit dans **les items 1, 4, 5, 6, 9 et 10** qui égale à **00**.

Ce qui nous permet **d'infirmer notre hypothèse par rapport à notre quatrième cas**.

**Le cas de Taklit :** en référence à l'analyse de l'entretien clinique, on constate que Taklit montre une faiblesse, un malaise physique et morale, elle se sente irritée lorsque les événements échappaient à son contrôle, elle se culpabilise, ce qui prouve la présence **d'un stress élevé** chez elle.

Taklit a marqué une note de «**37** » dans l'échelle de stress perçu ce qui signifie qu'elle est **stressé élevé**. Ce qui prouve dans **les items 1, 2, 3, 7** qui égale à **4** et **les items 8, 14** égale à **3**.

Ce qui nous amène à **confirmer notre hypothèse par rapport à notre cinquième cas**.

**Le cas de Malika :** d'après l'analyse de l'entretien clinique, pour Malika le diabète signifie une maladie dû à un énervement intense, elle est dérangée par les événements inattendus et irritée lorsque les événements échappaient à son contrôle, incapable d'affronter les petits problèmes, ce qui prouve **une situation d'hyper-stress pour elle**.

Ainsi, on confirmera ça dans l'analyse de l'échelle de stress perçu, dans laquelle Malika a marqué une note de «**40** » ce qui veut dire qu'elle **présente un**

stress trop élevé. Ce qui prouve dans les items 1, 2, 3, 4, 8, 11, 14 qui égale à 04 et les items 5 et 13 qui égale à 03.

Ce qui nous amène à **confirmer notre hypothèse par rapport à notre sixième cas.**

### 1.2.1. Synthèse de la discussion des premières hypothèses

D'après les résultats de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et l'analyse de l'échelle de stress perçu qui y ont été réalisés sur 6 cas, nous avons abouti à **la confirmation de notre première hypothèse pour la majorité (4/6) de nos cas : Fatiha, Kamilya, Taklit, Malika.** Alors que pour **les deux cas restant : le cas de Zakia et de Aziz elle est infirmer.** Donc il s'avère que le diabète provoque chez les sujets des troubles psychologiques tels que le stress.

De plus, après avoir confirmé la première hypothèse, nous allons démontrer que les adultes diabétiques présentent **un stress élevé** dû soit à **leur maladie**, soit **aux problèmes familiaux et socio-économique.** Le cas de **Fatiha** manifeste un stress dû a sa maladie, en revanche **aux cas de Kamilya**, qui manifeste un stress élevé dû aux problèmes familiaux et le cas de **Taklit** et celui de **Malika** qui manifestent un stress élevé dû au problème familiaux et socio-économique.

**2.2.La deuxième hypothèse : « les adultes diabétiques de type II font face au diabète en se basant sur différents types de stratégies de coping soit centrées sur l'émotion ou sur le problème ou sur la recherche de soutien social ».**

**Le cas de Zakia :** a partir de l'analyse de l'entretien clinique, que Zakia a déclare qu'elle ne trouve pas de difficulté quotidienne suite a sa maladie car c'est une personne qui s'adapte facilement aux changements, elle apprend à vivre avec sa maladie après avoir des connaissances sur cette maladie auprès des médecins et des gens qui ont atteints de diabète. Elle déclare aussi qu'il faut juste suivre



régulièrement mon traitement. Ainsi elle travail en coopération avec sa sœur pour se mobiliser (nettoyage, cuisine). C'est une personne courageuse qui demande à Dieu de l'aide, et au même temps elle se sentait aimée et soutenue par son fiancé et sa famille qui sont resté à coté d'elle au cours de son traitement.

Ainsi nous avons soulevé dans l'analyse de l'échelle de coping que Zakia utilise **un coping positif centré sur problème** qui se traduit par l'utilisation de **champ d'action** avec un score de (70) implique par l'utilisation **des différentes stratégies : la focalisation** avec un score total de (29) ( **focalisation active** avec une note de 15), **le support social** avec un score total de (37)(**coopération** avec une note de 14), **le refus** avec un score total de (23) (**distraction** avec une note de 12), **la conversion** avec un score de (37)(**conversion comportementale** avec une note de 11), **le contrôle** avec un score de (34)(**régulation des activités** avec une note de 11), **le retrait** avec un score total de (24)(**retrait comportemental** avec une note de 7) , puis **le champ informationnel** avec un score de (59) traduit par l'utilisation **des différentes stratégies : la conversion par acceptation** avec une note de (15), **le support social informationnel** avec une de (11), **la focalisation cognitive** avec une note de (19), **le contrôle cognitif et planification** avec une note de (9), et **le retrait mental** avec une note de (8), **le refus par dénégation** avec une note de (6). Ensuite **le champ émotionnel** avec un score de (51) qui se traduit par l'utilisation **des différentes stratégies : le contrôle émotionnel** avec une note de (14), **la conversion par les valeurs** avec une note de (11), **le retrait par l'additivité** avec une note (9), **le support social émotionnel** avec une note de (8), **le refus par l'alexthymie** avec une note de (5), et **la focalisation émotionnelle** avec une note de (4).

Donc notre premier cas fait face à sa maladie en se basant sur le type de **stratégie de coping positif centrées sur le problème** traduit par l'utilisation de **champ conatif** qui est implique par **la stratégie de conversion par la**

**coopération.** Ce qui nous permet **de confirmer notre deuxième hypothèse pour ce premier cas.**

**Le cas de Fatiha :** d'après l'analyse de l'entretien clinique que Fatiha déclare qu'elle essaye de faire face à son diabète par une observance thérapeutique, elle essaye de mettre sa glycémie en équilibre cela veut dire qu'elle essayé d'éliminé la source de stress, elle utilisé des actes coopératives comme un moyen de lutter contre le stress, ainsi elle plaisante sur sa situation ou elle fait quelle que chose plus agréable comme le ménage pour se distraire. Elle essaye de contrôlé ses émotions qui provoquant la détresse en ayant recours à Dieu et pour le soutien social, elle est bien entouré par ses enfants et ses amis, mais elle se tait pour ne pas les déstabiliser.

Aussi, nous avons relevé a travers l'analyse de l'échelle de coping que **Fatiha** employée **des stratégies de coping centrées sur le problème** qui se traduit par l' utilisation de **champ informationnel** avec un score qui a égale **(64)** implique par l'utilisation **des différentes stratégies : la conversion** avec un score total de **(41)** (**par des positions cognitives (l'acceptation de la situation stressante** avec une note de **15)**, **la focalisation** avec un score total de **(33)** (**focalisation cognitive** avec une note de **14)**, **le contrôle** avec un score total de **(36)**(**contrôle cognitif et planification** avec une note de **13)**, **le refus** avec un score total de **(25)** (**par dénégiation** avec une note de **10)**, **le support social** avec un score total de **(36)** (**par le support social informationnel** avec une note de **7)**, et **le retrait** avec un score total de **(16)** (**par le retrait mental** avec une note de **5)**. Et **le champ conatif (action)** avec un score de **(59)** qui se traduit par **les différentes stratégies : le support social par des actes coopératifs** avec une note de **(13)**, **la conversion comportementale** avec une note de **(8)**, **le refus par distraction** avec une note de **(7)** et **le retrait comportemental** avec une note de **(5)**.

Aussi Fatiha employée des **stratégies de coping positif centrées sur l'émotion** traduit par le **champ affectif (émotionnel)** avec un score de **(64)** implique dans l'utilisation **des différentes stratégies : la conversion par les valeurs** avec une note de **(15)**, le **support social émotionnel** avec une note de **(14)**, la **focalisation émotionnel** avec une note de **(11)**, le **contrôle émotionnel** avec une note de **(10)**, le **refus par alexthymie** avec une note de **(8)** et la **stratégie de retrait par additivité** avec une note de **(6)**.

Donc notre deuxième cas fait face à sa maladie en basant sur le **type de stratégies de coping positives centrées sur le problème et sur l'émotion**. Ce qui nous permet **de confirmer notre deuxième hypothèse pour ce deuxième cas**.

**Le cas de Kamilya** : en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Kamilya a déclaré qu'elle a accepté sa maladie facilement car c'est une personne qui se tourne vers Dieu et elle fait face à celle-ci par une observance thérapeutique à l'aide de sa belle fille, elle se sent capable de confronté seule ses difficultés dû a sa maladie, elle se replie sur elle-même de plus elle ne contrôle pas ses émotions qui provoquent la détresse, c'est une personne agressive envers ceux qui présentant pour elle une source de stress. Mais elle se tait pour ne pas ne pas les déstabiliser dont le but de réanimer la situation familiale.

Ainsi, d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Kamilya fait face à sa maladie, en employant **des stratégies de coping positives centrées sur le problème** traduit par l'utilisation **des différentes stratégies : la conversion par des positions cognitives** (acceptation avec une note de **(15)**, le **support social** avec un score total de **(33)** (**support social informationnel** avec une note de **(14)**, le **contrôle** avec un score total de **(29)** (**par le contrôle cognitif et planification** qui égale à **14**) et la **focalisation** avec un score total de **(25)** (**focalisation cognitive** avec une de **8**) qui implique en fait l'envahissement d'émotion spécifique (agressivité), la **stratégies la conversion comportemental** avec une note **(10)**, le

**support social par des actes coopératifs** avec de refus avec un score total de **(25)** (**par la dénégation** avec une note de **7**) et **la stratégie de retrait** avec un score total de **(16)** (**retrait mental** avec une note de **4**). Suivant de **champ conatif** avec un score de **(50)** implique par l'utilisation **des différentes stratégies : la conversion comportementale** avec une note de **(10)**, **le support social par des actes coopératifs** avec une note de **(9)**, **le retrait comportemental** avec une note de **(9)**, **le retrait comportemental** avec une note de **(9)**, **le refus par distraction** avec une note de **(8)**, **la focalisation active** avec une note de **(7)**, et **le contrôle par la régulation des activités** avec une note de **(7)**. Et **le champ affectif (émotion)** avec un score de **(57)** qui se traduit par l'utilisation **des différentes stratégies : le support social émotionnel** avec une de **(13)**, **la focalisation émotionnelle** avec une note de **(12)**, **la conversion par les valeurs** avec une note de **(11)**, **le refus par alexthymie** avec une note **(10)**, **la stratégie de contrôle émotionnel** avec une note de **(8)** et **le retrait par additivité** avec une note de **(3)**.

Donc notre troisième cas fait face à sa maladie en se basant sur **le type de stratégies de coping centrées sur le problème** qui se traduit par **l'utilisation de champ cognitif** implique par l'utilisation de **la stratégie de conversion par les positions cognitive (acceptation)**. Ce qui nous permet **de confirmer notre deuxième hypothèse par rapport au troisième cas**.

**Le cas de Aziz :** en référence à l'analyse de l'entretien clinique, nous avons relevé que Aziz déclare qu'il était actif, mais malheureusement, il est devenu après sa maladie moins énergétique, il fait face à ces difficultés quotidiennes en suivant sa vie comme s'il n'est pas atteint de diabète, il se sent capable d'assumer les choses importantes dans sa vie, il essaye de trouver des solutions en éliminant ou en évitant la source de stress, il ne partage pas ce qu'il ressent antérieurement, il fait un plan d'action il le tient ; il fait recourir à l'agressivité pour régler ses problèmes quotidiens, il boit de l'alcool et il fume pour contrôler son diabète, il plaisante sur sa situation, mais sa culpabilité fait de lui une personne croyante, il

est devenu pratiquant , d'un cotés il a un grand soutien de la part de ses aimes mais pas de sa famille.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, on constate que Aziz employé **des stratégies de coping négatif sur le problème** afin de faire face au diabète, traduit par l'utilisation **de champs cognitif** implique par l'utilisation des **différentes stratégies : le contrôle avec un score total de (37) (par contrôle cognitif et planification avec une note de 15), le refus avec un score total de (41) (par la dénégation avec une note de 13), la focalisation avec un score total de (36) (focalisation cognitive avec une note de 13), la conversion avec un score total de (39) (des positions cognitives (acceptation) avec une note de (12), le retrait avec un score total de (29) (retrait mental avec une note de 12), le support social avec un score total de (34) (support social informationnel avec une note de 10).**Suivant de **champs conatif (action)** avec un score de (71) implique par l'utilisation **des différentes stratégies : le contrôle par la régulation des activités avec une note de (15), le refus par la distraction avec une note de (14), la conversion comportementale avec une note de (13), la focalisation active avec une note (12), le support social par des actes coopératifs avec une note de (10), le retrait comportemental avec une note de (7).** Et elle employée aussi **des stratégies de coping centrées sur l'émotion**, traduit par **le champ affectifs (émotion)** avec un score de (68) implique par l'utilisation **des différentes stratégies : le refus par alexthymie avec une de (14), la conversion par les valeurs avec une note de (14), le support social émotionnel avec une de (14), la focalisation émotionnel avec une note de (11), le retrait par additivité avec une note de (10), et le contrôle émotionnel avec une note de (5) .**

Donc notre quatrième cas fait face à sa maladie en se basant sur **le type de stratégies de coping centrées sur le problème** qui se traduit par l'utilisation de **champ cognitif** implique par l'utilisation de **la stratégie de conversion par les**

**positions cognitive** (acceptation). Ce qui nous permet **de confirmer notre deuxième hypothèse pour notre quatrième cas.**

**Le cas de Taklit** : à partir de l'analyse de l'entretien clinique, nous avons constaté que Taklit fait face à son diabète, en disant qu'il faut juste suivre régulièrement le traitement, et elle essaye d'éviter l'énervement pour ne pas aggraver sa situation pour se distraire, elle fait recours à quelque chose de plus agréable (sortir, faire le nettoyage et écouter de la musique) ou elle se culpabilise en pleurant et en demandant de l'aide de Dieu. Elle a un soutien de la part des amis de son mari, si elle a des problèmes quotidiens, elle se tourne vers eux pour l'aider à les régler.

Ainsi d'après l'analyse de l'échelle de coping, nous allons souligner que Taklit se **focalise sur les stratégies de coping centrées sur le problème** qui se traduit par l'utilisation de **champs cognitif (information)** avec un score de **(62)** qui implique l'utilisation **des différentes stratégies : la conversion** avec un score total de **(36)** ( **par acceptation** de maladie avec une note de **15**), **le support social** avec un score total de **(33)** (**support social informationnel** avec une note de **14**), **le contrôle** avec un score total de **(29)** (**contrôle cognitif et planification** avec une note de **14**), **la focalisation** avec score total de **(27)** (**focalisation cognitive** avec une note de **8**), **le refus** avec une note total de **(25)** (**par la déniation** avec une note de **7**), **le retrait** avec un score total de **(16)** (**retrait mental** avec une note de **4**). **Le champ conatif (action)** avec un score de **(50)** implique par l'utilisation **des différentes stratégies : la conversion comportementale** avec une note de **(10)**, **le support social par des actes coopératifs** avec une note de **(9)**, **le retrait comportemental** avec une note de **(9)**, **le refus par distraction** avec une note de **(8)**, **le contrôle par la régulation des activités et la focalisation active** avec une note de **(7)**. Et elle employé **des stratégies de coping centrées sur l'émotion** qui se traduit par l'utilisation **de champ affectif (émotion)** implique par l'utilisation **des différentes stratégies : le support social émotionnel** avec une note de **(13)**, **la**

**focalisation émotionnelle** avec une note de (12), **la conversion par les valeurs** avec une note de (11), **le refus par alexthymie** avec une note de (10), **le contrôle émotionnel** avec une note de (8) et **le retrait par additivité** avec une note de (3).

Donc note cinquième cas fait face à sa maladie en se basant sur le **type de stratégies de coping centrées sur le problème** qui se traduit par l'utilisation de **champ cognitif** implique par l'utilisation de **la stratégie de conversion par les positions cognitive (acceptation)** .Ce qui nous permet **de confirme notre deuxième hypothèse par rapport au cinquième cas.**

**Le cas de Malika :** en référence à l'analyse de l'entretien clinique ,nous avons relevé que Malika fait face au diabète, elle essaye de se confronter à ce dernier en acceptant sa maladie en faisant une observance thérapeutique pour contrôler son diabète et lorsque elle se trouve dans des situations stressante, elle s'isole ou elle ne réagit pas et parfois elle s'évanouie, elle demande aux gens de l'aider afin d'arriver à satisfaire ses besoins primaires, Malika c'est une personne courageuse et croyante ,ce qui lui a donner forces de lutter contre cette misérable vie.Elle n'a pas de soutien social de la part de sa famille qui l'ont l'essaie seule après la mort de son marie devant toutes ces difficultés quotidiennes avec un enfant handicapé qui a besoin tant d'aide.

Aussi, après l'analyse de l'échelle de coping, on a constate que Malika utilise **les stratégies de coping centrées sur le problème** traduit dans l'utilisation **du champ conatif (action)** avec un score de (74) implique par l'utilisation **des différents stratégies : le support social** avec un score de (29) (**par des actes coopératifs** avec une note de (15), **le contrôle avec un score total de 41 (par la régulation des activités** avec une note de (14), **la conversion** avec un score total de (40) (**conversion comportementale** avec une note de 14), **le refus** avec un score total de (29) (**par distraction** avec une note de 11) **et la focalisation** avec un score total de (28) (**focalisation active** avec une note de 11), et **le retrait** avec un



score total de **(28)** (**retrait mental** avec une note de **12**) **le champ cognitif** avec un score de **(66)** implique par l'utilisation **des différentes stratégies : la conversion par des positions cognitives** (**acceptation de la maladie** avec une note de **15**), **le contrôle cognitif et planification** et **le retrait mental** avec une note de **(12)**, **le refus par la dénégarion et la focalisation cognitive** avec une note de **(10)**, et **le support social informationnel** avec une note de **(7)**. Aussi Malika employée **des stratégies de coping centrées sur l'émotion** qui se traduit par l'utilisation de **champ affectif (émotion)** avec un score de **(55)** implique par l'utilisation **des différentes stratégies : le contrôle émotionnel** avec une note de **(15)**, **la conversion par les valeurs** avec une note de **(11)**, **le refus par alexthymie** avec une note de **(8)**, **le support social émotionnel, la focalisation émotionnelle et le retrait par additivité** avec une note de **(7)**.

Donc notre sixième cas fait face à sa maladie en se basant sur **le type de stratégies de coping centrées sur le problème** qui se traduit par l'utilisation de **champ conatif (action)** implique par l'utilisation de **la stratégie de contrôle émotionnel**. Ce qui nous permet **de confirmer notre deuxième hypothèse par rapport au sixième cas**.

### 2.2.1. Synthèse de la discussion de la deuxième hypothèse

D'après la discussion de l'analyse de l'entretien clinique semi-directif et l'analyse de l'échelle de toulousaine de coping qui y ont été réalisés sur 6 cas, nous avons abouti à **la confirmation de notre deuxième hypothèse pour tous nos cas : Zakia, Fatiha, kamilya, Aziz, Taklit et Malika** qui font face au diabète en employant **des différentes type de stratégies de coping centrées beaucoup plus sur le problème que sur l'émotion** implique par l'utilise des différentes stratégies: **la conversion (par des position cognitives (acceptation) ou par les valeurs (se tourne vers Dieu)),le contrôle (par la régulation des activités, le contrôle cognitif et planification ou l'alexthymie)** beaucoup plus que d'autres :



**la focalisation active et cognitive ou émotionnelle, le support social comportemental, informationnel ou émotionnel et le retrait comportemental, retrait mental ou par additivité.**

Après avoir confirmé la deuxième hypothèse, il s'avéré que les adultes diabétiques de type II utilisent une variété de stratégie de coping : **le plus employés sont celles qui sont centrées sur le problème, les moins utilisés est celles qui sont centrées sur l'émotion et celles qui sont centrées sur la recherche de soutien social sont très peu utilisés par rapport a notre groupe de recherche.**

En ce qui concerne l'efficacité de ces différents types de stratégies de coping centrées soit sur le problème ou sur l'émotion ou sur la recherche de soutien social, nous avons trouvez **en référence à notre groupe de recherche que ces stratégies ont pas efficaces (ou dysfonctionnels) pour la majorité de nos cas (Fatiha, Kamilya, Taklit et Malika)** car elles ne leurs permet pas de maitriser la situation stressantes (diabète) et diminuer son effet sur son bien être physique ou psychique. Contrairement pour **le cas de Zakia et Aziz ces différentes type de stratégies de coping sont efficace (ou fonctionnel)**. Donc on peut juger que l'efficacité de stratégies de coping est relative.

### **Conclusion du chapitre**

Dans ce chapitre, nous avons fait une présentation et une analyse pour chaque cas, nous avons détecte que les adultes de notre groupe de recherche manifestant un stress, soulignons que dans nos 6 cas, nous avons trouve que **4cas (Fatiha, Kamilya, Taklit et Malika) souffrent d'un stress élève et 2 cas (Zakia et Aziz) ne manifeste pas de stress** après avoir été atteints du diabète.

On peut dire que le diabète est une maladie chronique provoquant chez la personne une situation de stress et le recours aux stratégies de coping constitue un moyen d'y faire face.

De ce fait, nous avons fait une présentation de choix de coping utilisé par notre groupe de recherche où nous avons constaté que ses sujets développent des stratégies de coping particulières, afin de faire face à la situation stressante rencontrée au quotidien. Nous avons trouvé que **tous nos 6 cas employant des différents type de stratégies de coping centrées sur le problème** traduit par l'utilisation de **différentes stratégies : la conversion par des positions cognitives**(acceptation de la maladie) est la stratégie la plus utilisée par **les cas de (Zakia, Fatiha , kamilya, Taklit)**, **le refus par distraction et alexthymie** est la stratégie la plus utilisée par **le cas de Aziz**, **le contrôle par la régulation des activités** et **le contrôle émotionnel** est la stratégie la plus utilisée par **le cas de Malika** . En exception, **le cas de Fatiha** utilise aussi **le type des stratégies de coping centrées sur l'émotion** impliquée par l'utilisation de **la stratégie de conversion par les valeurs** (se tourner vers Dieu, se donner une philosophie de la vie).

En finale, nous sommes arrivés à **la confirmation de la première hypothèse pour le cas de (Fatiha, Kamilya, Taklit et Malika)** et elle **infirmé pour le cas de (Zakia et Aziz)**. Aussi nous sommes arrivés à **la confirmation de notre deuxième hypothèse pour tous nos 6 cas (Zakia, Fatiha, Kamiliya, Aziz, Taklit et Malika)**, que nous avons les proposées au début de notre travail de recherche.

Ce travail de recherche nous a permis d'enrichir nos connaissances que nous avons apprécies durant les cours théoriques à l'université, et vérifier la fiabilité ou la fausseté de nos hypothèses .Notre enquête sur l'une des maladie chroniques tel que le diabète ,nous a permis de dégager les différents conséquences subies par les sujets.

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

Nous rendons compte de la gravité de cette maladie qui prend de l'ampleur dans le monde ; les statistiques nous ont choqués par leur montée considérable jusqu'à nos jours, le nombre des diabétiques en 2014 est de 387 millions dans le monde.

Sur le terrain nous nous sommes aussi perçu comment cette pathologie grave provoque des troubles psychologique qui se manifeste sur les sujets atteints tel que le stress.

Et pour faire face a cette situations, les sujets développent des stratégies de coping, qui est considère comme un moyen d'ajuster et de dépasser cette situation, et quel types de stratégies utilise par ces sujets.

Les adultes s'adaptent différemment à leur diabète, ils mettent aux contraintes qui se manifestent à cause de cette maladie, Certains tentent d'évite de pense à la maladie, d'autres cherchent des informations sur la maladie, et d'autres cherchant du soutien social etc. Ces réactions constituent les stratégies de coping, qui représentent les efforts cognitifs, comportementaux, et affectifs, ayant le rôle de minimiser et de contrôler les facteurs stressseurs de cette situation.

Dans notre recherche intitulé « *le stress et les stratégies de coping chez adultes diabétiques* », que nous avons réalisé dans l'établissement publique la clinique de « *Beau-séjour* », ou on s'est intéressé à connaître le degré de stress perçu chez nos sujets de recherche et sur quelle type de stratégies de coping utilisées pour s'adapter à cette situation.

Pour réaliser notre recherche, nous avons sélectionné un groupe de recherche de six cas avec lesquelles nous avons réalisé un entretien clinique semi-directif et deux échelles celle de stress perçu et celle du toulousain de coping.

Pour tous les cas rencontrés, nous avons constaté des symptômes de stress chez la plupart des cas tel que la fatigue, maux de tête, insomnie, vertige, douleurs, faiblesse, nervosité, angoisse intense selon les dires dans l'entretien clinique. Soulignons aussi que tous les cas ont développé des stratégies de coping pour faire face et chacun à son propre type.

L'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif et des deux échelles de notre groupe de recherche, nous a permis de constater d'abord, que les adultes diabétiques développent un stress élevé, ce qui illustre dans la majorité de nos cas : Fatiha, Kamir, Taklit, Malika, en raison de certains moments de détresse et des difficultés de s'adapter à leur maladie, en plus un environnement familial et social défavorable. Pour cela nous avons constaté que pour faire face à cette maladie, les sujets utilisent les différents types de stratégies de coping.

D'après ces résultats obtenus, tous nos cas utilisent des stratégies de coping centrées sur le problème qui se traduit par l'utilisation des stratégies centrées sur l'information (cognitif) et l'action (comportemental). De ce qui a précédé, on démontre que les adultes diabétiques de type II se réfèrent aux différentes

stratégies de coping tel que la conversion, le refus, et le contrôle,... Ce qui est prouvé dans tous nos cas (Zakia, Fatiha, Kamir, Aziz, Taklit, Malika).

A partir des résultats obtenus de l'analyse de l'entretien et les deux échelles de six cas dans notre travail, on a constaté que pour nos cas en majorité (4 sur 6) qui sont Fatiha, Kamilya, Taklit, Malika, nous avons abouti à la confirmation de notre première hypothèse selon laquelle « les adultes diabétiques de type II présentent un niveau de stress élevé ». Et pour les deux cas qui restent (Zakia et Aziz), cette hypothèse est infirmée.

Ainsi nous avons confirmé notre deuxième hypothèse « les adultes diabétiques de type II employant des différents types de stratégies centrées soit sur le problème, soit sur l'émotion ou la recherche de soutien social » pour tous nos six cas (Zakia, Fatiha, Kamilya, Aziz, Taklit, Malika).

Enfin, nous espérons que, par le biais de cette recherche nous avons contribué à comprendre les souffrances des diabétiques, et réussi à caractériser et comprendre l'état psychologique de cette catégorie de malades.

Aussi, particulièrement, d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles pour d'autres recherches ultérieures, nous formulons les propositions suivantes :

- Est-ce que le niveau socio-économique influence sur le choix d'utilisation des stratégies de coping par les adultes diabétiques de type II face à leur maladie ?
- Quelle est la relation entre la dépression et les stratégies de coping chez les sujets adultes diabétiques ?

## La liste bibliographique

### Les ouvrages:

1. Angers. M, (1997), « **initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines** », Alger, Ed Casbah
2. Benony .H et Chahraoui. Kh, (1999), « **l'entretien clinique** », Paris, Dunod.
3. Boudarene. M, (2005), « **Le stress entre bien et souffrance** », Alger, édition Berti.
4. Bruchon-Schweitzer. M et Bruno. Q, (2001), « **personnalité et maladie, stress, coping, et ajustement** », Paris, Dunod.
5. Bruchon- Schweitzer. M (2002), « **psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes** », Paris, Dunod.
6. Bruyssaert. M, (2006), « **diabétologie cliniques** », 3eme édition de Boeck et Larcier.
7. Camill. B et Camill .V, (2011), « **endocrinologie, diabétologie, nutrition** », Paris, Dunod.
8. Chabrol. H et Callahan. S, (2004), « **mécanismes de défense et coping** », Paris, Dunod.
9. Chahraoui. Kh et Benony. H(2003), « **méthodes, évaluation et de recherche en psychologie clinique** », Paris, Dunod.
10. Chicouri. M .J,(1983), « **diabète** », Paris, Edition Masson.
11. Chiland. C et al, (1983), «**entretien clinique** », Paris, PUF.
12. Cottrau. J, « **les thérapies comportementales et cognitives** », (2011), Paris, Masson.
- 13.Couloumb. A, Halimi.S, Chaskilvitch. I, (2010), « **le livre blanc de diabète, sept proposition pour faire face à l'épidémie silencieuse de XXI siècle** », Edi News.

14. Delaunois. M, (2001), « **classification des méthodes d'évaluation de stress en entreprise** », Lovain.
15. Douget. F(2000), « **de la passivité à la gestion active du traitement de sa maladie** », Paris, édition L'harmattan.
16. Fernandez. L et Catteuw M, (2001), « **la recherche en psychologie clinique** », Paris, 2<sup>e</sup>dition Nathan.
17. Ficher. G-N (2002), « **traité de psychologie de la santé** », Paris, Dunod.
18. Graziani. P et Swendsen. G, (2005), « **le stress, émotion, et stratégies d'adaptation** », Paris, Armand colin.
19. Grimaldi. A et all, (2009), « **guide de pratique du diabète** », Paris, Elsevier Masson.
20. Haorcau. D, (2001), « **apprivoiser votre stress** », France, édition d'organisation.
21. Haynal. A et all, (1987), « **médecine psychosomatique** », Paris, édition Masson.
22. Jouzier. E (2007), « **L'histoire de diabète** », in **Laboratoire de biochimie fondamentale et clinique**, Faculté des sciences pharmaceutiques, université Victor- Segalen Bordeaux 2,146, Rue-Léo-Soignat.
23. Khalfa. S (2001), « **Le diabète sucré** », Alger : office des publications Universitaires.
24. Khiati. M, « **le diabète sucré chez l'enfant** »; office des publications.
25. Lazarus R.S et Folkman. S, (1984), « **Stress, appraid, and coping** », New York, edition Springer.
26. Levy-Marchalfagot- Compagna. A, Daniel. M, « **maladies chronique et traumatisme, surveillance épidémiologique du diabète de l'adulte** », Paris, Colin.
27. Madeleine G, (2001), « **méthode des sciences sociale** », Paris, édition Dalloz.

28. Mirabel-Sarron. C et Vera. L, (2004), « **l'entretien en thérapie comportementale et cognitive** », Paris, Dunod.
29. Zablocki B (2009), « **du stress au bien-être et à la performance** », Belgique, édition Edipro.
30. Chabrol H(2005), « **les mécanismes de défense** », Universitaire de Toulouse.

### **Les dictionnaires**

31. Bloch. H, Chernama. R, (1999), « **grand dictionnaire de la psychologie** », Paris, Larousse.
32. DSM4-TR(2000) : « **manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles du comportement** », 4<sup>ème</sup> édition.
33. Quevauvillier. J (2007), «**dictionnaire médicale**», Paris, 5<sup>ème</sup> édition Masson.
34. Sillamy. N, (2003), « **dictionnaire de la psychologie** », Paris, Larousse.
35. Laplanche. J et Pontalis. J-B (1967) « **vocabulaire de la psychanalyse** », Paris, Presses Universitaires de France.

### **Les articles**

36. Fournier C et all, (septembre, 2010), « **Le diabète, un problème de la société** », in Le médecin de Québec, Vol. 45, n°9, pp. 56-60
- 37.. Piquemal-vtt. L, (2001), « **le coping, une ressources à identifier dans le soin infirmer** », in, Recherche en soins infirmiers, N°67.
38. Chakib. M, (2011), « **magasine mensuel de la santé** ».N°1, Edite par Media Pub Santé.

### **Thèses consultés**

39. Berger. M, (2009), « **le sentiment de solitude, le stress et le lien de contrôle chez les personnes atteintes de cancer** », Université de Québec.



40. Couque. A, (2010), « **une étude descriptive de l'alimentation des patients originaires d'Afrique de l'ouest diabétiques en France, thèse de doctorat en médecine** », DES de médecine générale, Paris
41. Dinca. A, (2008), « **stratégies de coping, mécanismes de défense et leurs influence sur le bien-être et les performances d'athlètes de haut niveau pratiquant des sports d'opposition** », thèse de doctorat, mention psychologie, université de Reims champagne.
42. Hartman. A, (2007), « **étude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur accompagnant-référent** », thèse de doctorat, mention psychologie, université de Haute-Bretagne Rennes.
43. Parrocchetti. J. P, (2012), « **stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lien de contrôle chez des sauveteurs et des conseillers du Pole Emploi** », thèse de doctorat, mention psychologie, université de Aix-Marseille.

### **Les journaux**

44. Souici. R, (2014), « **la maladie atteinte des proportions alarmantes 10% des algériennes sont des diabétiques** », in **le soir d'Algérie**,

### **Sites internet**

45. [www.algerie-focus.com/blog/2015/03/diabete-pres-de-15000-nouveaux-cas-enregistres-chaque-annee-en-algerie](http://www.algerie-focus.com/blog/2015/03/diabete-pres-de-15000-nouveaux-cas-enregistres-chaque-annee-en-algerie), consulté Le 27Avril2015à 10h30.
46. Atlas du diabète de l'IDF à télécharger ; disponible sur : [http : //www. Idf, org /diabetestlos/downloads](http://www.Idf.org/diabetestlos/downloads), consulté le 27Avril 2015 à 13h30.

## **Annexe n°01 : guide d'entretien**

### **Renseignement personnel sur le sujet**

1. Quel âge avez-vous?
2. Quel est votre niveau d'instruction ?
3. Quel est votre état-civil ?
4. Quel est votre situation socioéconomique ?

### **Axe n°1 : renseignement sur l'état de santé du sujet : le diabète**

5. De quant le diabète est apparu chez vous ?
6. Comment vous avez découvert que vous êtes malade ?
7. Quelles sont les symptômes qui se sont manifestés au début ?
8. Est-ce que vous avez des complications ? Si oui les quelles?
9. Comment était votre état de santé avant le diabète ?
10. Est-ce que vous avez été déjà hospitalisé ?
11. Comment répondez-vous au traitement ?

### **Axe n°1 : Renseignements sur l'état psychique du diabétique : le stress.**

12. Comment a été votre réaction à l'annonce de cette maladie ? Et que signifie le diabète pour vous ?
13. Pouvez-vous nous parler de vos craintes face à cette maladie ?
14. Quel est votre état psychique actuel ?
15. Que ressentez-vous ?
16. Comment vous sentez-vous pendant et après la crise d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie ?
17. Quel changement avez-vous constaté en vous ?
18. Quel est l'impact de votre maladie sur votre relation conjugale et/ou parentale ?

19. Comment voyez-vous votre avenir ?

**Axe n°3 : la défense face au stress et au diabète : les stratégies de coping.**

20. Suivez-vous les conseils du médecin concernant votre traitement ?

21. Comment vous sentez lors de la prise de traitement ?

22. Comment pensez-vous faire face à votre maladie ?

23. Comment affrontez-vous vos difficultés quotidiennes suite à votre maladie ?

24. Comment vous contrôlez-vous émotions qui provoquent la détresse ?

25. Lorsque vous trouvez dans des situations stressantes, quelles sont vos solutions pour dépasser cette situation ?

### **Annexe N°02 : l'échelle de stress perçu de (Cohen et Williamson, 1988).**

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

#### **Au cours du dernier mois**

1. ... avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?					
2. ... vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?					
3. ... vous êtes-vous senti nerveux et stressé ?					
4. ... avez-vous affronté avec succès les petits problèmes et ennuis quotidiens ?					

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

Les items 4, 5, 6, 7, 9, 10 et 13 sont notés en sens inverse. Le score de stress a été calculé sur 13 items (sans la question 12) pour correspondre à la validation française du test q

ui a été effectuée par le Laboratoire de psychologie de la santé, université Bordeaux 2(2003).

**Annexe N°03 : l'échelle de coping de Sylvie Esparbes, Florence Sordes-Ader et Pierre Tap.**

**Consigne**

Lorsque vous affrontez une situation difficile, vous réagissez de façon 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 proposée : de 1 (pas du tout) à 5 (très souvent).

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

## Annexes

	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 (professeurs, médecin,...).	1	2	3	4	5
3. J'essaye 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'essaye 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'éviter 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'essaye 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 la 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 refusé 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 de problème avec mes parents ou avec 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

## Annexes

25 .Il m'arrivent 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 pense.	1	2	3	4	5
35. Je pense aux expériences susceptibles de m'aider pour faire face à la situation.	1	2	3	4	5
36.. Je cherche l'aide de mes amis pour calmer mon anxiété .	1	2	3	4	5
37. Je vais directement au problème.	1	2	3	4	5
38 Je demande à des gens qui ont eu une expérience similaire ce qu'ils ont fait.	1	2	3	4	5
39 .Je prends des drogues ou fume pour calmer mon angoisse.	1	2	3	4	5
40 .J'aide les autres comme j'aimerais être aide(é)	1	2	3	4	5
41. J'essaie à tout prix de penser à l'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 en retrait par rapport aux autres	1	2	3	4	5
44. J'accepte l'idée qu'il faut que je résolve le problème.	1	2	3	4	5
.45. Je garde pour moi mes sentiments.	1	2	3	4	5
46. Je modifie mes actions en fonction du problème.		2	3	4	5
47. Je me donne des objectifs à atteindre.	1	2	3	4	5
48. Mes émotions disparaissent aussi vite qu'elles sont apparues.	1	2	3	4	5
49. Je me retiens d'agir trop 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 employer pour mieux résoudre mon problème.	1	2	3	4	5
54. Je cherche la sympathie, les encouragements des autres.	1	2	3	4	

### La feuille de dépouillement n°1

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

### Répartition des items

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	24	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



## **RESUME**

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

Notre objectif de recherche est de connaître le degré de stress perçu chez nos sujets de recherche et de connaître les stratégies de coping utilisées par ses sujets afin de faire face à leur maladie.

Afin de réaliser cette recherche, nous avons choisi comme terrain d'étude la clinique de Beau Séjour de Bejaia, dans laquelle nous avons opté pour l'étude de cas, nous nous sommes servis de l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles: celle du stress perçu de Cohen et Williamson et celle du Toulousaine de coping.

L'analyse des résultats indique que les adultes diabétiques présentant un niveau de stress élevé dû à leur maladie, et comment ils font face à cette dernière en employant des stratégies de coping centrées soit sur le problème ou sur l'émotion.

**Mots clés :** le diabète de type II, le stress, les stratégies de coping, l'échelle de stress perçu, l'échelle du toulousaine de coping.

## **SUMMARY**

Our study tackles the matter of “stress and the strategies of coping by diabetic grown-ups.” The aim of our research is to identify the degree of stress seen in our case study and to recognize the strategies of coping used by them in order to face their illness.

As a field of investigation, we chose the clinic of “Beau Séjour” in Béjaia, and to fulfill this inquiry we studied six cases using a semi-directive clinical interview and two other scales: Cohen and Williamson’s scale of perceiving stress and Toulousaine’s scale of coping.

The analysis of the results indicate that the diabetic adults, showing a high level of stress due to their sickness, are facing it by using strategies of coping focused either on the problem or on the emotion .

**Key words:** diabetes type II, the stress, the strategies of coping, the scale of perceived stress and the Toulousiane scale of coping.

# Chapitre I

## Le diabète

# Chapitre II

## Le stress

## Chapitre III

### Les stratégies de coping

# Partie théorique

# Partie pratique

## Chapitre IV

# Méthodologie de la recherche



## Chapitre V

# Présentation, analyse et discussion des hypothèses

# Problématique et formulation des hypothèses

# Liste bibliographique

# Annexes