

Le coping chez les adolescents atteints de diabète (Le CHIP)

BENHAMEURLAINE Fatima Zohra
CHERIF Hallouma

Résumé :

La maladie chronique, quelle qu'elle soit, s'oppose frontalement aux besoins de l'adolescence et à ses tâches développementales, aux différents processus d'individuation, de subjectivation, de sexualisation et d'autonomisation. Comment vivre cette période de transformations physiques et psychiques avec les marques, les blessures et les limites imposées par la maladie ? Comment expérimenter et découvrir la vie lorsque les contraintes, les douleurs et les privations apparaissent prépondérantes par rapport aux capacités nouvelles de l'adolescence ? Quel avenir se construire quand il est amputé, sous la menace de complications ou d'évolutions plus ou moins dramatiques ? Ces douloureuses questions rendent compte des efforts psychiques qu'on peut constater chez les patients adolescents. Le coping désigne globalement un processus stabilisateur dans la gestion des événements éprouvants. Cette gestion poursuit deux buts principaux : aider la personne à maintenir une adaptation psychosociale à son milieu, mais aussi éliminer ou réduire la détresse inhérente à ces situations. Qu'en est-il du coping chez les adolescents atteints de diabète ? Seule leur capacité à faire face à cette maladie (coping) pourra déterminer le pronostic.

Mots-clés :

Adolescence- maladie- coping- diabète- test CHIP.

Introduction :

Le nombre des personnes atteintes de diabète en Algérie s'élève à 10% du nombre global de la population soit plus de trois millions de diabétiques dont

Hallouma **CHERIF**, Professeure de psychologie, université d'Oran.

Fatima Zohra **BENHAMEURLAINE** , doctorante en psychologie, université Oran.

25% ont moins de vingt ans (c'est-à-dire un peu plus de 750000 jeunes diabétiques), ce nombre risque de s'accroître considérablement dans les prochaines années avec les nouveaux dépistés.

Vivre son adolescence avec une maladie chronique est difficile : difficile au présent, du fait des contraintes des traitements et des éventuelles limites physiques, difficile au futur, avec la prise de conscience de l'irrévocable atteinte du corps et la confrontation obligée avec la maladie avec laquelle on va avoir à vivre sa vie d'adulte.

Etre malade à l'adolescence, c'est donc devoir gérer en plus de la dysharmonie et des bouleversements liés aux transformations de cette période de la vie qu'ils soient d'ordre physiologique, psychologique et social, les contraintes liées à la gestion de la maladie et son retentissement sur la dynamique de son propre développement.

L'apparition de la maladie du diabète crée une rupture dans tout le processus de l'adolescence, toute la problématique est de savoir **comment cette rupture va-t-elle introduire chez l'adolescent les stratégies de coping qui permettent aux adolescents de faire face à la maladie du diabète et lui permettre de continuer à vivre ?**

En parlant de sujets atteints de diabète, d'un point de vue médical l'accent est mis sur le strict respect des recommandations concernant l'adoption d'un mode de vie particulièrement contraignant pour maintenir leur équilibre métabolique : contrôle du poids (régime alimentaire, exercice physique), et un contrôle glycémique rigoureux et quotidien. Le risque constant d'hypoglycémie chez les sujets insulino dépendant peut avoir de graves conséquences (perte de conscience, coma et parfois la mort) ; ceci suppose donc un respect scrupuleux de ces diverses prescriptions et donc une excellente adhésion thérapeutique ou une bonne observance. L'un des critères d'ajustement les plus fréquemment étudiés en diabétologie est l'adhésion thérapeutique ou observance, et qui est définie comme le degré d'adéquation entre une prescription médicale (régime, médicaments, etc.) et sa réalisation par le patient.

Dans ses recherches sur le diabète en Algérie, Mebtoul, (2003, p252) avance l'idée que «... le traitement à vie et le respect scrupuleux des règles médicales, ne sont pas toujours acceptés ou appliqués dans leur intégralité par les

diabétiques. Ils sont en effet conduits, en partant de leur expérience sociale et familiale, à déployer leur propre logique dans la prise en charge du diabète ».

D'autres part il est intéressant de citer Quintard et Chamberlain,(2001, p 97) qui font remarquer que « cette pathologie chronique sollicite en effet constamment les ressources psychologiques du sujet diabétique et met durement à l'épreuve ses capacités d'ajustement. Cependant de nombreuses recherches ont montré qu'il existait une grande variabilité interindividuelle dans l'évolution de la maladie des sujets diabétiques. Certains facteurs contextuels (événements de vie) et dispositionnels (stratégies de coping) pourraient expliquer en partie le développement différentiel de cette pathologie ».

Ainsi le rôle attribué aux stratégies de coping détermine le cheminement que prendra la prise en charge de la maladie du diabète notamment chez les adolescents et de la manière avec laquelle ils pourront envisager de continuer à se développer.

Les stratégies de coping utilisés par l'adolescent atteint de diabète (définies par le test **CHIP**) déterminent les styles de comportements et la capacité de cet adolescent à faire face à cette maladie, la dépasser et se projeter dans le futur.

Les questions de recherches sont :

- 1- Quelles sont les différentes stratégies de coping utilisées par l'adolescent atteint de diabète ?
- 2- Existe-t-il une différence entre les stratégies de coping utilisées par les adolescents atteints de diabète en fonction du sexe ?
- 3- Existe-t-il une différence entre les stratégies de coping utilisées par les adolescents atteints de diabète en fonction du niveau scolaire ?

Nous proposons comme définition de référence celle de (Lazarus et Folkman, 1984, p283). D'après ces auteurs, le coping est bien une réponse à l'évaluation d'une menace et se définit comme « un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux pour gérer des demandes spécifiques internes et/ou externes (qui sont) évaluées comme épuisant ou excédant les ressources de la personne »

D'autre part, ils distinguent entre deux fonctions majeures du coping qui correspondent aux buts que les efforts entrepris pour gérer une situation

stressante tentent de servir, et qui ne sont pas à confondre avec leur résultat, c'est-à-dire avec l'effet obtenu par ces efforts.

La première de ces fonctions consiste à gérer, agir sur, ou modifier le problème qui est à l'origine de la transaction stressante, tandis que la deuxième revient à réguler la réaction émotionnelle engendrée par cette transaction. Les efforts de coping relatifs à ces deux fonctions sont regroupés sous les termes respectifs de « coping centré sur le problème » et de « coping centré sur l'émotion ».

Pour Lazarus et Folkman, (1984), **Le coping centré sur l'émotion** comprend entre autres : - des processus d'ordre cognitif destinés à réduire la détresse émotionnelle (évitement, minimisation, acceptation, prise de distance)

Le coping centré sur le problème consiste à obtenir des informations et à agir sur la base de celle-ci pour changer la réalité de la transaction qui est perçue comme stressante, afin qu'elle ne le soit plus.

Matériel et méthodes :

Depuis 1990, l'intérêt pour l'étude des stratégies de coping chez les personnes atteintes de maladies chroniques s'est accru (Endler et al 1998) d'où la nécessité d'élaborer des échelles pour la mesure et la quantification de ces stratégies. Nous avons choisi le CHIP : CopingHealth Injuries and Problemscales.

Le CHIP (Endler et al, 1998) est un test (auto-questionnaire) de 32 items qui a été utilisé efficacement aux Etats-Unis, Canada et en Australie chez des patients souffrant de : douleurs chroniques, cancer, asthme, diabète et autres problèmes de santé.

Il a été élaboré à partir de réponses de 532 sujets américains atteints de cancer et a permis de définir quatre dimensions principales autour desquelles se structuraient les stratégies de coping, chaque dimension était constituée de (08) huit items chacune :

- 1- La première dimension est le coping **palliatif** qui consiste à se ménager par exemple, ou se reposer quand on est fatigué.
- 2- La deuxième dimension est le coping **instrumental** par exemple cherché le meilleur traitement.

3- La troisième dimension est le coping **distractif** par exemple pensé à des choses agréables.

4- La quatrième dimension est la **préoccupation émotionnelle** par exemple se sentir frustré ou en colère.

La validité interne (alpha de Chronbach) varie en fonction du sexe de 0,81 à 0,84 pour les hommes et de 0,78 à 0,82 pour les femmes mais demeure satisfaisante ; la fidélité test-retest est également acceptable (0,80 à 0,88).

Le test a été aussi utilisé et validé dans une population française atteinte de maladie neurologique, par Montel et Bungener en 2010. Ces derniers ont proposé 06 facteurs au lieu de 04 du test original grâce à l'analyse factorielle, le terme de « préoccupation émotionnelle » a été remplacé par le terme de « régulation émotionnelle », le terme d' « instrumental » a été remplacé par « recherche d'information », les deux facteurs nouveaux qu'ils ont proposés sont : « stratégies cognitives d'évitement » et « recherche de bien-être/auto conservation ».

En conclusion ils ont confirmé que le test CHIP est un instrument adapté pour son utilisation aux populations ciblées par ce test.

Adaptation du test CHIP à la population Algérienne :

Notre choix du CHIP n'était pas un choix de pure application puisque nous sommes passés par toutes les étapes nécessaires pour le rendre utilisable sur la population d'adolescents Algériens atteints de diabète. Nous en faisons une utilisation limitée à ce travail car nous n'avons pas encore les droits pour le publier sous la forme Algérienne.

Le travail a été long et fructueux. Nous avons commencé par une enquête préliminaire sur un petit échantillon avant de l'élargir à un échantillon plus conséquent pour tirer des conclusions.

L'Enquête préliminaire :

L'échantillon à cette étape est de 30 cas d'adolescents atteints de diabète, ils sont âgés de 16 à 21 ans. L'âge de 16 ans est la limite inférieure imposée par la

passation du test CHIP, en considérant l'âge 21 ans comme marquant la « fin de la puberté », il correspond aussi à la majorité légale.

Les cas se sont présentés pour une visite routinière de contrôle médicale à la maison des diabétiques de la wilaya de Relizane. Ils ont été choisis de manière aléatoire au fur et à mesure qu'ils se présentaient à la consultation et acceptaient de participer à cette enquête. Nous les avons classés en deux tranches d'âge car moins nombreux entre 16 et 18 ans et pris en considération leur sexe (voir tableau 1).

Tableau (1) : Répartition en fonction de l'âge et du sexe de l'échantillon

Age	Garçons	Filles	Total
16-18 ans	01	03	04
19-21 ans	11	15	26
N	12	18	30

La consistance du test :

L'application du test sur cet échantillon a permis avec l'usage de la méthode statistique « SPSS20 » de calculer la fidélité de la consistance interne de chaque dimension du test à l'aide de la corrélation de Pearson :

1/ Consistance interne pour la dimension Palliative :

Tableau (2)

N°	Items	Corrélation de l'item à la dimension
02	Je reste au lit	0.25
06	Je me repose quand je suis fatigué	0.49**
10	Je me plonge dans le sommeil	0.55**
14	J'essaye de conserver mon énergie	0.52**
18	Je reste au chaud	0.20
22	Je m'aménage un environnement calme	0.66**
26	Je reste tranquille	0.49**
30	Je m'installe confortablement	0.36*

Nous pouvons constater au tableau (2) que les items 02 et 18 présentent une grande signification avec un indice de 0.01, les items 06 10-14- 22 26 présentent une signification avec un indice 0.05, par contre les items 18-30 ne présentent aucune signification statistique c'est pourquoi ils seront éliminé du test ainsi la dimension palliative contiendra 06 items seulement.

**2/ Consistance interne pour la dimension Instrumentale :
Tableau (3)**

N°	Items	Corrélation de l'item à la dimension
03	Je cherche des informations à propos de ma maladie	0.60**
07	J'essaye de me soigner rapidement	0.78**
11	Je pense que ça va s'améliorer	0.74**
15	Je cherche à savoir davantage de choses sur la maladie	0.73**
19	Je suis les conseils que l'on me donne	0.05
23	Je suis les conseils de mon médecin	0.81**
27	Je prends mes médicaments au moment voulu	0.83**
31	Je me renseigne au sujet de mon traitement	0.19

Nous pouvons constater au tableau (3) que les items 03-07-11-15-23-27 présentent une grande signification avec un indice de 0.01, par contre les items 19-31 ne présentent aucune signification statistique c'est pourquoi ils seront éliminé du test ainsi la dimension instrumentale contiendra 06 items seulement.

3/ Consistance interne pour la dimension Distraction : Tableau (4)

N°	Items	Corrélation de l'item à la dimension
01	Je pense aux bons moments que j'ai vécus	0.55**
05	Je cherche la compagnie des autres	0.27
09	Je rêve tout éveillé(e) à des choses agréables	0.82**
13	J'apprécie l'attention que les autres me portent	0.87**
17	Je fais des projets d'avenir	0.51**
21	J'écoute de la musique	0.48*
25	J'invite des gens	0.73**
29	Je m'entoure de belles choses	0.64**

Nous pouvons constater au tableau (4) que les items 01-09-13-17-25-29 présentent une grande signification avec un indice de 0.01, l'item 21 présente une signification avec un indice 0.05, par contre l'item 05 ne présente aucune signification statistique c'est pourquoi il sera éliminé du test ainsi la dimension distraction contiendra 07 items seulement.

4/Consistance interne pour la dimension Centré sur l'émotion : Tableau (5)

N°	Items	Corrélation de l'item à la dimension
04	Je me demande « pourquoi moi » ?	0.65**
08	Je me sens irrité(e), en colère	0.54**
12	Je me sens frustré(e)	0.74**
16	Je pense aux choses que je ne suis plus capable de faire	0.57**
20	J'imagine que je suis en bonne santé	0.49**
24	Je souhaite que la maladie ne soit jamais apparue	0.77**
28	Je pense que je suis vulnérable	0.69**
32	Je suis inquiet au sujet de ma santé	0.33

Nous pouvons constater au tableau (5) que les items 04- 08-12- 16- 20-24-28 présentent une grande signification avec un indice de 0.01, par contre l'item32 ne présente aucune signification statistique c'est pourquoi il sera éliminé du test ainsi la dimension centré sur l'émotion contiendra 07 items seulement.

Fidélité du test par comparaison de terminal : Tableau (6)

Nous avons procédé au classement des résultats en fonction de la plus haute à la plus basse note, le nombre de l'échantillon a été divisé par 100 et multiplié par 33% pour obtenir le résultat de 6.6 pour nous permettre de prendre le tiers du groupe haut qui est au nombre de 06 et le tiers du groupe bas qui est au nombre de 06 et appliquer enfin le test T.

Variable	Groupe haut N= 9 Moyenne Ecart-type	Groupe bas N=9 Moyenne Ecart-type	Test-t	Sig 0.005
Test CHIP	120.006.12	108.672.44	5.15	0.000

Nous pouvons observer au tableau (6) qu'il y a une différence entre le groupe haut et bas en fonction de la signification du t-test qui est de 5.15 ce qui signifie que les deux parties du test mesurent la même caractéristique.

En conclusion après l'analyse de fiabilité du test CHIP sur l'échantillon, il a été démontré l'obligation de supprimer les items 02-18 de la dimension palliative du test ; la suppression aussi des items 19 et 31 de la dimension instrumentale du test ; la suppression de l'item 05 de la dimension distraction du test ; et la suppression de l'item 32 de la dimension centrée sur l'émotion du test, pour retenir en fin de compte 26 items dans le test CHIP qui sera présenté à notre échantillon final.

Analyse de fiabilité : Tableau (7)

Une analyse de fiabilité s'impose sur l'échantillon de 30 adolescents atteints de diabète insulino dépendant, en utilisant les coefficients alpha de Chrombach et de spilithalf.

CHIP	Alpha	Spilit
Palliative	0.63	0.89
Instrumentale	0.71	0.94
Distraction	0.67	0.92
Centré sur l'émotion	0.74	0.92

Nous pouvons constater au tableau (7) que les coefficients de fiabilité concernant les dimensions du test CHIP ont un indice de signification très élevé ce qui indique la possibilité de son usage.

L'Echantillon final :

Il est composé de 255 patients atteints de diabète insulino dépendant âgés de 16 à 21ans. L'âge a été déterminé à partir de 16 ans condition de passation du test CHIP, pour se limiter à ce qu'on considère la fin légale de l'adolescence qui est 21 ans.

L'échantillon a été constitué de 60 cas retenus au service de médecine interne à l'hôpital de Saida, 60 cas retenus à la clinique St Michel à Oran et 135 cas

retenus à la maison des diabétiques de la wilaya de Relizane, sur une durée d'une année (2011-2012).

- Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge : l'échantillon a été réparti dans deux strates d'âges comme nous le lisons dans le tableau (8)

Tableau (8)

Age	Total	Pourcentage
16-18 ans	136	53.33%
19-21 ans	119	46.66%
Total	255	/

- Répartition de l'échantillon en fonction du sexe : l'échantillon comprend des adolescents des deux sexes comme nous le lisons dans le tableau (9)

Tableau (9)

Sexe	Total	Pourcentage
Adolescentes	104	40.78%
Adolescents	151	59.21%
Total	255	/

- Répartition de l'échantillon en fonction de la situation familiale : l'échantillon comprend deux strates concernant la situation familiale comme nous le lisons dans le tableau (10)

Tableau (10)

Situation familiale	Total	Pourcentage
Célibataire	188	73.72%
Marié	67	26.27%
Total	255	/

- Les 67 cas mariés sont toutes des filles âgées de 18 à 21 ans et 0 cas garçon marié.

- **Les résultats :**
- Les stratégies de coping les plus utilisés : sont clairement démontrées dans le tableau (11).

Tableau (11)

Stratégies CHIP / N= 255	Moyenne	Ecart-type
Instrumentale	24.55	3.70
Palliative	22.66	2.80
Centré sur l'émotion	22.41	4.75
Distraction	18.02	3.48

La stratégie instrumentale est la première, plus utilisée par cet échantillon avec une moyenne de **24.55**

La deuxième stratégie la plus utilisée par les adolescents diabétiques est la palliative avec une moyenne de **22.66**

La troisième stratégie utilisée par les adolescents atteints de diabète est la stratégie centrée sur l'émotion avec une moyenne de **22.41**

En dernier lieu la stratégie utilisée par les adolescents atteints de diabète est la distraction avec une moyenne de **18.02**.

- Les stratégies de coping les plus utilisés en fonction du sexe : sont clairement démontrées dans le tableau (12).

Tableau (12)

Sexe Chip	Garçons N=151		Filles N=104		t-test	Sig (0.005)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne	Ecart type		
Palliative	22.54	2.66	22.84	2.99	0.82	0.41
Instrumentale	24.25	3.82	24.99	3.48	1.57	0.11
Distraction	18.22	3.38	17.74	3.63	1.05	0.28
Centrée sur l'émotion	21.79	4.49	23.30	4.92	2.52	0.01

Les résultats démontrent que les filles utilisent la dimension centrée sur l’émotion de manière plus marquée par rapport aux garçons. Il n’y a par contre pratiquement aucune différence dans l’utilisation des autres stratégies entre les filles et les garçons.

- **Les stratégies de coping les plus utilisées par rapport au niveau scolaire** : sont clairement démontrées dans le tableau (13).

Tableau (13)

		ANOVA à 1 facteur				
		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
palliatif	Inter-groupes	18,607	3	6,202	,788	,502
	Intra-groupes	1976,389	251	7,874		
	Total	1994,996	254			
instrumental	Inter-groupes	78,547	3	26,182	1,930	,125
	Intra-groupes	3404,489	251	13,564		
	Total	3483,035	254			
distraction	Inter-groupes	98,192	3	32,731	2,748	,043
	Intra-groupes	2989,667	251	11,911		
	Total	3087,859	254			
centre	Inter-groupes	84,239	3	28,080	1,261	,288
	Intra-groupes	5587,345	251	22,260		
	Total	5671,584	254			

Les résultats Anova à 1 facteur confirme avec l’indice (0.04) qu’il existe une différence uniquement dans la stratégie de distraction entre les inter-groupes, et pour démontrercette différence on doit utiliser le post hocet le test (LSD), tout en se basant aussi sur les résultats obtenus au tableau (11) concernant les moyennes et écart-type des stratégies CHIP.

- La relation entre le niveau scolaire et l’utilisation de la stratégie instrumentale est démontrée dans le tableau (14).

Tableau (14)

Dimension chip	Niveau	Moyenne	Ecart type
Instrumental	Universitaire n=74	24.94	3.85
	Primaire n=14	22.64	4.19

On peut distinguer que les moyennes des cas de niveau universitaire sont plus élevées par rapport aux cas de niveau primaire en ce qui concerne l'utilisation de la stratégie instrumentale.

- Les résultats affichés au tableau (15) expriment la signification statistique retrouvée par le test LSD.

Tableau (15)

Niveau	Universitaire	Secondaire	Moyen	Primaire
Universitaire	-			Sig=0.001 2.51*
Secondaire		-		
Moyen			-	
Primaire				-

Il existe une différence dans l'utilisation de la dimension instrumentale en faveur des cas universitaires par rapport aux cas de niveau primaire.

- La relation entre le niveau scolaire et l'utilisation de la stratégie distraction est démontrée dans le tableau (16).

Tableau (16)

Dimension chip	Niveau	Moyenne	Ecart type
Distraction	Universitaire n=74	18.78	2.77
	Primaire n=14	16.71	4.58
	Moyen n=62	17.32	3.78

On peut constater à travers les résultats affichés au tableau (16) que les moyennes des cas universitaires sont plus élevées par rapport aux cas de niveaux moyens et primaires concernant le recours à la stratégie distraction.

- Les résultats affichés au tableau (17) expriment la signifiante statistique retrouvée par le test LSD entre les niveaux scolaires.

Tableau (17)

Niveau	Universitaire	Secondaire	Moyen	Primaire
Universitaire	-			Sig=0.004 2.05*
Secondaire		-		
Moyen	Sig=0.001 1.41*		-	
Primaire				-

Discussion :

La passation du test CHIP sur une population de 225 adolescents atteints de diabète a permis de répondre aux questions de recherche et d'avancer les résultats suivants :

1- Les stratégies de coping les plus utilisées par les adolescents atteints de diabète sont :

- En premier lieu, la stratégie instrumentale qui est une stratégie active centrée sur le problème, utilisé pour traiter la maladie elle indique aussi que le jeune est à la recherche de l'aide pour affronter la maladie ou essaye d'apprendre d'avantage à son sujet, tel que se soigner rapidement, prendre ses médicaments et suivre les conseils de son médecin. Cela correspond aussi à la réaction de l'adolescent pour dépasser l'annonce de la maladie en recherchant tous les moyens possibles pour l'anticiper et ne pas sombrer dans la déprime.
- En second lieu, la stratégie palliative qui décrit les « selfs-helps » ou réponses utilisées pour atténuer les désagréments de la situation. Il s'agit des réponses où l'adolescent atteint de diabète se met lui-même à l'aise en modifiant l'environnement telle que prendre du repos et rester tranquille. C'est aussi la forte conscience du jeune de l'intérêt de prendre soin de lui-même et de son environnement pour éviter les complications de la maladie.
- En troisième lieu, la stratégie préoccupation émotionnelle (centrée sur l'émotion) dimension dans laquelle le sujet se concentre sur les conséquences psychologiques dues au problème de santé telle que se sentir en colère, frustré

ou vulnérable. Cette stratégie qui désigne en quelque sorte une tendance dépressive avec une difficulté à accepter la maladie.

- En dernier lieu, la stratégie de distraction qui consiste en l'utilisation de l'adolescent atteint de diabète des actions et cognitions qui visent à éviter la préoccupation avec le problème de santé, en s'engageant dans des activités non liées à la maladie par exemple faire des projets d'avenir ou écouter de la musique. Cette stratégie permet aussi de voir la capacité de l'adolescent atteint de diabète à faire face à la maladie et de se construire un projet de vie.

Selon Montel et Bungener (2010), plus le sujet était déprimé plus il utilisait le style de coping émotionnel, plus il utilisait cette forme de coping moins sa qualité de vie était bonne. Inversement un style de coping plus instrumental était lié à une meilleure qualité de vie et à moins de dépression. Un style de coping actif comme le coping instrumental permet au sujet d'élaborer des objectifs en conservant ainsi un sentiment d'auto efficacité.

2- Les stratégies de coping par rapport au sexe :

Il existe une différence dans l'utilisation des stratégies de coping par rapport au sexe, les adolescentes ont plus recours à la stratégie préoccupation émotionnelle par rapport aux adolescents atteints de diabète, ce qui signifie que les filles sont plus fragiles et plus vulnérables aux problèmes de santé que les garçons. Cela peut être expliqué par la représentation négative de la maladie perçue par l'adolescente compte tenu du rôle social dont elle est tributaire (notamment en ce qui concerne le mariage et avoir des enfants) et des conséquences de la maladie sur ce rôle.

Pour ce qui est des autres stratégies de coping il n'y a pas de différence notable entre les sexes, les adolescents et les adolescentes utilisent les mêmes stratégies pour faire face à la maladie du diabète.

3- Les stratégies de coping par rapport au niveau scolaire :

Il existe une différence dans l'utilisation des stratégies de coping par rapport au niveau scolaire uniquement en ce qui concerne la stratégie instrumentale et la stratégie distraction. Les adolescents diabétiques ayant un niveau universitaire

ont tendance à utiliser beaucoup plus la stratégie instrumentale par rapport aux adolescents de niveau primaire, cela peut être expliqué par l'accès à la recherche et à l'information qui est beaucoup plus accessible et facile chez les adolescents ayant un niveau scolaire moyen, secondaire ou universitaire.

Les adolescents de niveau universitaire utilisent de façon plus marquée la stratégie distraction par rapport aux adolescents de niveau primaire, cela signifie aussi que le monde universitaire procure beaucoup d'avantage aux adolescents atteints de diabète. Les études universitaires offrent aussi la possibilité d'avoir différents contacts et échanges qui leur permettent de s'exprimer et d'évoluer, d'avoir des espaces propres à eux qui les incitent à faire des projets d'avenir. Ces opportunités ne sont pas offertes pour les adolescents qui n'ont pas eu l'avantage de poursuivre leur étude ce qui expliquerait leur difficulté à envisager l'avenir ou faire des projets.

En conclusion :

La survenue d'un diabète insulino-dépendant chez un enfant ou un adolescent constitue un événement de vie traumatisant marquant une nouvelle tournure dans la trajectoire de vie de l'enfant ou l'adolescent et de ses parents, avec tout ce que cela peut entraîner comme conséquences familiale, médicale, financière et éducative. Aider l'enfant ou l'adolescent atteint de diabète à comprendre ce qu'il vit avec son corps et ses interactions avec l'entourage semble indispensable. La mauvaise observance thérapeutique représente une source de préoccupation importante pour les équipes soignant les enfants ou adolescents atteints de diabète, c'est une situation qui met à mal tous les acteurs de la relation de soins et d'aide. Il ne s'agit plus de mettre l'accent uniquement sur l'observance thérapeutique mais d'insister sur l'importance des stratégies de coping pour comprendre les réelles difficultés de la gestion de la maladie et de son traitement chez les adolescents, ce qui pourra permettre de prévenir les échecs et les ruptures d'une prise en charge purement médicale.

Le CHIP semble être un instrument très adapté pour son utilisation auprès de la population de jeunes atteints de diabète notamment dans sa version originale à quatre dimensions. Déterminer les stratégies de coping utilisées par l'adolescent atteint de diabète permet de comprendre ses difficultés pratiques et ses réticences ; et permet aussi de réussir un travail d'accompagnement qui

favorisera sa maturation avec la maladie et l'aidera à réussir ce passage tant difficile pour devenir un adulte autonome et protéger ainsi son avenir.

BIBLIOGRAPHIE

- Bruchon-Schweitzer, M et Quintard, B (S/ la direction) (2001). « Personnalité et maladie ; stress, coping et ajustement ». Ed Dunod, Paris.
- Lazarus, R & Folkman, S (1984). "Stress, appraisal and coping". New York, Springer.
- Montel S et Bungener, C (2010) « Validation du CHIP dans une population Française atteinte de maladies neurologiques », Revue neurologique, 166, pp 54-60.
- Mebtoul, M (2003). « Les significations attribuées par les médecins et les patients à la prise en charge du diabète (Algérie) », in Coopération, conflits et concurrence dans le système de santé, s/ dir Cresson G, Drulhe M, Scheyer F-X, Ed ENSP, pp251-267.

ملخص:

إن الإصابة بمرض مزمن يتعرض مباشرة مع احتياجات النمو التي تتطلبها مرحلة المراهقة خاصة ما تعلق منها بسيرورات نمو الشخصية والاستقلالية التي تشهدها هذه الفترة.

كيف يمكن للمراهق تجاوز مرحلة التغيرات الفيزيولوجية والنفسية بالآثار التي يسببها المرض؟ كيف يمكن استكشاف وخوض تجارب الحياة بينما يفرض المرض وآلامه حدود كبيرة للقدرات التي كانت سوف تفتح له خلال فترة المراهقة؟ كيف يمكن بناء مستقبل تحت وطئة الضغوط والتعقيدات التي يمكن أن يسببها المرض؟ كلها تساؤلات توجي بالمعاش الصعب الذي يعاني منه المراهق المصاب بداء السكري.

إن تجاوز وضع المرض والصعوبات الناتجة عنها تتطلب استخدام آلية المواجهة والتي يكون الهدف منها السعي للحصول على التكيف النفسي-الاجتماعي للفرد مع وسطه، وكذلك إلى التخفيف من المعاناة التي تنتج عن التوتر.

كيف يمكن تحديد آليات المواجهة لدى المراهق المصاب بداء السكري؟

كلمات مفتاحية:

مراهقون، المرض، آليات المواجهة، مرض السكري، اختبار CHIP

