

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont particulièrement vers les parents et les adolescents qui ont accepté de prendre part à ma recherche.

J'adresse mes vifs remerciements à l'ensemble du personnel de la Maison des diabétiques de la wilaya de Relizane pour l'immense aide qu'ils m'ont apporté durant le déroulement de ma recherche et plus particulièrement à Mr BENBOUCETTA, président de la fédération nationale des diabétiques. Je remercie aussi tout le personnel de la clinique Saint Michel à Oran ainsi que celui de l'hôpital de Saida pour leur aide durant la réalisation de mon enquête.

Ma gratitude et ma reconnaissance à CHERIF HALLOUMA pour avoir accepté de diriger ma thèse, pour son souci de précision méthodologique dans la recherche, sa patience, ses conseils, ses orientations et de la confiance qu'elle m'a accordée durant de longues années.

Ma gratitude à messieurs : Benattou Adda maitre assistant université de Chlef, pour son aide précieuse dans le traitement statistique de mes résultats; le défunt Adbelaoui Med enseignant de langue française du cycle moyen retraité et correcteur au « quotidien d'oran » qui a consacré les derniers moments de sa vie à corriger ma thèse.

Je remercie aussi tous les membres du jury, pour le temps et l'attention qu'ils ont porté sur ce travail.

Pour remédier à toute omission involontaire, je remercie toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de cette recherche.

DEDICACES

Je dédie cette recherche à l'âme de mon défunt père décédé suite aux complications du diabète et qui avait ardemment souhaité voir mon travail achevé ;

À ma mère, ma sœur, mes frères et mes neveux ; A tout ceux qui sont très chers à mon cœur et qui sans eux ma vie n'aura aucun sens.

Je dédie ce travail à ma directrice de recherche Cherif Hallouma qui a su me donner une raison pour sortir de mon deuil et terminer ce que nous avions commencé ensemble.

Je dédie cette recherche aussi aux âmes des regrettés professeurs : Nasra Kouider et Zenati Khadidja qui resteront une grande perte pour nous et pour notre université ; et enfin à Abdelaoui Med décédé avant d'avoir achevé la correction de mon travail.

Table des matières :

INTRODUCTION	8
Chapitre I : L'ADOLESCENCE	15
1-1 Adolescence et notion de puberté :.....	16
1-2 Adolescence et notion de crise :	17
1-3 Adolescence et notion du corps, concept de Soi et identité :	21
1-3-1 L'image du corps :	24
1-3-2 Le concept de Soi (Qui suis-je ?):	27
1-3-3 L'Identité :	32
1-4 Les théories du développement à l'adolescence :	35
1-4-1 La théorie de développement d'Erikson (1968) :	35
1-4-2 La théorie de développement de Marcia (1980) :	38
1-4-3 La théorie du développement de Blos (1967) :	39
1-4-4 La théorie du développement humain :.....	40
Chapitre II : LA MALADIE DU DIABETE	45
2-1 Le concept de la santé et de la maladie :.....	45
2-2-1 Définition de la maladie :	46
2-1-2 Les modèles théoriques de la psychologie de la santé :.....	48
2-1-3 Définition psycho-sociale de la maladie :	51
2-1-4 La représentation de la maladie :	52
2-1-5 Perception de la maladie et stratégies de coping :.....	56
2-2 L'Adolescent atteint de diabète et l'ajustement à la maladie :	58
2-2-1 Définition de la maladie du diabète :.....	58
2-2-2 Les études épidémiologiques :.....	60
2-2-3 L'ajustement de l'adolescent à sa maladie :	66
Chapitre III : LE PROJET DE VIE	73
3-1 Histoire du concept « Projet » :.....	73
3-2 Le concept de projet de vie et ses fonctions :.....	75
3-3 L'élaboration du Projet de vie :.....	77
Le concept de buts personnels :.....	80
Les fonctions des buts personnels :.....	83

Importance des buts dans le bien-être :	86
Les perspectives temporelles :	88
3-4 Projet de vie, représentation de soi et identité :	93
3-5 Projet de vie à l'adolescence :	97
3-6 Le projet de vie chez l'adolescent malade:	101

Chapitre IV : LE COPING..... 104

4- 1 Définition du Coping:.....	104
4-2 La recherche sur le Coping :	107
4-2-1 Le concept de stress :	108
4-2-2 Le modèle transactionnel du stress :	109
4-3 Fonctions du Coping :	113
4-4 Les déterminants du coping :	116
4-5 Coping et mécanismes de défense :	125

Chapitre V : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 128

5-1 Problématique et hypothèses de la recherche :	129
5-2 Objectifs de la recherche :	132
5-3 Population de l'étude :	133
5-3-1 Les caractéristiques de la population :	133
5-3-2 Lieux de l'enquête :	138
5-3-3 La durée de l'enquête :	141
5-4 L'approche de la recherche :	143
5-4-1 Les observations cliniques :	146
5-4-2 L'entretien semi- directif.....	147
5-4-3 Technique d'analyse du contenu des entretiens.....	149
5-4-4 Les analyses statistiques	151

Chapitre VI : LES OUTILS DE LA RECHERCHE : Construction et validation 152

6-1 Le test CHIP (Coping with Health Injuries and Problems Scale d'Endler et al, 1998) :	152
6-1-1 Présentation du test CHIP :	152
6-1-2 Validité du test CHIP :	153
6-2 L'Echelle du Projet de vie :	155
6-2-1 Construction de l'échelle du projet de vie :	156
6-2-2 Validation de l'échelle :	159

Chapitre VII : LES RESULTATS DE LA PRE-ENQUETE	164
7-1 Les résultats de l'approche qualitative :	164
7-1-1 Les thématiques répertoriées :	164
7-2-2 Discussion et interprétation des thématiques:.....	172
7-2 Les résultats de l'approche quantitative :	193
7-2-1 La Consistance et Fidélité du test CHIP :	194
7-2-2 La Consistance et Fidélité de « l'échelle du projet de vie » :	198
Chapitre VIII : COPING ET PROJET DE VIE : Résultats de l'enquête	202
8-1 Moyennes et écart-type du CHIP et « l'échelle de Projet de vie » :	202
8-2 Corrélation entre CHIP et « l'échelle du Projet de vie » :	204
8-3 Différence entre variables CHIP et « l'échelle Projet de vie » en fonction du sexe :	205
8-4 Différence entre variables CHIP et « l'échelle Projet de vie » en fonction de l'âge :	206
8-5 Différence entre variables CHIP et « l'échelle Projet de vie » en fonction de la situation familiale :	209
8-6 Différence entre variables CHIP et « l'échelle Projet de vie » en fonction du niveau scolaire :	211
Chapitre IX : LES ETUDES DE CAS	213
9-1 Le cas Amina « La battante » :	213
9-2 Le cas Boualem « Le soumis »	218
9-3 Le cas Naima « La naufragée » :	222
9-4 Le cas Houari « Le malchanceux » :	226
9-5 Le cas Ahmed « Le conformiste » :	230
9-6 Le cas Sarah « La gâtée » :	234
Synthèse des études de cas :	237
Chapitre X : DISCUSSION GENERALE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	239
10-1 Hiérarchie des stratégies de coping chez l'adolescent atteint de diabète (DID) : résultats et théorisation	239
10-2 L'orientation du projet de vie de l'adolescent atteint de diabète (DID) : résultats et théorisation	241
10-3 La relation entre stratégie de coping et projet de vie : résultats et théorisation.....	244
10-3-1 La relation entre les stratégies CHIP et l'échelle Projet de vie chez les adolescents atteints de diabète :	245
10-3-2 La différence dans l'utilisation des stratégies du CHIP et l'échelle du Projet de vie en fonction du sexe des adolescents atteints de diabète :	246

10-3-3 La différence dans l'utilisation des stratégies du CHIP et l'échelle du Projet de vie en fonction de l'âge des adolescents atteints de diabète :.....	247
10-3-4 La différence dans l'utilisation des stratégies du CHIP et l'échelle du Projet de vie en fonction de la situation familiale des adolescents atteints de diabète :.....	248
10-3-5 La différence dans l'utilisation des stratégies du CHIP et l'échelle du Projet de vie en fonction du niveau scolaire des adolescents atteints de diabète :.....	249

CONCLUSION :	250
RECOMMANDATIONS :	253
Références	256
Annexes	262
Guide d'entretien :	263
Les données brutes des variantes de l'étude	265
COPING WITH HEALTH INJURIES AND PROBLEMS SCALES	271
استمارة مشروع الحياة	273

***« Au fond, les vrais voyages sont immobiles, immobiles et infinis.
Solitaires. Silencieux. Souvent, ils commencent dans une chambre
ou l'on est enfermé parce qu'il pleut ou parce qu'on est malade,
obligé de garder le lit. »***

Les derniers planteurs de fumée. Guy Goffette.

INTRODUCTION

L'histoire de vie est un enchaînement d'évènements de natures extrêmement variées tels que le mariage, le chômage, l'examen, le premier emploi, mais aussi l'évènement contingent comme l'accident et la maladie.

Pour Auge et Herzlich (1991, p31) la maladie est une forme d'évènement, souvent située dans une chaîne de malheurs, qui dépasse le corps et fonctionne comme signifiant social : elle fait l'objet de discours qui mettent toujours en cause l'environnement au sens le plus large. Ces discours varient avec la période historique et la situation sociale et professionnelle de ceux qui les tiennent.

L'évènement qui nous intéresse dans ce travail, arrive avec l'annonce de la maladie du diabète faite à une personne en pleine croissance. L'évènement est défini par le dictionnaire encyclopédique Larousse (1980, p528) comme : « scène ou fait déterminé capable d'appeler les réactions intimes d'un sujet et d'infléchir son histoire ». En effet, il somme le sujet de recomposer de nouvelles représentations de lui-même, des autres et du monde, et l'implique dans le recours à des stratégies de « coping ».

L'annonce de la maladie chronique, tel que le diabète, tombe comme une rupture dans la temporalité du sujet, impliquant des changements dans sa vie au quotidien. Elle est plus compliquée lorsqu'elle arrive à un âge précoce. L'enfant ou l'adolescent malade, accompagné de ses parents, se trouve alors entraîné dans une série d'évènements, dont il est plus l'enjeu que l'acteur. L'effet de l'annonce du diagnostic de diabète insulino-dépendant (DID) est fort, parce qu'il frappe chez celui qui le reçoit, les couches les plus profondes de son psychisme et le contraint à une hygiène de vie marquée par la ponctualité des horaires de soins (injections d'insuline et auto contrôles glycémiques quotidiens) et des horaires de repas. L'alimentation, l'activité physique et les soins doivent être conjugués pour éviter les malaises et les complications.

La maladie chronique quelle qu'elle soit, s'oppose frontalement aux besoins de l'adolescence et à ses tâches développementales qui concernent essentiellement les processus d'individuation et de subjectivation, de sexualisation et d'autonomisation qui constituent les objets essentiels dans l'approche psychodynamique de l'adolescence (Erikson, 1968 ; Marcia, 1980 ; Jeammet, 2002 ; Coslin, 2002 ; Cloutier, 1996 ; Rogers, 1959 ; A. Freud, 1967 ; Kestemberg, 1962 ; Anzieu, 1987). Elle constitue une difficulté majeure qui vient s'ajouter à d'autres difficultés de l'adolescence liées à l'image du corps (avec la puberté), l'image de soi et la définition de soi et de la personnalité. Alvin résume bien le contenu de l'annonce, c'est « Ce avec quoi il va falloir apprendre à vivre, ou ce contre quoi il va falloir se battre. » (Alvin, 2005, p9). L'adolescence doit être considérée aussi en fonction de l'importance des stratégies qu'elle enclenche en matière d'élaboration de projets de vie et d'identité qui s'intègrent dans une conception plus large qui est la personnalisation (Tap, 1995).

Comment vivre cette période de transformations physiques et psychiques avec les marques, les blessures et les limites posées par la maladie ? Quelle identité construire avec autant de différences objectives et subjectives avec les pairs ? 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 peut-on édifier quand on est malade, sous la menace de complications ou d'évolution plus ou moins dramatiques ? Comment agir quand on est dépendant de la famille au moment où on recherche l'autonomie ?

Si l'on considère l'adolescence comme une période dynamique et structurante ouverte à différents changements dans la trajectoire de vie d'un individu, les processus de coping vont être particulièrement sollicités dans le cas d'un événement tel que l'atteinte d'un diabète insulino-dépendant (DID). L'importance du coping à l'adolescence a été souligné par Albaret, il dit que : « L'activation des processus de coping sera décisive pour la future vie adulte dans le sens où ils régleront l'adaptation psychosociale du sujet. » (Albaret, 1993, p49).

Le coping est défini par Lazarus et Folkman comme étant un « un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux pour gérer des demandes spécifiques internes et /ou externes évaluées comme épuisant ou excédant les ressources de la personne » (Lazarus et Folkman, 1984, p 283). Il s'agit de stratégies élaborées pour tenter de maîtriser les situations aversives et/ou pour réduire la détresse induite par ces situations. Cette définition souligne bien que le coping est un processus et non une caractéristique générale et stable.

Lazarus et Folkman (1984) insistent beaucoup sur la notion de gestion plutôt que de contrôle car certains problèmes sont selon eux impossibles à contrôler, comme la maladie ou la survenue de la mort. Le coping désigne ainsi ce que la personne met en œuvre pour s'ajuster à une situation perçue comme stressante. L'adolescent atteint de diabète doit forcément mettre en œuvre des stratégies de coping pour faire face à cet incontestable événement de vie. Pour Bruchon-Schweitzer, le coping peut prendre des formes très diverses « il peut s'agir de cognitions (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations..), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse...) et de comportements (résolution du problème, recherche d'aide..) (Bruchon-Schweitzer, 2001, p68) ; selon l'approche transactionnelle le coping implique un but, un choix et un changement souple.

Toute la problématique de l'adolescence pivote entre deux grandes questions essentielles et existentielles : QUI SUIS-JE ? OÙ VAIS-JE ? (Erikson, 1968 ; Marcia, 1980 ; Blos, 1967 ; Tap, 1995 ; Boutinet, 2005 ; Dubar, 2000).

La réponse à la question « **Qui suis-je ?** » pose le problème de l'identité qui n'est pas seulement une définition de son « être », c'est une notion en étroite corrélation avec le développement de Soi, c'est aussi l'inscription du sujet dans une existence avec une continue « projection de soi » (Erikson, 1968 ; Marcia, 1980 ; Blos, 1980 ; Dubar, 2000 ; Malewska-Peyre et Tap, 1991). D'après Tap, l'identité est aussi un « processus d'encrage dans un passé personnel et collectif et qui évolue en fonction de l'histoire des individus » (Tap, 1993, p113). Ainsi, Tap suggère une étroite relation de l'identité à un système relativement stable de représentations, d'images mentales et de sentiments.

La question « **Où vais-je ?** » pose le problème du projet de vie et du sens que l'on donne à sa vie. Ceci se traduit chez le jeune, par la « tendance à la réalisation de soi » (Tap, 1993, p114). Cette projection dans le futur s'établit à travers un ensemble de jeux d'interactions, d'échanges et de coordinations de positions (statuts et rôles). Cherif parle de l'articulation du projet entre le passé, le présent et le futur comme un processus qui engage le sujet dans « des stratégies d'équilibre entre lui-même et son environnement (groupes sociaux, espaces physiques, etc), à la recherche de sens. » (Cherif, 2007, p14)

Certains auteurs (Boutinet, 1990 ; Huteau, 1993 ; Rodriguez-Tomé et Barriaud, 1987 ; Pemartin et Legrés, 1988 ; Tap, 1993) pensent que le projet de vie est une projection vers le futur et une conduite par laquelle se concrétise la pensée, déterminé par l'élaboration de buts existentiels, il porte en lui le sens de l'orientation et de l'évolution de soi. La conception d'un projet de vie est associée à des « intentions », à « la définition d'un but » et à « sa mise en relation avec des moyens pour pouvoir le réaliser », ce qui implique une certaine énergie fondée sur des besoins, des désirs et des motivations. Le projet se construit sur la base de « la comparaison entre la représentation de soi et le soi, objet projeté dans le futur » (Huteau, 1993, p10).

En 1989, Nurmi (cité par Ibara Arana, 2006, p32) considère la construction d'un plan ou un projet est similaire au processus de résolution de problème, ce qui le rapproche du processus de coping, l'accent est mis sur l'individu qui « doit inventer les pas qui conduisent à l'accomplissement de ses buts et ensuite se décider pour les plus efficaces. Une comparaison des différentes solutions peut être effectuée tant au niveau de la réflexion qu'au niveau de l'action ». Le projet de vie implique aussi des comparaisons entre un état vécu compliqué à cause de la chronicité de la maladie, dans un moment donné et un état espéré.

Il est donc important de souligner, l'articulation entre coping et projet de vie car comme le dit Tap, « Si le projet implique une mobilisation dans l'action (stratégies de coping), il est aussi comme un « dégageant » par rapport aux habitudes, aux conflits cherchant solution, au stress lié à l'image d'un soi impuissant dans le passé et/ou dans le présent. » (Tap, 1993, p115). Le projet peut surgir d'une insatisfaction avec une réalité donnée et d'un désir de la transformer. L'un des paramètres essentiels dans l'analyse du projet de vie dans une perspective anthropologique, c'est le caractère dysfonctionnel de la

situation de départ qui a permis l'éclosion du projet et qui pousse à la changer (Boutinet, 1990).

Le présent travail de thèse porte sur l'étude du Coping et le Projet de vie chez les adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID). Construire un plan ou un projet se rapproche de la fonction de résolution de problème retrouvée dans le concept de coping. Il s'agit de déterminer les transactions mises en place par ces adolescents pour changer une vie actuelle considérée comme insatisfaisante et la définition des buts existentiels qui permettent la projection de soi dans le futur pour la réalisation d'une vie souhaitée ou désirée. Le coping est en soi un processus de faire face aux problèmes rencontrés par l'individu durant sa vie, notamment quand il s'agit de l'atteinte par une maladie chronique. Ces deux notions, le projet de vie et coping, au cœur de notre thème de thèse, semblent faire un cheminement ensemble dans la vie de l'individu.

Prendre comme apport théorique et de référence les disciplines de la psychologie du développement ; de la psychologie de la santé ; de la psychologie sociale de la santé et de la psychométrie, nous paraît particulièrement préconisé pour l'aboutissement de notre recherche.

La psychologie de la santé, s'est constituée comme domaine spécifique de la psychologie où la santé est appréhendée de manière globale et considérée à travers les différentes situations de vie (dans le cadre du développement de l'adolescent, en famille, à l'école et par rapport aux événements de vie....) ; la référence aux différents concepts de représentations nous a orientés vers la discipline de la psychologie sociale et finalement vers la psychologie de la santé dans notre référence méthodologique. La psychologie de la santé (G.N Fischer, 2002), aborde les comportements de santé qui affectent aussi bien l'intégrité physique que psychique, elle se réfère à une conception globale de l'individu responsable de son bien-être ; elle tend ainsi à mettre l'accent sur les capacités des individus et leurs ressources psychiques adaptatrices concernant leur propre état de santé.

La démarche adoptée dans cette recherche est une triangulation méthodologique ; procédure qui consiste à vérifier une hypothèse mise à l'épreuve dans différentes opérations méthodologiques pour tester si oui ou non les résultats corroborent entre eux ; selon les travaux d'Apostolidis que nous avons pris comme référence concernant cette démarche méthodologique, la triangulation vise à « conférer aux démarches qualitatives non seulement de la validité mais aussi et surtout de la rigueur, de l'ampleur et de la profondeur ». (Apostolidis, 2006, p213).

Notre travail a été mené pour répondre à deux grands objectifs :

1. Comprendre les questions de coping et de projet de vie qui concernent l'adolescent atteint de la maladie du diabète.

2. Adapter des outils de mesure du coping et du projet de vie à l'adolescent Algérien. Nous avons entrepris un travail important pour la traduction et la validation du test (CHIP) et de la mise sur pieds de « l'échelle du Projet de vie » afin d'en faire des outils de mesure utiles pour d'autres études en Algérie.

Notre problématique générale (détaillé dans le chapitre de la méthodologie) tourne autour des questions suivantes : l'adolescent atteint de la maladie du diabète insulino-dépendant (DID), arrive-t-il à dépasser son vécu actuel, après l'annonce du diagnostic, pour élaborer des projets d'avenir ? S'engage-t-il dans l'élaboration de son projet de vie grâce à des stratégies de faire face (coping) ? Et lesquelles ?

Il s'agit d'étudier également la relation entre les stratégies de coping (mesurées par le test CHIP) utilisées par l'adolescent atteint de diabète (DID) et l'élaboration de son projet de vie (mesurées par « l'échelle du projet de vie ») en fonction des variables personnelles: l'âge, le sexe, la situation familiale et le niveau scolaire chez les sujets de notre population d'étude pour répondre à trois hypothèses de base :

La première hypothèse : le CHIP permet de déterminer une hiérarchie de stratégies de coping utilisées par les adolescents atteints de diabète insulino-dépendants (DID).

La deuxième hypothèse : « l'Echelle du Projet de vie » permet de situer l'orientation du projet de vie des adolescents atteints de diabète insulino-dépendants (DID).

La troisième hypothèse : il existe une relation entre les stratégies CHIP et « l'échelle du Projet de vie » des adolescents atteints de diabète insulino-dépendants (DID) selon l'âge, le sexe, la situation familiale et le niveau scolaire.

Cette introduction prépare à la lecture des chapitres qui traitent des concepts de base comme l'adolescence en chapitre I, la maladie et la santé en chapitre II, le projet de vie en chapitre III et le coping en chapitre IV.

C'est sur la base de cet ancrage théorique que nous présenterons en chapitre V, la méthodologie de la recherche, en détaillant la problématique et les hypothèses, nous exposerons les caractéristiques de la population d'adolescents rencontrés dans cette étude (des deux genres âgés entre 16 et 21 ans), de la durée et des lieux de l'enquête. Ainsi que l'approche de cette recherche par triangulation méthodologique.

Nous présenterons dans le sixième chapitre les outils de la recherche, en détaillant la construction et de la validation de « l'échelle du Projet de vie » (outil que nous avons mis sur pied) et du test CHIP (d'Endler et al, 1998).

Le septième chapitre s'attache à la présentation des résultats des approches qualitative et quantitative de la pré-enquête.

Le huitième et le neuvième chapitre sont réservés à la présentation des résultats de l'approche quantitative et qualitative (les études de cas) de l'enquête. Suivi du dixième chapitre qui concerne la discussion générale et l'interprétation des résultats par rapport aux hypothèses de cette recherche.

Une conclusion générale résume l'ensemble de notre démarche et des résultats vérifiés dans cette thèse avec des recommandations préconisées pour palier aux difficultés rencontrées par les adolescents face au problème de santé publique que représente le diabète.

Chapitre I : L'ADOLESCENCE

Ce chapitre est consacré à la notion d'adolescence avec tout ce qu'elle appréhende comme transformations physiques et psychosociales. Il traite des notions importantes concernant la puberté et ses manifestations, la crise et sa signification, le corps, le concept de soi et l'identité. Ces différentes notions constituent les éléments sur lesquelles s'appuie l'élaboration du projet de vie chez l'adolescent. Il est aussi question de se référer aux grandes théories contemporaines concernant le développement de l'adolescence, il s'agit des théories d'Erikson, de Marcia et de Blos, sans toutefois négliger la théorie du développement humain. Il est incontestable de citer en premier la théorie d'Erikson (1968) qui a eu le mérite de mettre en évidence le combat principal de l'adolescent qui se livrait sur le terrain de l'identité ; à la suite de ses recherches la théorie de Marcia (1980) a vu le jour, il a déterminé les deux processus impliqués dans la construction identitaires (processus d'exploration et processus d'engagement) ; la théorie de Blos (1967) a fortement contribué avec les cinq stades de développement de l'adolescent en mettant l'accent sur le concept de soi ; enfin nous avons cité la théorie du développement humain dans l'objectif d'avancer certains principes généraux qui régulent le développement, il s'agit de la notion de SOC : la sélection, l'optimisation et la compensation.

Sillamy, définit l'adolescence comme « une époque de la vie qui se situe entre l'enfance, qu'elle continue et l'âge adulte. Il s'agit d'une « période ingrate » marquée par les transformations corporelles et psychologiques, qui débute vers 12 ou 13 ans et se termine entre 18 et 20 ans » (Sillamy, 2003, p8). Ces limites sont imprécises, car l'apparition et la durée de l'adolescence varient selon les sexes, les races, les conditions géographiques et les milieux socio-économiques. Sur le plan psychologique, l'adolescence est marquée par la réactivation et l'épanouissement de l'instinct sexuel, l'affermissement des intérêts professionnels et sociaux, le désir de liberté et d'autonomie, et la richesse de la vie affective.

Les travaux en psychologie considèrent la notion d'adolescence forte complexe. Période de passage de l'état d'enfant à celui d'adulte, elle se caractérise par d'importantes transformations somatiques qui parallèlement à une poussée instinctuelle rapproche l'enfant de l'homme ou de la femme au plan physique, alors que des contraintes et conventions sociales le maintiennent dans son statut antérieur. Il s'ensuit une situation de déséquilibre qui peut se manifester à travers de nombreux symptômes souvent « regroupés sous l'expression de « crise de l'adolescence », temps où les équilibres culturels atteints sont remis en question par les maturations organiques. « C'est dans ce contexte que l'adolescent doit à la fois acquérir le sens de son identité personnelle, imposer aux autres sa propre originalité et s'intégrer au sein de son environnement » (Marcelli et Braconnier, 1999, p21).

1-1 Adolescence et notion de puberté :

La puberté est définie dans le petit Larousse de la médecine « période de transition entre l'enfance et l'adolescence caractérisée par le développement des capacités sexuelles et une accélération de la croissance staturale et conduisant à l'acquisition des fonctions de reproduction » (Petit Larousse de la médecine, 2002, p761)

L'adolescence est conditionnée par la puberté qui marque le passage progressif d'un corps d'enfant à un corps adulte. Elle est un phénomène physiologique inhérent à l'évolution normale de l'individu. Elle se manifeste par un épanouissement du corps, le développement des caractères sexuels secondaires (pilosité pubienne et axillaire, modification de la voix) qui accompagnent l'arrivée à maturité des glandes sexuelles et leur production d'hormones, lesquelles sont différentes chez le garçon et la fille ; la procréation devient possible.

La poussée hormonale s'accompagne au début de la puberté d'une forte accélération de la croissance, puis de son arrêt total et définitif en fin de puberté, quand les transformations sexuelles sont terminées et que les cartilages de conjugaison des extrémités osseuses se sont soudés. Ces cartilages de conjugaison sont une partie des extrémités des os longs du corps (fémur, tibia, humérus, radius et cubitus) non ossifiée qui leur permet de continuer à grandir. Ils s'ossifient définitivement sous l'effet d'une imprégnation par les hormones sexuelles, rendant impossible toute croissance ultérieure.

La puberté chez l'homme est relativement tardive par rapport à celle des animaux, vers 4 ou 5 ans les glandes sexuelles de l'homme cessent de se développer pour reprendre leur croissance dans un deuxième temps à partir de 10 ou 12 ans avec la puberté.

Pour Jeammet, « On peut penser que cette évolution en deux temps (arrêt de la croissance glandulaire tandis que le corps continue de croître, puis reprise de la croissance sexuelle) a favorisé le développement des apprentissages ainsi que la dépendance affective de l'enfant à ses parents. A contrario, une pratique sexuelle plus précoce l'aurait davantage poussé vers l'action au détriment de la pensée et de la verbalisation » (Jeammet, 2002, p11).

1 -2 Adolescence et notion de crise :

Le début de l'adolescence est relativement facile à déterminer : il correspond aux premières manifestations de la puberté, c'est-à-dire aux premières expressions des caractères sexuels dits secondaires. En revanche, selon Jeammet « la fin de l'adolescence est beaucoup plus difficile à délimiter. On ne la détermine plus en référence à un phénomène physiologique qu'est la puberté, mais à un phénomène psychologique, individuel et social. Elle varie donc avec le temps, les modes d'organisation sociale et les cultures. » (Jeammet, 2002, p 13)

En effet, l'adolescence comme étape de développement de l'homme est un phénomène à la fois physique et psychologique. Si ce sont les phénomènes physiques de la puberté qui l'introduisent, l'adolescence proprement dite comprend un volet psychologique et social essentiel.

L'idée d'un temps de tumultes à l'adolescence a été citée dans les écrits de Jean-Jacques Rousseau, l'expérience adolescente est alors décrite à travers le déchirement entre les poussées instinctives et les conventions sociales ; le questionnement a été poussé jusqu'à rechercher qui est en réalité en crise s'agit-il des adolescents ou de la société ? (Brusset, 1975).

La référence au concept de crise est donc complexe et ambiguë. Plusieurs définitions ont été attribuées au concept de crise notamment dans le champ psychopathologique ; nous citerons les plus importantes qui la considèrent d'abord comme « un moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet. Son évolution est ouverte, variable, elle dépend de facteurs internes qu'externes » (Marcelli et Braconnier, 1999, p 40).

La crise est considéré aussi comme une notion qui s'oppose au conflit faisant référence à une lutte « une lutte entre deux positions antagonistes sans limites temporelles définie ; ou de stress qui exige l'activation de mécanismes régulateurs en réponse à un stimulus pathogène ; ou de catastrophe qui implique l'idée d'une issue malheureuse ; ou encore d'urgence qui induit l'idée d'une réponse immédiate. Ces notions sont cependant en partie présentes à des degrés variés dans le terme de crise ». (Coslin, 2002, p 104)

Plusieurs auteurs ont abordé le concept de crise d'adolescence selon différentes perspectives, celle qui s'inspire de la psychologie de l'enfant imprégnée d'un système d'éthique philosophique de Maurice Debesse (1936-1941) qui décrit la crise d'originalité juvénile ; celle de Pierre Male (1982) qui parle de crise juvénile à l'adolescence dont il présente une description clinique cohérente, une autre approche due à Erikson (1968) prend en compte un ensemble de crises qui marqueraient le développement de l'individu à travers huit stades. Le cinquième stade, l'adolescence est celui de la crise identitaire.

La crise d'originalité juvénile, pour Debesse (1941) se manifeste par le désir d'originalité et une propension à se considérer comme un être d'exception qui s'accentuerait vers la quinzième année. Ils seraient en partie constitutifs de la puberté mentale qui accompagne les transformations physiologiques. Son début coïnciderait souvent avec des évènements de vie (mort d'un être cher, chagrin d'amour...) ; comme elle peut débuter dans la soudaineté et la violence et présente deux faces : l'une individuelle qui se caractérise par une affirmation exaltée de soi et la découverte du moi et se traduit par le gout de la solitude des excentricités vestimentaires comportementales et langagières et la passion de réformer et de moraliser le monde.

L'autre face est sociale qui se manifeste par la révolte juvénile à l'égard des adultes et des systèmes de valeurs, les jeunes reprochent particulièrement aux adultes leur manque de compréhension à leur égard et le fait qu'ils refusent leur indépendance.

Trois phases peuvent être observées se manifestant de 14 à 16 ans par le besoin d'étonner, de 16 à 17 ans par l'affirmation de soi et après 18 ans par le dénouement de la crise, la prise de recul et la capacité de nuancer ses jugements, tant sur soi que sur les autres.

La crise juvénile décrite par Male (1964) marqué par la phase pubertaire, est caractérisé par deux points essentiels :

- Le doute sur l'authenticité de soi et de son corps (besoin de réassurance, crainte d'être observé, stations devant le miroir, etc)
- L'entrée en jeu de la tension génitale et de la masturbation, et de la culpabilité qu'elles entraînent.

Cette crise juvénile suit la crise pubertaire, de durée variable elle peut aller jusqu'à 25 ans et plus. Elle s'exprime par des attitudes et des comportements (extension des intérêts, goût de l'abstraction, originalité, isolement, opposition au milieu familial) ; voire la survenue de troubles variés (refus scolaire, échec aux examens, alternance de comportements agressifs et masochistes).

Male (1964) distingue une crise juvénile simple et une crise juvénile sévère, dans la première l'acceptation de l'image de soi est assez facile et les réactions de l'adolescent sont chargées d'angoisse, les attitudes d'échec sont réversibles et l'intelligence reste disponible. Dans la deuxième crise l'acceptation de l'image de soi est assez difficile et peuvent inclure des névroses d'inhibition (difficulté d'expression, crainte de l'autre sexe, inhibition intellectuelle, etc) ; des névroses d'échec (échec scolaire, échec sentimental, pensée perturbée, etc) ; la morosité qui se manifeste par un refus d'investir le monde, les objets et les personnes avec risque de passage à l'acte (fugue, délinquance, drogue et suicide).

Coslin en se référant à une réflexion relative à la crise de l'adolescence d'après certains psychanalystes comme : Anna Freud, Evelyne Kestemberg et bien d'autres, qui considèrent que « la crise d'adolescence renvoie à un « conflit de développement » éprouvé par tous les adolescents à un degré plus ou moins grand. L'adolescence est selon eux un moment de réorganisation psychique, débutant par la puberté, dominée par la dépression sous-jacente, par les interrogations sur l'identité et par une idéalisation de « la nouvelle vie » qui s'offre à eux et qu'ils attendaient imaginativement et inconsciemment. » (Coslin, 2002, p109).

Delaroche voit dans **la crise d'adolescence** un moment temporaire de substitutions rapides remettant en question tant l'équilibre physique que l'équilibre psychologique du sujet. Ce qui fait la crise, c'est la rapidité des modifications psychologiques dues aux forces en jeu, qui parfois violentes, vont quand même dans le sens de la maturation et parfois aussi contrecarrent ce mouvement, freinant pour mieux l'intégrer. « La crise est donc un processus qui va trop vite parce que ces éléments contradictoires sont en décalage les uns par rapport aux autres » (Delaroche, 1992, p117).

La notion de processus correspond à un point de vue développemental, à l'idée de changements progressifs et continus dans différentes lignes de développement, dans différentes dimensions de la vie intra et interindividuelle. La notion de crise ne décrirait peut-être alors qu'une partie de l'adolescence. La crise aurait alors le mérite de rendre visible le processus qui ne serait pas perceptible, car dit Delaroche, absorbé dans le déroulement du temps.

Le processus de l'adolescence peut se définir pour Delaroche (1992) comme un mélange entre le défi lancé au monde des adultes et le deuil de l'enfance. Le défi de l'adolescent c'est son désir d'affirmation de soi, penser par soi-même et agir de son propre chef. Le deuil naît de la contrainte à l'émancipation. Cette contrainte vient de l'environnement, en particulier des parents qui poussent le jeune à s'éloigner de l'enfance. Le deuil ne se commande pas c'est l'adolescent lui-même qui est obligé d'abandonner certaines positions parce qu'il en choisit d'autres.

L'adolescence est un temps d'instabilité car même s'ils sont complémentaires, défi et deuil sont contradictoires. Parfois le jeune pousse le défi avec lui-même jusqu'à jouer avec la mort, présentant des conduites à risque allant de l'expérience de la drogue aux fugues ou à la délinquance. D'autres fois l'adolescent vit une impression de vide et d'ennui. Il y a

alors refus d'investir le monde et les objets. Les êtres et les objets sont sans intérêts ; les projets d'avenir sont refusés.

A cette maturité sexuelle nouvelle va s'ajouter des transformations psychologiques accompagnant la recherche d'autonomie et le changement du statut social de l'adolescent. Actuellement, si le début de la crise d'adolescence est évidente par les changements impliqués par la puberté, par contre la fin de l'adolescence est beaucoup plus difficile à discerner, elle dépend principalement de la définition de l'identité, de Soi et de l'engagement dans le rôle adulte.

La puberté en tant que processus d'ordre physiologique introduit chez le pubère un autre processus d'ordre psychique plus intense qu'est l'achèvement de l'image du corps et du concept de soi notions fondamentales dans la construction de l'identité.

1-3 Adolescence et notion du corps, concept de Soi et identité :

Avec l'avènement de la puberté nous devons aussi parler du rapport qu'entretient un adolescent avec son corps. La puberté a un retentissement sur l'image du corps, l'image de soi et l'expérience subjective des transformations pubertaires.

La notion du corps est très importante dans la dynamique du développement humain, il est considéré dans la perspective psychanalytique comme étant le « lieu géométrique à partir duquel se déploie progressivement la subjectivité » (Debray, Dejours, Fedida, 2002, p85). Ainsi pour la psychanalyse, l'affectivité absolue qui s'éprouve en soi se fait-elle inévitablement connaître par une émancipation du corps vécu à partir du corps biologique.

Le corps est le reflet des transformations psychiques de l'adolescence. Il est le révélateur de changement concernant notamment la sexualité qu'il n'est plus possible de nier. Cette « trahison » du corps qui donne à voir plus qu'il ne serait souhaitable aux yeux de l'adolescent, ou le malaise qu'il peut ressentir envers son corps sollicite particulièrement les tendances exhibitionnistes ou de rejet chez l'individu. Ce malaise peut aller jusqu'au rejet complet du corps ou soit d'une de ses parties. Cette focalisation du rejet est bien connue des psychiatres qui l'appellent « dysmorphophobie », c'est-à-dire phobie (qui signifie peur mais aussi rejet) de l'apparence, de la forme.

Jeammet parle de certaines parties du corps qui peuvent faire l'objet de rejet par l'adolescent telles que : les appendices naturels du corps (nez, oreilles, bouche, mains, pieds) ou les parties plus nettement sexualisées (seins, fesses, hanches) sont l'objet privilégié de ces rejets. « L'acné, fréquente à cet âge peut servir de point de départ à une réaction de rejet du visage et parfois du corps dans son ensemble... Mais la silhouette, le poids, la taille peuvent également être l'objet de critiques qui prennent souvent un caractère obsédant. Les adolescents qui rejettent tout ou une partie de leur corps ont le sentiment qu'ils ne pourront mener une vie heureuse tant que persistera ce qui leur apparaît comme une anomalie ». (Jeammet, 2002, p70)

Jeammet (2002), affirme qu'il arrive parfois que le malaise soit beaucoup plus diffus et se traduit par la recherche des adolescents à attirer l'attention par une tenue vestimentaire ou coiffure ou des accessoires provocants n'acceptent pas mieux leur corps que ceux qui le camouflent.

Le corps joue un rôle de premier plan à l'adolescence, si l'adolescent peut se croire maître de ses pensées et de ses idéologies, il subit son corps. Car il assiste impuissant à ses transformations qu'il suit ou au mieux qu'il accompagne mais dont il ne décide pas, règles et premières éjaculations peuvent dès lors apparaître comme autant d'évènements traumatiques.

L'adolescent se voit aussi contraint d'assumer un physique qu'il n'a pas choisi, avec un héritage génétique qui marque son appartenance familiale qui peut être source de conflit ou de malaise. Jeammet, souligne bien l'importance de cette contrainte « Cet héritage peut être bien vécu si l'adolescent l'accepte et ne souffre pas de complexes trop importants. En attaquant ce qu'il a reçu de ses parents l'adolescent se réapproprie un pouvoir égal au leur ; en s'acceptant tel qu'il est signifie qu'il accepte aussi ses parents et ce qu'ils lui ont donné en héritage » (Jeammet, 2002, p 48).

Toutefois, dans le bouleversement que constitue l'adolescence, le corps demeure un facteur principal des transformations qui affectent l'adolescent mais aussi un repère qui lui offre une certaine constance et demeure un garant de sa continuité.

Par ailleurs, le corps est tout à la fois ce qu'il y a de plus personnel et de plus intime et ce qui demeure toujours quelque peu extérieur et étranger. Il obéit à l'individu, constitue son enveloppe protectrice, l'individualise et témoigne de sa continuité. Il demeure le lieu privilégié d'expression des émotions. Il est langage et moyen de communication. Il donne à voir et contribue par-là à assurer l'identité. Il est d'ailleurs remarquable que toute angoisse comporte une expression somatique.

En cas de conflit majeur d'identité, le corps peut servir à assurer le maintien d'une unité défaillante. La revendication du droit à la différence est un des moyens privilégiés dont dispose l'adolescent pour affermir une identité que ses conflits et sa profonde dépendance aux parents menacent constamment.

Le corps est un élément essentiel de l'identité, la question du rapport au corps est au cœur des conflits à l'adolescence. En partant d'une conception psychanalytique, les transformations du corps à l'adolescence prennent plusieurs interprétations ;

Pour Freud. S, « les modifications physiologiques que provoque la puberté contribuent à bouleverser l'image du corps mais aussi coïncide avec le développement de « poussées pulsionnelles », « la poussée du ça », le développement d'une sexualité nouvelle marquée par la sexualisation des rôles masculins et féminins » (Freud S, 1987, p 141-175).

Selon Freud. A, l'adolescence présente non seulement une dimension biologique mais aussi les bouleversements psychologiques vécus selon l'histoire propre à chaque sujet. « Ce travail menace l'intégrité du moi difficilement élaboré par l'enfant. Le cheminement est d'autant plus difficile que les assises narcissiques sont défaillantes, perturbées par l'éveil du désir, l'interrogation du masculin et du féminin, l'entrée dans la sexualisation. Ce sont autant de dangers qui menacent l'intégrité déjà difficilement élaborée du moi ». (Freud A, 1976, p 244-266).

Selon Kestemberg (1967), on attache volontiers à la puberté un rôle déterminant dans l'organisation structurale de l'adolescence, alors que nous savons que quel que soit l'importance des modifications endocriniennes, ce qui joue un rôle déterminant, c'est la modification de l'image fantasmatique qu'a l'adolescent de son propre corps, sa survalorisation, son rejet et sa négation.

Kestemberg (1962) remarque que les adolescents à cette période sont à la recherche d'un Idéal du Moi, d'une image satisfaisante d'eux-mêmes qui soit de nature à leur apporter une réassurance narcissique, mais l'écart entre ce qu'ils sont et ce qu'ils se veulent entraîne à nouveau une angoisse intense quant à la cohésion interne et fréquemment une atteinte de l'estime de soi. La dépression des adolescents se manifeste d'ailleurs par une mésestime de soi, qu'il est fréquent de rencontrer à un niveau conscient.

Depuis les années 80, le concept du corps contenu dans le discours social à travers les thèmes publicitaires a fait émerger des représentations nouvelles qui d'après LeBreton « ...imposent un nouveau régime des corps, lieu géométrique de la reconquête de soi, territoire à explorer, indéfiniment à l'affût de sensations innombrables qu'il recèle, lieu de l'affrontement dessiné avec l'environnement grâce à l'effort... ou à la glisse... lieu privilégié du bien-être ou du bien paraître.. » (LeBreton, 2002, p 157).

A partir de ces différentes approches, il devient impératif de clarifier la notion de l'image du corps et du concept de Soi.

1-3-1 L'image du corps :

Les transformations corporelles des premières manifestations de la puberté plongent les adolescents dans le doute sur la représentation de leur propre corps. La problématique du corps et son acceptation, contribue fortement à étayer l'image de Soi ; ainsi que les processus de la construction identitaire se sont les notions autour desquelles s'articule le concept du corps à l'adolescence.

Le concept d'image du corps est important pour l'étude du fondement et la dynamique du sentiment d'identité, dans la mesure où la construction de l'identité s'effectue en relation avec autrui, le corps est alors vécu comme un intermédiaire dans la relation à autrui (Coslin, 2002, p25), d'autre part on considère aussi que l'identité sexuelle est atteinte à la phase de l'adolescence tardive (Blos, 1980) et « le sentiment d'identité personnelle » qui s'appuie sur l'image du corps et de Soi (Rodriguez-Tomé, 1972).

L'image du corps est une notion introduite par le neurologue anglais Head en 1934, héritée de la notion du schéma corporel expression inventé par le neuropsychiatre viennois P.Schilder en 1923 pour désigner une représentation à la fois consciente et inconsciente du corps ; il a d'abord découvert l'ensemble des données cénesthésiques et sensorielles fournies par le corps lui-même, puis s'est étendu aux représentations et significations symboliques mettant en jeu toute la personnalité, ce phénomène est un produit à la fois de l'innée (hérédité) et de l'acquis (milieu).

Sillamy, définit le schéma corporel comme étant une expérience ou chacun a de son propre corps dans différents états et dans ses relations avec le monde environnant. Cette connaissance du corps c'est la somatognosie qu'il définit en tant que « Connaissance du corps propre nécessaire à la vie normale ne s'élabore que progressivement à partir d'impressions sensorielles multiples, intéroceptives, proprioceptives et extéroceptives accumulés depuis la naissance. Par la suite lorsque cette représentation corporelle est constituée elle reste semble-t-il constante et indélébile tout le long de la vie de l'individu quelles que soient les mutilations pouvant affecter son corps ». (Sillamy, 2003, p239).

L'image du corps est aussi définie par Bruchon-Schweitzer comme étant un : « ensemble des perceptions et des représentations qui nous servent à évoquer notre corps. L'évaluer non seulement en tant qu'objet doué de certaines propriétés physiques (poids, taille, couleur et forme) mais aussi comme sujet ou partie de nous-mêmes chargée d'affects sans doute multiples et contradictoires. » (Bruchon-Schweitzer, 1987, p895)

Dans la perspective psychanalytique (Freud, 1905 ; Kestemberg, 1962 ; Anzieu, 1987 ; Laufer, 1984), le corps apparaît comme le lieu géométrique à partir duquel se déploie progressivement la subjectivité.

D'autres auteurs mettent l'accent sur la qualité des soins, la maturation continue et le développement du corps biologique de l'enfant, grâce à ces rapports qu'émergent des enjeux tels que le plaisir, le désir et l'excitation. Se sont des dimensions qui permettent au corps de commencer à se découvrir, à se sentir, de s'éprouver soi-même et se transformer ; ainsi peut naître le deuxième corps qui est le corps érotique « Le corps érotique, naît du premier, le corps physiologique... ainsi pour le psychanalyste, l'affectivité absolue de la vie qui s'éprouve en soi se fait-elle inévitablement connaître par une

émancipation du corps vécu à partir du corps biologique. » (Debray, Dejours, Fédida, 2002, p85)

L'image du corps est ainsi la connaissance, la représentation, le vécu que l'enfant a de son propre corps. elle s'élabore lentement depuis la phase orale, de multiples organes tels que la bouche, la main et la peau ont permis l'intégration de multiples expériences en vue de garantir la distinction entre le Moi et le non Moi. Au moment de la structuration de la phase anale et plus encore à la phase œdipienne, de nouvelles expériences sont modulées par le jeu des identifications aux parents et à leurs rôles respectifs.

L'image du corps, à la puberté va recevoir les derniers apports intégratifs, l'apparition des caractères sexuels secondaires. Selon Cramer « Les changements corporels survenant à la puberté, avec la dysharmonie qu'ils entraînent et la rupture soudaine de l'image du schéma corporel, semblent entraîner également un désinvestissement narcissique du corps qui d'idéal qu'il était, est ressenti comme horrible, dégradé, prégénital... Le corps semble particulièrement lié à la sexualité et ressenti comme identique à la pulsion.... C'est le corps tout entier qui sera rejeté...» (Cramer, 1977, p80).

Le corps se transforme en profondeur durant l'adolescence, tant dans sa forme que dans sa fonction ; il est à la fois aimé et détesté et il est enjeu d'expression symbolique qui souvent se traduit par une quête d'originalité qui peut s'exprimer aussi à travers la coiffure, les tenues et les marques corporelles (tatouage, piercing). Le Breton souligne « l'importance de la tenue corporelle à travers la mise en scène spectaculaire de la chevelure, de la peau, des vêtements, des attitudes... est une volonté de sursignifier son corps, son identité, son appartenance sexuelle ou de jouer avec elle selon les moments et les publics ». (Le Breton, 2002, p22).

Dolto(1984) distingue le schéma corporel de l'image du corps, le schéma corporel qui est en partie inconscient mais également conscient ou préconscient, spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce, il est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine, il se structure dès l'enfance par l'apprentissage et l'expérience. A l'inverse l'image du corps qui est toujours inconsciente est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire ; elle représente la synthèse vivante des expériences émotionnelles du sujet. Elle est constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes, lieu privilégié d'expression des pulsions.

1-3-2 Le concept de Soi (Qui suis-je ?):

Le concept de soi trouve sa source avec les travaux de William James (1890-1983) il définit le soi comme « la somme totale de tout ce qu'il (l'individu) peut appeler sien, non seulement son corps et ses capacités physiques, mais aussi ses vêtements et sa maison, son conjoint et ses enfants, ses ancêtres et amis, sa réputation et son travail, ses terres et chevaux et son yacht et son compte en banque ».

Depuis les années soixante surtout, aux Etats-Unis le concept de soi a pris un grand essor, notamment en psychométrie, en counseling et en psychothérapie.

Par ailleurs en counseling et en psychothérapie, on s'est de plus en plus attardé aux moyens permettant d'améliorer le concept de Soi des individus, en particulier des élèves, puisque l'école a constitué un lieu d'intervention privilégié. Une quantité considérable de test (sous la forme de rapports auto-descriptifs dans la plupart du temps), de livres, d'articles de revues scientifiques et de thèses comportant des mesures et des évaluations du concept de Soi et mettant l'accent sur l'une ou l'autre de ses dimensions ont été publiés.

Il faut remarquer qu'il y a presque autant de définitions du concept de Soi qu'il y a de théories psychologiques. Par exemple en psychologie humaniste on parle du Soi phénoménal, et on le considère comme un ensemble de perceptions que l'individu entretient au sujet de lui-même au niveau conscient (Rogers, 1951).

En psychologie sociale, on a tendance à considérer le Soi comme un produit de l'interaction sociale c'est-à-dire un produit induit par les autres (Ziller, 1973). Selon ce courant on peut penser à Soi consciemment et indépendamment de la façon dont les autres nous perçoivent, mais cela n'est possible qu'au prix d'une intériorisation, d'une adoption des perspectives des autres à son propre sujet (Duval et Wicklund, 1972). Pour les tenants de la psychologie dynamique, le Soi est une entité subjective plus ou moins fortement influencée par l'inconscient (Kohut, 1971).

« La littérature européenne privilégie l'expression représentation de Soi peut-être sous l'influence des cognitivistes et des tenants de l'analyse dynamique, et peut-être aussi sous celle de Moscovici (1960) pour qui toute représentation est sociale. La littérature Nord-Américaine quant à elle fait uniquement référence à l'expression concept de Soi pour témoigner de la même réalité. » (Brunel, 1990, p78).

Beaucoup de psychologues admettent que les gens réfléchissent sur eux-mêmes, agissent à partir de leurs perceptions d'eux-mêmes et développent un sens de leur identité (Vallacher, 1980), il leur est plus facile de s'intéresser aux comportements qu'aux processus mentaux.

Le fait de s'intéresser aux processus qui génèrent les conduites surtout dans un domaine aussi intime que le Soi, pose en effet des difficultés d'ordre méthodologique, peut-être parce que si un produit est facile à mesurer, un processus est surtout difficile à circonscrire. Le concept de Soi constitue un bon exemple de produit verbal (donc mesurable) situé à mi-chemin entre la conduite et la conscience de Soi. L'Ecuyer l'a décrit comme suit : « le Soi consiste en tout ce qui peut être appelé mien ou faire partie de moi » (L'Ecuyer, 1978, p17).

L'Ecuyer considère aussi que l'expression concept de soi « doit être réservée à ces niveaux supérieurs d'organisation perceptuelle qui ne peuvent apparaître qu'aux étapes ultérieures du développement, soit à partir de l'adolescence. » (L'Ecuyer, 1978, p 27).

D'autre part, Coslin avance le postulat que « L'image de Soi est une image du corps chargée d'affects, elle est en relation avec l'estime de soi, c'est-à-dire avec le caractère positif ou négatif que le sujet perçoit de lui-même » (Coslin, 2002, p24). Le corps est le seul repère stable au fondement du sentiment de soi malgré les changements qu'il subit. Il participe d'un retour symbolique pour accéder au sentiment d'être soi. L'intervention sur le corps exprime la volonté de le maîtriser. Le corps est comme le champ de bataille de son identité en construction.

Les travaux de Zazzo (1948-1973) et de Boulanger-Balleyguier (1974) font ressortir les phénomènes de l'origine de la conscience de Soi, ceux de Perron (1971) et de Rodriguez-Tomé (1972) mettent bien en évidence le rôle de l'autre dans le développement de la conscience de Soi.

Pour Wallon (1932) l'enfant à sa naissance se trouve dans un état un peu prés indifférencié, au fil des contacts incessants avec son environnement, divers états de conscience émergent chez l'enfant à partir des nombreuses expériences cinesthésiques et kinesthésiques. Ces diverses impressions initialement indifférenciées, constamment liées à de multiples relations interpersonnelles de l'entourage de l'enfant sont à l'origine du développement de la conscience ; d'abord conscience d'autrui pour aboutir un peu plus tardivement à la conscience de Soi.

Ces premières images de Soi ont trait aux perceptions que l'enfant a de son corps (image corporelle, soi somatique) et progressivement à tout un ensemble d'autres éléments perceptuels contribuant à l'élaboration d'un certain sens d'identité de Soi. C'est en somme un ensemble d'images différentes et juxtaposées parmi lesquelles l'enfant se reconnaît petit à petit.

Ces images et perceptions de Soi sont progressivement reliés les uns aux autres, organisés les uns par rapport aux autres en un tout plus global et plus cohérent duquel se dégage une sensation d'identité, c'est la représentation de Soi qui émerge progressivement. Au fur et à mesure que ces premières représentations plus globale de Soi s'organisent et se structurent, des liens plus étroits complets et profonds s'établissent entre les différentes perceptions, images et représentations de Soi.

Ceci donne lieu à l'émergence d'un profond sentiment d'unité, de cohérence, de stabilité, de permanence dans le temps et permet à l'individu de se reconnaître d'un moment à l'autre par rapport à lui-même et par rapport aux autres.

Dans le courant de pensée de Wallon et selon lequel la socialisation tout comme la conscience de soi s'enracinent dans l'organique et dans la relation à autrui simultanément et indissociablement, Tap (1988, pp 34-37) a déterminé trois progrès fondamentaux qui s'effectuent de l'enfance jusqu'à l'adolescence favorisant l'émergence de la personne :

- 1- La maîtrise et l'objectivation du corps propre, dans et par les conduites instrumentales
- 2- Le dépassement de l'impuissance par les conduites imitatives et les identifications imaginaires
- 3- Le dépassement des identifications par les conduites cognitives de différenciation critique et par les conduites relationnelles de coopération.

Selon Tap, le dernier progrès est tributaire du développement intellectuel du sujet qui va jouer un rôle déterminant dans l'effort de différenciation et de critique, d'intégration et de rejet. Jusqu'à l'adolescence le sujet cherche à définir son identité réelle et idéale, à construire une représentation de lui-même par comparaison avec les autres, à partir des images que les autres lui renvoient de lui-même.

Il est de plus en plus courant d'utiliser l'expression concept de Soi pour désigner l'ensemble des processus perceptuels et actifs sous-jacents à savoir : « la perception que j'ai de moi-même, les actions que je pose pour maintenir mon adaptation, défendre et promouvoir cette perception que j'ai de moi-même ; et bien sur ce concept de Soi correspond également à la façon dont je perçois mon action. »(L'Ecuyer, 1978, p25).

Le concept de soi consiste pour Rogers en une « configuration organisée de perceptions.. admissibles à la conscience.. est composé d'éléments tels que les perceptions de ses propres caractéristiques et habilités, les percepts et les concepts de soi en relation aux autres et à l'environnement, les valeurs et les qualités perçues et associées aux expériences et aux objets, les buts et les idéaux perçus comme ayant une valeur positive ou négative » (Rogers, 1951, p501).

Le concept de Soi se réfère pour Horrocks et Jackson (1972), à un ensemble de traits, d'images, de caractéristiques, de goûts, de valeurs (estime de Soi), d'aspirations....que l'individu perçoit plus ou moins clairement en lui-même et qu'il organise de façon plus ou moins cohérente, ceci en relation avec les autres et les rôles qu'il joue.

Pour L'Ecuyer (1978) le concept de Soi est une variable multidimensionnelle comportant à la fois :

A/ une dimension cognitive, c'est-à-dire les idées, les images et les opinions que la personne a d'elle-même.

B/ une dimension affective, c'est-à-dire les impressions et les sentiments que la personne éprouve à son propre sujet.

C/ une dimension sociale, puisque le concept de Soi constitue un lieu de projection des perceptions des autres à l'égard de la personne.

« Le Soi doit être considéré à la fois comme un objet de connaissance et comme le centre de l'action pour assurer son maintien, sa défense ou sa promotion » (L'Ecuyer, 1978, p24). Cela sous-entend qu'il faut avoir un certain niveau de connaissance de soi, ou bien

pour arriver à se décrire il faut se connaître un peu. Le Soi trouve sa force, « en puisant au sein même de l'expérience directement ressentie, puis perçue et finalement symbolisée ou conceptualisée par l'individu » (L'Ecuyer, 1975, p31).

Quelles que soient les approches, la question de l'image de Soi ou concept de Soi apparaît comme une question centrale pour les jeunes. Elle est peut être d'autant plus importantes que nous vivons dans une société où l'image joue de façon général un rôle prépondérant. La question de l'image de Soi chez les adolescents se joue autour du rapport au corps, du rapport entre les sexes et des frontières entre les générations.

A travers ces différentes lectures, il existe un consensus concernant la définition du concept de Soi comme étant : un ensemble de traits, d'images, de sentiments que l'individu reconnaît comme faisant partie de lui-même, influencé par l'environnement et organisé de façon plus ou moins consistante qui lui permet aussi de définir son identité.

Pour L'Ecuyer, « Les transformations du corps de l'adolescent le centrent sur les préoccupations somatiques. Au fur et à mesure de ses transformations l'adolescent doit arriver à les intégrer et à les accepter en vue de réaliser une adaptation valable à son propre sexe et au sexe opposé. Tout est donc à repasser : traits et apparence, harmonie des proportions, force, virilité, féminité ; cette intégration de l'image corporelle contribue à la valorisation de Soi ainsi qu'à l'affermissement du sens d'identité. La recherche d'une véritable identité de Soi est encore plus évidente via la conquête de l'autonomie personnelle. » (L'Ecuyer, 1978, p150).

Selon L'Ecuyer toujours, durant cette période il n'y a pas lieu de s'étonner de constater « les nombreuses fluctuations et différenciations au niveau de l'image corporelle, des perceptions de soi en termes de goûts et d'intérêts, d'aspirations, de qualités et défauts, de capacités et d'aptitudes ; fluctuations également au plan des perceptions de soi en termes de rôles et statut, consistance, idéologie ; même chose au niveau des dimensions sociales et adaptatives du soi : ambivalence dépendance-autonomie..

Ce sont les reformulations nombreuses et incessantes de ces divers paliers du concept de soi qui permettront à l'adolescent de parvenir progressivement à un concept de lui-même plus stable, plus cohérent et plus sécurisant parce que plus personnalisé. » (L'Ecuyer, 1978, p151).

Il est aussi important de mentionner les travaux de Coopersmith (1967) et ceux de Rosenberg (1965) portant sur des analyses auprès de 5000 adolescents qui font état de relations étroites entre l'estime de Soi et un grand nombre de variables telles que les perceptions des parents, des professeurs, des pairs, etc..., qui démontrent bien l'importance du rôle de l'autre dans la conquête de son identité personnelle, dans l'organisation progressive d'un concept de Soi personnalisé.

1-3-3 L'Identité :

Généralement les réflexions sur l'identité individuelle s'ancrent actuellement autour de l'étude de la notion de « soi », « image de soi », « représentation de soi », « construction de soi » et « contrôle de soi »....etc.

Pour Rodriguez-Tomé, « Le concept de Soi est indissociable de la représentation de l'autre, à savoir de la façon dont l'autre perçoit l'individu concerné. Il n'y a pas de concept de Soi sans référence constante à autrui c'est cette « complémentarité du Soi et de l'autre » qui entre dans la constitution de « la conscience et du sentiment d'identité personnelle » » (Rodriguez-Tomé, 1972, p30).

L'identité personnelle est aussi définie selon Malewska- Peyre, comme « un ensemble organisé (structuré) des sentiments, des représentations, des expériences et des projets d'avenir se rapportant à soi » (Malewska-Peyre, 1990, p112).

L'identité personnelle est définie selon Tap comme « le système de représentations et de sentiments à partir desquels le sujet construit et utilise un horizon temporel. Grace au sentiment d'identité, il peut, en effet, se percevoir le même (idem) dans le temps, se vivre dans une continuité existentielle. Il aspire à une certaine cohérence, met en place la fonction de personnalité, c'est-à-dire organise et coordonne ses conduites, ses aspirations, ses désirs ou ses fantasmes et se faisant, cherche à rester lui-même (is dem). Il préserve une positivité, une estime de soi à partir desquelles les angoisses et le sentiment d'échec peuvent être canalisés » (Tap, 1988, p53)

L'individu construit son identité de la naissance jusqu'à l'âge adulte. C'est cette identité et son image de soi qui constituent les fondements de ses processus psychiques, de ses relations et de son comportement. Selon Tap (1988) l'identité est acquise à travers

l'enracinement dans une histoire personnelle et culturelle, la remémoration et le récit. Dans son étude des structures et processus psychiques liés à la genèse de la personne, il évoque cinq niveaux : la subjectivation primaire, la socialisation, l'identification, la personnalisation par contrôle et la personnalisation par invention.

L'identification est selon Tap « la continuité de l'image de soi dans le changement à travers l'instauration de représentations mentales et l'actualisation des identifications multiples ». (Tap, 1988, p53)

La personnalisation est la construction et le fonctionnement de la personnalité, c'est notamment « le processus d'unification, de contrôle et de défense de soi par le sujet en fonction des exigences de la situation, des relations et des mobiles en jeu. » (Tap, 1988, p53)

Ainsi, Tap définit la personne comme étant « un présent, un passé, une histoire, des stratégies identitaires d'enracinement. Mais elle est avant tout une tension vers un avenir. Elle est une quête, une mise en perspective, une ouverture à de nouveaux enjeux, dans des relations aux autres et dans le rapport aux institutions. » (Tap, 1988, p54)

Le développement de l'identité à l'adolescence a fait l'objet d'étude de plusieurs disciplines telles que la psychologie, la sociologie, la psychiatrie et l'histoire, pourtant aucune d'elles n'a pu déterminer les processus de base impliqués dans la construction et le maintien de l'identité à cause de l'aspect multidimensionnel du concept. Cependant, il existe un commun accord concernant les faces de l'identité qui serait composée d'une identité personnelle et une identité sociale.

L'identité sociale dépend en grande partie des interactions avec les autres et des appartenances à différentes catégories. Pour Coslin (2002, p113) certaines catégories dépendent des caractéristiques physiologiques comme le sexe ou l'âge ; d'autres correspondent aux classes et groupes sociaux comme la profession, la religion ou la nationalité, catégories qui sont fortement associées aux représentations des rôles et aux normes de conduites.

Comme le souligne Bariaud (1997), le temps des questionnements essentiels intervient avec les progrès sociocognitifs. L'adolescent éprouve alors plus de difficultés à se définir par rapport à l'enfant ou à l'adulte. Ces difficultés sont liées aux processus cognitifs qui poussent à intégrer les images de Soi en une vision globale et cohérente durant cette période.

La perception d'une certaine instabilité de Soi prive l'adolescent des repères qui lui seraient nécessaires pour construire des représentations solides. L'adolescent perçoit l'instabilité de ses conduites, les fluctuations rapides de ses humeurs et de ses désirs. Il s'essaye à différents rôles, cherchant à répondre (ou à s'opposer) aux attentes de son environnement. Bariaud insiste sur le fait qu'au début de l'adolescence, « le jeune ne dispose pas des capacités cognitives qui lui permettent de relier entre elles les abstractions qu'il construit. Ce n'est que plus tard qu'il parvient à comparer les traits qu'il s'attribue et à évaluer leurs proximités et divergences. C'est alors que peut naître un sentiment de confusion à propos de son identité.» (Bariaud, 1997, p 67)

Pour Coslin (1999), l'adolescence est une période active de construction identitaire par interaction dialectique entre l'identité personnelle et l'identité sociale. L'identité personnelle correspond à l'ensemble organisé des sentiments, représentations, expériences et projets d'avenir se rapportant à soi-même ; c'est un sentiment d'unité, de continuité et de similitude à soi-même dans le temps et l'espace. L'identité sociale résulte en grande partie des interactions avec les autres, des appartenances à différentes catégories. Certaines sont fondées sur des caractéristiques physiologiques telles que le sexe ou l'âge ; les autres correspondent aux classes et groupes sociaux, comme la profession, la religion ou la nationalité, catégories dont le contenu n'est pas neutre, mais associé aux représentations des rôles et aux normes de conduites.

C'est à Erikson (1968) que revient le mérite d'avoir contribué par ses recherches à l'élaboration d'une importante théorie concernant le développement de l'identité à l'adolescence et qui a été fortement consolidée par la théorie de Marcia (1966). La particularité de l'approche de l'identité de Marcia, s'appuie sur la définition des statuts identitaires qui permettent de déterminer le niveau d'engagement et d'exploration, ces derniers traduisent le sentiment d'identité de l'adolescent.

Pour conclure, il est important de considérer l'identité personnelle comme une sous-structure de la personnalité définie comme le système de représentations et de sentiments de soi sur soi. Elle se construit sur la base de la reconnaissance du corps propre et du sens de l'image qu'il renvoie et du retour que les autres effectuent. Il est important aussi de constater que les réflexions sur l'identité individuelle tournent généralement autour de l'étude des notions de Soi, représentation de Soi, construction et projection de Soi dans le futur ou projets d'avenir. Il s'agit de prendre en considération la notion de projet de vie comme étant une construction basée sur « la comparaison entre la représentation de Soi et le Soi objet projeté dans le futur » (Huteau, 1993, p10)

Le projet de vie est considéré aussi comme un reflet de l'identité personnelle. L'individu se recrée soi-même dans la durée. Le projet de vie serait l'expression concrète par laquelle l'identité garderait sa continuité. Pour Zaleski (1994) un être humain ne peut pas développer une personnalité mure sans avoir une image de lui-même projetés dans le futur. Les gens créent leur image de Soi future comme un modèle ou un idéal à atteindre. Quelquefois cela commence à un âge précoce, mais à l'adolescence ce phénomène est caractéristique de la réalité psychique et inhérent à cette période.

1- 4 Les théories du développement à l'adolescence :

La littérature sur l'étude du développement humain notamment à la phase d'adolescence a été fortement marquée par les théories contemporaines. Il s'agit des théories de développement des chercheurs : Erikson, Marcia et Blos.

1-4-1 La théorie de développement d'Erikson (1968) :

C'est au psychanalyste Erikson (1956, 1959, 1968, 1982) que revient le mérite d'avoir proposé une théorie intégrée du développement identitaire à l'adolescence. Il appelle l'intégration qui doit être réalisée à l'adolescence « sentiment de l'identité intérieure » (Erikson, 1968, p87). Pour se sentir intégré et unifié, le jeune doit ressentir une continuité progressive entre ce qu'il est devenu au cours de l'enfance et ce qu'il pense devenir dans le futur ; entre ce qu'il pense être et ce qu'il sait que les autres perçoivent et attendent de lui. L'identité inclut et prolonge l'ensemble des identifications antérieures. L'identité est alors une accumulation d'innombrables identifications passées.

Pour Erikson (1968), l'identité à l'adolescence fait donc face à une crise qui ne peut être résolue que par de nouvelles identifications avec les pairs et des modèles extérieurs à la famille. Le développement identitaire dépend alors de l'évolution de trois composantes chez l'adolescent :

- L'émergence d'un sentiment d'unité intérieure qui intègre l'agir en un tout cohérent.
- L'acquisition d'un sentiment de continuité temporelle reliant passé, présent et futur individuel, conduisant l'adolescent à prendre conscience du suivi d'une trajectoire de vie qui a un sens et une direction.
- L'interaction avec des personnes importantes de l'environnement qui guide les choix.

L'intégrité, continuité et interactivité sont donc les trois composantes de l'identité dans la perspective d'Erikson. L'adolescence est l'occasion idéale de se définir comme personne étant donné que les engagements face à l'avenir ne sont pas encore pris ; et ne peuvent l'être qu'après que le jeune se trouve inscrit dans une stratégie de recherche et d'expérimentation de rôles, d'idées, pour les intégrer en un tout cohérent, marqué par son histoire de développement durant l'enfance et des composantes dominantes des stades antérieurs (confiance, autonomie, initiative et compétence).

Erikson (1968), a déterminé huit stades du développement pour passer de l'enfant à l'adulte. Chaque stade se caractérise par des tensions et des conflits que le jeune doit surmonter en s'adaptant à son environnement tout en préservant son identité. Ces tensions et ces conflits entre tendances contradictoires sont générateurs de croissance.

Chaque stade permet de grandir si les conflits trouvent une solution constructive. Des tendances positives et négatives s'opposent ainsi à chaque stade. S'il y a solution constructive, la tendance positive s'intègre au moi et participe à la construction de l'identité personnelle ; si le conflit n'est pas résolu, c'est la tendance négative qui s'intègre au moi et freine le développement.

Cloutier a détaillé les différents stades de développement avancés par Erikson (Cloutier, 1996, p 180), mais nous avons jugé utile de se concentrer uniquement sur le cinquième et le sixième stade de développement qui concerne la période de l'adolescence :

Cinquième stade « l'adolescence » s'étend de 12 à 18 ans, c'est celui de la crise identitaire, temps de recherche et d'introspection d'où surgira cette identité qui va intégrer les éléments d'identifications des stades précédents : confiance, autonomie, initiative et compétence. L'adolescent doit établir identité personnelle, ce qui implique l'obligation d'établir un bilan personnel lui permettant de répondre à des questions cruciales : Qui suis-je ? D'où est-ce que je viens ? Ou vais-je ?

Lui seul peut répondre à ces questions ; c'est là que les perturbations familiales, les difficultés d'insertion sociales et les divers tumultes sociaux peuvent dans certains cas rendre le bilan bien difficile à établir.

L'échec se solde alors par la diffusion des rôles, la confusion et un sentiment durable d'aliénation. Ce stade est celui où le groupe des pairs prend toute son importance car c'est en son sein que l'adolescent expérimente des rôles, présente des images différentes et en découvre l'effet social. Les premières amours sont ainsi une étape essentielle pour tester le moi. Ils sont pour Erikson beaucoup plus interpersonnels que sexuels.

Le sixième stade est celui de « intimité », il concerne le jeune adulte ; l'intimité réelle qui est fusion de deux identités n'est possible que lorsque l'identité individuelle est formée. Le jeune adulte incapable de nouer des relations intimes s'en tient à des relations interpersonnelles stéréotypées qui peuvent le maintenir dans un vif sentiment d'isolement.

Selon Erikson, le combat principal de l'adolescent se livre sur le terrain de l'identité et il oppose l'intégration des rôles à la diffusion des rôles. Les jeunes qui réussissent à se trouver, à se situer sur une trajectoire, dans un projet qui leur est propre sortent vainqueurs de ce combat. En revanche les jeunes qui n'arrivent pas à se trouver, à cerner leurs forces et leurs faiblesses, à se fixer dans ce qu'ils sont, dans ce qu'ils aiment, vivent de la confusion identitaire. (Cloutier, 1996, p 183).

Pour Erikson aussi, la résolution du processus identitaire est un élément fondamental de la santé mentale. Ne pas savoir qui l'on est, ne pas distinguer ce qui est soi et ce qui ne l'est pas, ignorer où on va, voilà autant de menaces à un fonctionnement sain.

1-4-2 La théorie de développement de Marcia (1980) :

A la suite des conceptions d'Erikson ; les travaux de Marcia (1966-1980) constitue une perspective importante. Pour Marcia repris par Cloutier (1996) trois facettes de l'identité sont à distinguer :

- **Identité subjective** ; correspond à la conscience d'être une personne unifiée même si on joue souvent des rôles variés, et à la conscience que l'on est plus que la somme de ces rôles. Il faut tenir plusieurs rôles pour favoriser l'unification personnelle à condition toutefois que les frontières entre ce que l'on est et ce qu'on n'est pas ne changent pas constamment.
- **Identité comportementale** ; c'est la continuité dans l'agir, d'où la possibilité de reconnaître la personne par ce qu'elle fait. On est alors identifié par les autres comme ayant des habitudes et des motivations, mais aussi une occupation définie qu'elle soit conformiste ou marginale.
- **Identité structurale** ; concerne l'organisation du mode de fonctionnement personnel par rapport au milieu. Elle correspond au style personnel d'adaptation développé par un individu pour interagir sur son environnement.

Pour Marcia (1966), deux processus sont impliqués dans la construction identitaire : un processus d'exploration qui est une période d'expérimentation de nombreuses alternatives différentes (se référait au départ à « la crise ») ; un processus d'engagement qui renvoie aux choix, décisions, attitudes, positions de l'adolescent dans les différents domaines de vie significatifs.

A partir de ces deux processus d'exploration et d'engagement, Marcia (1966) a construit un modèle en quatre configurations identitaires nommées « statuts » différenciant les adolescents par leur niveau élevé ou faible d'exploration et d'engagement :

- Elle peut être **achevée** lorsque l'adolescent a expérimenté et résolu une crise d'identité, il est alors engagé du point de vue professionnel et idéologique. Ayant préalablement considéré plusieurs éventualités (phase de moratoire), il est parvenu à se décider selon ses propres critères.
- Elle peut être **diffuse** se situant à l'opposé de l'identité achevée et se définissant de façon négative : l'adolescent n'a pas d'engagement psychosocial,

soit que la crise identitaire n'ait pas été expérimentée, ou qu'expérimentée elle n'ait pas été résolue.

- Elle peut être **forclose** quand l'adolescent s'est engagé sur les plans professionnel ou idéologique mais sans avoir expérimenté de crise identitaire. Les choix qu'il a faits ne sont pas les siens mais ceux reflétant les opinions de sa famille ou de son milieu de vie.
- Le **moratoire** psychosocial correspond à une phase de crise identitaire, concerne la recherche active d'engagement sans qu'une décision définitive ne soit prise. Il s'agit alors pour l'adolescent d'expérimenter des rôles sociaux.

Pour Marcia (1980), l'identité évolue entre 12 et 18-21 ans. Chez l'adolescent très jeune l'identité est à prédominance diffuse ou forclose, alors qu'à 18 ans il y a eu généralement progression vers une identité achevée ou vers le moratoire. A 21 ans, la plupart des jeunes sont au niveau de l'identité achevée. L'accès à l'identité achevée s'avère donc tardif. (Cloutier, 1996, p 183)

1-4-3 La théorie du développement de Blos (1967) :

Peter Blos (1967) apparaît comme l'auteur le plus représentatif des tendances américaines contemporaines, il pousse l'analyse du développement jusqu'à diviser l'adolescence en cinq stades:

* **La préadolescence:** caractérisée d'abord par l'augmentation quantitative de la pression pulsionnelle tous azimuts, car il n'y a pas encore de nouvel objet d'amour, ni de nouveau but pulsionnels. Ensuite il la caractérise par la résurgence de la prégenitalité manifeste chez le garçon, refoulé chez la fille.

* **La première adolescence :** caractérisée par la primauté génitale et le désinvestissement des objets d'amour incestueux; la libido reste flottante. Parallèlement Blos décrit un désinvestissement, un rejet des "objets internes parentaux". Le désinvestissement des parents a donc là pour conséquence une modification du Surmoi et l'établissement de nouvelles valeurs morales: l'Idéal du Moi "déloge" le Surmoi et absorbe la libido narcissique et homosexuelle.

* **L'adolescence proprement dite:** caractérisée par le réveil de l'Œdipe et par la découverte de l'objet hétérosexuel. Mais cela passe par l'oscillation entre l'hétérosexualité et le narcissisme. Le détachement des premiers objets d'amour ne se fait pas sans passage dépressif, sans appauvrissement du Moi, d'où les processus identificatoires souvent sur le mode du "comme si" et les recherches exaltées du Moi.

* **L'adolescence tardive:** c'est une phase de consolidation des fonctions et des intérêts du Moi. C'est la phase de la formation du caractère produisant un fonctionnement ego-syntonique du Moi. C'est alors que se structure la représentation du Soi.

Le Soi est l'héritier de l'adolescence dit Blos paraphrasant la formule du Surmoi, héritier du complexe d'Œdipe à l'entrée de la latence.

Le Soi désigne la totalité de la personne, d'un individu, autant que son corps et les parties de celui-ci (Soi corporel), que son organisation psychique et ses constituants (Soi psychique). Le Soi se forme bien avant l'adolescence mais selon Blos (1962), il acquiert au cours de cette période une qualité distincte qu'il ne possédait pas jusque-là, relative à l'abandon de la mégalomanie et des puissances magiques infantiles. Ce processus, qui peut être vu comme une objectivation progressive permet au jeune adulte de se sentir "lui-même" et d'avoir le sentiment d'une unité dans ses expériences internes et externes qui a pris la place des excès anarchiques de son adolescence.

* **Post-adolescence** (en fait le jeune adulte) on en arrive à la profession, au mariage, à la procréation...

1-4-4 La théorie du développement humain :

Le besoin individuel de produire et d'orienter le propre développement a été reconnu et mis en évidence par les théories de la psychologie du développement. Avec les travaux de P.Baltes (1987, 1997) dans le domaine de la psychologie du développement tout au long de la vie (life-spandevelopmental psychology) a permis à l'étude de la vie humaine de se séparer de l'idée d'un développement par stages, pour être remplacée par un concept du développement tout au long de la vie, caractérisé par sa flexibilité et sa continuité. Cette approche offre une nouvelle perspective pour comprendre la dynamique du développement non pas seulement pendant l'enfance, mais aussi durant la vie adulte.

La psychologie du développement tout au long de la vie inclut l'étude des constances et changements comportementaux pendant le cours de la vie (ontogénèse), depuis la conception jusqu'à la mort. Cette théorie a comme objectif la production de connaissances sur les principes généraux qui régulent le développement.

Selon Baltes (1987, 1997) le développement ontogénique tout au long de la vie peut s'expliquer par trois principaux buts d'adaptation : la croissance, la maintenance et la régulation de la perte. Ces buts d'adaptation suscitent pour les atteindre, certains processus de régulation du comportement. Ces processus sont décrits à travers trois mots : la sélection, l'optimisation et la compensation (SOC).

La nature de **la sélection** dans l'ontogénèse suit certains arguments. D'abord on a postulé que le développement s'organise à partir d'un ensemble de buts spécifiques de fonctionnement, ensuite le développement a toujours lieu à partir de conditions limitées en particulier par rapport au temps et aux ressources.

D'autre part, le développement est considéré comme un mouvement vers la hausse de l'efficacité et de plus haut niveaux de fonctionnement, c'est l'**optimisation**. Pour atteindre un changement positif dans la capacité adaptative envers l'ensemble des buts choisis, il faut s'appliquer dans une série de facteurs d'amélioration du comportement, tels que les connaissances culturelles, l'engagement envers les buts, la pratiques et les efforts.

Finalement, la **compensation** a lieu quand un ensemble donné de moyens n'est plus disponible. C'est le cas de pertes directes des moyens (par exemple la perte d'un sens comme l'audition ou la vue...), d'un transfert négatif (une incompatibilité parmi les buts) cela est également dû à l'apparition de nouvelles limites et contraintes. La compensation a de multiples origines et se réalise de différentes manières.

Selon Freund et Baltes (2002) c'est à l'âge de l'adolescence et des jeunes adultes que stratégies SOC sont acquises. En particulier, ils indiquent que les jeunes adultes se trouvent dans la phase d'exploration de plusieurs domaines de la vie, dont les aspirations et le choix professionnel et personnel. En effet, ils ont trouvé une tendance croissante dans l'utilisation des stratégies SOC depuis l'âge de l'adolescence et tout au long de la vie, qui diminue pendant la vieillesse. Cela est expliqué par le fait que les jeunes éprouvent le besoin d'explorer plusieurs parcours de développement, tandis que dans des âges plus

avancés de la vie, les personnes se spécialisent dans une trajectoire de vie en se focalisant de plus en plus dans les priorités choisies.

La théorie SOC a été appliquée dans la recherche de différents aspects concernant la structure des buts professionnels et familiaux des jeunes adultes, la carrière et le bien-être émotionnel (Wiese, Freund et Baltes 2002).

Le contrôle personnel sur le développement a été proposé pour dénoter le sens individuel du contrôle sur certains domaines subjectifs du développement personnel. Ainsi une perception réduite de l'influence personnelle sur des domaines importants du développement aura comme conséquence une tendance plus prononcée vers la dépression et la résignation. Par contre, un sens du contrôle augmenterait la réalisation d'options, ce qui contribuerait positivement à la réussite du développement subjectif individuel en termes de gains et de pertes (Heckhausen et Baltes, 1989).

La théorie du contrôle tout au long de la vie a été élaborée sur les concepts de contrôle primaire et secondaire (Schulz et Heckhausen, 1995). Le contrôle primaire se base sur le comportement exercé pour obtenir certains résultats dans l'environnement immédiat externe à l'individu. Les processus du contrôle primaire impliquent l'action directe sur l'environnement. Le contrôle secondaire cible le Soi afin d'atteindre des changements directement à l'intérieur de l'individu. Les processus du contrôle secondaire impliquent surtout l'activité cognitive à l'intérieure de l'individu.

Du point de vue fonctionnel, le contrôle primaire a la primauté sur le contrôle secondaire. En effet, ce qui permet à l'individu la construction de son propre développement est son intervention directe sur l'environnement afin de résoudre ses propres besoins. La principale fonction du contrôle secondaire est la minimisation des pertes (dus à la probabilité de l'échec du comportement humain et au besoin d'être sélectif dans les buts qu'on poursuit), le maintien et l'expansion des niveaux de contrôle primaire. La finalité du contrôle secondaire est la protection du bien-être émotionnel, de l'estime de Soi, ainsi que des ressources motivationnelles individuelles pour exercer le contrôle primaire dans le futur.

Les stratégies de contrôle primaire et de contrôle secondaire interviennent pour garder un équilibre vis-à-vis des demandes et défis retrouvés dans chaque période de la vie. Elles constituent les stratégies de coping qui ont été investiguées dans le contexte de la régulation du développement à travers les buts des individus à différents âge de la vie (Heckhausen, 1995 ; Nurmi, 1989).

Une révision de la littérature sur le développement dans les premières étapes de la vie conduit Heckhausen et Schulz (1995) à deux conclusions. D'abord une grande partie du développement a comme objectif l'expansion du potentiel vers le contrôle primaire chez l'enfant. Deuxièmement, le développement du contrôle primaire est facilité par l'émergence des stratégies du contrôle secondaire relativement tôt dans la vie. Quand les individus atteignent la jeunesse adulte, le répertoire basique des stratégies de contrôle secondaire est déjà en place.

D'après Heckhausen et Schulz (1995), le jeune adulte est caractérisé par des niveaux croissants de contrôle primaire et secondaire, de même que par une sélectivité croissante, tandis que la diversité diminue graduellement. Pendant l'adolescence tardive et le jeune adulte, il y a une pression croissante envers la spécialisation et l'engagement dans un parcours individualisé. La quantité d'énergie et de temps qu'on devrait investir et les choix des domaines spécifiques, sont certains des défis affrontés par les individus dans cette étape du développement.

Selon Brandtstadter (1989), les efforts pour modeler le cours personnel de la vie sont guidés ou motivés par certains buts subjectifs, par les attentes ou stéréotypes par rapport au développement tout au long de la vie, de même que par les croyances sur le potentiel individuel et les limitations personnelles. Les croyances subjectives, les valeurs et les conceptions du contrôle du soi sur le développement pourraient devenir plus différenciées et concrètes durant l'adolescence et la jeunesse adulte, étapes dans lesquelles l'autonomie et l'indépendance acquièrent de l'importance.

C'est sur la base de cette théorie du développement humain, qu'Antonovsky a créé sa métathéorie SOC. Selon Bruchon-Schweitzer « le SOC ou le sens de la cohérence, est une caractéristique qui se développe pendant l'enfance et l'adolescence pour se stabiliser vers l'âge de 30 ans. Le SOC est renforcé si nous vivons des expériences cohérente (règles de vie relativement stables, régulières, consistantes, compréhensibles) » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p255).

Les personnes peuvent exercer un contrôle jusqu'à un certain point. Mais dans les trajectoires de vie il y a beaucoup d'évènements fortuits (Bandura, 2001). Parmi les mécanismes d'agencement personnel aucun n'est plus central et influent que la croyance des personnes dans leur capacité d'exercer du contrôle sur leur propre fonctionnement et les évènements de l'environnement. L'agencement humain se base sur les croyances de la propre efficacité personnelle. Ronka et Pulkkinen (1995) indiquent que la transition à la vie adulte implique une forte demande à la capacité de coping individuel afin d'atteindre un fonctionnement adéquat au milieu des opportunités et des défis de la société (Cité par Ibarra Arana, 2006, p38).

Il est donc important de souligner que la problématique de l'adolescence se joue autour de la question du corps et de son rapport avec le concept de soi et de l'identité ; du développement des capacités intellectuelles qui favorisent l'intégration des différentes images de Soi en une vision globale et cohérente qui puissent lui permettre de construire des représentations solides qui se manifesteront à travers l'élaboration du projet de vie. Ces différents changements sont imposés aussi par les processus de régulation du comportement décrit par le terme de SOC. La théorie SOC est fortement liée aux processus de contrôle personnel sur le développement, ce contrôle est conçu sur les concepts de contrôle primaire et secondaire. Il s'agit de souligner les processus (contrôle primaire et secondaire) impliqués dans le développement humain et dans les stratégies de coping.

Chapitre II : LA MALADIE DU DIABETE

Ce chapitre traite des concepts importants que sont la santé et la maladie en se référant aux différentes définitions et à ses représentations qu'elles soient sociales (Moscovici, 1961 ; Herzlich, 1969) ou cognitives (Leventhal et al, 1980-1984). Approcher les notions de santé et de maladie s'est effectué en référence aux modèles théoriques de la psychologie de la santé notamment celui présenté par Bruchon-Schweitzer (1994). Nous ne pouvons aussi développer la notion de maladie du diabète sans se référer aux études épidémiologiques qui lui ont été consacré notamment les recherches en psychosomatique et en psychologie de la santé. Il est aussi important de citer quelques résultats de l'Enquête Algérienne sur la santé de la famille de 2002, pour pouvoir enfin de compte définir l'atteinte du diabète chez l'adolescent et les stratégies de coping qu'il met en place pour faire face à cette maladie.

2-1 Le concept de la santé et de la maladie :

La conception dominante de la « bonne » santé était essentiellement centrée sur le bien-être physique, peu attentive aux facteurs psychologique et à la dimension de la santé mentale. Les relations qui se sont développées surtout à partir des années 1980, entre la psychologie et les sciences de la vie, ont contribué à promouvoir une nouvelle compréhension du vivant en considérant la complexité des interactions corps-esprit, leurs influences réciproques et à porter ainsi un autre regard sur la santé.

Aujourd'hui avec le développement de la biologie moléculaire et génétique, les avancées dans la recherche médicale, en oncologie, apportent un éclairage nouveau à la connaissance du vivant et aux processus en œuvre dans le développement des maladies. Ils s'accompagnent d'un profond changement dans la compréhension que nous avons entre l'esprit et le corps ; la santé comme la maladie sont ainsi perçues non plus comme le résultat d'un seul type de facteur biologique en l'occurrence mais comme un ensemble de processus biologiques et sociaux interdépendants qui maintiennent un individu dans un état de santé donné, ou débouchent sur une maladie.

Fischer a parfaitement souligné que c'est bien le développement industrielle qui a permis de faire acquérir au concept de santé une place importante compte tenu du changement des formes de la maladie« La santé n'est plus seulement un objet médical, elle est devenue un phénomène social..... Les préoccupations relatives à la santé se sont elles-mêmes transformées en raison d'une nouvelle compréhension de la santé liée à l'évolution même des pathologies.... Facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont déterminants pour comprendre la santé ou la maladie. Par conséquent, leur connaissance devient essentielle pour mieux identifier ce qui maintient les gens en bonne santé ou ce qui les rend malades. C'est dans ce cadre d'évolution scientifique que la psychologie de la santé a pris naissance et s'est développée. » (G.N Fischer, 2002, p3).

2-2-1 Définition de la maladie :

La maladie est classiquement décrite comme étant « une altération de la santé d'un être vivant. Toute maladie se définit par une carence, des symptômes, des signes cliniques et paracliniques, une évolution, un pronostic et un traitement » (Petit Larousse de la médecine, 2002, p559).

La médecine limite l'approfondissement de sa recherche au champ de sa spécialité. En choisissant de réduire la maladie à un ensemble de symptômes corporels, elle s'est donné les moyens d'observer des phénomènes biologiques extrêmement complexes. Mais ils ne sont pas pour autant, référés à la réalité de la nature humaine, corporelle et psychique à la fois.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) parle « de maladie chronique » dans le cas d'une affection de longue durée qui évolue avec le temps et qui nécessite une prise en charge, la maladie chronique affecte fortement la vie sociale, familiale, professionnelle et quotidienne de celui qui on souffre comme les maladies chroniques non transmissibles telles que : diabète, insuffisance rénale, cancer, Alzheimer... ; Les maladies neurologiques dégénératives telles que : myopathie, maladie de Parkinson.. ; Les troubles mentaux de longue durée ; les maladies rares ou inflammatoires telles que : muscovidoses, polyarthrite rhumatoïde ; et les maladies chroniques transmissibles telles que le sida..

Le concept de la maladie fait face au concept de la santé ; santé et maladie sont deux entités inséparables. Selon G. Fischer (2002), on ne trouve aujourd'hui dans aucun dictionnaire français de psychologie une définition de la santé, comme si ce concept ne faisait pas encore partie du vocabulaire de psychologie ; on n'y rencontre que le terme de santé mentale... C'est ainsi que la nouvelle discipline de la psychologie de la santé propose une compréhension de la santé ; « la santé est définie comme une modalité d'expression d'une personne qui dispose d'un potentiel de vie ou fonctionnement biologique et vie psychique et sociale sont indépendants et confèrent un bien-être permettant de vivre de façon satisfaisante » (Fischer, 2002, p6).

Cette définition montre que la santé correspond à un ensemble de processus révélant la complexité et la multiplicité des facteurs en jeu. En conséquence, la santé et la maladie vont être considérés à travers les niveaux de fonctionnement, l'importance et le rôle des facteurs psychiques, sociaux et biologiques ; les systèmes d'interactions en œuvre débouchent sur un état de santé déterminé et peuvent être prédicteurs ou déclencheurs d'une maladie.

La psychologie de la santé aborde les comportements de santé, qui affecte aussi bien l'intégrité physique que psychique et se réfère à une conception de l'individu responsable de son bien-être. La psychologie de la santé tend ainsi à mettre l'accent sur les capacités des individus et leurs ressources psychiques adaptatrices concernant leur propre état de santé.

Elle s'est organisée autour de plusieurs axes principaux : la prévention et la promotion des comportements et styles de vie sains (l'intérêt porté aux comportements à risques qui peuvent directement être la cause dans la survenue de différentes pathologies d'une part et les actions susceptibles de les prévenir d'autre part) ; les situations de maladie (l'intérêt est porté en particulier aux conditions du traitement thérapeutique avec les différents niveaux d'intervention, aux relations soignants-soignés, à l'information et à la communication et aux prises de décisions médicales..), les comportements adoptés par les malades et les conséquences sur leur état de santé (orientation qui porte sur les différents aspects psychologiques du vécu de la maladie tels que les stratégies d'adaptation, la réaction à la douleur et la qualité de vie des patients, la gestion du stress et le soutien social).

2-1-2 Les modèles théoriques de la psychologie de la santé :

Plusieurs modèles coexistent actuellement et sur lesquelles se réfère la psychologie de la santé, chacun tente d'expliquer pourquoi certains individus deviennent malades alors que d'autres vivants dans les mêmes conditions restent en bonne santé, et pourquoi parmi ceux qui sont malades certains guérissent plus facilement que d'autres. Chacun de ces modèles valorise certains facteurs supposés avoir un effet sur la santé ultérieurs des individus (Bruchon- Schweitzer, 1994, p15-22). Parmi ces modèles nous pouvons citer :

- 1- **Le modèle biomédical** : ce courant est encore prédominant dans la médecine contemporaine, la maladie concerne le corps et correspond à un dysfonctionnement organique, du à l'effet de divers agents pathogènes (infections, traumatismes, lésions, tumeurs, substances toxiques, etc ..)

- 2- **Le courant psychosomatique** : pour ce courant le développement de certaines maladies (respiratoires, digestives, cardio-vasculaires, dermatologiques, cancéreuses, etc..) serait associé à certains facteurs psychologiques, facteurs différents d'une école à une autres :
 - Conflits psychique et profil de personnalité particulier pour Frantz Alexander et l'école de Chicago.
 - Fonctionnement psychique particulier, avec un mode de pensée opératoire (faible capacité de mentalisation, pauvreté de l'imaginaire).
 - Discours centré sur le concret et sur le présent pour Pierre Marty et l'Institut psychosomatique de Paris.

Les études menées par les divers courants psychosomatiques n'ont pas permis d'établir de façon indiscutable le rôle étiologique de certaines expériences infantiles (et de certaines structures de la personnalité). Elle propose de situer la symptomatologie organique en rapport avec un sujet affecté pris dans son unité psychosomatique de fonctionnement et en regard de l'histoire personnelle qui est la sienne.

3- L'approche épidémiologique : consiste à rechercher tout ce qui différencie des groupes de sujets malades et sains (facteurs environnementaux, psychosociaux, etc). Aux études rétrospectives (reconstituer le passé de sujets malades et non malades), caractérisés par des biais multiples ont succédé les études prospectives, consistant à évaluer lors de l'inclusion et de façon très complète une « cohorte » de sujets sains, qui seront suivis ensuite pendant de nombreuses années. A la fin du suivi, on recherche quelles étaient les différences initiales entre ceux qui sont devenus malades et ceux qui sont restés en bonne santé. Quelques études prospectives très bien faites suggèrent l'existence de styles comportementaux à risques (exemple pour l'insuffisance coronarienne, Consoli, 2001).

Hélas, les études épidémiologiques sont souvent athéoriques et procèdent empiriquement par tâtonnements. Elles aboutissent le plus souvent à des listes de caractéristiques disparates qu'il est difficile d'interpréter ensuite.

4- Le modèle biopsychosocial : ce modèle est né en psychiatrie (Engel, 1980). Pour cet auteur, les différents aspects de la santé et de la maladie sont organisés de façon hiérarchique, selon un continuum permettant de les classer des plus généraux (culture, communauté, famille) aux plus spécifiques (individus, organes, cellules, etc). Si chaque système(ou niveau) peut être étudié de façon autonome et selon des méthodes appropriées, ce modèle implique l'interdépendance entre les différents niveaux (le fonctionnement d'un système dépendant de celui de tout les autres). Ce modèle fournit une perspective systémique intéressante pour les sciences de la santé, mais il est trop général pour qu'on puisse le mettre à l'épreuve des faits (c'est un méta-modèle). Il est aussi un peu simpliste. Une maladie a « une histoire » et implique des relations non linéaires et complexes entre de nombreux facteurs. (Smith et Smith, 1996).

5- Le modèle transactionnel : Les facteurs environnementaux et personnels évoqués dans le modèle biopsychosocial, même si l'on considère leurs interactions n'expliquent pas à eux seuls les différences interindividuelles en matière de santé et de maladie. L'approche transactionnelle de Lazarus et Folkman (1984) a ouvert des perspectives de recherche tout à fait nouvelles et

stimulantes. Elle s'intéresse aux transactions entre l'individu et l'environnement, c'est-à-dire aux efforts cognitifs, émotionnels et comportementaux qu'il déploie pour s'ajuster à une situation aversive spécifique. Ces transactions se déroulent en deux phases : phase d'évaluation (primaire et secondaire), élaboration de stratégies d'ajustement (ou coping). Ce sont ces processus transactionnels qui joueraient un rôle fondamental (médiateur ou modérateur), en modulant l'impact des antécédents environnementaux et dispositionnels sur l'état de santé ultérieur. Mais le modèle transactionnel souffre lui aussi de quelques limites. Il valorise le rôle des processus transactionnels et minimise ou occulte celui d'autres déterminants de la santé (situationnels et dispositionnels).

6- Le modèle intégratif et multifactoriel : Ce modèle intégratif en psychologie de la santé, a été élaboré par Bruchon-Schwitzer et Dantzer (1994), il prend en compte des facteurs que l'on étudiait souvent séparément :

- Environnementaux (événements de vie stressants, réseau social, exposition à divers facteurs de risques, etc)
- Individuels (types de traits, styles comportementaux, antécédents biomédicaux), jouant un rôle fragilisant ou protecteur.
- Processuels (ou transaction individu-environnement), jouant un rôle fonctionnel ou dysfonctionnel.

Chacun de ces groupes de facteurs contribuerait à l'explication d'une part la variance des critères considérés dans ces recherches (santé physique, mentale ou parfois sociale). Ce modèle reconnaît l'effet direct de certains facteurs environnementaux et de certains facteurs personnels sur divers critères d'ajustement (bien-être, qualité de vie, satisfaction, santé, rémission ou guérison, réussite d'un sevrage, etc) ou de non-ajustement (dépression, affectivité négative, insatisfaction, initiation d'une pathologie, récurrence ou aggravation, décès). Mais ces facteurs de vulnérabilité ou de protection ont aussi des effets indirects. L'intérêt des chercheurs s'est investi dans l'étude de certains processus transactionnels qui pourraient jouer un rôle médiateur significatif en modulant l'effet des antécédents environnementaux et individuels sur la santé physique et mentale des individus.

Ce modèle s'appuie aussi sur les recherches s'inspirant de l'approche transactionnelle du stress proposée par Lazarus et Folkman (1984) qui ont démontré l'importance de l'« activité du sujet » (cognitive, émotionnelle, comportementale et physiologique) face à une perturbation. Selon le néo-behaviorisme, les variables médiatrices sont les processus par lesquels s'exprime et transite l'influence des variables indépendantes sur les variables dépendantes. Ces variables processuelles se dérouleraient en deux phases : évaluation, ajustement ou coping.

En ce qui concerne cette recherche nous avons pris le modèle intégratif et multifactoriel comme principale orientation théorique. Nous adhérons parfaitement aux justifications avancées par plusieurs chercheurs (Bruchon-Schwitzer et Dantzer, 1994, p21) quant aux avantages reconnues à ce modèle, il convient à la fois aux recherches transversales (ou toutes les variables sont mesurées en même temps) et longitudinales (ou l'on évalue les antécédents, puis les transactions individu-contexte).

2-1-3 Définition psycho-sociale de la maladie :

A partir des années 1970, l'étude des liens complexes et diffus entre les caractéristiques sociales de l'individu et son état de santé se sont enrichi. Un nouveau courant de recherche apparaît progressivement qui délaisse l'épidémiologie descriptive, pour tenter de comprendre avec plus de précision « les chemins par lesquels le social interagit avec le biologique pour créer la maladie. » (Herzlich et Adams, 1995, p50).

Le « stress » et les « évènements de vie » stressants, le type de personnalité, « la capacité à faire face » ou encore « le support social », sont autant de concepts qui tentent d'expliquer les mécanismes par lesquels le psychosocial et le social peuvent influencer sur le biologique.

Définir la maladie s'appuie sur certaines descriptions données par les malades (maladie bénigne, maladie courte, maladie longue, maladie curable, maladie grave, maladie incurable, maladie mortelle) qui n'ont aucune relation avec les classifications médicales. Il s'agit d'attribuer à chaque maladie un indice significatif qui la concrétise, lui donne sens et la mette en relief. Pour Herzlich et Adams (1995), la gravité joue un rôle de « super indice » exprimant plutôt le rapport de l'individu à la maladie que la seule caractéristique

de la maladie même. D'après ces auteurs « on doit les considérer davantage comme des indices d'implications personnelles que comme des indices objectifs de l'atteinte organique ». (Herzlich et Adams, 1995, p96)

Herzlich, met l'accent sur l'expérience de la maladie qui déborde le plan de l'organique, « elle retentit sur la vie entière de l'individu, ses relations aux autres, son statut dans le groupe ». (Herzlich, 1969, p 112)

Pour Rouvière, l'évènement maladie, à un moment donné de la vie du sujet, s'inscrit dans son histoire personnelle, familiale, sociale, et remet en question l'équilibre interactionnel qu'il entretient avec lui-même et son milieu. « L'actualisation de la maladie grave énoncée par le diagnostic, provoque une crise existentielle, un vécu de catastrophe, une rupture de l'espace et du temps. C'est une menace qui fait brutalement passer le sujet du savoir que l'homme est mortel à la conscience aiguë de sa mort... La vie du sujet et de ses proches s'organise autour de la maladie et de ses traitements : C'est l'espace de la maladie » (Rouvière, 1993, p 54).

2-1-4 La représentation de la maladie :

Les représentations prennent un rôle important dans la dynamique du développement humain. Ils constituent le fondement de la connaissance et la conscience de soi. Les représentations sont impliquées non seulement dans les processus d'élaboration de projet de vie mais aussi dans les processus de coping.

La définition que présente Jodelet du rôle des représentations est très importante, elle considère que « nous avons toujours besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure. Il faut bien s'y ajuster, s'y conduire, le maîtriser physiquement et intellectuellement, identifier et résoudre les problèmes qu'il pose. C'est pourquoi nous fabriquons des représentations » (Jodelet, 2003, p 45).

Face à un diagnostic nouveau ou à des symptômes inhabituels, les personnes tentent de donner du sens à cette nouvelle situation. A partir de plusieurs sources d'informations, les personnes élaborent des représentations de la maladie.

Pour Jodelet les représentations sociales de la santé et la maladie « sont considérées comme une forme de connaissance, un savoir, rangée habituellement sous la catégorie du sens commun » (Jodelet, 2015, p24).

L'approche de la représentation mentale de la maladie, élaborée par Leventhal, Meyers et Nerenz (1980), constitue une perspective relativement nouvelle de l'analyse de la façon selon laquelle les personnes perçoivent la maladie et les dangers pour la santé. Elle trouve son origine dans la tentative de rendre compte de certains comportements apparemment inexplicables, comme l'écart observé entre l'expérience symptomatique des personnes et la tendance à s'adresser à un médecin (exemple la faible proportion à consulter un médecin en présence de certains types de troubles, ou la tendance des personnes en bonne santé à recourir fréquemment à un médecin pour des motifs insignifiants), mais également la faible volonté des patients à se conformer aux soins prescrits.

Ce modèle se base sur l'hypothèse selon laquelle les réponses comportementales des personnes face aux menaces sur leur santé sont la conséquence de leurs théories implicites sur la maladie. Au cours d'une recherche menée sur des sujets souffrant d'hypertension, les auteurs ont découvert que les théories implicites de la maladie pouvaient être regroupées en trois modèles associés à des types de soins différents. Les personnes qui considéraient l'hypertension comme une maladie de type « aigu », pouvant être soignée avec le temps grâce à un traitement, avaient tendance à interrompre celui-ci dès que les niveaux de tension retournaient à la normale. D'autres sujets percevaient l'hypertension comme une maladie de type « cyclique » et suivaient donc leur traitement de façon discontinue. À l'inverse, la probabilité que les personnes considérant l'hypertension comme une maladie « chronique » se conforment de façon continue aux prescriptions était élevée (Meyer, Leventhal, Gutman, 1985).

Deux grands axes de recherche se complètent dans les théories du sens commun des représentations de la maladie. On trouve les théories axées sur les représentations sociales, et celles axées sur les représentations cognitives de la maladie.

- **Les représentations sociales de la maladie :**

Selon Moscovisci (1961), les représentations de la maladie sont de l'ordre d'une interaction entre des facteurs individuels et des facteurs sociaux. Elles se réfèrent à la fois à la biographie de la personne et aux structures sociales et culturelles.

Dans ses recherches Bishop (1996), montre que l'appartenance culturelle joue un grand rôle dans les représentations collectives et individuelles, notamment au niveau de la démarche thérapeutique choisie par la personne malade.

Dans le cadre de ces interactions individu-société, Herzlich (1969), s'est intéressé au contenu de ses représentations et met en évidence un « schéma figuratif », selon lequel il existe entre la santé et la maladie le même lien d'opposition qu'entre individu et société.

- **Les représentations cognitives :**

Chaque personne donne son propre sens à la maladie, en fonction des représentations collectives, de la perception sociale du lien entre santé et maladie, et de l'expérience des symptômes.

Selon Leventhal et al (1980, 1984), les individus créent des représentations cognitives et affectives de leur maladie pour donner du sens et gérer leur problème de santé. L'interprétation de cette information constitue le premier pas dans le processus de recherche d'aide, d'initialisation d'une stratégie de coping et d'adoption d'une prise en charge.

Les représentations de la maladie sont guidées par trois sources d'information, abstraites et concrètes :

- L'information disponible avant d'être confronté à la maladie, en tant que connaissance collective
- L'information donnée par l'environnement social, par des personnes d'importance significatives (proches, équipe médicale)
- L'expérience de la maladie, qui comprend les informations somatiques et symptomatiques, basées sur les perceptions actuelles et l'expérience passée de la maladie. Celle-ci inclut la connaissance de l'efficacité de moyens précédemment utilisés pour gérer les symptômes.

Les informations provenant de ses sources permettent la constitution de théories implicites de la maladie. Ces théories propres à chacun donnent lieu à des pensées relatives de la maladie. Cela permet à la personne de donner son propre sens à la maladie, et de former une représentation de son état.

Leventhal et al (1984) précisent que le processus de construction de cette représentation est un processus symétrique, à deux niveaux : conceptuel (abstrait et présupposé) et schématique (concret et perçu). Des liens sont faits entre les sources d'information abstraites et les sources d'information concrètes d'une manière intuitive et automatique.

C'est la perception et l'interprétation des différentes sources d'informations qui conduisent à la construction des représentations de la maladie via ces processus symétriques. Ces représentations de la maladie ont été appelées perception de la maladie.

- **Les composantes de la perception de la maladie :**

Leventhal et al (1980) précisent que la perception de la maladie constitue un filtre à travers lequel la personne voit le monde et sa situation. Ainsi elle occupe une grande place dans les décisions de recherche de soins (Leventhal et al 1984), l'adhérence au traitement ou à l'avis médical (Leventhal et al 1980), le retour au travail (Lacroix et al 1991 ; Petrie et al 1996), et dans le processus de faire face à la maladie chronique, ou coping avec succès (Moss Morris et al 1996 ; Schiaffino et al 1998).

Selon Leventhal et al (1980) huit dimensions ont pu être identifiées :

- 1- *L'identité* : il s'agit de la désignation de la maladie (étiquette) et des symptômes vécus par le patient et attribués à la maladie
- 2- *La cause* : il s'agit de ce que le patient se représente comme étant les facteurs ayant causé la maladie, il peut s'agir des causes biologiques, environnementales, émotionnelles ou psychologiques. Lorsque ces causes sont questionnées, il s'agit pour le patient de donner du sens à sa maladie et à tous les changements que celle-ci implique.
- 3- *La dimension temporelle* : chronique ou aigüe le patient se représente la maladie comme étant chronique (qui dure dans le temps) ou aigüe (la fin de cet état de maladie est perçu comme proche dans le temps), ou cyclique.

- 4- *Les conséquences, les effets* : ce que la personne perçoit comme étant la gravité et les effets de la maladie, sur lui-même, son entourage et son quotidien.
- 5- *La guérison, le contrôle* : le contrôle personnel et auto-efficacité : il s'agit d'une croyance en la possibilité de contrôler la maladie soi-même, d'être capable de mettre en œuvre des pratiques d'allègement des symptômes.
- 6- *La guérison, le contrôle* : la croyance en l'efficacité d'un traitement ou d'une recommandation, il s'agit de la confiance assortie de la croyance qu'un traitement ou un conseil donné par un praticien de santé peut améliorer son état de santé.
- 7- *La représentation émotionnelle* : dimension qui représente les émotions négatives suscitées par la maladie (colère, anxiété, inquiétude, peur, déprime...)
- 8- *La cohérence de la maladie* : il s'agit d'une métacognition : ce que pense la personne de la cohérence et de l'utilité de sa représentation de la maladie, comment la maladie prend du sens, dans le déroulement des événements de vie, les causes de la maladie, les dimensions qu'elle touche. Il s'agit du degré de compréhension de la maladie vue dans son ensemble, de la façon dont les différentes composantes de la perception de la maladie s'articulent, s'harmonisent ou non. Une bonne cohérence est associée à un meilleur ajustement à long terme (Moss Morris, 2002 ; Girard et Arsenault, 2005) et à un meilleur bien-être (Sodenberg et al, 1997).

Ces composantes de représentations ne sont pas indépendantes les unes des autres et entretiennent des rapports logiques. Ces associations logiques, par leur effet de structure, permettraient d'expliquer certains résultats dans le fonctionnement.

La perception de la maladie et le coping sont mis en relation directe dans le modèle de régulation de soi de Leventhal et al (1980). La perception de la maladie guiderait de manière significative le choix des stratégies de coping.

2-1-5 Perception de la maladie et stratégies de coping :

Le modèle de régulation de Soi (Leventhal, Meyer et Nerenz 1980) est basé sur l'hypothèse selon laquelle les personnes ont des théories implicites de la maladie, conditionnant leurs réponses face aux problèmes de santé. Ce modèle permet de comprendre les processus de régulation du soi avec lesquels les personnes donnent du sens à l'expérience de la maladie et entreprennent des actions.

Face à l'évènement maladie, deux chaînes de processus se mettent en place, se déroulant en parallèle : une branche cognitive et une branche émotionnelle. Chacune passe par trois phases processuelles

- 1- Une phase où la personne se fait une représentation (cognitive et affective) de la maladie, de ses symptômes. Il s'agit de l'élaboration des différentes dimensions de la perception de la maladie, à partir des connaissances collectives, celles de l'environnement social et de l'expérience de la maladie.
- 2- Une phase d'élaboration des efforts et stratégies de coping, à partir des représentations mises en place précédemment, mais aussi des données rétroactives de la troisième phase
- 3- Une phase d'évaluation des résultats des stratégies de coping utilisées, influençant l'utilisation de ces stratégies ou la mise en place de nouvelles, ainsi que l'évaluation de la situation et de la perception de la maladie par des boucles de rétroaction (feed-back).

Avec la présence d'évaluations successives et dynamiques, le modèle de soi est tout à fait compatible avec les modèles cognitifs transactionnels du coping dans lequel l'individu évalue la situation et ses ressources de coping (Park, 1994).

D'après le modèle de régulation de Soi de Leventhal et al (1980), il existe un lien direct entre perception de la maladie et les comportements et stratégies de coping. Les représentations de la maladie joueraient un rôle de filtre et de schéma d'interprétation à partir des sources d'informations disponibles et guident une action en réponse à la menace de la maladie. Plusieurs études longitudinales et transversales, montrent que les perceptions de la maladie auraient un effet sur les stratégies de coping en proportion avec la sévérité perçue de la maladie, basée sur les représentations dérivées des stimuli (Hagger et Orbell, 2003).

2-2 L'Adolescent atteint de diabète et l'ajustement à la maladie :

2-2-1 Définition de la maladie du diabète :

Selon Petit Larousse de la Médecine (2002), le diabète est une maladie chronique caractérisée par une glycosurie (présence de sucre dans les urines) provenant d'une hyperglycémie (excès de sucre dans le sang). Le diabète est du à une insuffisance ou à un ralentissement de la sécrétion du pancréas d'insuline, hormone nécessaire à l'utilisation du glucose pour répondre aux besoins énergétiques cellulaires.

Il existe deux principaux types de diabète :

- **diabète de type 1 (insulinodépendant)** : il survient souvent avant l'âge de 20 ans, parfois peu après la naissance. Il peut avoir une cause génétique, virale et surtout auto-immune, un antigène inconnu serait à l'origine de la destruction des cellules bêta du pancréas sécrétant l'insuline. Le diabète insulinodépendant se traduit à la fois par une soif très intense, une émission abondante d'urines, un amaigrissement brutale et une fatigue importante.
- **diabète de type 2 (non insulinodépendant)** : il s'agit d'une forme de diabète sucré due à une sécrétion insuffisante d'insuline, survenant le plus souvent chez un sujet obèse, ou ayant été obèse et généralement découvert après l'âge de 40ans. Ce type de diabète ne se traduit souvent par aucun symptôme et est découvert de façon fortuite lors d'un examen médical.

Les complications du diabète :

Elles concernent les patients insulinodépendants et les non insulinodépendants, mais sont plus fréquentes, plus précoces et plus graves chez les insulinodépendants. Les complications chroniques sont essentiellement dues à l'altération des vaisseaux sanguins soit des petits vaisseaux (microangiopathie), soit des gros vaisseaux (macroangiopathie).

- La macroangiopathie : est responsable d'artérite des membres inférieurs et d'insuffisance coronarienne, aggravées en présence d'autres facteurs de risque d'athérome (hypertension artérielle, tabagisme, hyperlipidémie).
- La néphropathie diabétique : touche 40% des diabétiques et se traduit par l'apparition d'une protéinurie (passage trop important de protéine dans les

urines) évoluant à long terme vers l'insuffisance rénale, cette évolution est accélérée par la survenue de l'hypertension artérielle.

- La neuropathie diabétique : se traduit essentiellement par des troubles de la sensibilité (superficielle et profonde) des membres inférieurs, à l'origine de troubles trophiques (nutrition des tissus) et de complications infectieuses, notamment d'ulcérations du pied pouvant évoluer vers la gangrène.
- La rétinopathie diabétique (lésion de la rétine) : est pratiquement constante après quinze années d'évolution du diabète. Cette affection doit être systématiquement recherchée chaque année chez tout diabétique par examen du fond d'œil, complété au besoin par une angiographie rétinienne. Malgré le traitement au laser, la rétinopathie diabétique reste la première cause de cécité des pays occidentaux.
- Les infections chroniques : ont une origine microbienne ou mycosique. Elles consistent principalement en infections urinaires, gynécologiques et en diabétides (infections cutanées localisées).
- L'acidocétose (complication aiguë) : accumulation excessive de corps cétoniques dans l'organisme, constitue l'aboutissement du diabète insulino-dépendant non traité, avec accumulation de corps cétoniques dans le sang entraînant une acidose : le malade maigrit rapidement, souffre de vertiges, de troubles digestifs, d'une grande fatigabilité, en l'absence de traitement l'évolution se fait vers le coma.

Pour les experts de l'OMS, les maladies chroniques seront l'objet des grandes batailles sanitaires de demain, la volonté d'améliorer le quotidien des personnes qui ont souffert doit faire l'objet d'un grand intérêt de la part de tous, c'est pourquoi un plan spéciale a été élaboré par l'OMS sous le nom Plan Maladies Chroniques pour les années 2008 à 2013 dans lequel les états membres ont été invité à s'engager résolument dans la mise en œuvre d'une stratégie globale de lutte contre ce fléau ; tout en sachant que l'évolution de ces maladies chroniques et leurs conséquences restent largement tributaire de l'accès des patients à une prévention efficace, un dépistage précoce et une prise en charge adaptée.

2-2-2 Les études épidémiologiques :

La maladie du diabète est considérée comme étant un objet de recherche important par plusieurs disciplines comme la psychosomatique, la psychologie de la santé ou par les enquêtes et programmes de santé publique engagés par les pouvoirs locaux ou internationaux. Nous présenterons certaines de ces recherches qui nous semblent intéressantes compte tenu des résultats qu'elles proposent et qui correspondent parfaitement avec le sillage que nous comptons prendre dans cette étude.

- **Les recherches en psychosomatique :**

Parmi les réflexions faites sur le diabète par les tenants de la psychosomatique de l'école de Paris, nous citerons la recherche de Debray (1983) sur 21 sujets jeunes souffrant du diabète insulino-dépendant, elle met en évidence le fait que les diabétiques ne présentent pas un « profil psychologique » commun, mais au contraire des « organisations mentales variées » qui déterminent la façon que chaque sujet va gérer les lourdes contraintes inhérentes à la maladie. D'autre part l'auteur interprète les résultats du test de la figure complexe de Rey d'une façon originale en cherchant à évaluer « la capacité de retenue de l'objet interne ». (Debray, 1983, p132)

Ce faisant, l'auteur laisse en suspens la question de la structuration spatiale dont les perturbations sont pourtant régulièrement mentionnées, ce qui devrait pousser à une réflexion sur l'espace de la représentation chez les diabétiques.

Debray met en évidence aussi des caractéristiques de fonctionnement où la réalité extérieure prend le pas sur tout le ressenti intérieur ; elle en déduit l'existence de failles dans la constitution du Moi, cela lui permet d'avancer : « nous faisons l'hypothèse que chez certains sujets, en raison d'une menace de chaos liée à une relation insuffisamment sécurisante avec leur environnement, s'opère très précocement une défense par la perception de la réalité extérieure qui vient en quelque sorte oblitérer tout ressenti interne qui ne s'étayera pas sur des sensations corporelles réelles » (op cit, p133)

Dans le même courant nous avons retrouvé les travaux de Dejours (1989) sur le diabète. Il constate chez les diabétiques des états de détresse ou l'excitation et l'angoisse sont avant tout somatiques et non représentées ni symbolisées. Il fait également état de « dépressions essentielles » fréquentes qui se caractérisent en négatif par le manque de

symptômes voyants et par « l'effacement des pulsions d'autoconservation et des investissements narcissiques et objectaux ». (Dejours, 1989, p141)

Dejours (1989) donne une interprétation psycho économique de ces faits : ils sont dus à l'existence du refoulement qui porte sur la représentation tandis que l'affect qui lui est lié est transformé en angoisse non élaborable et déchargée sur le corps. Toutefois, Dejours n'aboutit pas à une compréhension particulière de la maladie, et cherche alors plutôt à préciser certains rapports entre le fonctionnement mental et la régulation endocrino-métabolique. Il propose donc d'étudier l'efficacité d'agents pharmacologiques activateurs du système dopaminergique car est en général positive sur les manifestations motrices du stress.

Ainsi, Dejours classe les diabétiques insulino-dépendants dans la catégorie des névrosés mal mentalisés. Il considère que la structure de ce fonctionnement mental est très tôt acquise et difficile à modifier par la suite. Cet auteur suggère néanmoins qu'une approche psychothérapique devrait toujours permettre l'amélioration de ce fonctionnement ; et cela aurait pour conséquence une amélioration du contrôle de la glycémie. (Bertran de Balanda, 2001, p 48).

Les travaux de Bertran de Balanda (2001) ont ajouté un élément particulièrement intéressant du fonctionnement psychosomatique des diabétiques mettant en évidence : la discordance entre le choix de la main dominante et son support neurologique, déterminé par la latéralisation hémisphérique –support organique donc-, et une de ses variantes omniprésente la rupture entre le corps réel, latéralisé, et le corps imaginaire, vécu comme symétrique. Il s'ensuit, de nombreuses difficultés dans la structuration de l'espace.

Si une mauvaise latéralisation est la partie visible d'un trouble psychosomatique latent, les problèmes identitaires qu'elle révèle ne se comprennent pas à partir de ce seul critère. La confusion dans l'espace entre la gauche et la droite est souvent le seul trouble observable ; cette difficulté doit quand même être rattachée aux premiers temps de la problématique œdipienne, moment où une difficulté à différencier les sexes va de pair avec l'indistinction des repères corporels de gauche et de droite.

D'autre part sur le plan relationnel, l'autre n'est pas ressenti comme autre ; non seulement il ne doit pas être différent du sujet, ni le sujet de l'autre comme on le dit des personnalités narcissiques et de leur double nécessaire, mais encore il n'est pas ressenti

comme véritablement distinct du sujet. Car si l'un et l'autre ne font qu'un, et l'autre est indispensable pour que l'un existe. C'est la disparition de cette autre qui a placé dans l'impasse les sujets diabétiques. (Bertran de Balanda, 2001, p198)

- **Les recherches en psychologie de la santé :**

Pour les tenants de la psychologie de la santé, 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 (contrôle perçu, stratégies d'ajustements) pourraient expliquer en partie le développement différentiel de cette pathologie. (Bruchon-Schweitzer M et Quintard B, 2001, p96)

Diverses caractéristiques socio-démographiques comme le fait d'être jeune, de sexe féminin, d'origine socio-culturelle défavorisée ou de vivre seul, seraient des facteurs de vulnérabilité psychologique chez les sujets diabétiques (Peyrot et Rubin, 1997). D'autre part, la structure familiale jouerait un rôle particulièrement important dans l'adhésion thérapeutique, notamment chez les adolescents IDDM.

Les adolescents vivant dans une cellule familiale normale ou recomposée ont une meilleure observance et un contrôle métabolique plus efficace que leurs homologues vivant dans une famille monoparentale (Harris et al, 1999).

Par ailleurs, la recherche de Hanson et al (1995), menée auprès de 157 jeunes IDDM âgés de 12 à 20 ans, indique que des relations familiales harmonieuses (caractérisées notamment par une forte cohésion familiale, l'absence de conflits et de stress) sont significativement associées à une bonne adhésion thérapeutique et à un contrôle métabolique satisfaisant.

D'autre part, l'existence d'antécédents psychiatriques prédirait un mauvais contrôle glycémique chez les sujets IDDM (de Groot et al, 1999).

De nombreuses études ont montré que lorsqu'un individu est confronté à une situation stressante, son organisme secrète des hormones spécifiques, en particulier de l'adrénaline et du cortisol. Or on a constaté que ces deux hormones du stress inhibent la sécrétion d'insuline et sont par conséquent, diabéto-gène. C'est pourquoi Bradley (1994)

suggère que le stress pourrait « précipiter » le début d'un diabète ou contribuer à son aggravation. (Bruchon-Schweitzer M et Quintard B, 2001, p98)

L'influence des évènements stressants sur l'évolution de la maladie a été récemment beaucoup étudiée : Goldston et al (1995) dans une étude quasi prospective d'une durée d'un an portant sur 88 adolescents IDDM constatent que le nombre d'évènements de vie subis depuis le diagnostic est associé à un mauvais contrôle métabolique (taux élevé de HbA 1c). Cette relation est d'autant plus forte que les évènements rapportés sont indésirables.

Des résultats similaires ont été obtenus par Stenstroem et al (1995) et Worrall-Davies et al (1999) ont démontré que le fait d'avoir été confronté à des déceptions ou à des évènements familiaux stressants prédit significativement l'instabilité glycémique.

Selon Cox et Gonder-Frederick (1992) les liens entre stress perçu et diabète seraient réciproques et bidirectionnels, l'adversité pouvant affecter les diabétiques directement (par voie hormonale) et indirectement en perturbant leurs comportements vis-à-vis de la maladie, par exemple sous la forme d'une moindre observance. Inversement, l'hyperglycémie par les modifications somatiques et psychiques qu'elle induit augmenterait en retour le stress perçu. Enfin, Peyrot et Rubin (1997) constatent que la sévérité objective de la pathologie (symptômes, complications) est associée à un mauvais ajustement émotionnel ultérieur (symptômes anxio-dépressifs importants). (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001, p99)

Malgré leur gravité « objective », les évènements de vie n'ont pas d'impact « standard » sur tous les individus. C'est leur retentissement cognitif, émotionnel et physiologique, propre à chaque personne, qui s'est avéré pertinent pour prédire l'état de santé ultérieur et l'on a du admettre que certains processus médient la relation entre évènements stressants et maladie.

- **L'Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille (2002) :**

En Algérie, il existe quelques enquêtes effectuées par certains organismes tels que le GRAS (Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé de l'université d'Oran) sur « le diabète chez les adultes » notamment les travaux de Mebtoul (1998-2014) ou les questions de « la relation médecin –malade » et « la non observance thérapeutique » ont été

largement considéré par cette nouvelle discipline de la sociologie, dont certains éléments d'analyses ont contribué à enrichir notre interprétation des données de notre enquête.

Parmi les importantes études auxquelles nous nous sommes référés aussi, « l'Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille » (E.A.S.F), réalisée en 2002 dans le cadre du projet Pan Arabes (Ligue des Etats Arabes) sur la santé de la famille. Cette enquête a été effectuée par le Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, ainsi que l'Office National des Statistiques (ONS). En dehors de l'E.A.S.F il n'y a pas eu d'autres enquêtes au-delà de l'année 2002 pour nous permettre d'avancer des chiffres actualisés pour appuyer notre recherche.

Selon le rapport principal de l'enquête E.A.S.F, la population globale est estimée à 31.033.000 habitants. Les personnes de moins de 30 ans représentent 64% de l'ensemble de la population. Selon le graphe (2.1) de cette enquête qui représente la structure de la population par âge et sexe, indique une répartition de plus de 6000 filles et plus de 6000 garçons pour la strate d'âge 15-21 ans ; pour ce qui est de la strate d'âge de 20-24 ans il y'a moins de 6000 filles et moins de 6000 garçons. (E.A.S.F, 2002, p15)

Les personnes souffrantes d'au moins une maladie chronique représentent 11.4% de l'ensemble de la population globale, la prévalence des maladies chroniques selon l'âge notamment en ce qui concerne le diabète est estimée à 1.0 % pour une population ayant moins de 40 ans. (E.A.S.F, 2002, p34). L'ONS a déclaré que l'Algérie a dépassé 40 millions d'habitants en Janvier 2017.

L'E.A.S.F s'est orientée aussi sur l'étude de certaine pratique et attitude des jeunes en matière de santé, elle a concerné une population de jeunes âgés entre 15-29 ans estimée à 3268 jeunes (dont 1501 filles) qui représentent 32.8% de la population globale. Parmi les résultats obtenus en ce qui concerne les aspects de la vie familiale notamment les personnes sollicitées en cas de problèmes de santé ou pour des informations sont les « mamans ». Plus de la moitié des jeunes ont recours généralement à leur mère quel que soit leur niveau d'instruction et leur milieu de résidence. (E.A.S.F, 2002, p193)

En ce qui concerne la connaissance des transformations que connaît son corps ; les résultats indiquent que 63.6% des jeunes de sexe masculin ont pris conscience de ces changements par les amis. Pour les jeunes de sexe féminin, la mère est la principale source

d'information sur les changements que peut connaître leur corps, la grande sœur et les amies viennent en seconde et troisième position. (E.A.S.F, 2002, p210)

- **Le plan-programme de l'OMS (2008-2013) :**

L'OMS s'est fixée un plan-programme durant le mandat 2008 à 2013 concernant les stratégies globales de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles telles que : maladies cardio-vasculaires ; les maladies respiratoires chroniques ; les cancers et le diabète.

Le mandat du programme diabète de l'OMS est de prévenir le diabète lorsque c'est possible, d'en atténuer les complications en vue d'accroître la qualité de la vie. C'est pourquoi tous les gouvernements ont été interpellé à adhérer aux engagements mondiaux pour combattre le diabète notamment en ce qui concerne la réalisation de la cible 3.4 de l'objectif 3 de développement durable qui vise à réduire de 30% d'ici 2030 le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles, y compris le diabète.

Durant la présentation à Genève du premier rapport mondiale sur le diabète à l'occasion de la journée mondiale de la santé (07 Avril 2016) le chiffre de 422 millions d'adultes vivent avec le diabète principalement dans les pays en développement, le nombre a quadruplé depuis 1980. Selon le communiqué de presse rapportant l'allocution du Dr Margaret Chan, directrice générale de l'OMS qui a démontré que : « ...Le nombre des personnes atteintes de diabète est en nette progression avec 422 millions de personnes diabétiques dans le monde avec tout ce que cela peut avoir comme impact sur la santé et sur le côté socio-économique.... Si nous voulons progresser et mettre un terme à la recrudescence du diabète, nous devons repenser notre vie quotidienne afin d'avoir une alimentation saine, d'être actif et d'éviter la prise de poids excessive..... Les pouvoirs publics doivent veiller à ce que les populations puissent faire des choix sains et que les systèmes de santé soient capables de diagnostiquer et de traiter les personnes diabétiques, y compris dans les milieux les plus pauvres ».

Le rapport mondial sur le diabète de l'OMS appuie toute l'ampleur de cette maladie, souligne la nécessité d'intensifier la prévention et le traitement du diabète. C'est pourquoi plusieurs actions ont été recommandées dans le but d'éviter la maladie et de la prendre en charge à l'intention des gouvernements, des personnes au niveau individuel, de la société civile et du secteur privé.

La stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé vient compléter les travaux de l'OMS sur le diabète en se concentrant sur des approches à l'échelle des populations visant à promouvoir un régime alimentaire un exercice physique régulier, réduisant ainsi le problème mondial posé par le surpoids et l'obésité.

2-2-3 L'ajustement de l'adolescent à sa maladie :

Dans la maladie, le corps se fait connaître au sujet comme une limitation de sa liberté, comme un réel qui s'éprouve comme résistance à son vouloir, à son pouvoir de vivre et d'éprouver la vie en lui. Selon Debray, Dejours et Fedida, le corps devient le lieu ressenti de la souffrance « Quel que soit le symptôme... Le corps s'y fait connaître subjectivement comme souffrance » (Debray, Dejours, Fedida, 2002, p98).

Lorsqu'un adolescent apprend sa maladie, il est soudain placé face à une certitude qui va douloureusement borner son horizon, et cela même quand la maladie est annoncée le plus humainement possible. L'annonce brise des rêves, des désirs très forts, difficiles à évaluer car la nomination des symptômes sous un nom de maladie va déstabiliser quelqu'un se trouvant déjà dans une situation d'instabilité

La déclaration d'un diabète chez un enfant ou un adolescent a toujours des conséquences considérables. L'enfant diabétique et sa famille ont particulièrement besoin d'aide pour y faire face. Selon l'O.M.S « il faut éviter que l'enfant diabétique se sente « *différent* » et que le traitement entrave aussi peu que possible une vie normale». Il est clair que l'OMS voudrait par là que l'enfant vive de la façon la moins douloureuse possible et ne se coupe pas des autres du fait de sa maladie. Selon Bertand de Balanda, ce parti pris semble parfois entraîner la disparition de certaines difficultés, mais il ne s'agit alors que d'une disparition superficielle. Si les problèmes échappent à la conscience, ils n'en existent pas moins. (Bertand de Balanda, 2001, p21)

L'atteinte d'une maladie chronique comme le diabète durant l'adolescence est à ne pas confondre avec une atteinte depuis la naissance. Selon Alvin, il est important de différencier entre la situation d'un adolescent qui est subitement atteint d'une maladie grave ou d'un handicap, ce qui suppose sa confrontation à un traumatisme par rapport à la situation d'un adolescent qui porte la maladie ou l'handicap depuis plusieurs années ou depuis la naissance (Alvin, 2005, p10).

La maladie peut être considérée comme une expérience majeure dans la vie d'un individu qui sollicite ses capacités adaptatives. Selon Tap, se sont les expériences subjectives qui peuvent provoquer une forte variabilité d'une personne à une autre, « toute expérience vécue n'est pas nécessairement formative. Il n'y a véritablement formation que si l'expérience permet soit un processus de déprise et de restructuration favorisant une réorientation, une mutation dans l'itinéraire et dans l'histoire du sujet » (Tap, 1988, p41)

Même si le diabète insulino-dépendant ne présente pas de risque vital élevé comme le cancer, il va désorganiser durablement les ajustements d'une personne, l'obligeant souvent à restreindre ses activités et à penser constamment à sa maladie.

Le corps en souffrance est en attente d'occasions pour dépasser ladite souffrance. La souffrance et la maladie constituent le langage grâce auquel le sujet manifeste sa capacité à faire face aux changements engendrés par l'évènement nouveau. Beaucoup de chercheurs considèrent que la souffrance « n'est pas qu'un vécu passif, mais elle est aussi simultanément, protention vers le monde et vers l'autre, à la recherche d'une occasion de se transformer elle-même, d'évoluer, de se dépasser » (Debray, Dejours, Fedida, 2002, p98).

S'affranchir de cette entrave qui fait souffrir passe donc fondamentalement par « un travail ». Dans le courant psychanalytique, que le symptôme soit diabétique, hystérophobique ou psychasthénique, « se donne comme exigence de travail imposée au psychisme du fait de ses relations avec le corporel » (Debray, Dejours, Fedida, 2002, p99). La notion de travail psychique dans le courant psychanalytique est une référence aux processus d'ajustement ou de coping retrouvés dans la psychologie de santé.

La façon dont les sujets diabétiques vivent et gèrent leur maladie est étroitement liée aux connaissances qu'ils en ont. Ainsi comme le souligne Bruchon-Schweitzer (1994), plus que les évènements de vie en eux-mêmes (stress « objectif »), c'est bien la perception que les sujets en ont (stress perçu) qui a un effet significatif sur l'ajustement émotionnel et fonctionnel.

Il existe aussi d'autres recherches qui évaluent l'efficacité des stratégies d'ajustement utilisées par les sujets diabétiques notamment les stratégies centrées sur le problème qui prédisent un bon contrôle métabolique ultérieur, alors que les stratégies de centrées sur

l'émotion sont associées à un taux élevé de HbA1c un à deux ans après (Kvam et Lyons, 1991 ; Speiss et al, 1994 ; Reid et al, 1995). D'après une étude de Goestch et al (1994) la recherche de soutien et les stratégies centrées sur le problème induiraient au contraire, une instabilité métabolique à deux ans. (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001). L'un des critères d'ajustement les plus fréquemment étudiés dans les recherches en diabétologie est l'adhésion thérapeutique, observance ou compliance. Celle-ci est essentiellement évaluée à partir de différents marqueurs objectifs, tels que le pourcentage de HbA1c dans le sang ou la stabilité pondérale.

- **La notion d'observance ou compliance thérapeutique :**

L'observance ou la compliance thérapeutique est un aspect important des comportements de santé des patients liés au traitement médical. C'est une notion qui a été mise récemment en évidence dans le domaine de la psychologie de la santé (Catt, Stygall et Catalan, 1995 ; Dunbar, 1990 ; Muma, Ross, Parcel et Pollard, 1995 ; Tarquino et Fischer, 2001).

Le traitement des maladies graves a donné lieu à de nombreuses recherches sur la compliance (Blumenfield, Milazzo et Wormser, 1990 ; Cramer et Spilker, 1991), qui ont mis en évidence que les contraintes thérapeutiques conduisent, selon le cas à une plus ou moins grande compliance ; celle-ci se manifeste par un ensemble de comportements adaptés ou « sains » intervenant dans le style de vie et qui influencent la santé (Fontaine et Salah, 1991). Elle est parfois complétée par d'autres comportements liés à la santé, tels que venir au rendez-vous du médecin, avoir une alimentation saine et équilibrée, faire de l'exercice, éviter de fumer, etc. (Tarquino, Fischer, Barracho, 2002, p228)

L'observance est définie aussi selon plusieurs auteurs comme « l'importance avec laquelle les comportements d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé » (Haynes, 1979) ; « la capacité à prendre correctement son traitement tel qu'il est prescrit par le médecin dans les essais cliniques » (Salicru, 1997) ; « c'est le degré avec lequel un patient suit les prescriptions médicales concernant la diète, l'exercice ou encore la prise des médicaments » (Morris et Schultz, 1992).

Selon Dunbar (1990), l'observance est l'un des problèmes les plus sérieux auxquels la pratique médicale moderne doit faire face, car de tels comportements de santé ont au moins deux conséquences : d'abord financière, ensuite sur la santé car ils constituent potentiellement une cause importante de morbidité.

Il existe deux processus qui interviennent dans l'observance chez les patients :

- L'un résulte d'une confiance, d'une sorte de crédit accordé a priori à l'autorité médicale. C'est donc la confiance accordée au médecin, à son savoir et à son statut qui va conduire les patients à l'observance (Tarquinio, Fischer et Grégoire, 2000)
- Le second est lié à une forme de cheminement cognitif des patients qui les amèneraient à être sensibles à la qualité des arguments ainsi qu'à leur portée. Ces sujets auraient tendance à rechercher des informations ou à réfléchir à celles qu'on leur donne à propos de leur maladie afin de mieux comprendre leur état de santé et mieux faire face. Ainsi, selon une étude de Hall, Roter et Katz (1988), ont démontré une corrélation positive entre la quantité de questions posées au médecin et l'observance thérapeutique.

Le sentiment d'efficacité personnelle est une autre croyance souvent étudiée en lien avec les comportements d'observance. Pour Bandura (1997) cette notion repose sur deux croyances : l'une est la croyance suivant laquelle les résultats que l'on peut obtenir sont liés aux efforts personnels ; la seconde est le sentiment ou la conviction de l'individu d'avoir à sa disposition les ressources nécessaires pour atteindre un but déterminé. De ces deux croyances, c'est le sentiment d'efficacité personnelle qui serait l'élément le plus important.

En résumé, les comportements des patients sont appréhendés comme la résultante de l'interprétation et de l'évaluation que ces derniers se font de leur maladie. Leur choix adaptatif de prendre ou non leur traitement reste pour une très grande part influencé par le sens qu'ils attribuent à leur maladie. Ainsi, l'observance ou non-observance est appréhendé comme un pattern de comportements mis en œuvre pour « faire face non pas à la maladie, mais à la représentation que les malades s'en font » (Tarquinio, Fischer et Barracho, 2002, p235).

C'est dire que les comportements d'observance sont reliés au système de croyance et de représentation dont les malades sont les porteurs et qui opère un véritable travail de naturalisation des perceptions de santé. Les croyances et représentations s'imposent alors au malade comme un donné perceptif (Chambers et coll, 1999 ; Herzlich, 1984).

Le traitement et l'observance sont considérés comme les signifiants de l'entrée effective dans la maladie et le rôle de malade. La prise de médicament implique remaniement identitaire et adaptation. La maladie insère les sujets dans de nouveaux contextes, dans des cadres institutionnels plus ou moins durables et contraignants, qui leur imposent de nouveaux rôles sociaux et les obligent à développer de nouvelles formes de relations. Ce contexte social est un élément déterminant dans la mobilisation des comportements de santé. Il constitue la grille à travers laquelle le malade va rationaliser ou non son désir de vivre. Ainsi l'étude de l'observance ne peut s'envisager indépendamment du contexte social et idéologique à l'intérieur duquel se trouve le malade. (Tarquino, Fischer, Barracho, 2002, p237).

L'observance thérapeutique est souvent mise en relation avec la notion de soutien social. Le soutien social est une notion qui a été introduite en psychologie de la santé pour désigner l'entourage social du malade, entendu non seulement dans ses caractéristiques objectives, mais également dans la façon dont les individus le perçoivent. (Tarquino, Fischer, Costantini, 2002, p389). L'importance et la spécificité du soutien social ne résident pas dans la somme des relations, mais plutôt dans la qualité des supports affectifs qu'elles représentent pour un malade. Dans ce sens, le soutien social renvoie aux sentiments de sécurité qu'un individu éprouve du fait qu'il peut compter ou non sur quelqu'un lorsqu'il lui arrive malheur.

Le soutien social joue ainsi un rôle d'amortisseur en protégeant l'individu contre les aspects éprouvants de la situation. Ce qui semble important c'est la façon dont l'individu perçoit ce soutien social, c'est pourquoi nous retrouvons certaines études qui font référence au soutien social perçu (qui représente l'évaluation faite par l'individu du soutien affectif qui lui est apporté en tant qu'il est ou non adéquat à la situation) ; et au soutien social reçu (qui correspond au réseau relationnel qui se développe par rapport à cet individu).

Pour Shumaker et Brownell (1984), le soutien social peut se définir comme un échange entre deux personnes dans le but d'améliorer la qualité de vie de l'une d'entre elles. Une telle conception se rapproche de celle développée par Kobasa (1985) pour qui le soutien social est une ressource psychologique qui définit les perceptions d'un individu eu égard à la qualité de ses ressources sociales. Ici le soutien social se rapporte plutôt au sentiment qu'a ou non une personne de pouvoir trouver soin, protection et valorisation au sein du réseau social qui est le sien (Cobb, 1976).

Actuellement, on sait que le soutien social a un impact bénéfique sur l'ajustement psychologique et somatique du sujet diabétique. En effet, un soutien social perçu comme satisfaisant prédit l'équilibre métabolique, l'observance et le bien-être psychologique ultérieurs (Bradley, 1994). Un soutien social perçu comme insatisfaisant constitue un facteur de vulnérabilité psychologique (Connel et al, 1994).

Le soutien procuré par les proches semble particulièrement important, surtout pour les sujets jeunes : chez ceux-ci, une bonne cohésion familiale facilite le contrôle glycémique et le bien-être, alors qu'une situation conflictuelle durable favorise les troubles émotionnels et l'instabilité métabolique (Jacobson et al, 1994 ; Skinner et Hampson, 1998 ; Harris et al, 1999).

Le soutien social dispensé par les équipes soignantes joue lui aussi un rôle important. En effet, l'hospitalisation des patients peut être longue et les consultations fréquentes. Ainsi, Olsen et Sutton (1998) ont montré, sur une population d'adolescents IDDM que le soutien d'estime (donner confiance au malade) et le soutien informatif, procurés par les soignants, sont associés à une meilleure adhésion thérapeutique et à un contrôle glycémique satisfaisant. Il est donc important que les équipes soignantes soient formées et sensibilisées à ces problèmes, afin de procurer à ces patients un soutien social adéquat.

Pour évaluer l'état de santé des sujets diabétiques, on doit prendre en compte les dérégulations métaboliques et somatiques d'une part, et les troubles émotionnels et comportementaux d'autre part. Mais ces critères sont en étroite interaction avec la qualité de vie que mène le sujet diabétique.

Actuellement de nombreux programmes de gestion du stress se sont développés aux Etats –Unis dans de nombreux instituts de diabétologie. Ils visent à améliorer la qualité de vie des sujets diabétiques en proposant diverses interventions d’inspiration cognitivo-comportementale (bio-feed, relaxation, imagerie mentale...). Ces techniques ont plusieurs objectifs. Il s’agit tout d’abord d’aider les patients à mieux reconnaître les représentations et croyances qu’ils ont élaborés à propos de la pathologie et des traitements. Ceci permet de modifier certaines évaluations et stratégies de coping dysfonctionnelles (impuissance, fatalisme, évitement cognitif ou comportemental).

On tente également d’entraîner les sujets à faire face plus efficacement à certains évènements quotidiens (au risque d’hypoglycémie par exemple), afin qu’en situation réelle, ils puissent élaborer des stratégies comportementales plus efficaces et mieux réguler leurs émotions.

Chapitre III : LE PROJET DE VIE

Ce chapitre se base sur l'étude de la notion de projet de vie dans une approche anthropologique pour définir et décrire ses fonctions selon le modèle de Boutinet (1990). Explorer la notion du projet de vie nous conduit à considérer ses différents liens avec d'autres variables telles que les buts personnels, la motivation, les perspectives temporelles, concept de soi et d'identité ; qui mettent en évidence les aspects directement ou indirectement impliqués dans la définition du projet de vie chez l'adolescent en général et plus particulièrement chez l'adolescent malade.

La psychologie contemporaine a mis l'accent sur le développement de la personne et son épanouissement à travers la réalisation d'une grande partie de ses besoins. Pour Rogers, la personnalité humaine ne peut être saisie authentiquement que comme un devenir, une tendance permanente au changement ; « « Quel est mon but dans la vie ? » « Ou tendent mes efforts ? » « Qu'est-ce que je cherche à atteindre ? » ce sont là des questions que tout homme se pose à un moment ou l'autre. Quelquefois dans le calme et la méditation parfois dans l'incertitude ou dans le désespoir. Ce sont des questions vieilles comme le monde, qui se sont posées à tous les siècles de l'histoire et auxquelles il a été chaque fois répondu. Mais se sont aussi des questions que chaque homme doit se poser à lui-même et résoudre personnellement. » (Rogers, 1968, p 122).

3-1 Histoire du concept « Projet » :

Boutinet (1990) est le premier auteur à avoir entrepris d'analyser le projet dans une perspective anthropologique, c'est ainsi qu'il est parvenu à cerner ce terme en parcourant son histoire qui est d'invention relativement récente. Pour ce dernier, il apparaît de façon régulière dans le courant du XV^{ème} siècle sous deux formes : pourjet et project. Il a une connotation d'aménagement spatial en lien avec l'étymologie latine du verbe projicio (qui signifie projeter, expulser).

Pour Boutinet « Dans le vieux français des XIV^{ème} et XV^{ème} siècles, pourjet ou project désigne des éléments architecturaux jetés en avant : notamment des balcons sur une façade ou des échelas devant une maison. Il revêt donc une signification essentiellement spatiale « de jeté en avant ». (Boutinet, 1990, p 24)

La référence au projet architectural invoque l'idée principale qui est de concevoir un édifice dans l'espace à travers le dessin pour pouvoir le réaliser en ouvrant un chantier. L'histoire du concept de projet à travers le recours à l'architecture fait apparaître l'importance de la dimension spatiale dans tout essai d'anticipation ; elle pose par ailleurs les rudiments de ce que peut être l'articulation entre conception et réalisation.

La notion de projet prend donc ses racines dans un ancrage architectural à l'époque de la Renaissance. Elle se poursuit à travers un nouvel ancrage sociétal à l'aube du XVIIIème siècle avec J.J.Rousseau en 1750 avec son œuvre « Jugement sur le projet de paix perpétuelle ». Ensuite la notion de projet est reprise avec Kant en 1795 avec son célèbre « Projet de paix perpétuelle ».

C'est sans doute à J.G. Fichte que revient le mérite d'avoir parachevé l'œuvre de Kant. Fichte en vient à l'élaboration de sa philosophie du projet. Il place son approche du projet à partir d'une double réflexion sur la temporalité et l'intentionnalité, et dans un contexte de modernité avec l'avènement de la société industrielle.

Dans le courant de ces philosophes, Heidegger a pu élaborer toute une réflexion sur le projet pour tenter de comprendre ce qui fait la singularité de l'existence humaine ; cette existence se donne comme jetée-là et elle est jetée sur le mode d'être du projet en visant ses possibilités : «En tant qu'il est être-là, celui-ci s'est toujours déjà projeté et demeure en projet aussi longtemps qu'il est... Le projet concerne toujours et selon toute son ampleur la révélation de l'être-au-monde ». (Boutinet, 1990, p44). Cette réflexion de Heidegger permet de traduire à travers le projet la capacité du devenir de l'homme, ce qu'il peut être en raison de sa liberté.

Boutinet (1990) met aussi l'accent sur les réflexions de Heidegger qui en reprenant à Husserl une perspective qui lui est chère ; la vérité n'est pas adéquation comme le voulait Descartes. Elle est dévoilement. Le projet sera ce qui permettra de dévoiler l'homme ou mieux l'être de l'homme ; l'homme se dévoile dans le projet qui se veut lui-même compréhension de l'existence.

Boutinet (1990) résume bien le lien qui unit de façon permanente le sujet à son environnement est fait d'anticipations et d'intentions qui se concrétisent au sein du projet, à la fois lieu de convergence de toutes les intentionnalités, lieu de projection vers tous les objets avec lesquels le sujet entre en relation.

Le projet se veut totalisation réelle et action qui vise à changer le monde : il réveille les significations, nie les négations antérieures. Mais en même temps qu'il est porteur d'ambition, le projet prend conscience de ses limites : tout homme se définit négativement par l'ensemble des possibles qui lui sont impossibles, c'est-à-dire par rapport à un avenir plus ou moins bouché. « C'est dans un tel contexte que se déploie le projet vécu comme dépassement subjectif de l'objectivité, élan qui part des obscurités vécues pour parvenir à l'objectivation finale. En même temps que le projet est le moment qui intègre subjectivité et objectivité, c'est aussi le moment qui fond dans un même ensemble le futur entrevu et le passé remémoré. » (Boutinet, 1990, p52).

3-2 Le concept de projet de vie et ses fonctions :

Boutinet confirme la fonction du projet qui s'apparente à la définition du coping, « ... Le projet est destiné à gérer l'indétermination d'une situation problématique faite de l'interdépendance de plusieurs paramètres exigeant que ladite situation ne soit pas abusivement simplifiée, mais au contraire prise dans toute sa complexité.. la démarche de projet s'apparente à une méthodologie de l'établissement et de la résolution de problème » (Boutinet, 1990, p258)

Le projet de vie est une notion qui exprime le besoin humain de projection dans un sens de continuité tout au long de la vie. C'est la projection de l'individu dans l'avenir par ses attentes, qui pour être réalisées doivent être clarifiées et élaborées afin de devenir la base de la motivation qui conduit à agir en conséquence.

Le projet est défini par Tap (1992) « tension de réalisation » dans cette tension l'accent est mis sur l'importance des concepts en relation à cette tension tels que « motivation », « besoins », « désirs » dans l'émergence du projet.

Le projet de vie pour Huteau (1993) se construit sur la base de « la comparaison entre la représentation de soi, et le soi objet projeté dans le futur »

Pour Permatin (1995) le projet de vie est le champ des différents projets en interdépendance et s'intégrant plus ou moins harmonieusement dans un projet d'ensemble, le projet professionnel ne serait qu'un de ces sous-projets.

D'après Meza (1996) le projet personnel de vie n'est pas un schéma abstrait d'idées qui restreints les initiatives qui surgissent de manière permanente dans la vie. Il ne prédétermine pas un chemin obligatoire à suivre. Il est plutôt une hypothèse, une question, surtout un sens à donner à la vie, une ébauche qui donne réponse aux grandes questions de l'existence.

Pour Guichard, le projet (jeter en avant) renvoie à l'action ; il désigne l'action qu'on envisage de réaliser et ne concerne donc l'activité présente ou passé que pour autant que celles-ci s'articulent à ce futur visé. Le futur est essentiel au projet en tant que « jet en avant de soi » (Heidegger, 1927) d'un futur souhaité. Le projet est nécessairement celui d'un être qui inscrit son activité dans une certaine conception du temps. C'est dans une perspective temporelle déterminée -plus ou moins longue- qu'il s'établit. Le projet peut par conséquent être défini comme la mise en relation significative du passé, du présent et du futur qui privilégie cette dernière dimension. La détermination d'un projet constitue toujours une réinterprétation, une relecture, une mise en perspective du passé et du présent. (Guichard, 1993, p15)

Dans la mesure où le projet est une action, il peut en effet rencontrer un certain nombre de résistances au moment de sa réalisation. A l'occasion de son inscription dans le réel, les événements tendent souvent à donner à l'intention projetée une inflexion différente de celle prévue au départ. Ce qui revient à dire qu'en fonction des résistances mais aussi des étapes effectivement atteintes, le projet et les représentations qui le constituent évoluent nécessairement. (Guichard, 1993, p17).

Selon Boutinet (1990), un projet implique le désir d'appropriation du temps et de l'espace, l'identification d'une linéarité historique ordonnée au progrès, la prise en compte d'une situation problématique sans solution satisfaisante.

L'élaboration d'un projet suppose en effet que celui-ci est porteur « pense » la réalité d'abord comme insatisfaisante, ensuite comme transformable et enfin qu'il réussisse à l'imaginer différente. Tout projet se caractérise par la représentation d'une réalité qui n'existe pas encore mais qu'on souhaite faire advenir.

Boutinet (1990) a déterminé les fonctions du projet qui sont :

A / Le projet a éminemment une fonction représentative. La fonction d'une représentation est de figurer un absent. Les représentations se configurent en ensemble de croyances et d'attitudes et elles constituent des constructions mentales relatives à des objets qu'elles schématisent.

B / Tout projet matérialise la pensée, ce qui permet à l'auteur de mieux savoir ce qu'il veut et aussi de la communiquer. Cela permet à autrui de ne pas rester indifférent face à ce qui lui est présenté. Un projet a aussi par conséquent une fonction communicative.

C / Le projet a la fonction d'orienter l'individu par le maintien d'une tension continue entre la situation vécue présentement avec ses limites et ses insatisfactions et un idéal libérateur entrevu. L'explication des intentions individuelles évite de succomber aux aléas de l'improvisation et du bricolage.

D / La fonction de gestion du temps implique l'articulation de deux horizons temporels constitués par la rétention et la protension. La mémoire et l'anticipation sont deux façons contrastées d'exprimer la succession vécue, deux façons qui dans la figure du projet demandent à être articulées sur un mode quelque peu paradoxal.

3-3 L'élaboration du Projet de vie :

Le projet renvoie à des intentions, à la fois définition d'un but et à sa mise en relation avec des moyens. Il fait intervenir nécessairement le recueil et le traitement de multiples informations ; il implique tout autant les opérations mentales que les représentations (dans leur aspect collectif aussi bien que dans leur spécificité individuelle).

Pour permettre l'engagement de la personne dans une conduite de projet, celui-ci doit certes être « la concrétisation personnelle d'un besoin ». En se fixant ses propres buts, le sujet établit des normes qu'il doit atteindre pour être satisfait, il est comme responsable de son propre besoins concrétisés et de son fonctionnement optimal.

Pour Guichard (1995) chacun de nous a en tête quelques intentions plus ou moins désirées relatives à un avenir plus ou moins proche... Transformer ces intentions en objectifs provisoires, réfléchir à des démarches dans lesquelles s'engager pour les atteindre et s'engager dans certaines d'entre elles peuvent constituer des étapes d'une

psychopédagogie du projet d'avenir raisonnable...Ce qui constitue le centre de cette psychopédagogie c'est le « sujet » et « son développement et son émancipation personnels ».

Comment comprendre la dynamique du projet, si l'on n'analyse pas les liens entre la dynamique intégrative de l'individu et la façon dont il s'oriente et agit pour traduire ses aspirations dans des objectifs et des actions, dans des stratégies et des styles ?

Dans cette recherche, la notion de projet de vie est opérationnalisée par l'ensemble des buts personnels, ils seraient les variables par lesquelles se concrétisent le projet de vie des caractéristiques particulières et définies.

C'est pourquoi il est important de se référer dans cette étude aux conceptions théoriques avancées par les auteurs de différentes disciplines pour définir le projet et des notions qui sont en interaction avec tels que : buts personnels et motivation qui permettent de mettre en évidence les aspects de contenu et de forme d'un projet de vie (Austin et Vancouver 1996, Brunstein et Pohlmann 2000, Emmons 1996, Brunstein et Maier 2002, Nuttin 1980...); les perspectives temporelles qui est un processus pour intégrer le passé, le présent et le futur pour la réalisation du projet (Nuttin 1980, Heckhausen et Schulz 1995, Trommsdorff 1983, Boutinet 1990...) et représentation de soi et acquisition de l'identité (Tap et Oubryie 1993, Erikson 1980, Guichard 1993...)

A- Elaboration du projet :

Il existe de multiples façons de découper les séquences d'élaboration d'un projet, il est important de retenir trois étapes selon Boutinet qui sont : l'analyse de situation, l'esquisse d'un projet possible, la stratégie entrevue. Ces trois étapes de l'élaboration se déroulent sur fond d'une dominante spatiale. (Boutinet, 1990, p259)

L'analyse de la situation comprend l'ensemble des paramètres qui momentanément agissent sur l'auteur entraînant de décider de son projet : les contraintes et ressources de l'environnement, les dysfonctionnements et problèmes observés, l'auteur, son histoire, ses désirs, ses aspirations et ses inclinations. L'analyse de la situation pourra recourir à la mise en place d'une méthodologie de diagnostic permettant de saisir au-delà des apparences les enjeux dont semble être porteuse la situation.

Cette méthodologie du diagnostic faite avec la collaboration directe des acteurs du projet gagnera à être armée en utilisant des grilles d'observation appropriées. Le projet émerge toujours d'une analyse serrée de la situation, analyse qui doit avoir pour principale fonction d'identifier les opportunités existantes, le projet consistera à s'appuyer sur certaines de ces opportunités. « Se construire un projet c'est d'abord construire toute une méthodologie d'appréhension des opportunités ». (Boutinet, 1990, p 261)

Le projet explicité c'est-à-dire verbalisé à partir de l'intention qui le sous-tend sera spécifié à travers la mise en place d'une stratégie appropriée. Cette stratégie vise à transformer la situation initiale dans le sens des objectifs voulus..... la stratégie constitue l'ensemble des décisions conditionnelles définissant les actes à accomplir en fonction de toutes les circonstances susceptibles de se présenter dans le futur... la stratégie est chargée de gouverner l'action au regard du projet et des circonstances, en comptant sur un certain nombre de ressources qu'il s'agit d'inventorier, sur des obstacles à identifier en vue de les contourner.(Boutinet, 1990, p 262).

B- Analyse du projet :

L'analyse du projet dans une démarche anthropologique selon Boutinet porte sur la prise en compte de sept 07 paramètres (Boutinet, 1990, p267)

- **La situation problème** : il s'agit de la situation de départ qui a permis l'éclosion du projet ou le caractère dysfonctionnel de la situation qui pousse à vouloir la changer.
- **Les acteurs engagés dans le projet** : se sont les agents de l'équipe de pilotage ; ces agents constituent les acteurs centraux du projet, de sa conception et de sa mise en œuvre. Il existe plusieurs acteurs : acteurs périphériques facilitants, acteurs indifférents, acteurs confrontant périphériques.
- **Le mode d'explication des buts et visées** : il ne saurait y avoir de projet sans la médiation du langage ; cette médiation consiste en une explication des intentions qui puissent servir de référence à l'action. C'est donc la façon par laquelle buts et visées auront été verbalisés qui donnera lieu à analyse.
- **Les motifs invoqués** : tout projet donne lieu à des justifications qui le fondent et lui confèrent sa légitimité ; ce sont ce sont ces justifications plus ou moins bien clarifiées qui devront être analysées. Les motifs évoqués ont pour fonction de fournir une double assise intellectuelle et affective du projet; leur appréhension

devra permettre de faire le partage entre raisons et motivations et donner lieu à interrogation au cas où les unes occuperaient tout le champ des motifs en l'absence ou au détriment des autres.

- **Les stratégies en présence et les moyens utilisés** : un inventaire des stratégies et moyens projetés est effectué et situé par rapport aux méthodologies et techniques effectivement utilisées. L'analyse est de prendre en compte l'efficacité du projet au travers des ressources engagées et des résultats produits ou escomptés ; la méthode cout-avantages entre autre pourra permettre de mesurer cette efficacité.
- **Les résultats obtenus à court et moyen terme** : le projet est apprécié par rapport aux résultats qu'il a engendrés ; ces résultats peuvent déjà être entrevus en cours de processus ou leur ébauche s'affirme peu à peu, ils le seront plus nettement au terme de l'action engagées. Les résultats analysés portent sur des acquis pas toujours matérialisables.
- **Les effets secondaires non voulus, engendrés et leurs conséquences** : la réalisation d'un projet amène ses surprises par rapport à ce qu'annonçait la conception ; c'est évoquer la caractère imprévisible et souvent déconcertant de toute action qui nous conduit là où nous ne pensions jamais aller (Boudon, 1977 ; Lévy, 1974).

Boutinet (1990) met l'accent sur l'importance du fait que dans l'analyse d'un projet ce n'est pas de réaliser un relevé minutieux d'indicateurs ayant trait à chacun de ses paramètres. L'essentiel est de pouvoir mettre en évidence le ou les paramètres qui tiennent le principal rôle dans ce qui fait la singularité du projet, c'est-à-dire qui permettent de rendre compte de sa destinée au travers de sa réussite ou de son échec.

Le concept de buts personnels :

Le projet de vie tel qu'il est conçu dans cette recherche se concrétise par un ensemble de buts personnels. Dans l'analyse du projet de vie, les buts offrent un double accès : celui de permettre la compréhension des processus d'élaboration et celui de permettre la mise en évidence du projet même. Les caractéristiques des buts mettent en évidence les aspects du contenu et de la forme d'un projet de vie. On peut examiner si les buts individuels sont de court ou de long terme et dans quelle proportion ou extension temporelle ils coexistent.

On peut aussi reconnaître les domaines de vie présents (famille, travail, formation..). Selon l'importance qu'on leur attribue, on peut aussi identifier les priorités individuelles, par la manière par laquelle sont formulés les buts et on peut aussi se rendre compte des caractéristiques propres à un projet de vie.

L'analyse des projets personnels (Little et Chambers, 2000), constitue une autre approche dont l'intérêt consiste à capter ce qu'un individu « est entrain de faire », ce qui donne un sens à ses activités quotidiennes et par conséquent, confère un sens à la vie en général. Dans cette approche le but n'est pas seulement exprimé mais il est analysé dans le contexte d'un ensemble d'actions en interrelation qui formalisent le projet. Les projets personnels peuvent être très spécifiques (finir un travail donné par exemple) ou bien faire référence à des efforts beaucoup plus extensifs (améliorer une relation par exemple). Les projets personnels doivent être gérés, soit au niveau de leur communication (résolution de conflits interpersonnels dus aux projets), soit à la restructuration de l'environnement et du projet afin d'être en mesure d'effectuer un progrès vers celui-ci.

Une définition assez générale du concept de but est celle de la représentation interne d'états (résultats, évènement ou processus) désirés (Austin & Vancouver, 1996). Etant donné que l'état désiré est représenté intérieurement, un état présent est aussi implicitement représenté pour pouvoir établir la comparaison. La recherche de réduction de la différence entre ces deux états conduit l'organisme à agir. Cependant les comportements de l'organisme en vue d'atteindre les états désirés ne sont pas spécifiés par les buts. Il faut développer un sens de la planification de l'action et la contrôle de l'activité dirigé vers le but à travers les processus d'autorégulation.

Pour Winell (1987), un but est une conséquence (désirée et attendue) du fonctionnement humain. Il s'agit d'une information abstraite, d'une cognition. Cette cognition représente une conséquence qui pourrait être produite par le propre comportement dans le futur. La fonction directive de la cognition est responsable de différents aspects concernant la manière de gérer l'information et l'organisation du comportement. En particulier les buts s'organisent dans un système hiérarchique et évoluant continuellement.

Dans le domaine de la motivation individuelle on utilise le concept de buts personnels. Le mot personnel se réfère au fait que chaque but est défini de manière unique par chaque individu. Cela souligne aussi le fait que les buts ont une signification dans le contexte de l'histoire personnelle et que l'interprétation des conséquences désirées correspond aussi à l'idiosyncrasie individuelle (Winell 1987).

Ibara Arana a cité la définition proposée par Brunstein et Pohlmann (2000) des buts personnels comme des objectifs significatifs et accessibles à la conscience que les gens poursuivent dans leur vie quotidienne. Ils représentent ce que les gens veulent avoir ou être dans les situations de la vie courante et ce qu'ils essaient d'atteindre ou d'éviter dans les différents domaines de la vie. (Ibara Arana, 2006, p 43)

Les buts personnels ont été étudiés à partir de différentes approches. Cela a généré la création de différentes figures conceptuelles. Les buts personnels ont été conceptualisés comme entreprises personnelles (personal strivings). Il s'agit d'objectifs récurrents qui caractérisent le comportement intentionnel d'une personne. Ils sont relativement stables et s'expriment dans diverses situations. L'origine de ce concept se trouve dans l'intérêt d'obtenir une autre unité pour l'analyse de la personnalité (pour compléter l'analyse basée sur les traits) et pour évaluer le bien-être subjectif de l'individu (Emmons, 1996).

Le concept de tâche de vie (Cantor & Zirkel, 1990) a été proposé pour décrire le problème avec lequel l'individu est confronté dans une période particulière de sa vie ou dans une étape de transition. L'accent dans cette approche est celui de relever les caractéristiques personnelles dans la négociation des demandes du groupe d'âge, social ou culturel dans lequel se trouve l'individu. Les tâches de vie sont toujours une réponse à « l'agenda » culturel ou social selon les âges et les périodes de vie.

Le concept de préoccupation de la vie courante (Klinger, 1994) s'adresse à l'observation du déroulement du processus de la poursuite des buts dans la vie quotidienne. Les pensées, l'imagination et même les rêves dépendent des préoccupations de la vie courante de l'individu. Par l'analyse des préoccupations de la vie courante on peut comprendre certains aspects du processus d'engagement et d'abandon des buts personnels.

Les fonctions des buts personnels :

Pour Boutinet (1990) le but, l'objectif et le plan font partie des anticipations opératoires de type rationnel ; il considère que le but polarise, finalise une activité en lui fixant en quelque sorte un niveau de performance, le but est inséparable de l'action dont il constitue le terme, il est guidé par une norme interne à l'action elle-même ; l'objectif quant à lui est extérieur à l'action, il est totalement détaché. Le problème est donc de pouvoir opérer une jonction avec l'objet visé pour que l'objectif soit réalisé, en ce sens tout objectif est normatif, producteur d'une norme extérieure à atteindre. Le plan peut être formulé indifféremment en termes de but ou d'objectifs mais se caractérise par son insistance sur les phases intermédiaires par lesquelles doit passer l'action pour atteindre le but ou l'objectif fixé.

Les buts poursuivent l'atteinte d'états désirés et l'évitement d'états non désirés (Austin et Vancouver, 1996). Dans ce sens, ils sont importants pour diriger et organiser le comportement. L'engagement envers un groupe de buts permet le développement d'un sens de l'initiative personnelle, de même que l'acquisition d'une structure et d'une signification pour la vie de chaque jour. Ainsi les buts contribuent au contrôle de l'activité.

En effet, Hacker (2001) indique que les buts anticipent les résultats futurs. Ils sont des intentions d'atteindre ces résultats par le propre effort personnel.

Plusieurs études ont démontré qu'avoir des buts est en soi-même un puissant prédicateur de satisfaction avec la vie (Brunstein, Schultheiss et Grassmann, 1998). D'autre part, ils peuvent devenir des sources d'insatisfaction et de dépression quand ils deviennent inatteignables ou excèdent les ressources personnelles (Brandtstadter et Rothermund, 2002).

Selon la théorie de l'orientation cognitive de Kreitler et Kreitler (1994), les plans doivent être suffisamment flexibles, complexes et dynamiques pour qu'ils soient utiles dans le développement de l'action et modifiables selon les changements contextuels. Les significations, les croyances et les attitudes autour des buts et plans jouent un rôle essentiel pour comprendre et modifier le comportement. Dans cette théorie, ils justifient l'existence de quatre différentes fonctions qui ont les buts :

- **La fonction comportementale** : qui est un aspect concernant la conduite de l'action ;

- **La fonction émotionnelle** : dont l'importance est de proportionner les critères d'évaluation du succès d'une action ;
- **La fonction d'orientation** : consistant à donner l'information nécessaire pour savoir comment et quand procéder selon les situations spécifiques ou dans une période particulière de la vie ;
- **La fonction sociale** : qui permet la continuité culturelle, le partage d'expériences et une meilleure communication interpersonnelle, étant donné que les buts font partie des significations interpersonnelles partagées socialement.

Brunstein et Maier (2002) indiquent qu'il est nécessaire d'observer les caractéristiques qui imprègnent l'organisation du système des buts si on veut comprendre la signification des buts personnels pour le développement dans la vie adulte. Ils expliquent aussi qu'il ne suffit pas de se concentrer sur la dynamique de la réalisation des buts. Ces auteurs différencient deux types de processus qui interviennent dans la construction et dans le changement du système des buts : d'un côté le processus de déroulement et de l'autre le processus de réorganisation.

Les processus de déroulement se mettent en place lorsqu'une personne oriente sa vie vers l'obtention d'un objectif. Le processus de déroulement du système des buts dépend aussi du processus de différenciation et d'intégration (Sheldon et Emmons, 1995). Un système de buts est différencié lorsque les buts qu'une personne poursuit se dirigent vers différentes directions. L'intégration par contre est atteinte quand les actions qu'il faut engager pour obtenir différents buts sont coïncidents. L'intégration existe tant dans la relation parmi les buts d'un même niveau d'abstraction que dans la relation de subordination entre des buts plus haut et plus bas dans la hiérarchie.

Les systèmes de buts personnels qui se caractérisent par une tendance d'intégration plutôt qu'à la différenciation permettent plus facilement l'accomplissement des buts et un engagement plus fort envers eux (Sheldon et Emmons, 1995), ils considèrent aussi que la capacité à identifier et à hiérarchiser différents buts comme un des critères pour apprécier la capacité d'engagement personnel.

Finalement les processus de réorganisation du système des buts sont décrits par Brunstein et Maier (2002) en fonction de l'ordre de priorités existant parmi les buts, lequel

changent à travers les différentes étapes de la vie. Ces processus sont importants quand on est confronté à une nouvelle circonstance de vie. Les bases des processus de réorganisation s'expliquent par l'engagement avec de nouveaux buts et le désengagement avec des buts antérieurs.

Buts et motivation :

La motivation a été définie par Vallerand et Thill comme étant un « construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et /ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (Vallerand et Thill, 1993, p18).

Selon Nuttin (1980) la motivation est un processus éminemment vivant c'est-à-dire à la fois construit et dynamique. Loin de n'être qu'un agent de déclenchement de l'action, elle est une fonction régulatrice de l'activité, pour lui « une motivation humaine ne se conçoit pas en termes de décharge d'énergie ou d'évitement de stimulus, mais en terme de projets et de structures moyens-fins ».

Le projet implique à degrés divers, une tension de réalisation, mais il ne doit pas être confondu avec sa réalisation même. Cela signifie bien sur, que le projet tire son énergie des besoins, des désirs et des motivations. Mais le sujet n'agit que si cette énergie se trouve canalisée, organisée et signifiée à travers des conduites, à la fois cognitives (dans les cadres sociaux de la pensée, mais aussi de l'action e des affects).

La notion d'effort est liée aux activités de contrôle, de liaison et de coordination des actions dans un environnement (physique), et dans les relations avec son entourage (social). Agir, c'est utilisé des espaces et des temporalités, nécessairement socialisés, c'est connaître les arcanes et les labyrinthes des institutions sociales, c'est convaincre ou se laisser influencer par des personnes. Tout ceci implique effort et persévérance, tout autant que désir et satisfaction.

Pour permettre l'engagement de la personne dans une conduite de projet, celui-ci doit certes être « la concrétisation personnelle d'un besoin ». En se fixant ses propres buts, le sujet établit des normes qu'il doit atteindre pour être satisfait, il est comme responsable de ses propres besoins concrétisés et de son fonctionnement optimal. Et cette « concrétisation personnelle des besoins » suppose « l'existence d'un désir de production d'un changement ». (Barbier, 1991, p 79).

Le fait qu'un individu soit en mesure de nommer ses buts peut se voir comme un indice de l'existence de sa propre motivation personnelle et de sa capacité à générer sa propre motivation. De plus les buts constituent les voies qui donnent accès à la compréhension de certains aspects du fonctionnement de la motivation personnelle. Plusieurs auteurs soutiennent que les buts personnels se basent sur des motivations individuelles plus abstraites (Brunstein, Schultheiss et Grassmann 1998 ; Emmons 1992 ; Salmela-Aro 2000). Un but explicite les particularités de la propre motivation personnelle.

Le but s'avère un outil nécessaire pour la gestion de la motivation individuelle dans un contexte social. On peut dire qu'un but constitue un moyen d'expression de la motivation personnelle vis-à-vis des autres et de soi même. Selon Gollwitzer (1993) le choix d'un but est d'une extrême importance parce qu'il permet de concrétiser la motivation, de focaliser l'énergie, de soutenir l'autorégulation du comportement et de favoriser le fonctionnement optimal de la personnalité.

Importance des buts dans le bien-être :

Les buts ont des répercussions sur le bien-être. Ainsi le fait d'avoir des buts qui donnent un sens à la vie, de même que certains objectifs qui permettent le développement d'un sens de direction, constituent des indices qui font partie du bien-être psychologique (Ryff et Lee M. Keyes, 1995). Les buts constituent une importante référence pour les systèmes affectifs. Ainsi le type de buts qu'on possède, la structure des propres buts, le succès par rapport aux buts qu'on est capable d'atteindre et l'estimation du progrès envers les buts sont des aspects qui peuvent affecter les émotions personnelles et la satisfaction avec la vie.

Pour Lewin (1951) quelque soit la nature des buts que l'individu se fixe, qu'ils soient « réalistes ou idéaux » ceux-ci vont toujours se structurer en fonction de trois paramètres :

- La connaissance « technique » de la situation rencontrée
- La conviction en tant que croyance (belief)
- L'espérance/ espoir (hope) que l'individu éprouve vis-à-vis du futur.

Brunstein et Maier (2002) s'occupent des conditions dans lesquelles la poursuite d'un but s'associe au bien-être. Pour eux l'aspiration vers certains buts, qui sont significatifs du

point de vue émotionnel, peut seulement accroître le bien-être si ces buts sont en accord tant avec les conditions de vie externes qu'avec les propres besoins internes. Pour ces auteurs les buts personnels peuvent contribuer au bien-être émotionnel, au moins par trois voies différentes : ils donnent un sens, stimulent l'activité et ils orientent.

En effet, la poursuite de buts choisis par soi-même peut permettre l'accès à l'expérience de mener une vie remplie de sens et autodéterminée. D'autre part, les buts génèrent des intérêts qui peuvent stimuler l'activité, spirituelle, sociale ou corporelle, pour la réalisation de tâches concrètes. Enfin les buts constituent des points d'orientation pour l'élaboration de plans afin de définir le cours de sa propre vie.

Certains projets peuvent se définir par le but, sans définition des moyens pour l'atteindre. Dans d'autres cas, au contraire le but reste assez globale ou vague, le sujet se focalise sur les moyens qui deviennent des buts en eux-mêmes (buts intermédiaires, sauf abandon ou déplacement du but central).

Klinger (1994) mentionne que les personnes qui n'ont pas de buts, c'est-à-dire qui ne poursuivent pas de buts significatifs, décrivent leur vie quotidienne comme « vide » et elles sont mécontentes avec leur vie. D'autre part il indique aussi que les personnes qui donnent à leurs buts une grande signification mais au niveau de leur réalisation atteignent peu de succès, font souvent l'expérience de la déception et de la frustration et peuvent tomber dans des phases dépressives si leurs buts restent bloqués.

Un fort engagement avec les buts n'implique pas nécessairement un haut niveau de bien-être subjectif. Quand un haut niveau d'engagement se combine avec une évaluation négative de la faisabilité d'un but, les conséquences pour le bien-être peuvent être très négatives. De plus on a déterminé que lorsque les buts personnels ne correspondent pas aux prédispositions motivationnelles prédominantes, la perception dans le progrès vers les buts ne se reflète pas comme une expérience affective associée positivement au bien-être (Brunstein et al, 1998).

Dans une série d'études, Brunstein et Maier ont examiné le changement dans le bien-être émotionnel en fonction tant de la détermination de poursuivre certains buts personnels que la faisabilité des buts personnels. La détermination dans la poursuite d'un but correspond au degré d'identification envers ses propres buts et au devoir ressenti de

les accomplir. Un haut niveau d'engagement signifie que la personne est disposée à faire de grands efforts si nécessaire pour atteindre un but.

La faisabilité, de son côté correspond à la mesure dans laquelle une situation de vie est favorable ou non à la réalisation du but. Une haute faisabilité signifie qu'une personne peut organiser sa vie quotidienne afin de compter sur le temps et les opportunités satisfaisantes pour s'occuper de la réalisation de son but. Dans ce cas, la personne est en mesure d'exercer une certaine influence sur les facteurs qui ont une incidence sur la réalisation du but, de même qu'elle peut compter sur des personnes qui lui offrent un soutien significatif dans la poursuite du but.

Les conditions de vie favorables à la réalisation du but peuvent conduire à une augmentation du bien-être, tandis que les conditions de vie défavorable et les difficultés associées qui ne rendent pas possible la réalisation du but amoindrissent la perception positive du bien-être. Le progrès dans la réalisation du but joue un rôle de variable médiatrice.

Les perspectives temporelles :

Selon Nuttin (1980), on agit avant tout pour devenir. En tant que personne, en tant qu'être fonctionnel tourné vers la réalisation, l'individu est de même tourné vers le futur. Les raisons d'être et de vivre des sujets sont davantage orientées vers le futur qu'elles ne se constituent des réactions au passé ; les motifs pour agir prennent littéralement racine dans des perspectives d'avenir dans des élans de développement et de réalisation de soi.

L'optimisation du développement tout au long de la vie comprend les trois perspectives temporelles : la révision de la vie passé, la manière de gérer la vie présente et la planification de la vie future (Heckhausen et Schulz, 1995).

L'étude de la perspective temporelle se rapporte au contenu, à la durée ou à la direction de l'expérience subjective du temps passé, du temps présent et du temps futurs (Trommsdorff, 1983). Si les dimensions du temps font référence à la relation fondamentale avec le passé, le présent et le futur, le concept de perspective temporelle est un concept proprement psychologique qui tache de comprendre le rôle joué par chacune des dimensions du temps dans la forme de la vie personnelle actuelle.

La perspective temporelle consiste essentiellement dans la perception, en un seul moment présent des évènements qui objectivement ne se présentent qu'en succession et avec des intervalles plus ou moins longs. La représentation cognitive est la fonction qui met « en présence » des évènements indépendamment de leur présence actuelle et réelle.

Pour Nuttin (1980), le contenu des perspectives temporelles est constitué par les évènements, situations et projets qui sont importants pour le sujet. Le caractère positif ou négatif ; agréable ou désagréable de ces objets passés, présents ou futurs donne forme à l'attitude affective qu'on développe à l'égard de son propre passé et de l'avenir. L'intérêt par rapport à ces contenus ne correspond pas seulement aux attaches affectives, mais surtout au fait qu'ils exercent un impact sur la motivation actuelle du sujet.

Pour beaucoup d'auteurs (Zimbardo et Boyd, 1994), la perspective temporelle est décrite comme un processus par lequel le flot continu d'expériences personnelles et sociales est assigné à des catégories temporelles qui aident à donner de l'ordre, de la cohérence et de la signification aux évènements. Ils différencient les évènements qui ont déjà eu lieu (correspondant au passé), l'anticipation des évènements futurs et leur représentation qui se situe empiriquement dans le présent.

Le rapport au temps développe une véritable « compétence », Nuttin (1980) rappelle la notion de « **compétence temporelle** » (time competence). La personne douée de compétence temporelle est celle qui perçoit la continuité et l'intégration temporelle des évènements dans le temps, cette compétence se manifeste d'abord au niveau de l'anticipation. Le temps est divisé communément en passé, présent et futur :

A/ Le passé :

« Le passé renvoie à l'histoire, à la fois histoire sociale du groupe et histoire personnelle de l'individu. Le passé est toujours perçu sous l'angle d'une reconquête, d'une réappropriation que l'individu et le groupe vont tenter à la recherche de leurs racines. Cette reconquête se fera grâce à la démarche de d'anamnèse, de mise à jour de des évènements vécus ; il s'agit là d'un travail très important pour asseoir le sentiment d'identité tant personnelle que culturelle. Ce sentiment d'identité va s'établir sur la double prise de conscience d'une certaine permanence dans le temps et d'une différenciation progressive par rapport aux autres individus, aux autres groupes de l'environnement.

Permanence et différenciation ne sont rendus possibles qu'à travers la constitution d'une expérience permettant l'appui sur le passé. » (Boutinet, 1990, p63)

Le passé sert de contexte dans lequel les personnes acquièrent les connaissances par rapport aux possibilités futures. Pour K. Lewin le passé est toujours contenu dans le champ psychologique existant dans un moment donné, mais qu'il ne joue pas un rôle direct sur la motivation.

Le passé n'est pas seulement conservé dans la mémoire, mais il a tendance de se répéter quand il n'a pas été intégré. La pulsion de répétition n'est pas seulement une pulsion de mort, elle est un aspect d'une résistance interne généralisée contre l'écoulement du temps, on résiste à la marche du temps. Elle peut se manifester de plusieurs formes, par exemple dans le deuil, dans l'attachement affectif à des objets inadéquats, dans le plaisir de la répétition aux jeux des enfants, dans l'éclairage sentimental du passé, dans la résistance face au nouveau ou à l'inhabituel (Hinz, 2000).

B/ Le présent :

Le présent est ce qui sépare le passé de l'avenir. Hinz (2000) indique l'existence d'une opinion unifiée dans la recherche démontrant que le présent psychologique n'est pas un point sans prolongation, mais une extension sensible, en mouvement qui est relation avec le passé et le présent. Cependant dans le temps présent, l'« Ici et le maintenant », normalement il n'y a pas un essai de compréhension de la vie passée et future.

Le présent désigne l'instant momentané est très évanescent doublement amputé, menacé par le passé immédiat et le futur immédiat (Fraisie 1957). Le présent et son amplitude évolue avec l'âge, le type d'activité auquel on s'adonne et l'environnement social dans lequel on se trouve placé.

Zimbardo (1994) distingue la perspective présente de la perspective future par les caractéristiques du comportement individuel. Si la personne se focalise essentiellement sur les conséquences anticipées de certaines actions possibles, visualise des scénarios alternatifs associés à différents cours d'action et considère les liens entre coûts et bénéfices, elle serait entrain de se comporter d'une manière orientée vers le futur. Par contre quand ces plans cognitifs ne sont pas élaborés et que la caractéristique déterminante de la décision est constituée par la nature empirique, sensorielle et sensuelle du stimulus et les facteurs du contexte, il s'agit d'un comportement orienté vers le présent.

C/ Le futur :

Le futur est l'anticipation de ce que demain sera, anticipation toujours aléatoire dans la mesure où ce que je cherche à faire advenir se trouvera contrarié par l'irruption de l'imprévu. Le futur est donc fait simultanément de continuité et de rupture avec ce qui a existé. Cette indétermination partielle le rend justement problématique et angoissant.

D'un autre point de vue le futur est cet horizon qui sans cesse recule devant nous, d'où cette expression suggestive pour le désigner d' « horizon temporel ». Celui-ci met bien en évidence la capacité de distanciation que nous nous donnons face à une échéance future, ou mieux cette capacité d'anticipation qui nous soustrait à la stimulation momentanée. (Boutinet, 1990, p 65)

La perception de l'horizon temporel est donc un paramètre important de la motivation. Cette perception peut aussi bien induire la fuite en avant que la résignation. Mais d'un autre côté elle peut susciter le développement de capacités d'action jusque là inédites.

Pour Boutinet, « anticiper c'est en définitive par rapport à la situation présente faire preuve d'intelligence, c'est-à-dire adopter une activité de détour permettant de mieux ressaisir les situations auxquelles nous sommes confrontés, éviter que ces situations s'imposent à nous de façon coercitive. De ce fait, si l'anticipation permet toutes les fuites possibles, ce qui la rend équivoque comme l'est tout futur que nous explorons, elle s'avère aussi une des conditions aussi de la liberté. L'équivocité de l'anticipation vient de ce qu'elle est projective sur le futur des aspirations individuelles et collectives. » (Boutinet, 1990, p 68-69)

D / L'anticipation des événements futurs :

La perspective future est directement associée à la motivation. Son rôle essentiel dans le comportement humain consiste à fonctionner comme « l'espace » pour le développement de la motivation sous sa forme cognitive c'est-à-dire la construction d'objets-buts et de projets (Nuttin, 1980). Dans sa structure, cette perspective peut être considérée comme un schéma cognitif qui consiste dans l'organisation du futur par une séquence d'évènements, sujets à leur ordre causal. Ce schéma cognitif anticipatoire peut être plus ou moins ample, différencié, précis, cohérent et réaliste. Mais le futur subjectif ne comprend pas seulement un schéma cognitif, il contient aussi certains buts, espoirs, peurs et désirs (Trommsdorff, 1983).

Selon Kelly (1955) les anticipations constituent sans conteste la variable la plus importante pour comprendre les comportements des individus en situation. Selon lui cette recherche constante d'anticipation, de prévision des événements à venir serait liée à « un besoin de contrôle ». La conduite de l'individu se retrouve donc dans toutes les situations qu'il rencontre, psychologiquement orientée par la façon dont il va prévoir les événements.

Selon Tolman la recherche du but (implicite ou explicite) est ce qui donne un sens au comportement de l'individu. Un sujet n'agissant jamais en soi mais toujours dans l'attente de quelque chose.

Boutinet (1990) défend la psychologie de Tolman qu'il considère qu'elle s'identifie bien à une psychologie de l'attente et de l'expectation, c'est-à-dire de l'anticipation.

Dans la théorie de Lewin (1951), le but inclut implicitement une dimension anticipatrice, en particulier dans l'intégration qu'il propose de la perspective temporelle, dans l'espace de vie. Pour Lewin « l'espace de vie d'un individu, loin d'être limité à ce qu'il considère être la situation présente, inclut le futur, le présent et aussi le passé. Les actions, émotions et certainement le moral individu à chaque instant dépend de sa perspective temporelle totale ».

La perspective future se développe en fonction des projets et plans d'action que l'être humain est capable d'élaborer. Grâce à la souplesse des constructions cognitives et à la disponibilité presque illimitée des objets symboliques, l'activité cognitive prend de l'avance sur les réalisations de la phase exécutive du comportement.

La fonction véritable de perspective future est celle de créer « l'espace » indispensable à l'élaboration de la motivation sous forme de projet (Nuttin, 1980).

Nuttin et al, insistent sur la perspective temporelle future qui « ne correspond pas à la notion abstraite du temps, elle se construit grâce à l'élaboration d'objets-buts qui occupent au moins virtuellement la vie mentale de l'individu... Ainsi, un individu dont les buts englobent une grande partie de sa vie possède une perspective future étendue, celui dont les préoccupations se situent majoritairement dans le présent ou l'avenir proche se caractérise par une perspective future plutôt limitée » (Bouffard, Lens et Nuttin, 1983, p 430).

Selon Lens, la perspective temporelle future est conceptualisée comme « une caractéristique acquise de la personnalité qui résulte des buts motivationnels et du délai de la gratification... Elle peut être définie comme l'anticipation présente des buts futurs » (Lens & al, 1994, p31).

Zaleski (1994) propose deux aspects à partir desquels il faudrait examiner la perspective temporelle future. D'un côté elle est la base pour l'établissement de buts et l'espace pour les réaliser et de l'autre, elle est la sphère inconnue de l'existence qu'on aimerait rendre visible.

La perspective temporelle future consiste généralement dans la description de la représentation ou la conceptualisation en termes de temps d'un domaine particulier de la vie comme la carrière professionnelle, les relations sociales ou les loisirs. De plus ce concept est vu comme un facteur de motivation du comportement humain.

La capacité d'anticiper est donc liée à une intelligence des situations. Elle permet au sujet par l'analyse des paramètres en jeu, de faire une hypothèse sur le déroulement, et ainsi d'avancer sa propre action ou de devancer l'action d'autrui. Mais le projet ne se confond pas avec cette capacité à anticiper, même s'il l'utilise. Il implique bien d'autres aspects. Par exemple le sujet évalue les avantages et les inconvénients, pour lui ou pour d'autres, de chacune des hypothèses ou possibilités envisagées. Il peut prévoir le coût et les bénéfices du projet (ce qui peut bien sûr supposer surévaluation ou sous-évaluation). Mais celui-ci implique aussi la représentation et la quête des moyens en vue d'atteindre l'objectif visé.

3-4 Projet de vie, représentation de soi et identité :

Le processus de consolidation de l'identité se vit de manière intensive chez l'adolescent, raison pour laquelle la question autour de l'avenir personnel se situe dans cette étape d'une façon plus délibérée et consciente que dans les étapes précédentes.

Pour Tap et Oubryie (1993) le projet de vie désigne à l'adolescence le processus par lequel le sujet tend à organiser les diverses visées qu'il élabore à partir de la prise de conscience des conflits de personnalisation et d'identité qui le traversent et en rapport avec un idéal de soi auquel il aspire. Ils mentionnent que même dans les situations extrêmes, les individus ont toujours des projets. Ce qui pourrait constituer un obstacle

pour les manifester obéit à l'expérience vécue, ainsi le passé, les échecs et les réussites personnelles, peuvent expliquer la difficulté à avoir des projets ou au contraire la tendance à les multiplier.

D'une manière générale, on estime qu'il n'ya véritablement projet personnel que lorsque l'individu a conduit avec lui-même (avec ou sans l'aide d'autrui) une certaine réflexion à propos non seulement des moyens à mettre en œuvre mais aussi des motifs qui sous-tendent son intention.... Le projet réfléchi par définition ne peut ainsi éviter ni la question du sens de l'existence, ni celle de l'identité. (Guichard, 1993, p 19).

Pour Erikson (1980) la principale tâche de l'adolescence consiste en l'exploration de plusieurs dimensions de l'identité. Il fait référence au terme identité du moi (ego identity) pour dénoter certains ensembles de buts que l'individu doit avoir pour atteindre à la fin de l'adolescence à partir de toutes ses expériences pour envisager son développement à la vie adulte.

La construction de l'identité d'un individu s'explique selon Erikson (1980) par la genèse de « ses sentiments d'identité », ces sentiments d'identité ont tous trait à l'avenir. Il s'agit donc de représentations de soi essentielles permettant à l'individu de donner un sens à sa vie et au monde. La spécificité de ces représentations de soi est qu'il s'agit non pas de descriptions de soi, d'images de soi au présent, mais d'une idée de soi comme ayant la possibilité d'être cela. Pour le dire autrement dans la perspective développée par Erikson c'est l'image de soi dans le futur qui détermine la construction de l'identité présente. (Guichard, 1993, p 63)

Dans cette projection de soi dans le futur, l'affect est en effet toujours présent. La personne n'est pas uniquement un sujet épistémique qui se représente des problèmes et cherche la meilleure des solutions pour elle. La manière dont elle s'interroge est constructive de son identité et l'affecte profondément. Or ces affects peuvent être négatifs.

Erikson (1980) insiste sur l'aliénation possible et durable constructive de chaque étape : la méfiance corrélative de la confiance, le doute et la honte liés à la volonté libre, la culpabilité corrélat de l'imaginaire, le sentiment d'infériorité affectant l'activité élaboratrice.

Dans une telle perspective le projet que formule l'individu en vue de s'identifier apparaît ainsi lié d'une manière essentielle à l'angoisse. Cette conception constitue l'une des originalités d'Erikson elle permet de rendre d'un point important : le projet repose sur les sentiments de confiance et de volonté libre, sur l'imaginaire et sur l'activité élaboratrice.

Un projet implique la subordination des moyens à la quête d'une fin, mais le sujet est-il suffisamment motivé, tendu vers son objectif ? Cette tension implique un effort et un plaisir. Or, un effort sans signification et sans plaisir immédiat ou attendu, est aussi vain qu'un plaisir obtenu sans quête et vécu sans lendemain. Effort et désir se donnent mutuel appui, dans la valorisation et la progression de soi.

Dans le « projet de soi », il y a un incessant aller-retour entre le projeté et le présent qui lui donne son sens et qui le met en œuvre. Ce que je fais là pour réaliser ce projet me conduit à le redéfinir, à le ré-évaluer, à lui découvrir un sens nouveau, à l'infléchir, ou à m'y engager plus avant, etc. (Guichard, 1995, p 18)

Il existe de nombreuses recherches en psychologie, qui portent sur l'image de soi et sur les représentations des professions. Ces travaux devraient permettre à la fois de reprendre la question des objectifs de la psychopédagogie du projet et de déterminer certains moyens pour l'atteindre.

Huteau (1982) admet que l'expression d'une préférence pour quelques professions résulte d'une comparaison globale et souvent assez hâtive entre une représentation de soi et une certaine vision des professions. Guichard, par contre présente la formule suivante « C'est comme ça que je me vois aujourd'hui, c'est comme ça que je me vois bien être et ce sont plutôt ces fonctions - que je vois ainsi - qui me conviendraient bien. » (Guichard, 1995, p21)

Les éléments essentiels dans la formation des intentions d'avenir spontanées sont donc d'ordre représentatif. Ce ne sont pas les professions en tant que telles qui jouent un rôle, mais la manière dont l'adolescent se les représente. De même son image de soi est fondamentale.

La plupart considèrent qu'aider un jeune à élaborer d'une manière plus réfléchie certaines intentions relatives à son futur, cela signifie l'aider à avoir une image de soi plus précise et plus articulée, à se former une image plus complexe et plus objective des

professions et à peser les divers éléments à prendre en compte avant de s'engager dans un processus de décision. Ni les représentations des professions, ni les images de soi ne sont indépendantes des expériences socialement organisées qu'a vécues tel adolescent par rapport à un autre.

Selon Ginzberg (1951) la quête du projet professionnel implique un véritable développement, depuis l'enfance avec des stades successifs. Mais ce développement est une recherche de compromis ; l'individu doit prévoir un emploi qui en dépit des contraintes et des limites extérieures, lui apporte le plus de satisfactions et la possibilité d'utiliser ses intérêts et ses capacités en répondant au mieux à ses valeurs (Larcebeau, 1982 ; Pémartin et Légrés, 1988).

Ce processus s'étendrait sur toute la vie active et impliquerait une optimisation, dans l'interaction constante, au cours de la carrière, entre les désirs changeants du sujet et l'évolution des circonstances.

Les stades de développement professionnel de Ginzberg ont été repris par Super (1964). Mais il met surtout en avant l'importance des processus relatifs à l'image de soi. Il décrit en effet, trois processus nécessaires au développement vocationnel :

- La formation de l'image de soi ;
- La traduction en termes professionnels de l'image de soi, c'est-à-dire l'identification à un modèle adulte et à l'expérience d'un rôle attribué, suggérant la découverte de qualités personnelles rendant aptes à cette profession ;
- La réalisation de l'image de soi, par l'acquisition d'une éducation appropriée à l'emploi convoité.

Selon l'interprétation qu'on lui renvoie et celle qu'il développe lui-même, l'adolescent va prendre des décisions, en effectuant un compromis entre l'idéal et la réalité de soi, entre le monde de la fantaisie et le monde du travail, entre soi et la société. Le modèle de Super tend ainsi à montrer que la maturité vocationnelle est un processus éducatif, qu'elle est liée aux aptitudes, à l'éveil des intérêts et aux possibilités du sujet d'actualiser ses potentialités.

Beaucoup d'auteurs mettent en évidence la différenciation progressive des capacités de l'enfant, puis de l'adolescent, à construire et à gérer des projets. Jusqu'au début de l'adolescence, il n'y a pas de véritables projets professionnels, mais plutôt une évocation de souhaits, des projets fantaisistes, qui tiennent peu compte de la réalité.

« La profession est un des différenciateurs les plus visibles et les plus importants dans notre société, aussi n'est-il pas surprenant que même les enfants les plus jeunes utilisent des représentations professionnelles quand ils réfléchissent sur eux-mêmes. Des stéréotypes de rôles adultes (rôles sexuels et professionnels) peuvent même être utilisés par les enfants en vue de concourir à créer ou consolider leur conscience de soi, tout comme un adulte peut exercer une profession en vue de devenir le type de personne (sociable, compétent) qui exerce cet emploi. Le fait est que le développement du concept de soi et des préférences professionnelles sont intimement reliés et se développent un peu comme à saute-mouton » (Gottfredson, 1981, p 556)

Gottfredson (1981) propose quatre grands moments dans le développement cognitif dans lesquelles les éléments majeurs du concept de soi s'intègrent pour permettre la circonscription du choix professionnel :

- De 3 à 5 ans : orientation vers la taille et la puissance
- De 6 à 8 ans : orientation vers les rôles sexuels
- De 9 à 13 ans : orientation vers l'évaluation sociale
- A partir de 14 ans : orientation vers le soi unique.

3-5 Projet de vie à l'adolescence :

Le projet implique l'anticipation, la prévision, la gestion du temps. Il va nécessiter l'analyse et la maîtrise des possibles, en relation avec le souhaitable pour les autres et pour soi, et avec le désiré. La capacité à construire des projets est donc nécessairement en rapport avec le passé et avec le présent : les adolescents qui planifient le plus loin leur avenir sont aussi ceux qui maîtrisent le mieux leur histoire passée (ou réciproquement). Pour ce qui est du présent, on peut dire du projet qu'il est l'intrusion de l'avenir dans le présent. Le projet n'a de sens pour le sujet, que par rapport au présent. Inversement, le présent se dynamise dans, et par cette tension de réalisation.

A l'adolescence, d'abord mais par la suite également, chaque fois que les nécessités de la vie obligent le sujet à réagir à des situations stressantes. Le projet est toujours inscrit dans un rapport au temps : temps personnel, temps social, temps qui nous reste à vivre.

Le passé, nos échecs et nos réussites, peuvent expliquer la difficulté à avoir des projets ou au contraire la capacité à les multiplier. Bien sur, le réalisme des choix dépend de multiples conditions externes, que le sujet doit pouvoir mesurer et auxquelles il doit aussi pouvoir se mesurer, tant il est vrai que nos projets doivent porter notre propre marque, et pas seulement être le lieu d'installation de nos identifications ou l'ombre des modèles qui nous traversent ou qui s'incrument en nous.

Il n'y a pas de projet sans réflexion, sans représentation, sans gestion des possibles : ce qui est possible, ou non dans la réalité (le possible structural, matériel...) mais aussi ce qui est possible, ou non pour chacun (du fait des compétences mais aussi du fait des valeurs qu'il défend, des actes qu'il s'accorde ou qu'il s'interdit, pour des raisons morales ou affectives..). La gestion du possible implique, bien sur aussi une capacité à prévoir et à anticiper, mais aussi à improviser, à provoquer l'impossible pour le rendre viable.

Pour Guichard « la majorité des adolescents n'adopte peut-être pas toujours une attitude réfléchie relativement à leurs intentions d'avenir. Il semble au contraire que leurs « choix » reposent plus fréquemment sur des aspirations extrêmement générales que sur des projets véritablement délibérés. » (Guichard, 1993, p19)

L'adolescent à travers le projet va explorer de nouveaux rapports entre le possible et le réel, Piaget pense que l'avènement de des opérations formelles « permet à l'individu de se détacher de sa vision perceptive présente dans laquelle est plus ou moins confiné l'enfant, pour se mouvoir dans le possible et l'inactuel et par conséquent pour devenir apte à faire des projets » (Piaget, 1960, p 233)

L'adolescent construit ses projets en fonction d'autrui, contre lui ou avec sa complicité, dans des relations ambivalentes où il accepte éventuellement les projets que les adultes forment à son propos, tout en résistant en fait au moment de l'actualisation du projet.

Beaucoup de chercheurs (Dubet, 1973 ; Rodriguez-Tomé et Bariaud, 1987) cité par Boutinet, ont déterminé trois niveaux de projet propres aux adolescents : projet d'orientation, projet d'insertion professionnelle et projet de vie.

- **Le projet d'orientation** notion utilisée pour souligner les aspects psychologiques de l'insertion professionnelle. Il s'agit de déterminer le type d'études souhaité par l'intéressé, à travers le choix d'options, de sections d'enseignement et de filières de formation. Ce projet tient pour une large part à la scolarisation suivie antérieurement et à son degré de réussite...; Les jeunes qui ont un projet scolaire déterminé sont des élèves qui déjà réussissent bien à l'école et se trouvent dans des options valorisées scolairement, ceux-là projettent facilement les études ultérieures vers lesquelles ils souhaitent s'orienter.
- **Le projet d'insertion professionnelle**, apparaît paradoxalement assez précis chez les élèves qui réussissent moins bien à l'école ou suivent des filières de formation peu valorisées. Ces élèves se tournent vers l'extérieur de l'institution scolaire pour rechercher un positionnement professionnel qui leur convienne. En revanche ceux qui réussissent leurs études ont très souvent un projet professionnel flou ou n'ont pas de projet.
- **Le projet de vie** ou projet sentimental et familial selon Rodriguez-Tomé et Bariaud (1987), il concerne le style de vie que compte adopter le jeune dans quelque années: célibat, vie conjugale, union libre, militance, engagement caritatif..

Projet scolaire, projet professionnel, projet de vie constituent aujourd'hui les trois perspectives de tout projet adolescent ; ces perspectives sont partiellement autonomes, partiellement imbriquées les unes aux autres. Si le projet adolescent se trouve actuellement valorisé, c'est justement parce que les choses ne vont pas de soi, parce que le passage à la vie d'adulte est de plus en plus problématique dans la cassure des différentes classes d'âges, c'est aussi parce que l'évolution de notre société oriente vers une individualisation plus grande des comportements sans pour autant desserrer les contraintes qui pèsent sur ces comportements.

De ce fait le projet adolescent obéit bien souvent à une injonction paradoxale : l'environnement du jeune pousse ce dernier à savoir ce qu'il veut faire plus tard, à se doter d'un projet, mais il présente des contraintes telles qu'il empêche la réalisation de bons nombres de projets adolescents. (Boutinet, 1990, p 91-94)

Dans la théorie de Gottfredson (1981) l'un des moments importants du développement cognitif est le troisième moment c'est l'étape de l'orientation vers l'évaluation sociale qui est un moment décisif de la circonscription des projets d'avenir. C'est en effet entre 9 et 13

ans que les jeunes deviennent conscients à la fois des compétences nécessaires à l'exercice des professions, de leurs prestiges et surtout de la hiérarchie des positions sociales.

Vers 14 ans, moment de l'orientation vers le soi unique, les adolescents ont désormais défini leur identité sociale c'est-à-dire le niveau de prestige et le degré de masculinité-féminité des professions qu'ils préfèrent. Ils doivent encore se forger une identité personnelle, notamment « en choisissant une filière plutôt qu'une autre au lycée, un engagement qui n'est pas sans implication avec le niveau de prestige qu'ils atteindront plus tard » (Gottfredson, 1981, p 565)

Le modèle théorique de Gottfredson met l'accent sur deux points essentiels : la focalisation sur les processus cognitifs en jeu dans la formation spontanée des projets d'avenir ; et le rôle majeur de l'école dans cette construction.

Par ailleurs Guichard de son côté met l'accent aussi sur l'importance de l'école dans la détermination des projets d'avenir des adolescents et du rôle de l'habitus social concept élaboré par Bourdieu (1992) pour désigner un ensemble de schèmes de perceptions, d'appréciation, de pensée et d'action qui permettent à l'individu d'orienter sa conduite quotidienne et de savoir –immédiatement ce qu'il convient de faire. La scolarisation vise à produire un certain habitus, cet habitus constitue une certaine intégration d'un ensemble de schèmes dont font partie des représentations de soi, des formations et des professions.

L'organisation scolaire apparaîtrait comme un dispositif massif de socialisation conduisant l'élève, le lycéen et l'étudiant à construire des représentations de soi et des professions structurées d'une certaine façon, compte-tenu précisément de la particularité de son expérience scolaire à une place déterminée d'un système scolaire, lui-même structuré ainsi, et dont le jeune se représente la structure de manière particulièrement vive. (Guichard, 1993, p 143). Que se passe-t-il quand la scolarité est un échec, quand elle se termine sans diplôme et sans véritable formation professionnelles ?

C'est avec les jeunes en difficultés que les liens entre leurs expériences et leur vision de soi ont été le mieux mis en évidence. Les travaux conduits aussi bien par des sociologues que par des psychologues dans différents pays d'Europe vont tous dans le même sens : à l'échec scolaire est liée la formation de l'image de soi en tant qu'être dépourvu de compétence « on est des nuls », cette vision négative affecte aussi bien des dimensions scolaires « je ne suis pas attentif en classe » que des catégories plus générales « je ne suis

pas intelligent, ou je ne suis pas beau ». L'échec scolaire effectif pourrait n'être qu'un effet de ce sentiment préexistant d'être nul. Celui-ci aurait une origine plus lointaine, il pourrait être lié aux interactions familiales précoces et à certaines représentations en vigueur dans la famille « on est des nuls, personne n'a jamais réussi à l'école ». Par-delà le lien apparent entre l'échec scolaire et cette vision négative de soi, on trouverait donc un certain habitus familial. (Guichard et al, 1995, p29).

« Au-delà du projet professionnel, le projet de vie centré sur des valeurs à promouvoir, des finalités à privilégier, va lui aussi amener dans les choix existentiels des options à arrêter, si l'adulte ne veut pas que l'aléatoire tranche à sa place : décision quant au choix du conjoint, quant au style de vie à développer.... » (Boutinet, 1998, p235)

3-6 Le projet de vie chez l'adolescent malade:

Comme le souligne Boutinet (1981), le projet n'est par conséquent pas réductible à la position d'un objectif et à la détermination des moyens pour l'atteindre. Sa mise en œuvre, le premier pas vers ce qui peut être conçu d'une manière rapide comme un simple objectif, conduit toujours à s'interroger sur la validité de l'objectif que le projet visait initialement. Dans certains cas, celui-ci peut se trouver conforté. Mais dans d'autres, cette interrogation peut se traduire par une mise en cause radicale des intentions de départ.

Le projet est ainsi par essence parce qu'il forme ce cercle représentatif du déjà là et du futur qui s'inscrit dans une action au-delà de tous les objectifs déterminés qu'il se propose d'atteindre. (Guichard, 1993, P17)

Les professionnels de la santé sont convaincus du fait que l'annonce du handicap ou de la maladie constitue un moment particulièrement important. Temps douloureux, temps de sidération, mais aussi temps qu'il faut prendre pour ouvrir l'avenir.

Des adolescents confrontés au handicap ou à la maladie chronique au moment même ou de profonds bouleversements physiques, psychologiques, sexuels et sociaux structurent leur identité et leur image de soi. A cet âge de toutes les espérances et de tous les possibles, il leur faut faire plus que d'autres, l'apprentissage de leurs limites comme celles que la société leur renvoie.

La question centrale n'est pas tant celle du diagnostic que vraisemblablement celle de l'avenir, du pronostic et de l'évolution. N'est-ce pas là qu'est l'enjeu majeur, ce qui nécessite de décrire la situation non pas de manière fermée, figée, mais au contraire ouverte et pouvant évoluer en s'attachant à mettre en avant tous les éléments de bon pronostic, les ressources de l'adolescent comme toutes celles de son entourage familial.

Les limitations dues à la maladie entraînent des changements de cap dans la vie de l'adolescent provoquant des remaniements dans toutes les sphères de la personnalité : vie affective et sexuelle, relations sociales avec les autres jeunes de sa génération, scolarité et projets professionnels. Ces remaniements prennent leur place dans la crise d'adolescence et ouvrent des espaces de conflits entre le jeune et son entourage. (Alvin et al, 2001, p33)

Il est intéressant de constater dans le domaine de la santé une notion semblable à celle du projet de vie est prise en compte comme un des critères pour la comprendre. En effet parmi les aspects mentionnés dans la définition de « santé mentale » de Lagache (cité par Liberman, 2003), on trouve celui qui suggère « la capacité d'organiser un plan de vie qui permette la satisfaction périodique et harmonieuse de la plupart des besoins et la progression vers des buts éloignés » (Liberman, 2003, p 24)

Pour Guichard « la majorité des adolescents n'adopte peut-être pas toujours une attitude réfléchie relativement à leurs intentions d'avenir. Il semble au contraire que leurs « choix » reposent plus fréquemment sur des aspirations extrêmement générales que sur des projets véritablement délibérés. » (Guichard, 1993, p19)

L'accompagnement thérapeutique se définit de manière générale à élaborer avec l'adolescent et sa famille un projet dans lequel ils puissent se représenter l'avenir de manière positive : ni seuls dans une impasse, encore moins dans une situation figée sans aucune évolution possible. On pourrait dire qu'il s'agit de construire avec eux un projet de vie et non pas sinon un projet de mort, un projet ressemblant davantage à celui d'une survie.

En ce qui concerne l'adolescent malade on voit bien la nécessité de tout un travail de restauration narcissique, restauration que certains abords diagnostiques et thérapeutiques sont parfois loin d'engendrer, à maintenir, voire à renforcer chez le sujet l'image d'un enfant abîmé, à réparer à tout prix.

La nécessité d'une relation vécue comme authentiquement bienveillante, tant par l'adolescent que par ses parents, est le préalable indispensable à tout travail ultérieur thérapeutique, éducatif ou rééducatif.

Sur un plan général, sans doute faut-il souligner à nouveau la nécessité de veiller à ce que toutes les mesures prises pour aider le sujet dans l'organisation de ses soins comme de sa vie quotidienne, de ses loisirs ou de son activité scolaire ou professionnelle, le soient avec l'objectif qu'il se sente actif, acteur et responsable dans l'adoption et la réalisation de ces mesures.

Sur le plan psychologique, accompagner l'annonce du handicap ou de la maladie consiste à proposer au jeune un lien où il puisse d'une part exprimer ses affects- colère, haine, souffrance psychique, mais aussi espoir et humour- et d'autre part, se confronter aux limites créées par la maladie. Il s'agit d'un travail d'élaboration psychique qui permet la régulation de ses investissements narcissique et de son estime de soi. Ce travail demande du temps et s'effectue progressivement. Ponctué de crises, de ruptures, il s'inscrit dans le temps bien après l'annonce.

A travers l'accompagnement des adolescents malades, nous permettant à l'individu de cheminer en fonction de ses potentialités de se projeter dans un futur plus ou moins proche, vers une vie professionnelle. De se positionner par rapport à une orientation qui puisse être cohérente et réaliste, tout en tenant compte au mieux de ses aspirations.

Enfin de compte la dynamique de l'accompagnement du jeune patient dans sa découverte de la maladie doit se faire à son rythme, en respectant ses mécanismes de défense, sa capacité à faire face au problème, et en se fixant comme principal objectif : qu'il devienne acteur de sa prise en charge pour pouvoir aller de l'avant. Ce qui revient à dire que dans le projet personnel est toujours à l'œuvre l'ensemble structuré des éléments qui constituent pour un individu donné un monde sensé.

Chapitre IV : LE COPING

Ce chapitre est consacré à la définition du concept et des recherches sur le coping à partir du modèle théorique avancé par Lazarus et Folkman (1984). Ce modèle a été construit sur la base de la psychologie cognitive et à partir de l'approche transactionnelle du stress. C'est ainsi que les notions d'évaluation cognitive primaire et secondaire ont été déterminées. La notion d'évaluation cognitive désigne les différents processus cognitifs impliqués dans la gestion du stress. Il est aussi question de détailler les deux fonctions essentielles du coping qui sont : le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Pour indiquer les déterminants du coping nous nous sommes référés au modèle intégratif et multifactoriel de la psychologie de la santé proposé par Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994). Ce modèle nous a permis de définir les déterminants dispositionnels, situationnels et transactionnels indispensables au processus de coping.

4- 1 Définition du Coping:

Nous proposons la définition classique de Lazarus et Folkman (1984) du concept qui le considère comme 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 » (Lazarus et Folkman, 1984, p283).

La notion d'effort signifie d'une part, que la personne fait appel à des conduites nouvelles et non pas à des comportements expérimentés, connus et habituels qui, dans l'occurrence de la situation menaçante, s'avèreraient inefficaces. Elle renvoie, d'autre part au fait que le processus de maîtrise indique bien qu'il y a mobilisation de la personne, que celle-ci fait état d'une motivation, d'une intentionnalité dans la gestion de la demande. Le coping s'oppose résolument aux conduites automatiques et routinières. La personne doit chercher la réponse jusqu'alors inconnue, à une demande déstabilisatrice.

Gérer des demandes s'entend ici, au sens de tolérer ou réduire les conflits, évènements intérieurs et/ou extérieurs qui représentent une menace ou un défi. Cela peut s'étendre aux situations de la vie courante qui sont des moments charnière de l'existence tels que naissance, divorce, rupture ou décès mais aussi la préparation d'un concours, la sélection et la promotion professionnelle, les litiges et revendications, les maladies, etc....

Lazarus et Folkman (1984) préfèrent parler de gestion plutôt que de contrôle car certains problèmes sont selon eux, impossibles à contrôler ou à résoudre. C'est le cas de la maladie fatale, de la survenue de la mort. Ces situations hautement contraignantes sont alors redéfinies cognitivement et tolérées émotionnellement pour une adaptation optimale. La personne activant le coping est seule juge du but atteint : sa subjectivité est proprement objective.

Le terme de « coping » désigne globalement un processus stabilisateur dans la gestion des évènements éprouvants. Albaret, a résumé les deux principaux buts de cette gestion : « aider la personne à maintenir une adaptation psychosociale à son milieu, mais aussi éliminer ou réduire la détresse psychologique inhérente à ces situations ». (Albaret, 1993, p 45). La conceptualisation du coping est fondamentalement phénoménologique, car elle accorde une place privilégiée au regard que porte la personne sur son environnement et sur elle-même ; elle est issue des théories contemporaines sur le stress et de la théorie cognitivo-phénoménologique des émotions. Cognition et émotion sont indissociables. Les émotions n'existent que par la signification et le sens que le sujet leur accorde, c'est-à-dire par ses cognitions. Elles occupent une fonction importante dans l'organisation de la vie psychique et induisent l'adaptation au réel.

De manière générale le coping se réfère à tout ce qu'une personne met en œuvre pour faire face à une situation stressante. De nombreuses définitions ont été données de ce concept, il semble provenir de deux domaines théoriques et de la recherche très différents : l'expérimentation animale, et la psychologie du Moi dans la tradition psychanalytique.

Dans l'approche expérimentale il a été démontré que la survie de l'animal dépend de sa capacité à découvrir dans l'environnement ce qui est prédictible et contrôlable pour éviter ou surmonter des dangers. D'après Lazarus et Folkman (1984), le coping chez l'animal est un mécanisme vital, qui consiste à agir pour contrôler les conditions environnementales

aversives, dans le but de réduire d'éventuels troubles psychophysiologiques, et ce principalement au moyen de comportements de fuite et d'évitement.

Différents auteurs (Parker & Endler 1996 ; C.R Snyder, Dinoff, Beth L. 1999) situent quant à eux les premières recherches sur le coping dans les années soixante, dans le cadre de travaux portant sur les mécanismes de défense tels que ces derniers ont été décrits par Freud et ses élèves, dans une tradition psychodynamique. La fonction de ces mécanismes, et du coping tel qu'il a été conçu dans cette perspective, est de maintenir, voire de restaurer, une sorte d' « homéostasie psychologique » lorsque celle-ci est troublée par des conflits d'origines diverses.

La théorie psychanalytique, par les défenses met l'accent sur la réduction de la tension afin que le moi se sente apaisé. La modalité défensive est particulièrement focalisée sur la régulation affective, l'évacuation de l'anxiété, le retour à l'équilibre émotionnel. Dans la théorie du coping, cet aspect est certes souligné mais il n'est pas le seul. Le coping accorde une place tout aussi importante à la résolution ou, au moins à la réduction du problème.

Une définition compréhensive du coping nécessite d'inclure, à la fois la régulation des émotions et la résolution de problème.

Un autre auteur, Haan 1977, tente de clarifier cette distinction maîtrise –défense. Il considère les défenses comme « des révélateurs des failles du Moi » et le coping comme un mécanisme structurant de l'adaptation. La défense et la maîtrise seraient fondées sur le même processus du Moi et diffèreraient en fonction de leur polarité : manque d'adaptation versus adaptation productive.

Selon lui, les mécanismes de maîtrises débutent dès la perception d'un défi ou d'une menace. Cette perception déclenche un système de référence cognitif, moral, social et motivationnel qui est, à lui seul la base d'une réponse adéquate. Quand cette demande nouvelle est trop forte pour la personne, la réponse de coping (maîtrise) prend la forme de la défense. Les mécanismes défensifs se mettent en place quand les mécanismes de maîtrises sont dépassés. C'est l'ultime recours adaptatif mais au prix d'une désorganisation plus ou moins intense de la vie psychique.

En résumé, le coping implique un but, un choix et un changement souple, il adhère à la logique et à la réalité intersubjective et physique. Les mécanismes de maîtrise permettent et favorisent les expressions émotionnelles. Les mécanismes de défense sont contraints,

rigides, négatifs, ils opèrent une distorsion de ce qui est perçu (Olbrich 1990). Les défenses permettent une expressivité couverte, s'attendent à ce que l'anxiété soit soulagée sans s'adresser au problème.

Haan (1977) fait remarquer que les processus de maîtrise sont adaptatifs car ils maintiennent un système ouvert et permettent le développement de la personne tandis que les défenses renforcent la fermeture du système.

Quand il y a confirmation d'une menace, celle-ci va donner lieu à l'activation des processus de coping proprement dits. Pour cette théorie, l'évènement stressant n'a pas d'existence objective. Il ne devient stressant que parce que la personne lui accorde cette signification. C'est l'appréhension primaire. La personne juge, interprète, évalue les situations selon une certaine optique. Ainsi un simple évènement banal peut revêtir un caractère traumatisant pour une personne alors qu'il sera plaisant pour une autre.

Cette appréhension primaire ne se comprend que si le sujet a de la même façon, évalué ses propres capacités à répondre à l'évènement. Cette auto-évaluation constitue l'appréhension secondaire. Ces appréhensions sont dynamiques dans le temps ; les trois éléments stress-maitrise-appréhension, sont intimement liés et subissent des réévaluations constantes. L'influence réciproque de ces trois concepts, stress, maîtrise et appréhension, est telle que « l'on peut considérer que l'appréhension est susceptible de fonctionner comme un mécanisme de maîtrise, en tant qu'elle fait partie des réponses qui contrôlent la signification des évènements » (Albaret, 1993, p46)

4-2 La recherche sur le Coping :

Deux approches ont été prédominantes dans la théorie et la recherche sur le coping, qui ont parfois été décrites dans la littérature en termes d'approche inter-individuelle et intra-individuelle (Parker et Endler, 1996).

Partant de l'idée qu'un certain nombre de caractéristiques relativement stables de l'individu le prédisposent à agir d'une manière plutôt que d'une autre lors de situations stressantes, de nombreux auteurs ont postulé l'existence de différences inter-individuelles stables en termes de coping, lorsque celui-ci est observé à différents moments dans le temps ou dans différentes situations de stress.

Pour expliquer ces différences individuelles observées dans les réponses de coping, les chercheurs ont fait appel à deux concepts différents : celui de trait de personnalité et celui de style de coping.

L'explication basée sur la notion de trait de personnalité consiste à rechercher des liens entre des traits de personnalité classiques et des réponses de coping, dans l'idée que les premiers prédisposent l'individu à agir d'une manière plutôt que d'une autre dans certaines situations de stress seulement (Lazarus et Folkman, 1984).

La notion de style de coping semble plus inclusive que celle de trait ; elle fait référence à une disposition relativement stable qui, qu'elle que soit la situation que l'individu rencontre, influence le choix de ses réponses de coping.

Selon cette approche inter-individuelle, au lieu d'appréhender nouvellement les situations de stress qu'ils rencontrent, les individus porteraient donc en eux, tel un bagage, un certain nombre de stratégies de coping préférentielles qui restent les mêmes au travers du temps et des circonstances (Carver, Scheier, et Weintraub, 1989).

Le modèle transactionnel du stress *et du coping* développé par Lazarus et Folkman (1984) est emblématique de la deuxième approche dite intra-individuelle, ou contextuelle. Ce modèle constitue une mise en commun de deux domaines de recherches à savoir celui de stress et celui de coping.

4-2-1 Le concept de stress :

En psychologie, avant d'être définie par Lazarus dans une perspective transactionnelle, le stress a tantôt été associé à une réponse, c'est-à-dire à la réaction d'un organisme face à une demande, tantôt à un stimulus, ou à l'évènement qui constitue cette même demande.

C'est dans une perspective physiologique, qui fait essentiellement référence aux travaux de Selye, que le stress a été défini comme une réaction non spécifique de l'organisme, qui a lieu lorsque le sujet est confronté à des agressions physiques diverses, appelées « stressors ». En 1977, Selye a décrit pour la première fois le « syndrome du stress », qu'il nommait alors le « syndrome général d'adaptation » (SGA), et qui comprenait trois phases : une réaction d'alarme, une phase de résistance ou d'adaptation, et enfin une phase d'épuisement pouvant aller jusqu'à la mort (Boudarène, 2005, p7).

A partir des années 60, le stress a commencé à être considéré comme partie intégrante de la condition humaine au sens où, selon Lazarus et Folkman (1984), chaque individu rencontre forcément tout au long de son existence un certain nombre d'évènements stressants qui l'affectent, et auxquelles il doit s'ajuster. L'hypothèse a alors été émise par certains auteurs (comme Holmes et Rahe, 1967 ; Rahe et Arthur, 1977) d'un lien causal entre des changements de vie, ou plus précisément des évènements qui entraînent un changement de vie à différents niveaux, et une augmentation de la vulnérabilité des individus face à la maladie.

Les premiers travaux basés sur cette définition du stress ont porté surtout sur des évènements de vie majeurs, comme par exemple le décès d'un proche, le chômage, le divorce, etc. Par la suite la nature des stressors étudiés s'est diversifiée, notamment après que certains auteurs aient émis l'hypothèse selon laquelle l'impact des tracas quotidiens ou « daily hassles » sur la santé des individus serait plus important que celui des évènements de vie. Ces tracas font référence aux petits problèmes rencontrés tous les jours, tels une dispute conjugale ou un chien qui vomit sur la moquette.

Les neurosciences ont permis de mieux comprendre les liens qui existent entre les aspects biologiques et psychosociologiques du stress (Dantzer, 1989).

4-2-2 Le modèle transactionnel du stress :

C'est dans un contexte scientifique interdisciplinaire, où s'est développée l'idée qu'il est nécessaire de considérer le contexte des phénomènes observés, que le stress psychologique a été défini comme : « une relation particulière entre la personne et l'environnement qui est évaluée par la personne comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être ». (Lazarus et Folkman, 1984)

Envisagé dans une perspective à la fois dynamique et systématique le stress est ici un concept organisateur qui implique plusieurs variables et processus. Le terme « transactionnel » fait référence au fait que la personne et l'environnement sont considérés comme entretenant une relation dynamique, mutuellement réciproque et bidirectionnelle. Lorsque cette relation est évaluée par l'individu comme excédant ses ressources et menaçant son bien-être, alors on parle de stress. Deux processus médiatisent le lien entre une telle transaction individu-environnement, et les conséquences que celle-ci

peut avoir à court et à long terme : l'évaluation cognitive et le coping (Lazarus et Folkman, 1984).

L'évaluation cognitive :

C'est grâce à la psychologie cognitive que le concept de stress a été enrichi de sa dimension transactionnelle, la notion d'évaluation qui y est introduite est une donnée fondamentale pour appréhender les processus cognitifs qui y sont impliqués est indispensable à la compréhension de la dynamique du stress et de la transaction sujet-environnement.

Le présent modèle est basé sur l'idée que l'individu éveillé évalue en permanence sa relation à l'environnement, et ce relativement aux implications que celle-ci peut avoir pour son bien-être personnel (Lazarus, 2001). Le terme d'évaluation dépasse la notion de traitement de l'information, et fait référence ici au fait que l'individu, par l'intermédiaire de ce processus, considère la signification de ce qui se passe pour lui personnellement. L'évaluation cognitive (cognitive appraisal) qualifie « les mécanismes intellectuels qui permettent au sujet d'accéder à la connaissance de l'évènement nouveau et des changements que celui-ci est susceptible d'apporter » (Boudarène, 2005, p15).

L'évaluation est indissociable de l'anticipation. Bien évaluer l'évènement nouveau permet d'anticiper les changements à venir et les stratégies à mettre en place afin de s'y adapter et de bien contrôler la situation. Réduire l'impact de l'évènement sur la vie, sur la qualité de vie, garantit le maintien de l'équilibre intérieur.

Le processus d'évaluation a une fonction adaptative qui consiste à trouver un équilibre entre deux types de forces : celles des réalités de l'environnement (demandes, contraintes, ressources), et celles des intérêts de la personne. Il est en effet nécessaire de percevoir la réalité environnementale d'une manière suffisamment correcte pour pouvoir s'y adapter, tout en restant optimiste et en conservant des illusions (Lazarus, 2001).

L'évaluation cognitive se fait principalement au moyen de deux processus : l'évaluation primaire (primary appraisal) et l'évaluation secondaire (secondary appraisal). Aussi, puisque la relation entre l'individu et l'environnement évolue constamment, les éléments de cette transaction sont ensuite reconsidérés au moyen d'un processus de réévaluation.

Ce processus est similaire, en termes des éléments considérés, aux processus d'évaluation primaire et secondaire, mais il a lieu à la suite de ceux-ci, et se réitère au gré des nouvelles informations qui apparaissent et des réactions de l'individu, modifiant sur cette base les résultats de ces premières évaluations (Lazarus et Folkman, 1984).

A / L'évaluation primaire :

L'évaluation primaire est le processus duquel l'individu cherche à savoir si oui ou non, et si oui de quelle manière, ce qui se passe à un moment donné est pertinent pour lui, compte tenu de ses valeurs, de ses buts, de ses croyances sur soi et sur le monde, et de ses intentions en rapport avec la présente situation (Lazarus, 2001, p 42). Ces éléments se résument en trois composantes : la pertinence par rapport aux buts, la congruence ou l'incongruence par rapport aux buts, et le type d'implication de la personne. Ce processus d'évaluation donne lieu à trois cas de figures (Lazarus et Folkman, 1984) :

- 1- la relation à l'environnement est jugée non pertinente : dans ce cas rien d'autre n'est à considérer, et l'individu n'y prêtera pas (plus) d'attention.
- 2- La transaction est jugée pertinente et bénigne-positive : les présentes conditions soit facilitent la réalisation des objectifs de l'individu (Lazarus, 2001), soit vont dans le sens d'une préservation voire amélioration de son bien-être. Les émotions typiquement ressenties dans ce cas-là sont positives, comme la joie, le bonheur, la gaîté, etc. (Lazarus et Folkman, 1984).
- 3- La relation à l'environnement est évaluée comme pertinente et stressante, c'est-à-dire que les présentes conditions entravent ou menacent d'entraver la réalisation des buts de l'individu (Lazarus, 2001).

B/L'évaluation secondaire :

Au moyen du processus d'évaluation secondaire, l'individu cherche à savoir si quelque chose doit ou peut être fait, et si oui quoi. L'évaluation secondaire porte sur les actions de coping possibles, la probabilité de chacune d'entre elles de parvenir au résultat escompté, la probabilité que l'individu la ou les accomplisse de manière efficace, et les conséquences de chacune de ces actions possibles, de même que les contraintes sociales et intrapsychiques liées à leur réalisation (Lazarus, 2001 ; Lazarus et Folkman, 1984). Ces différents éléments de l'évaluation secondaire se résument en trois composants : le blâme ou le crédit (qui peuvent être externes ou internes), le potentiel de coping, et les attentes pour

le futur. Le choix de ce qui va être fait ou non pour gérer la situation, c'est-à-dire le coping, dépend du résultat de cette évaluation.

Les processus d'évaluation primaire et secondaire sont aussi importants l'un que l'autre et selon Lazarus, n'entretiennent pas un ordre spécifique, malgré leur appellation. Ils interagissent constamment pour déterminer si la transaction est stressante ou non, et si oui de quelle manière et à quel point (Lazarus et Folkman, 1984).

Si la relation à l'environnement est jugée stressante, elle peut l'être de trois manières différentes :

- 1- *Le préjudice, le dommage ou la perte* : quelque chose a eu lieu qui constitue un dommage ou une perte pour l'individu, comme par exemple une maladie ou la perte d'une personne proche. Les émotions attendues lors de telles situations sont la tristesse, la colère, la déception, la culpabilité et le dégoût (Lazarus et Folkman, 1984).
- 2- *La menace* : le dommage ou la perte n'ont pas encore eu lieu mais sont possibles / probables dans le futur. Le fait qu'ils soient prévisibles permet à l'individu d'avoir recours à des efforts de coping dit anticipatoires. Les émotions typiquement ressenties lors d'une menace sont la peur, l'anxiété, l'inquiétude (Lazarus & Folkman, 1985).
- 3- *Le défi* : face à un dommage ou à une perte possible, une mobilisation des efforts de coping est nécessaire comme c'est le cas pour la menace, mais là, l'évaluation est focalisée sur les gains potentiels de cette transaction et sur la maîtrise de celle-ci. Les émotions ressenties dans une telle situation sont surtout positives, comme la confiance, l'espoir et l'impatience (Lazarus et Folkman, 1984).

Ces différents processus d'évaluation sont influencés tant par des facteurs personnels, comme la confiance en soi et la croyance en sa propre efficacité, que par des facteurs situationnels, tels notamment la nouveauté, la prévisibilité, l'incertitude temporelle ou encore la durée. (Lazarus et Folkman, 1984)

Ces différents facteurs, considérés comme des antécédents de l'évaluation cognitive, sont interdépendants, et contribuent à déterminer si une personne va percevoir une situation comme une menace ou comme un défi, et à quel point sa réaction émotionnelle va être intense. A partir du moment où une transaction est évaluée comme stressante, et

tant qu'elle est considérée comme telle, l'individu doit faire quelque chose en rapport avec ce qui lui arrive et en fonction de la façon dont il a évalué la situation ; c'est là qu'intervient le processus de coping.

Le processus de coping :

Le coping est défini par Lazarus comme : « ...l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (mis en œuvre) pour gérer des demandes externes et /ou internes spécifiques qui sont évaluées comme menaçant ou excédant les ressources de la personne. » (Lazarus et Folkman, 1984).

Cette définition a plusieurs particularités si on la compare aux précédentes conceptualisations du coping : il s'agit d'un processus qui a lieu à un moment spécifique, et non pas d'une caractéristique stable de l'individu. Le coping ne comprend ici que ce que la personne fait consciemment et lors de situations évaluées comme stressantes psychologiquement. Enfin, la notion d'efforts de coping comprend tout ce que la personne tente de mettre en œuvre, quel qu'en soit le résultat, et sans que ses efforts soient forcément équivalents à une maîtrise de la situation. (Lazarus et Folkman, 1984).

Définir le coping en terme de processus implique qu'on le considère dans une perspective dynamique, ce qui à plusieurs conséquences. D'abord pour le décrire, on s'intéressera à ce qu'une personne pense et /ou fait réellement dans une situation donnée, et compte tenu du contexte particulier de cette situation. Ensuite, la mesure du coping ne peut être statique, et doit prendre en compte l'évolution de la transaction en cours : le processus de coping étant constamment médiatisé par les processus de réévaluation qui permettent à l'individu de considérer tous les changements qui interviennent et qui ont trait à la relation personne- environnement, ces changements doivent aussi être pris en compte lors de la mesure du coping. (Lazarus et Folkman, 1984, p178)

4-3 Fonctions du Coping :

Que doit faire le patient pour se dégager de l'emprise des symptômes ressentis dans son corps. « Dans le symptôme, le corps se fait d'abord connaître au sujet comme une limitation de sa liberté, comme un réel qui s'éprouve comme résistance à son vouloir, à son pouvoir de vivre et d'éprouver la vie en lui. Et cet éprouvé est d'abord radicalement et

absolument vécu comme une souffrance. Avant toute autre chose, le sujet est primordialement sujet d'une souffrance. Quel que soit le symptôme... le corps s'y fait connaître subjectivement comme souffrance. Et le sujet de cette souffrance corporelle est en attente d'occasions de dépasser ladite souffrance. La souffrance n'est pas qu'un vécu passif. Elle l'est, c'est même une propriété transcendante de la souffrance, mais elle est aussi, simultanément, protention vers le monde et vers l'autre, à la recherche d'une occasion de se transformer elle-même, d'évoluer, de se dépasser. » (Debray, Dejours et Fédida, 2002, p98)

Lazarus et Folkman (1984) ont distingué 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 » (Lazarus et Folkman, 1984).

- 1- **Le coping centré sur l'émotion** comprend des stratégies cognitives qui ne modifieront pas la situation mais plutôt l'attitude de la personne envers ladite situation (Chabrol et Callahan, 2004, p100). Parmi ces stratégies, il existe ceux destinées à réduire la détresse émotionnelle (éviter, minimisation, acceptation, prise de distance)
 - des stratégies qui visent à augmenter la détresse émotionnelle (autoaccusation)
 - des efforts qui consistent à changer la façon dont la réalité est perçue par l'individu, sans essayer de la modifier.
 - Des stratégies qui ont pour effet indirect que la situation prend une nouvelle signification (exercice physique, recherche de support émotionnel, méditation).

- 2- **Le coping centré sur le problème** serait orienté vers l'action, dans le but de changer la relation entre la personne et situation par le biais des actions qui auraient ou non du succès, dans ce cas c'est le fait d'avoir tenté de faire quelque chose qui compte (Chabrol et Callahan, 2004, p100). Le nombre de stratégies de ce type, applicables à

différentes situations, est très restreint, et il est difficile à décrire sans rapport à une situation spécifique.

De manière générale, on peut dire que ces stratégies sont similaires à celles qui sont employées pour la résolution de problèmes (Lazarus et Folkman, 1984). Plus précisément on trouve une ressemblance entre plusieurs étapes de la résolution de problèmes, et les buts servis par certaines stratégies centré sur le problème, comme par exemple la définition du problème, la génération de solutions alternatives, l'évaluation de ces alternatives en termes de coût et bénéfiques, et le choix d'une alternative. (Lazarus et Folkman, 1984).

Les stratégies qui font partie du coping centré sur le problème peuvent être orientées soit vers l'environnement soit vers la personne, ces dernières provoquent des changements à un niveau cognitif ou motivationnel, par exemple en modifiant le degré d'implication.

Dans la littérature sur le coping, cette distinction entre coping centré sur l'émotion et coping centré sur le problème a été largement reprise, et ces deux façons de faire face ont souvent été étudiées indépendamment l'une de l'autre, et mise en opposition relativement à leur utilité. Lazarus fait cependant remarqué premièrement, que cette distinction est superficielle, et qu'en réalité une même stratégie peut remplir ces deux fonctions, et probablement d'autres encore. Deuxièmement, il note que dans la majorité des situations de stress réelles, les personnes mettent en œuvre des efforts relevant de ces deux fonctions, efforts qui forment un tout et qui peuvent s'aider ou se nuire mutuellement. Troisièmement, l'utilité d'une stratégie de coping, qu'elle serve l'une ou l'autre de ces fonctions dépend largement des circonstances dans lesquelles elle est réalisée. (Lazarus, 2001).

Pour comprendre ce qu'une personne met en œuvre lorsqu'elle se trouve dans une situation qu'elle juge stressante, il est nécessaire de considérer un certain nombre de variables liées à la personne et à l'environnement, et qui peuvent être regroupées en deux catégories opposées : les *ressources* et les *contraintes*.

Parmi les grandes catégories de ressources dont l'utilité a été mise en évidence dans la majorité des situations stressantes, Lazarus et Folkman mentionnent la santé et l'énergie, un certain nombre de croyances positives, des compétences liées directement à la

résolution de problèmes, des compétences sociales, le support social, et enfin des ressources matérielles. (Lazarus et Folkman, 1984, p158)

Parmi les éléments qui font que souvent les individus n'utilisent pas au mieux les ressources, Lazarus distingue trois catégories : les contraintes personnelles (valeurs, croyances, besoins de dépendance, peur de l'échec/ succès, préférences personnelles), celles qui sont liées à l'environnement (manque de ressources disponibles, compétition entre les individus pour l'usage de ces ressources), et un niveau de menace particulièrement élevé qui fait que dans certaines situations extrêmes, les individus n'ont plus accès à leurs propres ressources. (Lazarus, 2001)

De nombreux auteurs envisagent actuellement une complémentarité entre les approches inter-individuelles et intra-individuelles dans la recherche sur le coping (Holahan et al, 1996). La distinction entre la première de ces approches qui tente d'identifier des stratégies de coping utilisées par les individus dans des types particuliers de situations stressantes, et la deuxième qui cherche à identifier des styles de coping de base ou des stratégies de coping que les gens emploient habituellement dans différents types de situations stressantes serait par ailleurs comparable à la distinction entre l'étude de variables « d'état » et de variables « trait », typique des recherches sur la personnalité (Parker & Endler, 1992 ; Schwarzer & Schwartz, 1996).

4-4 Les déterminants du coping :

Le coping est un processus dynamique qui change en fonction des situations et en fonction de la façon dont l'individu les évalue. Pour parler de coping, il est important de comprendre son fonctionnement en prenant en considération différents concepts psychologiques qui ont une influence sur lui. Nous avons choisi de prendre comme référence théorique le modèle intégratif et multifactoriel de la psychologie de la santé proposé par Bruchon-Scheiwitzer et Dantzer (1994), qui prend en compte les facteurs *environnementaux* (événements de vie, réseau social) ; *individuels* (types et traits de personnalité, styles comportementaux) jouant un rôle fragilisant ou protecteur et *processuels* (transaction individu- environnement se déroulant en deux phases évaluation et coping).

A/ Les déterminants dispositionnels :

La notion de personnalité est inextricablement liée à une conceptualisation de coping, notamment dans l'approche « dispositionnelle ». Cette conceptualisation met en avant l'importance de la personne (son tempérament, ses idées et ses besoins), se sont ses variables qui influencent le coping.

Selon certains auteurs (Costa et al, 1996 ; Lu, 1996 ; Schwartz et al, 1999), les stratégies de coping ne sont pas spécifiques mais générales (trans-situationnelles) car déterminées par certaines caractéristiques dispositionnelles des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations. Il existerait des styles de coping relativement stables, chaque individu mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. Il a été démontré 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 de son histoire (Cohen et al, 1983). (Bruchon-Schweitzer, 2002, p361).

- **Les déterminants cognitifs de l'évaluation** incluent les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes) et ses motivations générales (valeurs, buts, intérêts, etc), ainsi que le lieu de contrôle (interne/externe) qui désigne la croyance de l'individu à attribuer la cause de ce qui lui arrive à ses comportements (internalité) plutôt qu'à des causes externes comme la chance, le hasard ou le destin (externalité) ; ce qui lui permettra de percevoir la situation comme contrôlable et ses ressources comme adéquates, ainsi il va élaborer des stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe (Van Heck, 1997). Il existe aussi d'autres antécédents cognitifs de l'évaluation et du coping comme l'auto-efficacité perçue, optimisme, impuissance apprise, attribution causale, etc..

- **Les déterminants conatifs de l'évaluation** concernent les dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie les évaluations (primaire et secondaire) et les stratégies de coping face à une situation stressante. Ainsi, l'anxiété, le névrosisme, la dépression et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion (Van Heck, 1997). A contrario, le lieu de

contrôle, le sens de la cohérence d'Antonovsky (SOC), le fait d'être agréable, le fait d'être consciencieux sont associés à des évaluations plus favorables et à davantage de stratégies centrées sur le problème. L'association entre personnalité et coping est très marquée (Costa et al, 1996), ces auteurs sont convaincus que l'évaluation et le coping sont en partie déterminés par les caractéristiques psychosociales stables chez les individus plutôt que par les caractéristiques fluctuantes des situations. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p362).

Divers courants, comme l'approche psychosomatique, l'approche épidémiologique et plus récemment la psychologie de la santé, ont eu le mérite de définir et d'étudier les caractéristiques psychosociales associées au risque de développer diverses maladies chroniques. Ainsi ont été popularisées des notions comme le type A ou C, l'alexithymie, le névrosisme, l'anxiété ou encore l'auto-efficacité et l'optimisme.

- ✓ *les traits de personnalité type A et B* : en 1974 Friedman décrit ce profil comportemental concernant les patients souffrants de maladies coronariennes. Il le définit comme un ensemble de caractéristiques comprenant l'impatience, l'hostilité, l'agressivité, la compétitivité, le désir de réussite et de reconnaissance sociale. Ces caractéristiques se traduisent pour la plupart par des comportements visibles : vigueur et rapidité des gestes et du débit vocal et irritabilité. Le type B est décrit comme l'opposé du type A, avec de faibles niveaux sur chacun des aspects de cette constellation.
- ✓ *les traits de personnalité de type C* : Watson et Greer (1983) décrivent un style cognitif et comportemental adopté face à des situations aversives qui se caractérise par la répression d'affects négatifs (colère, hostilité..) et le risque de cancer. Pour ces auteurs, les patients se caractérisent par la non-affirmation de soi et apparaissent comme particulièrement coopératifs, patients, « gentils », apaisants. C'est une « façade » agréable au prix d'un effort défensif constant. Leurs détresses et leurs attitudes défensives peuvent être observées au cours des entretiens. Pour Temoshok (1987) le style comportemental de type C se caractérise par le conflit ou la perte, avec suppression des émotions et l'impuissance-désespoir.
- ✓ *Les traits pathogènes* : beaucoup d'études psychosomatiques recherchent des « profils de personnalité » liés spécifiquement à certaines maladies

(asthmes, ulcères, hypertension,...). L'école psychosomatique française, a popularisé des notions comme névrosisme, la notion de « pensée opératoire » (Marty et de M'Uzan, 1963), qui s'imposera au niveau international par celle d' « alexithymie » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p180).

- ✓ *L'alexithymie* n'est pas une caractéristique spécifique aux patients psychosomatiques ni aux sujets atteints de maladies organiques. C'est un style cognitif comportemental se caractérisant par la difficulté à verbaliser les émotions et par le recours à l'agir. Il désigne généralement le fonctionnement particulier des patients souffrant de maladie chroniques (vie imaginaire pauvre, incapacité à exprimer verbalement les émotions, le recours à l'action en cas de conflit, conformité sociale et description sans fin de ses symptômes physiques).
- ✓ *L'anxiété, ou le malaise anxieux* se caractérise par divers troubles : attitudes, représentations, pensées centrées sur des thèmes désagréables (échec, mort, peur..), attentes et sentiments de menaces diffuses ou de danger, souffrance comportementale (troubles psychomoteurs, pleurs, sursaut..), troubles de l'humeur (irritabilité, plaintes..) et enfin souffrance somatique (troubles neurovégétatifs, troubles du sommeil...). En psychologie clinique, on distingue l'anxiété-trait, tendance stable et généralisée à percevoir les situations aversives comme dangereuses de l'anxiété-état, sentiment d'appréhension, tension et activation autonome momentanées liées à un évènement spécifique (Spielberger et al, 1983).
- ✓ *Le névrosisme* est l'une des cinq dimensions de la personnalité, il n'est pas une catégorie clinique comme les névroses. Le névrosisme désigne la tendance à ressentir des émotions désagréables (affectivité négative), comme la colère, l'anxiété, l'humeur dépressive (Adler et Matthews, 1994). Les névrosiques sont décrits comme tendus, irritables, inquiets, soupçonneux, jaloux, hostiles et vulnérables (Maddi, 1980).
- ✓ *La dépression, ou « humeur dépressive »* désigne un état momentané de détresse, de perte d'intérêt, d'énergie et d'entrain, pouvant survenir à la suite d'un évènement stressant (perte, séparation, déception, échec, atteinte corporelle ou maladie..), lorsque le sujet ne dispose pas (ou croit ne pas disposer) des ressources (personnelles et sociales) nécessaires pour faire face.

Plusieurs théories soulignent que, plus que les événements eux-mêmes, c'est la façon dont l'individu se les représente qui joue un rôle étiologique dans les troubles dépressifs induits. Selon Beck (1987), la dépression résulte de l'interaction entre des événements stressants et des cognitions « erronées » (automatiques, dominées par le thème de la perte, une vision négative de soi, du monde et de l'avenir), ce qui conduit à des sentiments d'infériorité, d'échec et de désespoir.

- ✓ Affectivité *positive et affectivité négative* (Watson et al, 1988), représente les caractéristiques de la structure des réponses ayant un contenu émotionnel agréable (être enthousiaste, fort, attentif, actif..) ou désagréable (tristesse, détresse, nervosité, colère, culpabilité). L'affectivité négative est souvent considérée comme un indicateur global de détresse psychologique.
- ✓ D'autres aspects protecteurs de la personnalité concernent : l'optimisme (Scheier et al, 1989), le lieu de contrôle ou sentiment de contrôle personnel (Rodin, 1986), l'auto-efficacité de Bandura, l'endurance de Kobasa et le sens de cohérence d'Antonovsky (SOC).

B/ Les déterminants situationnels du coping :

Dans l'état actuel des recherches, beaucoup d'auteurs pensent que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping, étant des processus transactionnels, dépendent à la fois des caractéristiques des individus et 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 stressor, disponibilité et qualité du soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin.

- **Les événements de vie :**

Depuis le début du XXème siècle, beaucoup d'auteurs pensent que certains événements de vie et certains stimuli environnementaux pourraient induire des pathologies psychologiques et somatiques. Leurs intérêts s'est d'abord porté sur les maladies somatiques, puis sur les maladies mentales pouvant être liées à des événements stressants. On pense que certains événements (notamment ceux qui impliquent un changement important dans la vie du sujet), conjugués à une vulnérabilité particulière vis-

à-vis de certaines pathologies, pourraient induire des modifications de l'état de santé (Hinkle et Wolff, 1958).

Les évènements de vie stressants sont perçus et interprétés par les individus comme des menaces, des pertes ou des dangers. L'organisme va mettre en place des réponses diverses pour se défendre et pour revenir à l'état d'équilibre antérieur.

Différents auteurs ont conceptualisé les évènements de vie de façon diversifiée. Certains s'appuyant sur la conception homéostatique du stress de Cannon (1932) et de Selye (1956) qui ont considéré que c'était l'intensité (ou le nombre) des changements induits par un ou plusieurs évènements, changements exigeant des efforts adaptatifs intenses, répétés ou durables qui étaient aversifs (Holmes et Rahe, 1967 ; Mechanic, 1962 ; Engel, 1971 ; Kovess, 1986).

La plupart des études explorant les relations entre évènements de vie et pathologies ultérieures utiliseront la SRRS (social Readjustment Rating Scale) ou échelle d'évaluation du réajustement social de Holmes et Rahe (1967) ; c'est une liste de 43 évènements qui se produisaient avant l'apparition de problème de santé. Les auteurs de cette échelle ont constaté qu'il ne suffisait pas de comptabiliser l'occurrence des différents évènements chez un individu, mais se sont plutôt les efforts de l'organisme pour s'adapter aux changements qui par leur intensité, leur durée ou leur fréquence, peuvent être les précurseurs d'une pathologie.

La littérature consacrée aux évènements de vie stressants est assez disparate ; il y a souvent des confusions entre évènements de vie, stressseurs chroniques, stressseurs aigus et tracas quotidiens notamment. Hahn et al (1999) ont essayé d'éclaircir la situation actuelle ou tous les concepts se chevauchent. Pour eux, les tracas quotidiens sont des stressseurs de faible intensité et peu fréquent si on les considère un par un (exemple : avoir un virus dans son ordinateur, avoir égaré ses clefs, dispute avec le conjoint, avoir un enfant malade, etc). Un stressseur chronique est extrêmement fréquent (sinon permanent), mais d'intensité variable. Un évènement de vie est souvent de très forte intensité mais il est ponctuel (faible fréquence).

Selon Lazarus (1984), les tracas quotidiens sont des évènements ou problèmes irritants, frustrants ou anxiogènes qui caractérisent les transactions journalières d'un individu avec son environnement. Pour O'Keef et Baum (1990), il conviendrait de mesurer

non seulement la fréquence et la durée des tracas quotidiens, mais en outre leur nature et leur retentissement.

Les évènements de vie en eux-mêmes n'ont pas d'effet mécanique sur la santé, car ils sont en interaction avec d'autres caractéristiques des individus et de leur histoire.

- **Le soutien social :**

Le soutien social est devenu un concept populaire à la suite des travaux de Caplan (1974), Cassel (1976) et de Cobb (1976) ; c'est ainsi que les notions de stress, de soutien social et de coping sont considérées très importantes en psychologie de la santé.

Cependant nous remarquerons comme beaucoup de chercheurs que la notion de soutien social est utilisée dans différentes disciplines (sociologie, médecine, psychologie, soins infirmiers,...) dans des sens différents ; « malgré sa valeur heuristique, il n'est pas encore parvenue à maturité (Hupcey, 1998), et des désaccords tenaces subsistent quant à sa définition opérationnelle (Vaux, 1992) ». (Bruchon-Schweitzer, 2002, p329)

Le soutien social comprend au moins trois notions : le réseau social ; le soutien social perçu et le soutien social reçu.

- **Le réseau social** : correspond à l'aspect structural du soutien ; c'est le nombre de relations sociales qu'un individu a établies avec autrui, la fréquence des contacts sociaux effectifs avec ces personnes et l'intensité (ou la force) de ces liens (Barrera, 1986). Cette notion décrit le degré relatif d'intégration sociale ou d'isolement d'un individu. L'existence de liens sociaux, si elle est l'une des conditions nécessaires pour recevoir du soutien, n'est pas une condition suffisante pour que ses relations soient bénéfiques. « C'est une relation intime permettant de se confier à un « autre significatif » (parent, partenaire, ami,..) qui est la forme de soutien la plus fonctionnelle, celle qui protège l'individu contre les effets de l'adversité. » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p330)
- **Le soutien social reçu** : correspond à l'aspect fonctionnel du soutien ; il s'agit de l'aide effective apportée à un individu par son entourage (Winnubst et al, 1988). Le soutien social reçu a été classé selon House (1981) en quatre fonctions :

- Le soutien social émotionnel, qui consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (confiance, amitié, amour..) et qui apporte à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort, qui vont l'aider à traverser des moments difficiles.
- Le soutien d'estime, consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et sa valeur. Ces encouragements lui permettront de renforcer sa confiance en elle-même dans les moments de doute.
- Le soutien informatif, comprend les conseils, les suggestions, l'apport de connaissances sur un problème ou des propositions. Il peut être fourni par l'entourage familial du sujet, mais aussi par des spécialistes (soigner une maladie, rechercher un travail ou une filière de formation...).
- Le soutien matériel, implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de biens matériels, ou des services rendus dans des moments difficiles.

La plupart des travaux montrent que c'est le soutien émotionnel qui joue le rôle le plus important. Il permet de réduire le stress perçu et les états anxieux ; il affecterait l'évaluation primaire de la situation, augmenterait le contrôle perçu et faciliterait la recherche de stratégies d'ajustement ou de coping.(Bruchon-Schweitzer, 2002, p331)

- **Le soutien social perçu** : peut être défini comme « l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits » (Procidano et al, 1983). Cette notion est différente des deux autres dans la mesure où elle ne désigne pas une caractéristique objective des relations sociales de l'individu, mais une transaction entre individu et environnement telle que perçue par l'intéressé. Cette notion est complexe et mise en relation avec deux importantes composantes qui sont la **disponibilité** (c'est le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin) et la **satisfaction** (c'est la perception qu'a un individu de la qualité de ses relations interpersonnelles). Donc, ce n'est pas le nombre de connexions sociales qui serait protecteur mais le fait que parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre compréhension, empathie et confiance dans les moments les plus difficiles. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p334)

Nombreux sont les travaux qui soulignent les effets positifs du soutien social sur la santé (Consoli, 1996). Ces derniers peuvent être soit directs (Cohen et Wills, 1985 ; Dunkel-Schetter et Wortman, 1982) soutien comme source d'épanouissement personnel et de dynamisme ou les sujets adoptent un style de vie sain qui les protègent des maladies ; soit indirects soutien considéré comme ayant effet tampon. Dans ce dernier cas, soit le soutien permet d'interpréter moins dramatiquement la menace que représente la situation stressante, soit l'individu qui se sent soutenu déploie des stratégies de coping plus efficaces qu'un individu qui a le sentiment de devoir seul faire face à l'adversité ou à la maladie (Wahl et coll, 2001).

Le groupe représente une ressource importante pour les patients atteints par la maladie chronique ou la maladie grave, ainsi que pour les familles qui les accompagnent dans cette épreuve (Gore-Felton et Spiegel, 1999 ; Spiegel et Classen, 2000). Il permet l'évocation et le partage des problèmes rencontrés et fournit souvent des informations, concernant la manière dont les autres viennent à bout des problèmes que leur pose la maladie (Gottlieb, 1983).

C/ Les déterminants transactionnels du coping :

Les recherches s'inspirant de l'approche transactionnelle du stress proposé par Lazarus et Folkman (1984) ont montré l'importance de l'« activité du sujet » (cognitive, émotionnelle, comportementale et physiologique) face à une perturbation.

Lazarus et Launier (1978) avaient proposé de classer les événements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisaient les individus. Or, ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents. Mc Crae (1984) a démontré que c'est « l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping ». Un événement vécu comme une perte induit plutôt une stratégie émotionnelle comme le fatalisme ; s'il est perçu comme une menace, il provoque plutôt la minimisation du danger, la réévaluation positive ou la réactivation des croyances religieuses. Un événement évalué comme un défi peut susciter diverses stratégies comme la résolution de problème, pensée positive, humour..

Ainsi, les facteurs personnels, environnementaux et transactionnels contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping. Nous nous sommes référés dans cette étude à la figure (1) proposé par Bruchon-Schweitzer (2002, p358) pour indiquer les diverses séquences des processus aboutissant et succédant au coping, qui se déroulent généralement de gauche à droite : antécédents environnementaux et personnels, évaluations primaire et secondaire, stratégies de coping et issues de ces stratégies, avec des effets directs, indirects et des effets d'interaction entre les différentes variables.

4-5 Coping et mécanismes de défense :

Les études concernant les concepts de mécanismes de défense et de coping suggèrent qu'il existe un chevauchement entre eux. Selon Chabrol et Callahan « Le coping trouve ses racines dans l'étude de mécanisme de défense, le coping étant un nouveau mode pour décrire le comportement et plus précisément la cognition, derrière les moyens utilisés pour faire face à une situation » (Chabrol et Callahan, 2004, p2).

Les mécanismes de défenses sont définis par Sillamy, comme étant : « des mécanismes psychologiques dont la personne dispose pour diminuer l'angoisse née des conflits intérieurs. Il existe un grand nombre de mécanismes susceptibles de « protéger » le moi contre les exigences des instincts et de réduire les tensions. Mais tous n'ont pas la même valeur adaptative. » (Sillamy, 1991, p76)

La fonction adaptative est assimilée que se soit à la fonction de défense ou à la fonction de coping. Les mécanismes de défense peuvent être dirigés vers la réalité extérieure et la lutte contre le stress, comme dans l'exemple du déni. Les processus de coping peuvent servir aussi à gérer les problèmes internes et les conflits émotionnels.

Les processus de coping et les mécanismes de défense représentent aussi les modes de fonctionnement des processus cognitifs. Des auteurs comme Dahl (1995) ou Plutchik (1995), ont mis en évidence les défenses dirigées directement contre l'émotion. La somatisation représente un exemple d'une défense centrée sur l'émotion. Selon Wastell (1994), parmi les défenses centrées sur l'émotion il existe : l'altruisme, l'affiliation, l'annulation et le passage à l'acte. Il a aussi déterminé parmi les défenses centrées sur la

cognition : le clivage, ainsi que l'humour, l'anticipation, la formation réactionnelle, le déni et la projection. Cette classification n'est pas péremptoire, elle reste cependant discutable. Selon Cramer, la psychologie cognitive « a fourni une base importante pour l'étude des processus cognitifs impliqués dans le fonctionnement des mécanismes de défenses » (Cramer, 2000, p 639).

Selon l'approche cognitive, la même classification a été proposée aux processus de coping. Selon Lazarus (1975), il a distingué le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion.

Pour conclure, il est important de citer la remarque de Chabrol et Callahan « Le coping et les mécanismes de défense serviraient à l'individu dans son adaptation globale. La manière dont il forgerait ses propres outils serait plutôt fonction de sa personnalité » (Chabrol et Callahan, 2004, p103). Ainsi, il devient évident quand les mécanismes de défense et des processus de coping, sont mutuellement dysfonctionnels contribuent significativement à la souffrance du sujet et son entourage et constituent un obstacle à son épanouissement.

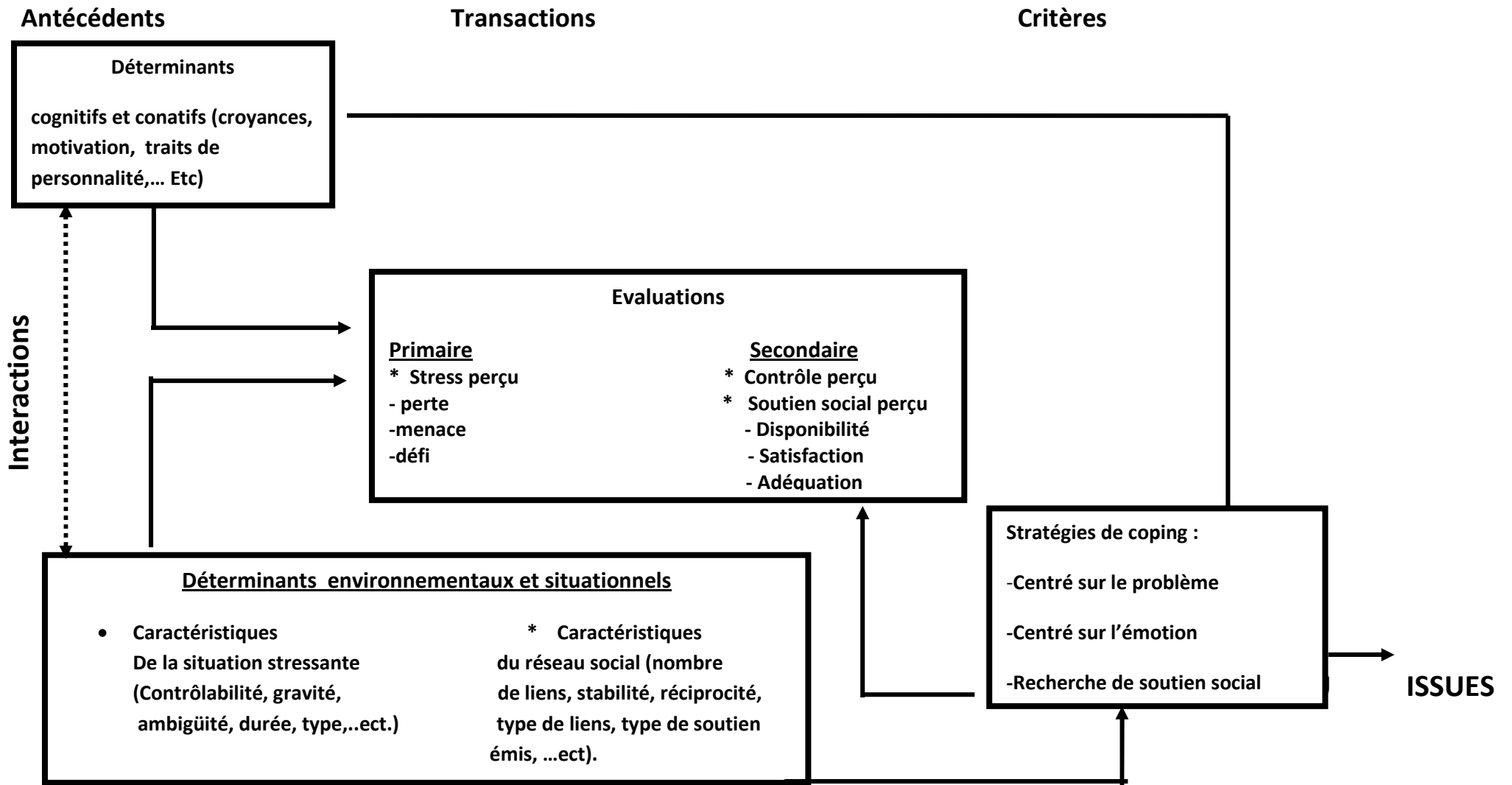


Figure (1) Les stratégies de coping, aspects processuels et déterminants selon Bruchon-Schweitzer(2002)

Chapitre V : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Notre thème de recherche a pour objet l'étude du coping et du projet de vie chez les adolescents atteints de diabète insulino-dépendants (DID), il se situe dans une nouvelle approche qui est la « psychologie sociale de la santé », discipline récente qui est définie selon Apostolidis comme étant « une pratique de psychologie sociale appliquée qui propose un ensemble des savoirs en s'appuyant sur les outils théoriques et méthodologiques à la fois de la psychologie (psychologie sociale, psychologie de la santé, psychologie clinique) et les sciences sociales (sociologie, anthropologie, épidémiologie, économie). Elle est centrée sur l'étude et la résolution des problèmes de santé dans les différents contextes sociaux et culturels dans lesquelles ils se manifestent. » (Apostolidis, 2006, p211).

Il est essentiel de partir du principe qu'on ne peut se référer et avancer dans les différentes spécialités de la psychologie sans tenir compte de l'importance de l'intrication du corps avec le psychosocial. Il s'agit de confirmer l'importance du terme de « nouage corporo-psychosocial » avancé par Santiago Delefosse (2002).

Notre thème de recherche a nécessité le recours à la triangulation méthodologique qui consiste en l'utilisation de différentes techniques et méthodes pour étudier l'objet de notre recherche. Nous avons déterminé dans notre démarche méthodologique pour apporter des éléments de réponses à notre problématique et aux hypothèses de notre recherche, le recours à l'approche qualitative et l'approche quantitative durant la pré-enquête et l'enquête.

5-1 Problématique et hypothèses de la recherche :

La maladie du diabète insulino-dépendant (DID) constitue un événement de vie chronique survenant durant l'adolescence, cette dernière est considérée comme une période importante du développement humain, elle se caractérise par des changements pubertaire et identitaire intense, c'est aussi la période où s'élabore les projets de vie. L'individu ne subit pas passivement ces événements, il met en place des stratégies de coping pour lui permettre de gérer, réduire ou tolérer les perturbations induites par cet événement. Bruchon-Schweitzer a cité les études de Mc Crae (1984) démontrant que c'est l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix de la stratégie de coping. (Bruchon-Schweitzer, 2001, p73)

Selon plusieurs auteurs (Boutinet, 1990 ; Tap, 1993 ; Huteau, 1993) la construction du projet de vie signifie la définition d'un ensemble de buts mobilisés pour la réalisation d'une vie souhaitée où à laquelle aspire l'adolescent à travers la projection de soi dans le futur.

Sur la base de ce postulat notre problématique générale s'attache à savoir si l'adolescent atteint de la maladie du diabète insulino-dépendant (DID) arrive à dépasser son vécu actuel après l'annonce du diagnostic pour élaborer des projets d'avenir ? S'engage-t-il dans l'élaboration de son projet de vie grâce à des stratégies de coping ? Et lesquelles ?

Il s'agit d'étudier également la relation entre les stratégies de coping (mesurées par le test CHIP) utilisées par l'adolescent atteint de diabète (DID) pour faire face à la maladie et l'élaboration de son projet de vie (mesurées par « l'échelle du projet de vie ») en fonction des variables personnelles : l'âge, le sexe, la situation familiale et le niveau scolaire chez les sujets de notre population d'étude .

Les questions de recherche ont été étanchées par les différentes théories proposées dans les chapitres III et IV de cette thèse :

- 1- Quelles sont les stratégies de coping déterminé par le test CHIP les plus utilisées par les adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID) ?
- 2- Où se situe l'élaboration du Projet de vie déterminé par « l'échelle du Projet de vie » chez les adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID)?
- 3- Existe-t-il une relation entre les dimensions du test CHIP et les dimensions de l'échelle du Projet de vie soumis à l'adolescent atteint de diabète insulino-dépendant (DID) ?

- 4- Existe-t-il des différences dans l'utilisation des stratégies de coping (CHIP) et l'échelle du Projet de vie selon les variables personnelles du sexe, de l'âge, de la situation familiale et du niveau scolaire ?

Nous avons pris en considération trois principales hypothèses pour vérifier notre problématique :

La première hypothèse : le test CHIP permet de déterminer une hiérarchie de stratégies de coping utilisées par les adolescents atteints de diabète insulino-dépendants (DID).

La deuxième hypothèse : « l'échelle du Projet de vie » permet de situer l'orientation du projet de vie des adolescents insulino-dépendants (DID).

La troisième hypothèse : il existe une relation entre les stratégies CHIP et « l'échelle du projet de vie » des adolescents atteints de diabète insulino-dépendants (DID) selon les variables personnelles.

Cette troisième hypothèse comporte quatre sous-hypothèses :

- 1- Il existe des différences dans l'utilisation des stratégies de coping (CHIP) et l'échelle du Projet de vie en fonction de la différence de sexe des adolescents atteints de diabète.
- 2- Il existe des différences dans l'utilisation des stratégies de coping (CHIP) et l'échelle du Projet de vie en fonction de l'âge des adolescents atteints de diabète.
- 3- Il existe des différences dans l'utilisation des stratégies de coping (CHIP) et l'échelle du Projet de vie en fonction de la situation familiale des adolescents atteints de diabète.
- 4- Il existe des différences dans l'utilisation des stratégies de coping (CHIP) et l'échelle du Projet de vie en fonction du niveau scolaire des adolescents atteints de diabète.

Les variables :

La définition opératoire du coping :

Le coping est ce que la personne pense ou fait (cognition et comportement) dans une situation particulière (atteinte de la maladie du diabète insulino-dépendant), qui dépend essentiellement de son **évaluation** de l'évènement (le stress perçu), ce qui lui permet d'anticiper les changements à venir (projets d'avenir) et les stratégies à mettre en place (coping centré sur l'émotion ou coping centré sur le problème) afin de s'adapter et/ou de contrôler cette situation. Le but du coping est de résoudre ou diminuer le stress provoqué par l'évènement sur la vie pour maintenir l'équilibre intérieur.

La définition opératoire du projet de vie :

Le projet de vie d'une personne est sa propre construction d'un avenir à travers un ensemble de buts personnels qu'il espère réaliser dans différents domaines de la vie, dans le domaine personnel et familial, dans le domaine des études et dans celui de la formation professionnelle et du travail.

Dans notre recherche l'élaboration du projet de vie est conçu comme le résultat de deux réalités relativement opposées mais complémentaires, celle de la réalité du vécu présent (vie actuelle) et la réalité idéale (vie souhaitée) qui porte sur la réalisation du projet familial et du projet professionnel ou de formation.

La vie actuelle englobe la description des différentes représentations concernant la maladie et son vécu, la relation avec les autres et les comportements du faire face aux problèmes.

5-2 Objectifs de la recherche :

Le présent travail de thèse porte sur l'étude du coping et le projet de vie chez les adolescents atteints de diabète. Construire un plan ou un projet se rapproche de la fonction de résolution de problème retrouvé dans le concept de coping. Le coping est en soi un processus de faire face aux problèmes rencontrés par l'individu durant sa vie. Ces deux notions au cœur de notre thème de thèse semblent faire un cheminement ensemble dans la vie de l'individu et plus particulièrement chez l'adolescent atteint de la maladie du diabète (DID).

Notre travail était mené pour répondre à deux grands objectifs :

- 1- Comprendre les questions du coping et du projet de vie qui concernent l'adolescent atteint de la maladie du diabète (DID).
- 2- Utiliser des outils de mesure du coping (test CHIP) et du projet de vie (« échelle du Projet de vie ») adaptés à l'adolescent Algérien. Nous avons entrepris un travail important pour la traduction et la validation du test CHIP et la mise sur pieds de « l'échelle du Projet de vie » afin d'en faire des outils de mesure utiles pour d'autres études en Algérie.

5-3 Population de l'étude :

5-3-1 Les caractéristiques de la population :

- **Pour la pré-enquête :**

Il s'agit d'un échantillon aléatoire constitué de 30 adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID) qui se sont présentés en consultation à la Maison des diabétiques de la wilaya de Relizane avec lesquels nous avons eu des entretiens semi-directifs qui non seulement nous ont révélés les thèmes importants sur lesquels nous nous sommes basés pour la construction de notre outil « l'échelle du projet de vie », mais aussi de vérifier la validité et la fiabilité des outils de notre enquête (le test CHIP et « l'échelle du Projet de vie »).

La majorité des cas sont scolarisés dans différents paliers éducatifs où ont arrêté leur scolarité pour de multiples raisons, mais surtout à cause de leur problème de santé ou des problèmes socio-économiques.

L'ensemble des adolescents sont célibataires, issus de milieu économique moyen, c'est évidemment la famille qui les prend en charge financièrement. L'hétérogénéité des caractéristiques personnelles et économiques de cet échantillon a constitué toute la richesse de notre approche.

Tableau (01) répartition de l'échantillon en fonction du sexe et de l'âge

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

- **Pour l'enquête :**

Berthier (2004), considère « en général une enquête quantitative sur échantillon doit avoir un minimum de 80 sujets. Dans le domaine des sciences sociales, la taille des échantillons varie de façon habituelle entre 100 et 1000 enquêtés. » (Berthier, 2004, p125). A partir de ce postulat, nous avons considéré qu'un total de 255 cas était suffisant pour notre enquête quantitative.

Selon Kline (1994), une analyse statistique ou factorielle requiert cinq à dix fois plus de sujets que d'items pour disposer d'une puissance statistique suffisante ; c'est le cas pour cette étude puisque le nombre de la population est de 255 adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID) ce qui représente 7,96 fois le nombre d'items du test CHIP (dans sa forme finale avec 26 items) ; et 7,08 fois le nombre d'items de « l'échelle du projet de vie » (dans sa forme finale avec 22 items).

La population de l'étude a été constituée à partir de trois structures de santé de trois wilayas : la clinique St Michel, Oran ; la Maison des diabétiques, Relizane ; le service de médecine interne de l'hôpital de Saida.

Tableau (02) Répartition des sujets de l'enquête en fonction de la structure de santé

Etablissement de santé	Nombre de sujets	Pourcentage
Clinique St Michel Oran	60	23.52%
Maison des diabétiques Relizane	135	52.94%
Hôpital de Saida (Service médecine interne)	60	23.52%
Total	255	100%

- **Répartition de la population en fonction de l'âge** : elle a été répartie dans deux strates d'âges comme indiqué dans le tableau (03)

Tableau (03)

Age	Total	Pourcentage
16-18 ans	136	53.33%
19-21 ans	119	46.66%
Total	255	100%

- **Répartition de la population en fonction du sexe** : elle comprend des adolescents des deux sexes comme indiqué dans le tableau (04)

Tableau (04)

Sexe	Total	Pourcentage
Adolescentes (Filles)	104	40.78%
Adolescents (Garçons)	151	59.21%
Total	255	100%

- **Répartition de la population en fonction de la situation familiale** : elle comprend deux strates concernant la situation familiale comme indiqué dans le tableau (05)

Tableau (05)

Situation familiale	Total	Pourcentage
Célibataire	188	73.72%
Marié	67	26.27%
Total	255	100%

- **N-B** : Les 67 cas mariés sont toutes des filles âgées de 18 à 21 ans.

- **Répartition de la population en fonction de l'âge de l'atteinte de la maladie de diabète** : elle comprend trois strates d'âges démontrés au tableau (06)

Tableau (06)

Age	Total	Pourcentage
01-05 ans	84	33.33%
06-10 ans	61	23.92%
Plus de 11ans	110	43.13%
Total	255	100%

- **Répartition de la population en fonction du niveau scolaire** : elle comprend quatre paliers scolaires démontrés au tableau (07)

Tableau (07)

Niveau scolaire	Nombre	Pourcentage
Niveau primaire	14	5.49 %
Niveau moyen	62	24.31 %
Niveau secondaire	105	41.17 %
Niveau universitaire	74	29.01 %
Total	255	100%

La population de cette étude a été constituée à partir des différentes structures de santé de trois wilayas : Oran, Relizane et Saida. Il s'agit d'une population commode ou « opportuniste ». Les sujets de notre enquête ont été retenus de façon aléatoire parmi les adolescents des deux sexes âgés de 16 à 21 ans atteints de diabète insulino-dépendant (DID), en fonction de leur présentation pour une éventuelle consultation ou contrôle médicale à l'une de ces structures de santé et bien entendu après avoir obtenu leur accord pour participer à cette recherche.

La population a été constituée au début de cette enquête d'un échantillon représentatif ou échantillon de la pré- enquête (30 sujets adolescents DID de la Maison des diabétiques de Relizane) sur lesquels nous avons appliqué notre démarche méthodologique qui consistait à utiliser une approche quantitative et qualitative; et au deuxième stade de l'enquête nous avons constitué un échantillon finale (255 sujets adolescents DID répartis sur les trois wilayas) requis pour l'approche quantitative de notre démarche.

Notre échantillon a porté sur 30 cas adolescents atteints de diabète (DID) avec lesquelles a été réalisée la pré-enquête ; et l'enquête a été réalisée avec 255 cas adolescents atteints de diabète (DID) avec lesquelles nous avons effectué la validation du test CHIP et de « l'échelle du projet de vie ».

La population de l'étude a été structurée sur la base de deux critères :

1/ L'âge (16-21 ans): la tranche entre 16 à 21 ans a été choisie parce que à partir de cet âge l'adolescent dispose d'une pensée opératoire qui le rend capable de s'engager dans une pensée hypothético-déductive qui lui permet l'exploration de son identité par la construction de scénarios et d'idéaux qui pourraient s'appliquer sur sa propre vie. Cette tranche nous permettait aussi l'utilisation du test CHIP qui avait pour condition l'application sur des sujets âgés de 16 ans et plus.

2/ L'atteinte par le diabète insulino-dépendant (DID) : le diagnostic, le traitement imposé quotidiennement et les conséquences du DID ; sollicitent la mobilisation des ressources personnelles de l'adolescent pour la gestion de la chronicité de sa maladie.

Les études de cas :

L'approche qualitative de l'enquête s'est appuyé sur l'étude de six (06) cas représentatifs parmi la population de la maison des diabétiques de la wilaya de Relizane. Il s'agit de trois filles et trois garçons âgés entre 16-20 ans de différents milieux socio-économique et présentant une certaine disparité concernant l'âge de l'atteinte de la maladie et des caractéristiques personnelles, faisant la singularité de chaque histoire. Néanmoins, ils possèdent certaines ressemblances concernant les variables de l'âge, le niveau scolaire et la situation familiale, ce qui nous permet de discerner les différentes stratégies de coping utilisées et l'élaboration du projet de vie de chaque cas.

Tableau (08) Les caractéristiques des études de cas

N	Nom	Age	Situation familiale	Niveau scolaire	Age du diagnostic
01	Amina	20 ans	Célibataire	3 ^{ème} AS	12ans
02	Boualem	19 ans	Célibataire	Universitaire	10 ans
03	Naima	18 ans	Célibataire	3 ^{ème} AS	Depuis 06 mois
04	Houari	20 ans	Célibataire	9 ^{ème} AF	Depuis un an
05	Ahmed	16 ans	Célibataire	9 ^{ème} AF	09 ans
06	Sarah	16 ans	Célibataire	9 ^{ème} AF	12 ans

5-3-2 Lieux de l'enquête :

La clinique St Michel Oran :

La première structure dans laquelle nous avons commencé notre pré-enquête était la clinique St-Michel à Oran ; structure qui reçoit les enfants et leurs parents orientés pour bénéficier de séances d'éducation thérapeutique de toute la région de l'ouest Algérien. La clinique St Michel comme son nom l'indique est une ancienne clinique bâti à l'ère coloniale pour servir comme maternité mais elle fut convertie en 1975 en hôpital de jour spécialisé en pédiatrie. La clinique est composée de deux étages, le premier étage est réservé au service des consultations quant au deuxième étage il est réservé au service des hospitalisations.

Les jeunes malades (du bas âge à l'âge adulte) sont orientés vers la clinique dès qu'un diagnostic est établi leur permettant ainsi de bénéficier d'un suivi au niveau des deux services existants à la clinique St Michel (consultation et hospitalisation de jour). Les maladies prises en charge par la clinique sont les atteintes cardiaques, gastriques, endocrinologique (goitre-nanisme-problème de croissance-obésité...), la maladie de cœliaque, le diabète de type 1 (DID) et de type 2 (DND).

Avec l'absence de statistiques (qu'on ne nous a pas autorisé de consulter) nous ne pouvons avancer le nombre de cas qui sont traités à la clinique ou qui bénéficiaient des séances d'éducation thérapeutiques.

L'éducation thérapeutique est considérée comme étant une démarche de soin qui consiste au transfert des connaissances et des processus d'apprentissage de la santé. Il s'agit d'un ensemble d'information, d'apprentissage et de soins destinés à éclairer le patient sur sa maladie pour lui permettre d'acquérir un savoir et un savoir faire.

Les parents des enfants diabétiques bénéficient de (02) deux séances par semaine d'éducation thérapeutique à raison de deux heures par séance (officiellement mais beaucoup moins officieusement), dans lesquelles le problème du traitement et de la surveillance de l'enfant malade sont mis en évidence par l'infirmière chargée de cette éducation.

L'objectif général de cette éducation thérapeutique est construit selon un plan clairement déterminé par le personnel paramédical de la clinique, où il est primordial de :

- 1- Recherché le niveau de la glycémie souhaitable.
- 2- Prendre une alimentation équilibrée.
- 3- Acquérir le savoir faire technique et gestuel.
- 4- Faire bon usage de l'activité physique.
- 5- Avoir une bonne hygiène et prévenir les complications.
- 6- Adapter son comportement aux situations d'hypoglycémie.
- 7- Adapter son comportement en cas de cétonurie.

Nous avons assisté en qualité d'observateur à plusieurs séances d'éducation en présence de 06 mamans d'enfants atteints de diabète, parmi eux un nourrisson âgé de quelques mois et cinq enfants âgés entre 09-14 ans (deux fillettes âgées de 09 et 13 ans ; trois garçons âgés de 10-11-14 ans). Parfois les mamans venaient accompagner de leurs enfants, d'autres fois elles venaient seules à ces séances. Au fur et à mesure que les mamans comprenaient les bases de cette éducation ; leur nombre diminuait d'une séance à une autre. Les mamans revenaient rarement à ces séances sauf en cas de problème, après quelques séances on voyait arriver une nouvelle maman.

La maison des diabétiques de la wilaya de Relizane :

En raison d'un mouvement dans le cadre professionnel nous avons continué notre pré-enquête dans la Maison des diabétiques à Relizane, unique espace ouvert aux personnes atteintes de diabète pour d'éventuelles visites de contrôle ou de suivi médicaux.

La maison des diabétiques de la wilaya de Relizane est une structure située dans les caves de la cité Tlayenne, dépend de la direction de la santé. Elle est dotée d'une grande équipe médicale (médecins- psychologue- nutritionniste- infirmiers...) chargée du suivi et des consultations en direction des personnes atteintes de diabète.

Cette maison fait office aussi du local de l'association des personnes diabétiques présidé par monsieur **Benboucetta** chef de service de la maison des diabétiques et président de la fédération nationale Algérienne des diabétiques. Ce dernier depuis quelques années n'arrête pas de donner l'alerte et d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur cette maladie, et confirme chaque jour une nette augmentation du nombre des personnes atteintes. Nous avons été très impressionnées par l'énorme activité et la simplicité de la relation médecin malade existante au sein de la maison des diabétiques de la wilaya de Relizane malgré l'exiguïté des locaux. Un grand nombre de patients de tout âge venaient durant toute la journée pour une éventuelle consultation ou une orientation, ou tout simplement pour parler de leurs soucis quotidiens avec le personnel médical qui connaissait parfaitement chaque cas et sa situation. La maison des diabétiques donnait l'impression de procurer la chaleur d'un milieu familial.

En plus de la prise en charge médicale et en parallèle à leur activité professionnelle, les membres de l'association des diabétiques s'atteler à :

- Distribuer en fonction de la disponibilité les appareils de mesure de glycémie, les produits parapharmaceutiques nécessaires aux personnes diabétiques (lancettes, stylo pour appareil, alcool, bandelettes.....) notamment en faveur des enfants scolarisés et des personnes démunies.
- Organiser des portes ouvertes et des journées d'études sur le thème du « diabète, sa prise en charge et de ses complications » pour une opération de vulgarisation et de sensibilisation en direction des personnes atteintes et du grand public pour prévenir des risques majeurs que peut engendrer cette maladie.
- Intervenir auprès des écoles et institutions pédagogiques pour le dépistage précoce et procurer l'assistance nécessaire aux enfants malades et à leurs familles.

- Offrir un espace d'écoute et d'échange aux diabétiques qui permet une meilleure intervention pour la résolution de leurs différents problèmes qu'ils soient d'ordre médical, d'ordre administratif, ou d'ordre personnel constituait le pivot central sur lequel s'appuyait toute l'intervention de l'équipe.

5-3-3 La durée de l'enquête :

Un certain nombre d'étude relève le fait que le diabète insulino-dépendant (DID) ou de type 1 est beaucoup plus rare que celui de type 2 (dans un rapport de 1 pour 10), il touche des gens jeunes avec une prévalence de 3 pour 1000 en moyenne dans tous les pays. (Bertran de Balanda, 2001, p16) ; c'est pourquoi il nous a fallu beaucoup de temps et de patience pour constituer notre population.

La pré-enquête a servi dans notre démarche méthodologique à apporter des éléments importants pour cette recherche, en nous appuyant sur l'approche qualitative ainsi que l'approche quantitative. Elle a débuté en août 2008 à la clinique St Michel à Oran en assistant à sept (07) séances d'éducation thérapeutique au profit des patients et leurs familles pour le recueil des données. La durée de chaque séance était d'une heure.

Nous avons poursuivi notre pré-enquête dans la Maison des diabétiques de la wilaya de Relizane durant quatre années (2010-2014) avec plusieurs intervalles, pour pouvoir vérifier nos hypothèses de recherche.

Dans l'approche qualitative nous avons utilisé des entretiens semi-directifs avec un échantillon de trente sujets, à raison de 07 séances pour chaque sujet d'une demi-heure (30mn). La richesse des entretiens nous a permis une analyse thématique sur laquelle nous nous sommes basés pour la construction de l'Echelle du projet de vie.

Dans l'approche quantitative, nous avons procédé à la vérification de la fidélité et de la consistance des outils de recherche durant la pré-enquête, la première période concernant la vérification de la fiabilité et la consistance du test CHIP s'est déroulée de mars à décembre 2011. La deuxième période concernant la vérification de la fiabilité et la consistance de l'Echelle du projet de vie s'est déroulée de mars à décembre 2012.

L'enquête s'est étendue sur une durée de deux années : janvier 2013 à décembre 2014. La durée du questionnaire durant la pré-enquête variait selon les cas, car il fallait expliquer chaque item de chaque test (CHIP- Echelle du projet de vie) pour avoir toutes les appréciations et les remarques des cas. Il arrivait parfois de prendre 30mn par questionnaire et parfois plus.

Les questionnaires (CHIP et Echelle projet de vie) durant l'enquête, étaient soumis simultanément aux enquêtés, et ceci après leur avoir expliqué l'objectif de cette recherche. Le temps de passation variait entre 10 à 15mn pour la passation du test CHIP et 10 à 15mn pour l'échelle du projet de vie ; ce qui faisait un temps total de 30 mn approximativement pour chaque cas.

Il faut noter que nous avons pris soin de procéder à la passation du test CHIP en premier lieu à notre population de l'étude et dès la restitution du questionnaire, nous leur remettions dans les quelques minutes qui suivent l'échelle du projet de vie.

5-4 L'approche de la recherche :

Aborder les notions de coping et de projet de vie chez l'adolescent atteint de diabète insulino-dépendant (DID) a requis la référence à des concepts tels que les représentations, les processus mis en place pour faire face à la maladie et à son vécu, ainsi que l'inscription de l'adolescent dans des processus d'élaboration de projet de vie. L'approche de ces différentes notions ont justifié notre choix de la triangulation méthodologique et ceci dans le but d'être le moins possible dans la subjectivité.

La triangulation méthodologique est une démarche qui s'appuie sur les approches qualitatives et quantitatives pour appréhender les différentes variables et renforcer la qualité des résultats. Selon Apostolidis, la triangulation méthodologique est « une procédure qui consiste à vérifier une hypothèse, mise à l'épreuve dans différentes opérations méthodologiques pour tester si oui ou non les résultats corroborent entre eux, pour conférer aux démarches qualitatives de la validité, de la rigueur, de l'ampleur et de la profondeur». (Apostolidis, 2006, p213)

En psychologie sociale de la santé, le développement des procédures basées sur la triangulation, et plus particulièrement sur la complémentarité méthodologique, constitue un enjeu important. En effet, cette perspective permet selon Fischer et Tarquinio (1999) :

- D'apporter du crédit (validité, réduction des biais liés à la méthode et/ou l'outil) et de la richesse (profondeur, complexité) à l'analyse.
- D'articuler entre les « explications causalistes des comportements » et « interprétation psychosociale du sens des conduites ». (Apostolidis, 2006, p214).

Il est aussi important de s'aligner dans le courant de la pensée de certains chercheurs (Harré, 1993 ; Mays et Pope, 1995 ; Ponterotto et Grieger, 1998) concernant l'articulation des deux approches méthodologiques : l'approche méthodologique qualitative ne s'improvise pas plus que l'approche quantitative. Selon Santiago Delefosse « pour que leur articulation soit bien de type intégratif et non une simple réduction à une prérecherche, l'approche qualitative doit se trouver intégrée du début à la fin de la recherche de même que dans les résultats qui doivent rendre compte du vécu du sujet et du poids des contraintes interactives dans ses aspects concrets »(Santiago Delefosse, 2002, p205).

Le recours aux approches qualitative et quantitative a été entrepris durant la pré-enquête ainsi que durant l'enquête. L'approche qualitative durant la pré-enquête a été utilisée pour répondre à notre préoccupation majeure concernant l'annonce de la maladie chronique (DID) et son vécu par les parents et les adolescents. Notre principale quête était de faire émerger les thèmes intéressants et de les exploiter, grâce à l'étude de la qualité des informations et du sens du discours ou des récits des parents d'enfants atteints de diabète et des jeunes aux prises avec la maladie chronique, recueillis durant les entretiens semi directifs. Cette approche nous a permis d'aborder les notions de : représentation de la maladie, le vécu de la maladie, les processus du faire face à la maladie et les processus d'élaboration du projet de vie.

Nous pouvons considérer l'ensemble de ces éléments produits d'un coté comme étant le résultat ou la production des représentations sociales ; notamment en tenant compte de la définition d'Abric qui considère que la représentation sociale est : « un ensemble organisé d'informations, d'opinions, d'attitudes et de croyances à propos d'un objet donné. Socialement produite, elle est fortement marquée par des valeurs correspondant au système socio-idéologique et à l'histoire du groupe qui la véhicule pour lequel elle constitue un élément essentiel de sa vision du monde » (Abric, 2005, p59).

D'un autre coté les éléments issus du récit du patient concernant l'évènement maladie correspond à un véritable « travail d'élaboration psychique dont la fonction est probablement adaptative »(Bruchon-Schweitzer, 2002, p28) notamment quand il s'agit de recherche des causes, reconstruction temporelle, quête de sens, projets de vie ; ces processus lui permettent aussi de ne pas être submergé par les affects négatifs (colère, détresse, culpabilité, honte...) ce qui constituent une évaluation primaire nécessaire à la construction de véritables stratégies d'ajustements spécifiques vis-à-vis de la maladie et de son traitement.

L'élaboration d'une histoire relie des évènements incohérents, donne un sens à l'inattendu et à l'imprévu, ainsi qu'une signification à l'ensemble. Une histoire ne reproduit jamais complètement la réalité ; « c'est à la fois un produit social et une œuvre personnelle » (Tap, Tarquino, Sordes- Ader, 2002, p153).

Pour Santiago Delefosse, « La recherche qualitative s'intéresse aux manières de construire des versions de la réalité. L'étude de la subjectivité, de la signification et de la coconstruction du sens devient l'objet de l'approche qualitative en psychologie » (Santiago Delefosse, 2002, p192). Néanmoins, à partir des années 1985 le questionnement sur la validité et la généralisation des résultats issues de recherches qualitatives en psychologie commence à se poser (Denzin et Lincoln, 1994 ; Miles et Huberman, 1994 ; Flick, 1998). Le recours aux approches quantitatives constitue la réponse à ce questionnement.

L'approche quantitative s'est appuyé dans notre étude sur les analyses statistiques des données recueillis par les outils de la recherche, qui nous ont permis la vérification de la fidélité et de la consistance du test CHIP et de « l'échelle du projet de vie » sur l'échantillon de la pré-enquête.

Pour ce qui est de l'approche quantitative de l'enquête, elle consiste après la passation du test CHIP et de l'« échelle du projet de vie » sur une population de 255 adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID), de procéder à l'analyse statistique des données pour vérifier les hypothèses de cette recherche. L'approche qualitative concerne les études de six cas (03 filles et 03 garçons) représentatifs, sélectionnés parmi la population de l'enquête au niveau de la Maison des diabétiques de la wilaya de Relizane, sur la base de l'hétérogénéité des caractéristiques dispositionnelles et situationnelles des jeunes et de l'âge du diagnostic de la maladie pour illustrer les différentes stratégies de coping et l'élaboration du projet de vie chez ces adolescents.

L'observation et l'entretien semi directif sont considérés comme principaux outils de notre approche qualitative. L'analyse de contenu des entretiens que nous avons effectués soit à la clinique St Michel à Oran ou à la Maison des diabétiques de la wilaya de Relizane, nous a permis de repérer et de découper à un niveau sémantiques des unités de sens et de faire un inventaire des thèmes importants et spontanés en rapport avec les hypothèses de la recherche. Ces thématiques ont été considérées comme principale source sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour la construction des items de « l'échelle du Projet de vie » durant la pré-enquête.

L'observation et l'entretien semi-directif constituent aussi les fondements du travail d'analyse et de synthèse des études de cas. Selon Revault d'Allonnes « L'étude de cas, est en quelque sorte, une histoire dévoilée et reconstruite dans une relation à deux » (Revault d'Allonnes, 1989, p68). Le recours aux études de cas durant l'enquête, nous a permis d'étayer les hypothèses de cette recherche en apportant et illustrant des éléments de réponses confirmés par les résultats de l'approche quantitative. Quant à cette dernière approche, elle s'appuie sur les analyses statistiques utilisées dans le traitement des données recueillies.

5-4-1 Les observations cliniques :

La pratique de l'observation clinique surtout lorsqu'elle vise l'étude d'un phénomène aussi complexe que le psychisme humain (entité composé d'affect et émotion, cognition, perceptions, représentations...), suppose un glissement épistémologique de l'observé au construit, c'est-à-dire de « l'observation à la construction » (Ciccone, 1998, p17). Les tenants du constructivisme (Bachelard, 1938 ; Piaget, 1970 ; Watzlawick et al, 1981) admettent l'idée que la connaissance ne résulte pas d'une découverte objective mais d'une représentation ou d'une construction projective, ils posent ainsi les principes d'interaction sujet/objet : il n'y a plus dualisme sujet/objet mais interaction.

L'observation clinique porte sur le langage, le discours verbal et sur les interactions entre les sujets. Le langage est un objet privilégié de l'observation clinique car le langage véhicule le sens, il communique le sens conscient, transmet des énoncés porteurs de sens manifeste, mais aussi du sens latent et inconscient. Les productions demandées dans le cadre d'un test psychométrique constituent aussi l'objet de l'observation clinique.

L'observation clinique conduit à une interprétation. L'interprétation consiste à donner un sens à un évènement observé. Cependant comme le souligne bien Ciccone « si l'interprétation consiste à donner du sens à une situation observée, elle ne donne pas le sens mais elle œuvre au déploiement d'un sens potentiel » (Ciccone, 1998, p104).

5-4-2 L'entretien semi-directif

L'entretien est une situation d'interaction particulière ; Il est demandé par l'enquêteur pour obtenir de l'information sur un thème. Ce procédé fait partie de tous les examens psychologiques. L'entretien semi-directif se base sur l'observation clinique qui est généralement considérée comme « prolongement de l'attention », ou comme « concentration de l'activité psychique sur un objet particulier » (Ciccone, 1998, p16).

Notre démarche méthodologique a nécessité l'utilisation des entretiens de recherche semi-directifs qui n'ont ni visée diagnostic ni visée thérapeutique, ils correspondent en fait à un plan de travail du chercheur (avec l'aide d'un guide d'entretien). Nous nous sommes référés à la définition avancée par Berthier qui considère que l'entretien semi-directif combine « attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance. » (Berthier, 2004, p57)

Nous avons structuré notre entretien de recherche semi-directif sur la base d'un guide d'entretien (voir en annexe le guide détaillé). Le guide de l'entretien n'est pas un cadre rigide, il est conçu pour traduire les hypothèses de cette recherche tout en se basant sur le modèle intégratif multifactoriel de la psychologie de la santé proposé par Bruchon-Schweitzer et Dantzer (1994), qui prend en compte les différents facteurs environnementaux, dispositionnels et processuels dans l'analyse du cas.

Ainsi, les entretiens nous ont permis de recueillir grâce au discours des jeunes, une variété d'informations sur la maladie, son vécu et du type de personnalité, d'accéder aux différentes représentations de la maladie, de dévoiler les différentes relations aux autres, et de décrire les stratégies de coping mises en place, ainsi que l'élaboration des projets d'avenir.

Notre intérêt pour la notion de personnalité et de ses traits est indispensable, car il permet de construire la taxinomie de toutes les conduites. L'approche fonctionnelle de la personnalité proposée par Perron est particulièrement intéressante dans la mesure où on se centre dans un premier temps non plus sur des individus mais sur des processus, ce n'est que dans un second temps qu'on se servira des conclusions acquises pour établir des ressemblances entre individus « ce qui importe c'est de repérer en ces personnes des modes de fonctionnement typiques » (Perron, 2015, p158). Il faut souligner qu'il ne s'agit pas seulement de décrire les traits de la personnalité, mais l'observation et la compréhension de ce que fait l'individu lorsqu'il est placé dans une ou des situations particulières (Carver, 1996). La notion de processus est également

essentielle car elle concerne le fonctionnement des individus en situation : perception du contexte, signification de celui-ci pour le sujet, évaluation de ses propres ressources, sélection d'une stratégie de réponse, évaluation du résultat. Pour de nombreux auteurs (Bandura, 1997 ; Carver et Scheier, 1981 ; Lazarus et Folkman, 1984), la personnalité n'est pas qu'une structure, c'est aussi un processus. Les conduites sont alors considérées comme le résultat d'une interaction (ou transaction) entre facteurs dispositionnels et situationnels. (Bruchon-Scheitzer, 2002, p277). Il est important de conclure avec la définition de Perron que « l'organisation psychique est décrite et comprise globalement à l'intersection de plusieurs modèles, et c'est cette intersection qui définit la personne » (Perron, 2015, p160)

Il s'agit aussi, de solliciter le sujet à décrire certains évènements aversifs de sa vie, les maladies et les accidents et enfin les évènements en relation avec l'état de santé physique et mental du sujet. Pour décrire ces évènements nous nous sommes inspirés de certains items de la SRRS (échelle d'évaluation du réajustement social de Holmes et Rahe, 1967) ; et de la Hassles scale (échelle des tracasseries quotidiennes de Lazarus et Al, 1980).

Comme le confirme Bruchon-Schweitzer, les évènements en eux-mêmes n'ont pas d'effets mécaniques sur la santé car ils sont en interaction avec d'autres caractéristiques des individus et de leur histoire (Bruchon-Schweitzer, 2002, p145) ; c'est pourquoi nous avons pris en considération les différents traits de personnalité associés à des styles de vie à risque qui sont : le type A et le type C – Alexithymie - trait anxieux... La description de ces traits de personnalité permet aussi de cerner les processus cognitifs d'évaluation de la situation de la maladie qui sont le fondement de la représentation et du vécu de la maladie et de la projection de soi dans le futur. Ainsi, les facteurs personnels, environnementaux et transactionnels contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping et les conduites de projet.

5-4-3 Technique d'analyse du contenu des entretiens

Toute approche qualitative s'intéresse au discours et à la manière dont le sujet exprime son monde et son vécu en mots. Les entretiens ont été analysés grâce à la technique de l'analyse de contenu des entretiens. Castarède définit l'analyse du contenu comme « un ensemble de technique d'analyse des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatifs ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production-réception (variables inférées) de ces messages » (Castarède, 1983, p128). Pour cet auteur, grâce à l'analyse du contenu, on peut aller plus loin dans l'investigation d'un entretien et découvrir ce que ni l'intuition ni l'écoute de l'inconscient ne sont capables de déterminer précisément.

Une production de parole est un processus. L'analyse de l'énonciation considère qu'un travail se fait lors de la production de paroles, qu'un sens s'élabore, que des transformations s'opèrent. Le discours n'est pas un produit fini, mais un moment dans un processus d'élaboration avec ce que tout cela comporte de contradictions, d'incohérences, d'inachèvement... Castarède souligne l'importance de considérer que le discours n'est pas « la transposition transparente d'opinions, d'attitudes, de représentations existant de manière achevée avant la mise en forme langagière » (Castarède, 1983, p131)

Dans les courants qualitatifs en psychologie de la santé, ont conduit certains auteurs (Freund, 1990 ; Csordas, 1994 ; Radley, 1995 ; Smith, 1996 ; Yardley, 1996 ; Santiago Delefosse, 1999) à s'intéresser à la phénoménologie du vécu comme cadre de référence heuristique, afin d'étudier l'expérience de la corporéité dans la santé comme dans la maladie. La corporéité et son ancrage psychosocial apparaissent liés à l'intentionnalité du sujet, à partir de là, comme le dit bien Santiago Delefosse « l'environnement se colore d'affects et de représentations subjectives personnelles dont seule l'étude du sens spécifique dans chaque cas singulier peut rendre compte ; ce n'est que dans ce travail d'élaboration du discours qu'apparaîtront les sens des différents modes de l'être-au-monde d'un sujet aux prises avec la maladie chronique » (Santiago Delefosse, 2002, p203).

Il s'agit pour nous, d'effectuer l'analyse du contenu ou analyse thématique des entretiens selon trois étapes, nous nous sommes basés pour cela sur la démarche proposée par Berthier (Berthier, 2004, p171):

Etape 1 : Procéder au travail de découverte des catégories (thèmes et sous-thèmes), il s'agit de repérer les idées ou concepts et point de vue qui permettent le classement et l'organisation des informations. Cela nous a permis aussi l'organisation des catégories sous forme de liste de rubriques utilisée dans l'approche qualitative de notre recherche.

Etape 2 : Les interviews ont été découpées en unité de sens, c'est-à-dire en extraits ayant un sens identifiable par rapport à un thème. Nous avons repéré des extraits illustratifs particulièrement significatifs de chaque rubrique.

Etape 3 : La liste des rubriques nous a permis de faire des comparaisons entre les sujets en recherchant les types qui se ressemblent, ou étudier le rapprochement et la répulsion des thèmes.

Concernant les études de cas, l'analyse de contenu a ciblé notamment les rubriques du guide d'entretien concernant les événements de vie importants/traumatisants et les processus d'évaluations de la situation de la maladie, qui nous a permis de repérer le stress perçu et le contrôle perçu par le sujet. Selon Bruchon- Schweitzer « le contrôle perçu peut désigner certaines caractéristiques des individus cognitives (représentations, croyances) ou conatives (personnalité), il désigne enfin une transaction spécifique entre une personnalité et une situation aversive. Pendant la phase d'évaluation primaire, la personne évalue le problème, pendant la phase d'évaluation secondaire, elle évalue ses ressources » (Bruchon-Schweitzer, 2000, p230). L'évaluation des ressources concerne les ressources personnelles et sociales. La prise en considération de tous ces éléments nous permet de définir les stratégies de coping et le projet de vie de l'adolescent atteint de diabète insulino-dépendant (DID).

Il est important de souligner aussi que l'analyse du contenu qui appuie l'approche qualitative est sujette à plusieurs critiques, car dans toute opération d'analyse des productions discursives, complexes, hétérogènes, irréductibles, obéissant à des règles de production et d'énonciation variées, aussi minutieuses et rigoureuses qu'elles soient posent des problèmes d'objectivité et de pertinence. Selon Apostolidis « L'objectivité et la standardisation représentent des objectifs qui ne sont jamais véritablement atteignables dans l'étude de ce type de matériaux ; c'est pourquoi le recours à la triangulation méthodologique offre des alternatives de validation pour décider de l'orientation que peuvent prendre l'analyse et l'interprétation. » (Apostolidis, 2006, p218)

5-4-4 Les analyses statistiques

Le recours aux méthodes statistiques d'analyse des données de la pré-enquête et de l'enquête s'est imposé dans l'approche quantitative. Il s'agit de vérifier la fidélité des tests CHIP et l'« échelle du projet de vie » utilisés comme principaux outils de cette recherche. Nous avons pris en considération la définition de la fidélité de Bernaud qui la considère : « directement liée à l'erreur de mesure inhérente à un score. Or, plus la fidélité est élevée, plus l'erreur de mesure est faible. Si la fidélité d'un test est médiocre cela signifie que l'on ne pourra pas accorder une confiance suffisante aux résultats. » (Bernaud, 1998, p102).

L'interprétation des résultats obtenus du test CHIP et de « l'échelle du Projet de vie » s'est effectuée à l'aide de la méthode statistique « SPSS 20 ». Nous avons utilisé pour l'obtention des résultats des différences entre les variables le T test ; et du coefficient de corrélation qui est une technique statistique qui permet des comparaisons pour la mise en évidence et le contrôle des variables. La corrélation est aussi un critère pour mesurer les caractéristiques de fidélité d'une procédure et constitue un critère de validation proposé pour la technique.

Il est important de noter qu'en fonction de l'hétérogénéité des items à l'intérieur de chaque dimension de chaque test utilisé dans cette recherche que cela soit pour le test CHIP dans sa forme finale (palliatif=6 ; instrumental=6 ; distraction=7 ; centré sur l'émotion=7) ; ou pour « l'échelle du Projet de vie » dans sa forme finale (vécu psychosocial=8 ; projet personnel=7 ; projet formation/professionnel=7) ; nous avons utilisé le total des moyennes ou la somme des moyennes des dimensions comme variable pour le traitement statistique des scores obtenus.

Chapitre VI : LES OUTILS DE LA RECHERCHE : Construction et validation

Nous avons utilisé pour vérifier les hypothèses de cette recherche deux principaux outils qui sont : le test CHIP d'Endler et al (1998) et « l'échelle du Projet de vie » que nous avons nous même conçu pour répondre aux besoins de cette recherche.

Nous avons procédé d'abord à la validation du test CHIP d'Endler et al (1998), ensuite à la construction et validation de « l'échelle du projet de vie ». Lorsqu'on parle de passation d'un test et de sa validation nous nous situons dans un contexte de mesure et de vérification rigoureux. Nous ne pouvons parler de test sans parler de ses propriétés. La fidélité, la validité et la structure sont les caractéristiques à distinguer pour connaître la précision et la pertinence de la mesure obtenue par un instrument de recherche. (Bénony, Chahraoui, 2003).

6-1 Le test CHIP (Coping with Health Injuries and Problems Scale d'Endler et al, 1998) :

Nous avons entrepris un travail important pour traduire et valider ce test à la population d'adolescents Algériens pour pouvoir être réutilisé. Le test CHIP est un outil qui convenait parfaitement à notre problématique notamment après avoir été utilisé efficacement aux Etats Unis, Canada, Australie et en Europe chez des patients souffrant de : Douleurs chroniques ; Cancer ; Asthme ; Diabète ; Autres problèmes de santé tels que les blessures sportives. Il est considéré comme outil de mesure de type intra-individuel qui évalue le style de coping préféré par l'individu. Selon Endler et Parker (1996) les questionnaires qui ont été créé dans le domaine de recherche sur la santé et le coping portent non seulement sur la situation spécifique, mais aussi sur la manière de conceptualiser la relation entre stress-santé.

6-1-1 Présentation du test CHIP :

La consigne générale du test est : « *Face à la maladie dans quelle mesure utilisez-vous les différentes stratégies ci-dessous pour faire la situation* »

Le test CHIP est constitué de 32 items répartis selon quatre dimensions de coping qui sont :

- 1- La distraction** : dimension dans laquelle le patient utilise les actions et cognitions qui visent à éviter la préoccupation avec le problème de santé. Il s'agit de penser à des choses agréables, s'engager dans des activités non liées à la maladie et être en compagnie des autres.

- 2- **Palliatifs (soins)** : décrit les « selfs-help » réponses utilisées pour atténuer les désagréments de la situation. Il s'agit de réponses où le patient se met soi-même à l'aise en modifiant son environnement, prendre beaucoup de repos etc....
- 3- **Instrumental** : il s'agit de mettre l'accent sur les diverses stratégies de travail orientées ou utilisées pour traiter la maladie. Ces stratégies d'adaptation qui peuvent être classées comme actives ou axées sur le problème car elles indiquent que l'individu est à la recherche de l'aide pour affronter la maladie ou essayer d'apprendre davantage à son sujet.
- 4- **Préoccupation émotionnelle (coping centré sur l'émotion)** : c'est la mesure dans laquelle le patient se concentre sur les conséquences psychologiques du ou du problème de santé, et une focalisation sur les aspects affectifs associés à l'état de santé (colère, frustration, inquiétude..)

6-1-2 Validité du test CHIP :

Généralement selon Endler et Al (1998), les sujets utilisent de préférence le coping palliatif, puis émotionnel, puis instrumental, puis enfin la distraction. La validité interne (alpha 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). En conclusion cette recherche a confirmé que le test CHIP est un instrument adapté pour une éventuelle utilisation à la population ciblée.

Dans une récente étude (Montel et Bungener, 2010) le test CHIP a été validé dans une population française atteinte de maladie neurologique (307 patients). Montel et Bungener ont proposé 06 dimensions 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 proposé sont : « stratégies cognitives d'évitement » et « recherche de bien-être/ auto conservation ».

La passation du test CHIP sur la population de notre étude a requis :

- La traduction des items en arabe (voir en annexe) qui s'est effectuée avec l'aide des enseignants chercheurs en psychologie : Mme Lesгаа Hasnia (l'université d'Oran²) ; Mr Benattou Adda (Université de Chlef) ; Koumiti Fouzia (Université de Relizane). L'objectif de cette traduction était de simplifier la compréhension des items par les adolescents en tenant compte d'abord du respect de la signification de chaque item et du niveau d'instruction des cas.
- La vérification de la consistance et de la fidélité du test s'est effectuée sur un échantillon de pré-enquête (30 cas) avant son application sur la population de l'enquête (255 cas).

Mesurer le coping est une tâche difficile mais pas impossible. Car les critiques des tests de coping sont nombreuses et souvent émanent des auteurs d'une échelle concurrente. L'étude du coping se base sur les réactions comportementales et cognitives du sujet. Les réactions cognitives sont impossibles à observer, c'est pourquoi le sujet est le seul qui pourrait nous informer sur ses propres stratégies de coping. Nous avons pris comme unique recommandation celle de Chabrol et Callahan « Dans la mesure où une étude est bien précisée et orientée, il est possible de mesurer les réactions des individus face à des situations spécifiques, et l'on peut examiner la relation entre les stratégies de coping et d'autres variables au travers des questionnaires » (Chabrol et Callahan, 2004, p118)

6-2 L'Échelle du Projet de vie :

Nous avons également conçu et monté par nous-mêmes « L'échelle du Projet de vie » comme second outil d'investigation utilisé dans l'approche quantitative de notre recherche. Nous avons opté pour la technique de l'échelle auto-évaluation (ou centrée sur la personne) avec la méthode de Likert à quatre degrés (approuve toujours, parfois, rarement, pas d'accord) que nous avons considérée en vertu de sa convenance statistique tout à fait approprié pour l'obtention des données nécessaires pour la vérification de nos hypothèses.

Le projet de vie est une notion floue, large et complexe représente un défi méthodologique d'une part par la diversité des éléments dont il faut tenir compte et de l'autre part le besoin de remplir certains critères de validité scientifique. Le questionnaire conçu en forme d'échelle auto évaluation, offre une alternative intéressante pour examiner cette notion de façon opérationnelle.

L'échelle auto-questionnaire ou l'échelle auto-évaluation est un instrument qui comporte des propositions auxquelles le sujet doit répondre. Elle est fréquemment utilisée parce que les mesures obtenues sont bien adaptées, prennent peu de temps, sont économiques et bien tolérées par le sujet testé. L'échelle produit de meilleures qualités métriques et limitent le nombre de sujets indécis. L'usage de cette méthode permet de maximiser la quantité d'informations recueillies et de privilégier une option quantitative de traitement des réponses.

Le recours à l'auto-évaluation à partir de questionnaire est considéré comme une grande source d'information sur les différents processus cognitifs et des représentations mentales du sujet, plusieurs chercheurs s'accordent sur cette conviction « il est admis que le questionnaire n'est pas une mesure objective de la personnalité, mais traduit préférentiellement l'image de soi, c'est-à-dire l'ensemble des connaissances et attitudes que l'individu élabore à son sujet. » (Bernaud, 1998, p41)

Kline (1994) propose la définition d'un inventaire de personnalité comme étant « une série d'items, généralement des questions ou des formulations à propos de comportements ou d'attitudes, auxquels les sujets sont invités à répondre. La combinaison des réponses aux questions permet d'établir des scores pour des dimensions de personnalité qui peuvent être

des traits ou des types et qui s'interprètent en référence à un modèle conceptuel défini » (cité par Bernaud, 1998, p42).

6-2-1 Construction de l'échelle du projet de vie :

6-2-1-1 Cadre théorique et conceptuel utilisé :

Partant de notre définition opératoire du projet de vie et des travaux théoriques du projet de vie, nous avons construit notre échelle « Projet de vie des adolescents atteints de diabète » selon la démarche suivante :

- **En premier lieu** : les références théoriques de certains auteurs (Boutinet, 1990 ; Guichard, 1993 ; Huteau, 1993 ; Tap et Oubryie, 1993..) qui s'accordent à définir le projet en terme d'action, qui émerge d'un présent considéré comme insatisfaisant ensuite comme transformable par la représentation d'un futur souhaité. C'est dans ce sillage que nous avons conçu cette échelle en mettant l'accent sur la description d'une vie réelle et la projection de soi dans une vie souhaitée. D'autre part, plusieurs auteurs (Dubet, 1973 ; Rodriguez-Tomé et Bariaud, 1987 ; Boutinet, 1990...) ont déterminé le projet de vie à l'adolescence selon trois niveaux de projets propres aux adolescents : le projet formation et étude ; le projet d'insertion professionnel et le projet personnel ou familial.

Les notions importantes de la discipline de la psychologie de la santé, ont également contribué dans la construction des dimensions de cette échelle (Bruchon-Sweitzer, 2002 ; Fischer, 2002 ; Tap, Tarquino et Sordes-Ader, 2002), notamment les interrogations sur les évènements de vie car « on sait aujourd'hui que ce sont les évènements de vie récents plutôt qu'anciens qui ont un impact sur la santé » (Bruchon-Schweitzer, 2002, p 155).

Les traits de la personnalité sont également mis en évidence grâce aux nouvelles disciplines de la psychologie de la santé et de la psychosomatique. La notion de personnalité est inextricablement liée à une conceptualisation de coping notamment dans l'approche « dispositionnelle ». Cette conceptualisation met en avant l'importance de la personne, de ses idées, de son tempérament et de ses besoins. Cette approche explique que les variables de personnalité influencent largement le coping. Certains traits sont souvent étudiés en fonction du coping tels que le névrosisme, l'optimisme, le locus de contrôle... Bruchon-Schweitzer (2001) explique que certains styles de vie à risques (exemple type A et le type C) ainsi que certains traits pathogène (névrosisme,

hostilité, dépression, anxiété..) peuvent fragiliser la robustesse de la personne. En revanche, d'autres traits sont plutôt protecteurs contre la maladie comme l'endurance, l'optimisme, l'auto-efficacité perçue, le contrôle, l'affectivité positive, le sens de la cohérence..

- **En second lieu** : nous nous sommes référés aussi à deux recherches antérieures qui ont utilisé le questionnaire comme principale outil pour l'analyse du projet de vie chez l'adolescent ou le jeune, il s'agit de :
 - La thèse de doctorat d'Ibara Arana(2006) sur « L'élaboration du projet de vie chez les jeunes adultes », nous a permis de nous appuyer et de comparer certains items utilisés dans sa méthode de recherche le Q-sort notamment ceux relevant de la fixation des buts personnels et de la vie souhaitée tels que : A3-7 ; A3-8 ; B1-17 ; B3-22 ; B4-25 ; C5-45 ; D5-58.
 - De l'article publié par Zegaoua (2013) sur « La représentation du projet de vie chez les jeunes », c'est une étude réalisée au centre universitaire de Relizane, concernant la passation d'un questionnaire à trois dimensions (projet personnel-projet scolaire- projet professionnel) sur un groupe d'étudiants de différentes spécialités ; cela nous a permis après comparaison de nous étayer sur la consistance des items des dimensions « projet personnel » et « projet professionnel ».
- **En troisième lieu** : la démarche qualitative basée sur l'analyse de contenu des entretiens semi directifs de l'échantillon de la pré-enquête, nous a permis de faire l'inventaire et de faire émerger les thématiques importantes. Ces thématiques constituent la référence et la base sur lesquelles nous avons construit les trois dimensions de cette échelle.

6-2-1-2 Les items de l'échelle :

La construction de l'échelle s'est basée sur un élément unitaire appelé item qui permet à l'individu de s'auto-décrire. L'item doit obéir à certaines conditions dans un souci méthodologique nous citerons les plus importantes :

- La rédaction des items : doit être la plus simple que possible.
- Le contenu des items : doit comporter des phrases qui doivent traduire des comportements, des attitudes ou préférences avec pertinences pour permettre aux sujets de répondre avec moins d'hésitation et de comprendre facilement le contenu.
- Le mode de réponse : c'est l'utilisation de la méthode questionnaire à choix multiples (QCM). Nous avons utilisé dans notre recherche les mesures normatives (parmi les mesures les plus répandus), qui consistent à présenter les items indépendamment les uns des autres et à demander aux sujets de s'auto-évaluer sur une échelle. De ce fait elles permettent une comparaison interindividuelle par rapport à une norme (population de référence) avec des échelons multiples.
- La combinaison des items : doit être présenté séquentiellement mais dans un ordre aléatoire de façon à éviter que le sujet ne devine le construit sous-jacent.

L'échelle est constituée de 36 items répartis sur trois (03) dimensions que nous avons obtenues à la suite du regroupement des différentes thématiques ressorties à travers l'analyse du contenu des entretiens semi- directifs effectués avec les sujets de la pré-enquête.

A / Dimension du vécu psycho- social: L'interprétation de la maladie renvoie à un répertoire de sens beaucoup plus vaste que le biologique et met en cause le rapport de l'individu au social et à la société. « La maladie a son fondement dans l'ordre du sens et de la compréhension humaine. Elle constitue un acte interprétatif et ne peut dès lors être saisie que par lui » (Good, 1998, p125)

Cette dimension permet à l'adolescent de décrire sa vie actuelle ou réelle et ses interactions familiales et sociales, notamment la description du vécu de la maladie, de soi et des relations avec les autres, des ambitions et motivation. Nous avons aussi pris en considération les items du test CHIP notamment l'item 28 de la dimension centrée sur l'émotion, les items 05 et 17 de la dimension distraction, qui démontrent certaines stratégies de coping utilisées pour faire face aux problèmes de santé. Cette dimension est directement mise en relation avec le test CHIP, elle comprend 12 items.

B / Dimension du projet personnel : Il est important de souligner qu'il n'y a pas de projet sans sujet, sans réflexion, sans représentation et sans gestion des possibles. « Même dans les situations extrêmes, l'individu a toujours des projets, même s'il s'en défend lui-même. Il s'agit le plus souvent de projets pour s'en sortir » (Tap et Oubrayrie, 1993, p24).

Cette dimension est constituée d'un ensemble de buts personnels relatifs à la vie familiale que l'adolescent cherche à accomplir dans le futur, comme « avoir une maison, avoir des enfants » ou « nouer des relations ». Il s'agit de la recherche de satisfaction et de bien-être, dans une perspective future pour réaliser une vie personnelle idéale et souhaitée. Cette dimension comprend 09 items.

C / Dimension du projet formation/professionnel : constituée d'un ensemble de buts personnels relatifs aux études, à la formation ou à la vie professionnelle que l'adolescent cherche à réaliser dans le futur comme le fait de « poursuivre ses études/ formation », « obtenir un travail et devenir autonome » c'est l'expression d'une vie professionnelle souhaitée. Cette dimension comprend 14 items.

6-2-2 Validation de l'échelle :

« L'échelle du projet de vie » a nécessité un travail important pour son élaboration et sa validation sur une population d'adolescents Algériens atteints de maladie de diabète insulino-dépendant (DID). Nous avons effectué les démarches suivantes pour procurer la crédibilité à notre échelle :

- La rédaction des items en langue arabe pour une meilleure compréhension de la part des sujets de notre population d'étude notamment ceux qui n'avaient pas un grand niveau d'instruction et/ou ne comprenaient pas la langue française. La consigne générale est : « Devant les différents avis proposés concernant votre vie quotidienne et future cocher la case qui vous convient ».
- L'échelle a été soumise à l'appréciation d'un groupe d'enseignants chercheurs en psychologie de l'université d'Oran2 pour une éventuelle vérification de la fidélité inter-évaluateurs. Il s'agit de déterminer la convenance des items par rapport à chaque dimension, et de proposer en conséquence les modifications qui conviennent aux

besoins de cette recherche et de s'assurer aussi d'une parfaite compréhension de la part des adolescents.

- La passation de l'échelle sur un échantillon de pré-enquête (30 cas) était nécessaire pour déterminer la consistance et la fidélité des items du test, pour pouvoir l'appliquer sur la population de l'enquête (255 cas).

6-2-2-1 Présentation de l'échelle à l'évaluation des jurys (fidélité inter évaluateurs):

« L'échelle du projet de vie » a été proposée à six (06) enseignants chercheurs en psychologie de l'université d'Oran2 (voir tableau 09) pour vérifier la fidélité (ou fidélité inter évaluateurs). Il leur a été demandé d'émettre toutes observations ou suggestions notamment en ce qui concerne :

- Déterminer la validité de chaque item dans sa formulation en fonction des hypothèses de la recherche, et proposer dans le cas contraire le remplacement de cette formulation.
- Eliminer ou ajouter des items en fonction de leur utilité et en accord avec l'objet de cette recherche.

Tableau (09)

N°	Noms des enseignants et chercheurs en psychologie	Université
01	Mr Ferahi Faycel	Oran2
02	Mme Yacine Amina	Oran2
03	Mr Belgoumidi Ahmed	Oran2
04	Mme Lesгаа Hasnia	Oran2
05	Mme Zerouali Latifa	Oran2
06	Mr Mokaddem Souhil	Oran2

Tableau (10) : Répartition des items en fonction des dimensions de l'échelle du projet de vie

<i>Dimensions</i>	<i>Items</i>
Dimension du vécu psychosocial	01-02-03-04-05-06-07-09-11-23-27-29
Dimension du projet personnel	15-16-17-19-21-24-28-30-32
Dimension du projet formation/professionnel	08-10-12-13-14-18-20-22-25-26-31-33-34-35-36

Tableau (11) Le code de dépouillement

Les réponses positives	01-02-04-05-07-08-10-12-13-14-15-17-18-19-22-24-25-26-27-28-29-33-35
Les réponses négatives	03-06-09-11-16-22-23-31-36

6-2-2-2 Les résultats de l'évaluation des jurys :

Nous pouvons remarquer à partir des tableaux (12) et (13) les modifications proposées par les jurys concernant certains items de « l'échelle du Projet de vie ».

Tableau (12)

Items	Convient	A modifier	Items	Convient	A modifier
01	+		19	+	
02	+		20	+	
03		+	21	+	
04	+		22	+	
05	+		23	+	
06	+		24		+
07		+	25	+	
08	+		26	+	
09	+		27	+	
10	+		28	+	
11		+	29		+
12	+		30	+	
13		+	31	+	
14	+		32	+	
15	+		33	+	
16	+		34	+	
17	+		35	+	
18	+		36	+	

A travers le tableau (12) il est démontré que la plupart des items convenaient à cette recherche à l'exception des items qui devaient être modifier (03-07-11-13-24-29).

Tableau (13) : Les items qui ont été modifiés (qui ont été traduit du français en arabe)

Items	Formulation originale	Formulation modifiée
03	Je sens que je suis moins que les autres	Je sens que je suis diminué dans cette vie par rapport aux autres
07	C'est les autres qui prennent les décisions à ma place	Je compte beaucoup sur les autres pour prendre mes décisions
11	Ma maladie me prive des relations avec les autres	Ma maladie m'empêche de nouer des relations avec les autres
13	Je cherche à avoir un logement	J'aspire à avoir ma propre maison
24	Je fais mon possible pour gagner la confiance des autres	Je cherche toujours à gagner la confiance et l'intérêt des autres
29	Je fais mon possible dans mes études pour avoir un travail	Je persévère dans mes études pour avoir un travail qui me convient

L'évaluation des jurys est une démarche méthodologique importante qui nous a permis d'une part de finaliser la construction de cette échelle en procédant aux modifications proposées, et d'autre part effectuer la passation sur l'échantillon de la pré-enquête pour obtenir sa validité statistique.

Chapitre VII : LES RESULTATS DE LA PRE-ENQUETE

Notre démarche de recherche par triangulation méthodologique sur l'échantillon de la pré-enquête nous a permis d'obtenir des résultats que nous présentons selon les approches utilisées, il s'agit des résultats de l'approche qualitative et ceux de l'approche quantitative.

7-1 Les résultats de l'approche qualitative :

Le recueil des données et du matériel clinique à partir du discours des parents et des adolescents dès confirmation du diagnostic de diabète insulino-dépendant (DID) était une priorité dans cette démarche. Nous avons entrepris de rencontrer dans différents lieux d'enquête (clinique St Michel, Oran et Maison des diabétiques de la wilaya de Relizane) des parents et des jeunes aux prises avec ce nouvel événement qu'est la maladie du diabète. Nous ferons dans ce chapitre une présentation descriptive des différents thèmes importants dégagés à travers l'illustration d'extraits d'entretiens représentatifs de certains sujets de notre échantillon, qui sera suivi d'une discussion et interprétation des thématiques avant d'entamer l'approche quantitative.

7-1-1 Les thématiques répertoriées :

La participation aux séances d'éducation thérapeutique avec les parents d'enfants nouvellement diagnostiqués (clinique St Michel à Oran) et aux entretiens avec l'échantillon de la pré-enquête (Maison des diabétiques de Relizane) nous a permis de faire l'inventaire des thèmes et sous thèmes importants concernant : l'annonce de l'évènement de la maladie ; la représentation de la maladie ; le vécu de la maladie ; les comportements de coping ; les relations avec les autres et les projets de vie.

Annonce de l'évènement

L'annonce est vécue par les parents et par les jeunes comme un évènement qui va du drame à l'anodin chacun nous la relate selon ses propres termes.

- Une maman qui venait tout juste d'hospitaliser sa fille âgée de 09 ans nous dit : *« moi j'ai senti le séisme en moi quand on m'a dit que ma fille a le diabète, j'ai perdu connaissance, je me suis réveillé à la maison, son père m'a fait la morale en me disant qu'on est des croyants et qu'il faut accepter les choses (Mektoub), mais je n'arrête pas de pleurer en la voyant devant moi, je passe des nuits blanches à chercher à comprendre pourquoi ma fille, elle est très petite, comment est-ce qu'elle pourra se débrouiller avec ces piqûres ? »*
- La maman d'une fillette de 13 ans silencieuse pendant deux séances prend la parole pour donner libre cours à sa douleur : *« Depuis qu'on m'a dit que ma fille a le diabète, je ne sais plus quoi faire ; je suis perdue ; je pleure... Je prie... je sais que c'est le Mektoub (destin) ; Parfois j'espère qu'ils se sont trompés ça arrive dans un hôpital... non ? »*
- La maman d'un nourrisson, une jeune analphabète nous pose la question : *« depuis que je viens ici on me montre comment piquer mon fils mais personne ne me dit pourquoi il est malade et est ce qu'il va guérir quand il sera un peu plus grand ? »*
- Naima 18 ans est encore sous le choc, ça ne fait que six mois qu'elle est atteinte de diabète. Bien qu'elle soit en classe de terminale elle a préféré arrêter ses études après l'annonce. Elle nous avoue *« Quand j'ai su que j'avais le diabète avec l'insuline, j'ai compris que ma vie est finie (Hayati Rahet)... »*
- Sarah 16 ans en dernière classe du moyen, diagnostiquée depuis l'âge de 12 ans avoue avec indifférence : *« Quand on m'a annoncé que j'avais le diabète et que je devais prendre tous les jours l'insuline pour toute ma vie, j'ai pleuré je ne sais plus combien de jours, ma mère aussi, je crois un peu plus que moi ... maintenant ça va.»*
- Houari 20 ans récemment diagnostiqué (depuis presque un an), d'un niveau scolaire moyen sans travail stable et d'un milieu socio-économique assez défavorable, reprend encore sous le choc : *« C'est un cauchemar, je n'arrive pas encore à accepter cette*

maladie, on dirait une malédiction qui m'a touché moi et pas un autre dans cette famille (Daawet Char)... »

- Amina 20 ans se prépare à passer son bac pour la seconde fois, diagnostiquée à l'âge de 12 ans nous dit avec beaucoup d'humour : *« En apprenant que j'ai le diabète, dès ma sortie de l'hôpital je me suis énervée contre tout le monde et je me suis enfermée près d'un mois dans ma chambre, je ne voulais plus voir personne... hahahaha, heureusement c'était la période des grandes vacances... »*

Représentation de la maladie

La réponse à la question « Que pensez-vous du diabète ? » Nous a permis de repérer un certain nombre de représentations de cette maladie que se soit chez les parents ou chez les adolescents dont voici quelques extraits illustratifs.

- Pour la maman du nourrisson : *« Je pensai qu'on pouvait avoir le diabète en vieillissant et on risquait de devenir aveugle mais pas quand on est bébé, je n'arrive toujours pas à le croire. »*
- Ahmed 16 ans diagnostiqué depuis l'âge de 09 ans en dernière classe du moyen, nous dit : *« C'est une maladie difficile, on ne doit pas manger des sucreries on peut devenir aveugle, il faut juste faire très attention ».*
- Boualem 19 ans universitaire, orphelin issu d'une famille très unie, diagnostiqué à l'âge de 10 ans dit : *« Nous avons l'habitude du diabète dans la famille, ma mère est diabétique, mon oncle paternelle et ma grand-mère maternelle donc on n'a pas de problème avec lui (le diabète).. »*
- Pour Houari 20 ans : *« En principe, le diabète est une maladie de vieux ». « J'ai eu le diabète à cause d'un choc c'est ce qu'on dit est c'est vrai, moi je l'ai eu après une bagarre avec des policiers quand ils voulaient saisir les fruits que je vendais dans la rue.. ».*

- Pour Naima 18 ans qui est complètement déprimée et perdue depuis son diagnostic : « *C'est à cause du choc que j'ai eu quand j'ai échoué à l'examen du bac, depuis ma vie a complètement changé. J'ai arrêté mes études, ma santé s'est dégradée et je ne sais plus quoi faire....* »

Le vécu de la maladie :

Après l'annonce, les parents et les adolescents doivent affronter le quotidien et apprendre à vivre avec cette maladie. Nous présenterons certains extraits dans lesquels nous pouvons discerner clairement les inquiétudes et les contraintes du diabète.

- Une maman d'une fillette de 09 ans très inquiète demande : « *Comment savoir si on piquant ma fille, Je ne risque pas de toucher une veine ou autre chose qui peut lui causer je ne sais quoi d'autres comme problèmes ?* »
- La maman d'un garçon de 10 ans lui réplique : « *Moi je ne sais pas comment je peux être vraiment sûre de la bonne dose d'insuline à lui administrer ? Si je me trompe je peux le tuer ?* »
- La maman d'un garçon de 11 ans s'inquiète aussi : « *Est-ce que je dois mesurer sa glycémie toutes les heures ? Si je le pique tout le temps ça va lui faire très mal c'est insupportable...* »
- Naima 18 ans ne cessait de répéter « *Je ne me sens pas comme les autres filles, depuis que j'ai le diabète ma vie a changé... je crois que je ne deviendrai plus jamais comme avant...* » ; elle enchaîne : « *Je suis tout le temps fatigué, ou j'ai tout le temps soif je ne suis plus à l'aise comme avant* »
- Ahmed 16 ans « *C'est difficile de me priver avec le régime imposé, j'ai envie de manger des gâteaux, les desserts, et faire du vélo comme tout le monde mais chaque fois c'est l'hôpital qui m'attend* »

- Kaouter 21 ans de niveau scolaire moyen dépressive depuis son diagnostic à l'âge de 16 ans ; elle a arrêté ses études et a préféré s'enfermer à la maison. Elle restait assise et silencieuse pendant plusieurs entretiens, elle nous avoue : « *Je sens que je suis moins que les autres... Je suis devenue maintenant un fardeau pour mes parents...* »
- Lakhder 19 ans après son échec au bac désire acquérir une formation professionnelle ; diabétique depuis l'âge de 11 ans nous affirme que : « *Je suis sur que si je n'avais pas le diabète ma vie serai différente, je vivrai mieux et je serai beaucoup plus à l'aise que maintenant, je vivrai comme les autres ...* »

Les comportements de coping

Les comportements de coping ont pu être analysés à partir des réponses fournies à la question : « Face à cette maladie qu'est-ce vous envisagez de faire ? ». Nous avons constaté que les parents avaient des réponses différentes de celles des adolescents

- Une maman d'une fillette âgée de 13 ans nous confie : « *ma fille est malade à cause du choc, juste après le séisme survenu au mois de juin à Oran ; j'ai du mal à le croire cela fait tout juste un mois. Est-ce que l'insuline que je lui administre c'est pour la vie ? Est ce qu'il y a un espoir quelle guérisse un jour ? on m'a conseillé de voir une vieille guérisseuse à Tiaret il paraît qu'elle a El Hykma pour les maladies d'enfants* »
- La maman d'un garçon âgé de 14 ans dit : « *j'ai ma mère qui va partir à la Mecque, je lui ai demandé de prier là-bas pour mon fils et de me ramener beaucoup d'eau bénite pour qu'il puisse la boire. J'ai demandé au Cheikh de la mosquée du quartier de prier le vendredi pour que mon fils guérisse, inchallah dieu répondra à nos prières* »
- La maman du nourrisson lui répond : « *dommage je ne sais pas lire, sinon je lirai le coran entier pour mon fils tous les jours pour qu'il le protège et qu'il vive, j'ai vraiment peur de le perdre.* »
- Amina 20 ans « *J'ai demandé à beaucoup de médecins de m'expliquer c'est quoi cette maladie et j'ai compris que ce n'est pas en m'énervant que ma glycémie augmente c'est en fonction de ce que je mange. Maintenant je contrôle mieux ma glycémie* » ; « *Quand je ne me sens pas bien j'aime parler à un ami au téléphone, je lui raconte tout..* »

- Pour Boualem 19 ans sa mère est la première personne chez qui, il cherche refuge et qui lui montre tout : « *Quand j'ai des problèmes j'en parle à ma mère... »* »
- Ahmed 16 ans réfléchit longuement avant de répondre : « *J'aime bien dessiner, ou écrire des poèmes ça me fait très plaisir.. »* »
- Pour Lakhder 19 ans : « *Je regarde la télévision surtout les chaînes de sports ça me défoule »* »
- Pour Houari 20 ans : « *Quand ça ne va pas, Je me fais oublier en passant quelques mois chez mes sœurs soit à Oran ou à Adrar.. c'est surtout pour éviter les problèmes »* »
- Pour Naima 18 ans : «*... Je ne sais pas ; en général je m'enferme à la maison et je pleure, je ne parle à personne »* »

La relation aux autres :

Ce thème comprend plusieurs sous-thèmes, il s'agit des relations avec la famille ; des relations avec les pairs et la relation aux soins et médicaments décrits par les parents et les adolescents, nous présenterons les extraits les plus significatifs.

- La maman d'un garçon âgé de 14 ans nous confie : « *c'est vrai que nos enfants sont bien traités ici (clinique St Michel), mais on n'a pas le droit de poser trop de questions ou de parler quand le médecin est là on doit demander juste ce qu'on doit faire à notre enfant quand il ne va pas bien.»* »
- Mokhtaria 16 ans lycéenne, diagnostiquée depuis six mois : «*...Depuis que je suis malade mes parents décident tout pour moi, ils ont peur pour moi, moi aussi j'ai peur de ce qui m'attend »* »
- Bachir 20 ans diabétique depuis l'âge de 12 ans a un niveau primaire et actuellement sans travail, il nous dit : « *Mes parents n'ont pas cru alors on m'a refais plusieurs fois des analyses, j'ai arrêté mon traitement pendant un mois pour voir s'ils ne se sont pas trompé, je suis tombé dans le coma heureusement mes parents étaient avec moi. »* »

- Ahmed 16 ans : « Depuis que j'ai le diabète on me traite différemment, on m'achète beaucoup de chose, on me surveille aussi je ne peux pas faire de vélo comme avant... »
- Pour Amina 20 ans : « Depuis que j'ai le diabète, mes parents m'étouffent, ils ne me comprennent pas. Je ne sais pas pourquoi ils ne me traitent pas comme mes deux sœurs ? »
- Houari 20 ans : « On a toujours des problèmes à la maison. Depuis que j'ai le diabète c'est encore pire, je ne supporte personne et personne ne me supporte » ; « J'en ai vraiment marre de cette insuline que je dois me piquer trois par jour c'est trop ... si seulement je pouvais au moins diminuer la prise à une fois par jour.... Ou devenir comme avant sans cette insuline... »
- Lakhder 19 ans : « Dès que j'ai eu « cette maladie » mon père a demandé à notre voisin (infirmier) de m'apprendre toutes les astuces pour prendre mon traitement et ne pas avoir de problème ; après un moment j'en ai eu ras le bol, je lui ai dis que j'ai tout compris, juste pour avoir la paix et qu'il arrête de me parlé à moi et à mon père des conséquences du diabète. Je n'ai pas supporté de voir mon père s'occuper uniquement de ma santé ».
- Naima 18 ans ne cesse de répéter « Ma maladie ne me facilite pas la vie,... elle me prive des relations avec les autres surtout quand je fais des hypo on a peur de moi,... je préfère éviter tout le monde c'est mieux comme ça »
- Houari 20 ans n'accepte pas sa maladie avoue « Je cache ma maladie aux autres je ne veux pas qu'ils sachent sinon on me dira bien fait pour toi (Yetchefou Fia)»
- Bachir 20 ans « Je n'ai aucun plaisir à sortir avec les autres, d'ailleurs je préfère rester seul et je sors le soir pour ne voir personne, je n'ai pas d'amis »
- Ahmed 16 ans « Je n'ai pas vraiment une relation normale avec mes amis à l'école, on se moque de moi surtout quand je sors fréquemment pour aller aux toilettes ou quand je prends ma collation, parfois on me laisse pas tranquille quand je dois prendre mon insuline ; par contre avec mes enseignants ... ça va... »

- Lakhder 19 ans « *Je ne prends pas mon insuline devant les autres (les amis, la famille..) je ne veux pas qu'ils me voient, je me cache...j'ai horreur entendre le mot Meskine (le pauvre)...on est bien avec moi quand on ne sait rien* »

Les projets de vie :

Les projets de vie formulaient par les adolescents en réponse à la question « Que veux-tu faire dans l'avenir ? », nous a permis d'identifier au sein du thème général du projet de vie trois sous-thèmes concernant le projet familial, le projet formation et le projet professionnel.

- Pour Naima 18 ans : « *Avec mon diabète personne ne voudra se marier avec moi..* »
- Houari 20 ans « *...Si j'avais un travail stable et les moyens j'achèterai une maison pour y vivre loin de ma famille, personne ne me comprend, il ya trop de problèmes chez nous..* » ; « *J'ai envie d'avoir un commerce bien à moi, je veux compter sur moi-même..* »
- Sarah 16 ans « *Mon rêve c'est de me marier avec une personne que j'aurai choisi moi-même ; je ne veux pas faire un mariage forcé* »
- Boualem 19 ans : « *J'ai peur d'avoir une grande responsabilité ; comme être le chef de famille..* » ; « *Je veux devenir comme mon frère un officier de police, mais avec mon diabète ce n'ai pas possible ; on m'a dit qu'on vérifie le dossier médicale, je ne sais pas encore ce que je vais faire ...*»
- Ahmed 16 ans : « *Je rêve de devenir commerçant et construire une belle maison pour mes enfants sur le bord de la plage comme mon oncle..* » ; « *J'ai envie de faire des voyages dans le monde entier, je veux voir les villes et les restaurants....*»
- Lakhder 19 ans : « *Je souhaite rencontrer une femme qui m'aimera profondément pour toute la vie* »
- Amina 20 ans : « *Avant, quand je pensais à ma maladie cela m'énervait, mais maintenant j'ai accepté et je pense à mon avenir, je veux décrocher mon bac, je veux*

aller à l'université à Oran pour faire des études de médecine, peut être Inchallah la spécialité d'endocrinologue. »

7-2-2 Discussion et interprétation des thématiques:

7-2-2-1 L'éducation thérapeutique et son contenu :

En premier lieu, notre attention a été attirée par l'absence des papas aux séances d'éducatons thérapeutique à la clinique St Michel à Oran. La présence d'un père d'un enfant diabétique est inespérée, l'infirmière nous le confirme *« depuis plus de dix ans que je suis là j'ai eu seulement deux fois l'occasion de voir le père d'un enfant diabétique à la séance je n'en ai plus jamais revu. »*

Ce constat est là pour confirmer les données de l'enquête Algérienne sur la santé de la famille (2002) concernant les jeunes âgés de 15-29 ans et qui démontre que plus de la moitié des jeunes ont recours généralement à leur mamans en cas de problèmes notamment de santé et ceci quel que soit leur niveau d'instruction et leur milieu de résidence. (EASN, 2002, p193). D'un autre coté, la connaissance du réseau thérapeutique est généralement une affaire de femmes, qui possèdent un grand savoir recueillis par le biais des autres femmes ou des personnes de leur entourage.

D'autre part, l'importance de la famille dans la prise en charge globale de la santé de leurs enfants a été soulignée par Cresson (1995) à travers ce qu'elle appelle « le travail domestique de santé ». Elle évoque en détail les multiples façons dont la famille, et principalement les mères s'occupent de la santé de leurs enfants par l'accomplissement quotidien de différentes taches importantes pour la santé d'un enfant, qu'il soit malade ou en bonne santé. (Cresson, 1995, p247)

Ainsi les mamans prennent un rôle important dans la prise en charge de l'enfant et de sa maladie, c'est pourquoi on ne peut négliger de prendre en considération son vécu lors de l'évènement maladie. Le discours des mamans devenait d'une grande richesse durant l'absence de l'infirmière chargée de l'encadrement de ces séances ; c'est durant ces moments qu'il y'avait une réelle communication et qu'il leurs étaient possible d'exprimer clairement leurs difficultés sans gêne ou peur. Elles semblaient confuses et recherchaient désespérément des réponses à leurs questions qui étaient beaucoup plus en rapport avec la représentation collective de cette maladie et de son devenir.

L'analyse du contenu du discours des mamans qui ont participé aux séances d'éducation thérapeutique, nous a permis de dégager deux principaux thèmes qui se répétaient presque à chaque séance : le premier thème en rapport avec « Le choc de l'annonce » et le second en rapport avec « La relation médecin-malade ».

Thème 1 : « Le choc de l'annonce »

« J'ai senti le séisme en moi... je me suis évanouie.. » ; « je suis perdue.. » ; Les mamans exprimaient dans leurs discours un vécu de catastrophe, de souffrance et de détresse émotionnelle à travers les différentes plaintes et les inquiétudes qu'elles verbalisaient pour décrire les moments qui ont suivi l'annonce, et à quel point il était difficile d'assumer et d'imaginer le devenir de cette maladie. Malgré les efforts de l'infirmière qui cherchait à banaliser cette maladie à travers les propos qu'elle utilisait au début de chaque séance d'éducation : « *le diabète est une maladie chronique comme les autres, il faut juste savoir surveiller sa glycémie et quoi manger.* ». Malheureusement ces propos n'avaient pas la capacité d'anticiper la souffrance des mamans et des enfants, et encore moins la force de se frayer un chemin dans leurs esprits pour répondre à leurs attentes. Il est vrai comme le dit Mebtoul, l'annonce de l'atteinte du diabète est une « sentence difficile à accepter » (Mebtoul, 2011, p14).

Cette annonce véhicule un vécu de souffrance et de détresse émotionnelle très évidentes dans le langage et mimiques des mamans qui assistaient aux séances d'éducation thérapeutique. Ces dernières, étaient très influencées aussi par les représentations collectives de la maladie du diabète et ses complications qui signifiaient « la cécité » ou « le coma ». Accepter que leur enfant soit éternellement soumis au médicament (insuline), et exposer au risque du coma en cas d'erreur, représentaient une adéquation difficile à assumer par les mamans. Le dénouement de cette tragédie implique forcément pour chaque parent, une mobilisation psychique et des moyens en fonction de la personnalité de chacun et un accompagnement adéquat pour pouvoir y faire face.

Nous avons aussi remarqué chez les mamans le refus d'accepter la chronicité de la maladie du diabète qui se traduisait par le recours aux thérapies traditionnelles, particulièrement les soins phytothérapeutiques et le recours aux guérisseurs. La recherche d'un moyen pour « s'en débarrasser » par le biais de traitement à base de plantes ou « se référant à un savoir » représenté par le substitut du médecin (le guérisseur), sont des pratiques très ancrées dans notre croyance sociale.

En Algérie, malgré le développement du système de santé et la fréquentation massive des services publics et privés de santé, le recours aux thérapies traditionnelles est donc un phénomène courant que nous pouvons rattacher au système de représentation sociale de la maladie. Les thérapies traditionnelles sont dirigées potentiellement dans le sens de la recherche de soulagement ou de guérison. Balandier qui a été cité par Le Breton (1995) a signalé ce phénomène « les sociétés ne sont jamais ce qu'elles paraissent être ou ce qu'elles prétendent être, elles s'expriment à deux niveaux au moins, l'un superficiel, présente les structures « officielles ».., l'autre profond, ouvre l'accès aux rapports réels les plus fondamentaux et aux pratiques révélatrices de la dynamique du système social » (Le Breton, 1995, p84).

S'appuyer aussi sur la croyance et la foi (El Mektoub ou le destin) atténue considérablement le sentiment de culpabilité des mamans dans l'apparition de la maladie. Le recours aux prières des personnes de l'entourage pour voir disparaître cette maladie en grandissant, semble être aussi un refuge pour les parents pour amortir le choc de l'annonce. Le recours à la religiosité peut être considérée aussi comme une expression de stratégie de coping centré sur l'émotion (passif ou évitant) par lequel l'individu tente de contrôler ou modifier la tension émotionnelle induite par la situation.

Thème 2 : « La relation entre médecin-malade »

« On ne doit pas poser des questions quand le médecin est là.. ». Les propos de cette maman révèlent un système de relation médecin-malade très rigide qui se limite à une prescription médicale avec des instructions très rigoureuses qui doivent être respecté sans commentaires par l'enfant et ses parents. Il est évident de s'accorder avec Mebtoul quand il dit que « Tout le jugement des médecins est construit autour de la normoglycémie, qui va « classer » les patients : si la normoglycémie n'est pas atteinte, c'est qu'il n'a pas compris et/ou qu'il fait partie des patients « indisciplinés ». (Mebtoul, 2011, p14)

Il existe pourtant un consensus sur le fait que l'éducation est un élément essentiel du traitement du diabète ; cependant rien n'ai fait pour explorer le vécu des enfants et parents après l'annonce de la maladie pour favoriser un réel accompagnement thérapeutique de l'enfant et de ses parents.

Selon Leventhal et al (1980, 1984), les individus créent des représentations cognitives et affectives de leur maladie pour donner du sens et gérer leur problème de santé. L'interprétation de cette information constitue le premier pas dans le processus de recherche d'aide, d'initialisation d'une stratégie de coping et d'adoption d'une prise en charge. C'est sur ces bases que doit se construire les objectifs des séances d'éducation thérapeutique. C'est interpréter et donner du sens à ces représentations collectives notamment en ce qui concerne la gestion de l'angoisse engendrée par les conséquences dramatiques du diabète, qui ne peut se réaliser qu'à travers l'ouverture d'espaces de communication entre les professionnels de la santé avec les jeunes malades et leurs parents.

La remarque faite par Mebtoul est des plus pertinente, « ...On parle souvent des couts consentis par l'état à l'égard de la santé, en occultant implicitement ou explicitement les dépenses financières assurées par les familles, le cout social de la maladie, le soutien affectif et relationnel des proches parents, la mise en œuvre de compétences « invisibles » de l'entourage, peu prises en compte par les professionnels de la santé et les pouvoirs publics » (Mebtoul, 2009, p9).

Plusieurs recherches ont démontré qu'une bonne compréhension des processus d'observance passe nécessairement par la prise en compte de deux aspects qui sont : **niveau d'information** en relation avec le manque d'explication des médecins et de compréhension des patients à l'égard des traitements ; **une dimension affective** déterminée par la satisfaction que retirent les patients lors de leurs soins c'est-à-dire la relation soignant-soigné. (Tarquino, Fischer et Barracho, 2002, p238)

Il est important de ne pas perdre de vue l'objectif principal de cette éducation thérapeutique qui se doit répondre à la nécessité de préserver la composante d'une vie normale, qui est en premier lieu l'autonomie et une bonne qualité de vie (domaine familiale, relationnel, professionnel et loisirs..). C'est aussi de ne pas occulter l'importance du potentiel personnel pour faire face aux situations traumatiques ou stressantes, des représentations que chacun a de son corps, de Soi et de l'incidence de l'expérience sociale et culturelle de la maladie. Se sont tous des éléments qui doivent être pris en considération quand il s'agit de parler d' « observance thérapeutique » qui constitue un problème de taille qui marque bien les limites du pouvoir et de la « toute puissance » du médecin et de la médecine.

A partir de là, il est important de reconsidérer l'objectif de l'éducation thérapeutique dispensée par l'équipe de la clinique St Michel, répond-t-elle vraiment aux attentes des enfants atteints de diabète et de leurs parents ?

7-2-2-2 Le contenu des entretiens avec les adolescents atteints de diabète (DID) :

Il est important pour comprendre et expliquer les attitudes et comportements des adolescents non seulement de les observer, mais discerner leur signification et bien au-delà, il s'agit comme le souligne Tap d' « alléguer l'existence de processus cognitifs et socio affectifs, à partir desquels se construit la personne et son histoire » (Tap, 1988, p40). Nous nous sommes attachés à prendre en considération ce postulat dans l'interprétation et l'analyse du contenu du discours de l'échantillon de la pré-enquête.

L'interprétation du contenu des discours recueillis avec les 30 adolescents, nous a permis notamment d'identifier et d'inventorier les thèmes importants en qualité et en fréquence à l'intérieur de leurs productions discursives. Il s'agissait de faire émerger les unités de signification, à travers l'illustration de chaque thématique par des extraits d'entretiens choisis en raison de leur typicité et qui portaient essentiellement sur la description de la vie actuelle. Cela nous a permis de dégager deux principaux thèmes qui sont :

1- Thème concernant « **la représentation de la maladie du diabète et son vécu** » :

Il constitue la grande préoccupation de ces adolescents. Nous avons constaté en ce qui concerne le vécu de la maladie qu'il comportait trois sous thème, le premier concerne le vécu par rapport au corps, à Soi et aux médicaments. Le deuxième sous thème porte sur le vécu des relations aux autres (la famille, les amis) ; le troisième sous thème concerne les comportements de coping ou du « faire face » aux différents problèmes.

2- Thème concernant « **les projets de vie** » :

Il s'agit des représentations de la vie future souhaitée qui ont été classées en trois rubriques : les projets personnels, les projets de formation ou d'étude et les projets professionnels.

Nous nous sommes concentrés sur ces deux principaux thèmes qui représentent le contenu du sens donné par ces adolescents à leur vie et du fondement de l'action qu'ils envisagent de réaliser pour parvenir à un futur souhaité. Plusieurs auteurs s'accordent sur deux principes qui constituent les piliers pour l'élaboration du projet (Boutinet, 1990 ; Guichard, 1993 ; Oubrye et Tap, 1992 ; Huteau, 1993...); il s'agit de : la description de la vie actuelle (considérée comme insatisfaisante) et la tendance à vouloir la transformer par la projection d'un futur souhaité.

Le thème « représentation et le vécu de la maladie » :

1- La représentation de la maladie du diabète :

La réponse à la question générale « Que représente pour vous le diabète? » nous a permis de noter plusieurs réactions qui allaient du refus de répondre à l'indifférence, mais dans l'ensemble de ces définitions nous avons remarqué son lien insidieux avec le choc de l'annonce. « Le diabète c'est une maladie normale » ; « Au début c'est difficile mais après on s'habitue et on sait que c'est normal... ». Se sont les importantes définitions qui se répétaient dans la majorité des discours des jeunes des deux sexes qui avaient été diagnostiqués depuis plusieurs années. Pour d'autres cas, dont le diagnostic est plus ou moins récent la définition de cette maladie véhicule un sens péjoratif avec l'expression de différents affects négatifs. Nous prenons pour référence la définition des représentations sociales de la santé et de la maladie de Jodelet, qui les considèrent «...comme une forme de connaissance, un savoir, rangée habituellement sous la catégorie du sens commun » (Jodelet, 2015, p24).

Le savoir profane, ou « le sens commun » attribué à la maladie du diabète lui confère plusieurs significations. Elle est considérée comme étant une « maladie normale » qui est en soi un paradoxe, se sont surtout les adolescents qui ont été diagnostiqués depuis plusieurs années qui se confortent à cette définition. Connaissant les conséquences dramatiques et les privations imposées par cette maladie, elle est acceptée et admise dans la vie de ces jeunes. L'enjeu principal de leur adaptation à la maladie du diabète est de se sentir suffisamment en bonne santé pour mener une vie qui soit la plus proche possible de la représentation qu'ils se font d'une « vie normale » ou d'un style de vie qui ne les privent pas des activités pratiquées par les jeunes du même âge qu'eux et qui leur permet de ressentir un certain bien-être.

Nous pouvons considérer que la production discursive que nous avons mis dans rubrique « la représentation de la maladie », correspond aux processus d'évaluation cognitive primaire (stress perçu) de ces adolescents. Cela représente un processus médiateur fondamental modulant l'impact des évènements stressants qu'il faut savoir repérer, comme le souligne bien Bruchon- Schweitzer et al « Ce ne seraient pas les évènements stressants en eux-mêmes mais bien leur évaluation cognitive et leur retentissement émotionnel et physiologique qui modulent la relation entre stressseurs et état de santé » (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001, p16).

Cette évaluation permet ainsi d'identifier l'élément stressant qui est la maladie du diabète et les différentes significations qui lui sont attribuées (savoir profane). Cette représentation possède plusieurs aspects, d'abord un aspect qui inclue la définition de cette maladie (sens commun) et sa perception selon le modèle de Leventhal et al 1984 ; ensuite un autre aspect concernant la perception et l'évaluation du soutien social. Une fois la situation évaluée, le jeune estime ses ressources. C'est cette évaluation cognitive primaire qui permet d'identifier le contrôle perçu (ou son contraire qui est la perte de contrôle). Le contrôle signifie ou s'exprime en fonction de la tolérance de la maladie avec positivité et combativité ou le contraire, la perte de contrôle entraîne le sujet dans une stratégie d'impuissance avec une détresse émotionnelle.

Nous avons correspondu le contenu des différentes représentations de la maladie et son vécu chez les adolescents de la pré-enquête avec le modèle proposé par Leventhal et al (1984) concernant la perception de la maladie.

Nous avons constaté qu'ils pouvaient comprendre six aspects du modèle :

- Une identité, il s'agit de la désignation de la maladie en s'appuyant sur les connaissances collectives « maladie de vieux » et l'expérience de la maladie « maladie normale » ; « maladie difficile ».
- Une cause ou origine, qui est liée à un évènement externe (choc émotionnel : déception, bagarre..) ou interne ou biologique (héritage familial)
- Les conséquences de la maladie, c'est la perception des malades des conséquences de cette maladie sur le corps « On peut devenir aveugle », « Je suis tout le temps fatigué » ; sur l'image de soi « je me sens moins que les autres » ; et sur son entourage « je suis devenue un fardeau pour mes parents ».

- La représentation émotionnelle désigne les états affectifs suite à l'annonce de la maladie qui vont de la colère « Quand j'ai appris ma maladie je me suis énervé », aux crises de pleurs « J'ai pleuré je ne sais plus combien de jour », à l'anxiété « On dirait un cauchemar ou une malédiction » et à la dépression « J'ai compris que ma vie est fini (Hayati Rahet) ».
- La dimension temporelle (chronicité) c'est percevoir la maladie qui dure dans le temps ou l'avoir pour la vie.
- La guérison contrôle c'est la croyance à la possibilité de contrôler la maladie soi-même. Il s'agit du contrôle personnel et l'auto efficacité ou observance thérapeutique que nous avons observés chez certains adolescents et pas chez d'autres « Je contrôle ma glycémie plus facilement maintenant ».

D'autre part, nous devons aussi prendre en considération l'évènement de l'annonce qui est un évènement important dans la vie du sujet, elle provoque selon certains auteurs un bouleversement qui touche en profondeur ce qu'est l'individu : «... c'est son identité qui d'une manière ou d'une autre se trouve altérée à travers son schéma de soi » (Tap, Tarquino, Sordes-Arder, 2002, p150).

Selon une étude de Tarquino et coll (2002), ils ont constaté que les malades s'auto-décrivaient plus négativement immédiatement après l'annonce de la maladie, et ne le faisaient plus plusieurs mois après. Nous pouvons confirmer ce constat durant notre pré-enquête, dès que l'annonce se situait loin dans le passé des adolescents, ces derniers présentaient une certaine forme d'adaptation positive à la maladie. Les exemples des cas Amina, Boualem, Ahmed, Naima, Houari et Sarah que nous présenterons durant l'enquête sont représentatifs et vont soutenir ce constat.

2- Le vécu de la maladie :

Pour l'ensemble des jeunes, l'annonce de la maladie du diabète est terrible chacun raconte la singularité du drame vécu par cet évènement. Nous avons constaté que les nouveaux diagnostiqués décrivaient cette situation avec beaucoup de tragédie par rapport aux jeunes qui vivent avec le diabète depuis plusieurs années.

L'annonce de la maladie a causé plusieurs réactions émotionnelles chez les adolescents, elle était l'origine de la grande colère (le cas d'Amina qui la relate actuellement avec beaucoup d'humour). Elle est aussi significative de grande perte « fin de ma vie (Hayati Rahet) », « je ne sais plus quoi faire » (le cas de Naima), perte de contrôle de la vie « une malédiction,... un cauchemar » (le cas de Houari).

Cette perte de contrôle est accompagnée de détresse émotionnelle. Il s'agit de la perception et l'évaluation du stress que constitue la situation de la maladie, c'est un processus d'évaluation cognitive primaire qui permet au jeune d'évaluer la menace et les ressources (personnelles et sociales). Cette perte de contrôle est accentuée chez les sujets qui vivent dans un milieu familial assez instable et perturbé (les cas de Houari et Naima). Nous avons observé le contraire par exemple le cas de Boualem qui la considère comme « maladie normale », ce qui permet de confirmer que le soutien social représente un support important favorisant chez les jeunes le faire face à la maladie (cf chapitre coping).

A plus ou moins long terme après l'annonce, les jeunes malades développent une certaine forme d'adaptation. On peut percevoir une certaine amélioration du jugement que portent les malades sur eux-mêmes. Ces différents vécus deviennent moins tragiques, « normale » ou acceptable ou il est possible de vivre avec, parfois même avec humour. Selon certains auteurs, cette amélioration du jugement est considérée en tant que « processus de reconfiguration du schéma de soi doit être envisagé comme une adaptation efficace à leur nouvelle réalité que constitue la maladie ». (Tap, Tarquinio et Sordes-Ader, 2002, p 150) ; et plus encore ils mettent l'accent sur le rôle essentiel de l'environnement social dans cette organisation identitaire.

L'acceptation de la maladie avec ses différentes cognitions s'effectue progressivement « avec le temps, on s'habitue à la maladie », constitue un signe positif de tolérance et représente une stratégie de faire face permettant une bonne adaptation à la maladie et un bon pronostic pour ces adolescents ; comme le souligne Tap « Cette tolérance

favorise la réinscription du sujet dans un horizon temporel personnel et la relance des projets. » (Tap, Tarquino et Sordes-Ader, 2002, p 158).

2-1 Le vécu par rapport au corps, à Soi et aux médicaments :

L'annonce de la maladie chronique (DID) est une expérience totale qui touche le jeune dans ses dimensions corporelles, psychiques, sociales et existentielles. L'ensemble des adolescents décrivent plusieurs situations ou sentiments de perte de contrôle qui portent sur différents objets : le corps, le quotidien, la relation aux autres et à soi. C'est cette notion de perte (perte de fonctions physiques, perte d'attributs, perte de rôle sociaux) qui « perturbe l'identité » (Tap, Tarquino, Sordes-Arder, 2002, p149).

Les restrictions et les contraintes auxquelles le jeune diabétique doit se soumettre en respectant un régime alimentaire précis et procéder tous les jours à des analyses et des injections d'insuline (qu'il soit chez lui, à l'école ou en vacances) sont vécus « comme source de douleur, d'agression, de frustration, de blessure narcissique ne laissant alors aucune place au plaisir.. ; son projet est mis à mal avec difficulté dans la recherche d'une image de soi-même et d'une identité » (Tap, Tarquino et Sordes-Ader, 2002, p 155).

Le rapport aux médicaments ou à l'insuline signifie aussi l'entrée effective dans le rôle de malade, ne pas l'accepter est un indice de refus de ce rôle et de la maladie. Nous avons cité les cas de Houari et de Bachir qui ont tenté de diminuer la dose d'insuline ou à la supprimer, le changement de la prescription médicale leur a coûté différentes hospitalisations. Cette expression claire de la non observance thérapeutique est étroitement liée à l'interprétation et à l'évaluation des sujets de la maladie et de sa représentation.

« Ne plus être le même depuis la maladie » ; « ne plus se reconnaître » ; « se sentir différent des autres » ; « se sentir moins que les autres » sont des expressions fréquemment répétées par les sujets durant la pré-enquête. De telles expressions reflètent un manque d'estime de soi chez ses jeunes, et révèle aussi que la maladie est perçue comme aliénante par ces derniers au sens propre du terme. Ce qui signifie qu'ils sont dans des stratégies dysfonctionnelles marquées par des cognitions et des affects négatifs (coping centré sur l'émotion) imprégnées par des sentiments d'impuissance-désespoir, de fatalisme, d'exclusion et de dévalorisation de soi qui conduisent généralement à des troubles dans la perception de l'identité personnelle et du lien social.

D'autre part, il est reconnu selon certains auteurs que les troubles identitaires s'expriment aussi à travers les sentiments de discontinuité (sentiment de rupture, d'impossible retour à la normale ou à un état antérieur valorisé), d'incohérence (perte du contrôle interne et externe) et de la négativité (évaluation négative de soi). (Tap, Tarquinio et Sordes-Ader, 2002, p 146).

L'identité en tant que système de représentations et de sentiments se construit dans la relation à autrui, pour Tap, Tarquinio et Sordes-Ader (2002), elle peut être étudiée à partir de trois dimensions : la positivité de soi, la continuité et la cohérence.

A partir de quelques extraits du discours des adolescents DID, nous avons noté que le diabète en tant que maladie chronique, peut induire après l'évènement de l'annonce une rupture du sentiment d'identité dans chacune de ces trois dimensions.

L'ensemble des jeunes ont été appelés à vivre au début avec une image « dévalorisée de soi » ; nous avons l'exemple de Kaouter qui est représentative : « *Je sens que je suis moins que les autres... je suis devenue un fardeau pour mes parents...* ».

Le sentiment de discontinuité exprimé par Naima « *Je ne me sens pas comme les autres filles, depuis que j'ai le diabète ma vie a changé... je crois que je ne deviendrai plus jamais comme avant...* ».

Et enfin pour ce qui est de l'incohérence existentielle nous avons l'exemple de Mokhtaria « *Depuis que je suis malade mes parents décident tout pour moi, ils ont peur pour moi, moi aussi j'ai peur de ce qui m'attends* ».

2-2 Le vécu des relations avec les autres :

✓ Relation à la famille :

Le soutien social peut être source d'épanouissement personnel et de dynamisme et permet d'interpréter moins dramatiquement la menace de la situation stressante (le cas de Boualem) ce qui lui permet de se sentir soutenu et déployer des stratégies de coping plus efficaces qu'un individu qui a le sentiment de faire seul face à la maladie (cas de Houari). L'identification des sources du soutien social au sein de la famille comme étant positif ou négatif est tributaire de l'évaluation du jeune malade, il s'agit du « soutien perçu ».

La relation familiale est un élément essentiel au bien-être des individus, mais ce qui semble plus important c'est la façon dont l'individu perçoit cette relation. Beaucoup de recherches ont confirmé que le soutien émotionnel des parents était négativement corrélé avec la dépression et l'anxiété, plus les adolescents se sentent soutenus, plus leur qualité de vie et leur santé mentale semblent préservées. (Tarquino, Constantini, Fischer, 2002, p390)

Nous avons noté des expressions extrêmes comme « je préfère éviter tout le monde c'est mieux comme ça » (le cas de Naima) ; « je préfère rester seul, je n'ai pas d'amis » (le cas de Bachir), « je ne supporte personne et personne ne me supporte » (le cas de Houari), pour démontrer un type de relation assez conflictuelle, à cause d'un soutien familial perçu comme peu satisfaisant ou frustrant avec un certain négativisme et une dévalorisation de soi qui semblent avoir une incidence sur les stratégies du faire face à la maladie et sur la capacité d'anticipation du futur.

Par contre la remarque comme « mes parents ne me comprennent pas, me traitent différemment... » (Le cas de Amina) n'a pas entravé le dénouement plus ou moins positif et beaucoup moins dramatique de l'évènement de la maladie dans la vie de cette jeune en comparaison aux cas de Houari, Naima et Bachir.

Amina possède un positivisme qui lui a permis de réussir ses études et de rechercher une stabilité et une gratification à travers le travail et le mariage (« je veux être médecin endocrinologue », « je veux avoir une famille ») ; par contre Houari et Naima sont restés cloîtrés dans le négativisme « je ne me sens pas comme les autres filles » « avec mon diabète personne ne voudra se marier avec moi »

« Je ne supporte personne et personne ne me supporte » « j'ai la malédiction » pour se situer dans des processus de désengagement comportemental soit à travers la fuite ou l'isolement qui est considéré comme une stratégie de coping dysfonctionnelle et qui ne leur permet pas la construction de projet personnel.

Nous pouvons résumer après lecture des différentes expressions concernant la perception et l'évaluation du soutien familial de l'ensemble des cas sous trois aspects :

- Dépendance totale à la famille qui est en relation avec un sentiment de perte de contrôle et d'impuissance tels les cas de Mokhtaria et Bachir.

- Isolement ou conflictuelle qui est en relation soit à un type de relation familiale assez ambigu avec manque de positivité et d'estime de soi (ex les cas Naima et Bachir), accompagné parfois de sentiments d'auto-accusation (ex le cas de Houari), ou simplement en relation à la crise d'adolescence proprement dite qui se manifeste par une certaine opposition et une incompréhension temporaire des parents (ex le cas de Amina).
- La recherche de soutien familial qui constitue en soi une stratégie de coping, se manifeste par la recherche de refuge chez les parents en cas de problème ou d'un confident investi d'une grande confiance à qui on peut tout raconter. Ce type de relation est l'expression d'une compatibilité perçue de la famille avec les attentes du sujet.

La perception du soutien social représenté par la relation soignant- soigné est en rapport aussi avec la compliance thérapeutique. Le refus de prendre ses médicaments ou ne pas se conformer à un régime alimentaire (les cas de Houari et Bachir) nous met face à la notion de non-observance thérapeutique qui est un aspect important des comportements de santé du patient liés non seulement au traitement médical, mais aussi aux cognitions et représentations en relation avec la maladie et le personnel soignant. D'ailleurs, il existe une corrélation positive entre la quantité de questions posées au médecin et l'observance ou l'adhérence aux thérapies (Tarquino, Fischer et Barracho, 2002, p231).

✓ **Relation avec les amis et les autres :**

A travers les différentes plaintes nous pouvons constater que c'est à un véritable changement de rôle social que la maladie contraint dans de nombreux cas. Ce changement de rôle a des répercussions sur la manière dont le sujet vit sa relation avec lui-même et avec les autres. Les sentiments de honte et de culpabilité vis-à-vis de la maladie aux regards des autres sont souvent indicateurs d'une mauvaise estime de soi. Cette vulnérabilité est largement déterminée par la représentation que le malade a de sa maladie, résultant en grande partie de son expérience singulière en tant que malade mais aussi par les images que sa famille et ses amis véhiculent de la maladie.

Les jeunes doivent gérer leur maladie en fonction des appréhensions et des pensées des autres qu'elles soient dévalorisantes ou culpabilisantes : « je n'aime pas qu'on me dise la pauvre (Meskina) » ; « On me dira bien fait pour lui (Yetchefou fia) »

L'estime de soi se construit à partir d'un système de valeur intériorisé (Perron, 1971), dans lequel les valeurs familiales sont renforcées par de nouvelles valeurs issues du jeu des interactions sociales, des différents rôles tenus par l'individu et des rapports interpersonnels entretenus dans les différents réseaux (Esparbès-Pistre, 1997).

Il est important de considérer aussi que l'environnement social joue un rôle essentiel dans cette organisation identitaire (selon Tap, Tarquinio et Sordes-Ader, 2002). La perception du soutien familial constitue la base de ce dénouement, nous avons deux cas de figure comme exemple : les cas de Houari et Amina pour démontrer l'impact du rôle de la famille dans la valorisation de soi et la planification des projets d'avenir pour chacun d'entre eux.

3- Les comportements de coping ou du faire face aux problèmes :

Ces différentes réactions face aux problèmes démontrent l'utilisation des adolescents d'une part certaines stratégies de coping centrée sur l'émotion comme l'évitement fuite pour le cas de Houari ; l'évitement comportemental et cognitif à travers la recherche de distraction comme pour les cas de Ahmed et Lakhder ; l'expression de la détresse émotionnelle par la crise de pleurs pour le cas de Naima en relation aussi avec l'incidence de l'annonce.

Nous avons illustré les propos de Lakhder qui exprime son refus d'accepter sa maladie et se fixe dans une cognition dysfonctionnelle : « ma vie serait différente sans le diabète, je serai beaucoup plus à l'aise que maintenant » c'est le contenu d'une représentation fataliste et frustrante ou plus exactement de stratégie passive (coping centré sur l'émotion) qui peut le priver de tout sentiment de bien-être et empêcher dans une certaine mesure sa capacité d'anticipation. Par contre nous avons le cas d'Amina qui s'est engagée après le choc de l'annonce dans une stratégie active (coping centré sur le problème) de recherche d'informations auprès des médecins pour arriver à une certaine observance thérapeutique ce qui permet de prédire un bon potentiel qui lui permettra de s'affranchir des limites imposées par cette maladie.

La recherche du soutien social pour des raisons émotionnelles (Spitz, 2002, p271) est une stratégie active qui consiste à rechercher la sympathie, la compréhension ou encore le soutien moral qui contribue à accroître le sentiment de bien-être comme dans les cas d'Amina et Boualem.

Les processus d'évaluations cognitives primaires (stress perçu et contrôle perçu) et la perception et l'évaluation du soutien social permettent d'identifier les stratégies de coping utilisées par l'adolescent pour faire face à la maladie du diabète. Il s'agit des stratégies de coping centré sur l'émotion (passif ou évitant) et des stratégies de coping centré sur le problème (instrumental, actif ou vigilant) et enfin la recherche d'aide.

Le coping centré sur le problème (instrumental, actif ou vigilant) correspond aux tentatives cognitives et comportementales pour contrôler ou modifier la situation, il s'agit des comportements tels que la recherche active d'informations, combativité, participation aux soins et observance thérapeutique « J'ai cherché des informations auprès des médecins pour comprendre ma maladie ».

Le coping centré sur l'émotion (passif ou évitant) regroupe les tentatives du sujet pour contrôler ou modifier la tension émotionnelle induite par la situation telles que la détresse émotionnelle (crise de pleurs, colère et anxiété) ; l'évitement comportemental (ne pas sortir, ne rien faire) ou la distraction cognitivo-émotionnelle (ne pas penser à sa maladie, se distraire par le sport ou le cinéma...) « Je regarde la télévision » ; « Je m'enferme à la maison et je pleure » ; « Je me fais oublier, j'évite les problèmes »

La recherche du soutien social est considérée comme troisième stratégie, il s'agit de tentatives effectives d'une personne pour obtenir une écoute, des informations ou encore une aide matérielle. « Quand j'ai des problèmes je raconte tout à ma mère » ; « Je parle à quelqu'un au téléphone »

Les processus d'évaluations fonctionnent en étroite interaction (évaluation de la menace, de ses propres ressources et des ressources sociales). Ils sont liés aux caractéristiques de personnalité (type A, type C, traits anxieux, Alexythimie) ; du contexte et à ce qui les suit, les stratégies d'ajustement et leur effets.

Les thèmes concernant les projets de vie :

Les projets d'avenir ou la perspective du futur qui se développe en fonction des projets et plans d'actions que l'adolescent est capable d'élaborer qu'il soit sur le plan personnel (se marier et avoir des enfants) ou sur le plan professionnel ou de formation (terminer ses études ou travailler). La projection dans le futur est considérée en tant que processus d'évaluation cognitive secondaire (anticipation). Le projet de vie pour Tap et Oubryie (1993) est un processus par lequel le jeune élabore plusieurs visées à partir de la prise de conscience des conflits de personnalisation et d'identité et en rapport avec un idéal de soi. Les projets ne peuvent s'élaborer sans que s'effectue un développement cognitif qui permet l'intégration d'un élément majeur qui est l'image de soi (Super, 1964).

1- Les projets personnels :

Nous avons constaté chez certains jeunes qui acceptent plus ou moins la maladie, une tendance à imaginer positivement l'avenir en construisant des projets intimes comme rechercher un partenaire, faire un mariage d'amour et avoir des enfants notamment chez les sujets qui présentent une bonne estime de soi avec une maturité des fonctions cognitives (les cas de Sarah, Lakhder et Amina) cela permet aussi de confirmer que les adolescents « ont défini leur identité sociale et sont dans des processus d'affirmation de leur identité personnelle » (Gottfredson, 1981, p565). Ils sont aussi dans des processus d'évaluations cognitives secondaires positives qui leur permettent l'anticipation de l'avenir par l'élaboration de projet personnel.

D'autre part, nous avons constaté chez d'autres jeunes qui présentent une difficulté à accepter la maladie avec une mauvaise estime de soi (Le cas de Naima et Houari), une incapacité à élaborer un projet personnel. Le cas de Boualem est intéressant dans la mesure où ce dernier accepte bien sa maladie et bénéficie d'un support social important cependant il reste otage d'une immaturité affective qui ne lui permet pas d'assumer des responsabilités.

Il est évident que « Si l'estime de soi permet de se donner une valeur, elle contribue aussi à donner une motivation et des aspirations » (Tap, Tarquinio et Sordes- Ader, 2002, p143). L'évaluation de soi va alors impliquer la gestion des conduites d'anticipation, ainsi en permettant au jeune d'avoir confiance en lui-même et en ses possibilités d'actions, elle favorise l'investissement de l'avenir.

2- Les projets de formation :

Il est admis que la perspective ou l'anticipation du futur s'effectue grâce à la souplesse des constructions cognitives, à la motivation et à une identité en rapport avec une image de soi (Tap, Oubrayie, 1993 ; Gottfredson, 1981). Il s'agit de la description ou la représentation des adolescents d'un domaine particulier de la vie (carrière professionnelle et relations sociales). Les cas de Amina et Naima présentent une disparité assez intéressante Amina bien adaptée à sa maladie, projette de terminer ses études et exercer un métier noble qui est la médecine, se caractérise par des affects positifs et une combativité, son style de coping actif dirigé vers la résolution du problème et très bonne estime de soi.

Par contre Naima dépressive, présentant une dévalorisation de soi avec un style de coping centré sur l'émotion avec affect négatif et des traits anxieux, s'est enfermée sur elle-même en interrompant ses études et en arrêtant toute activité à l'extérieur de la maison. Elle considère la maladie comme la fin de la vie et n'envisage aucun projet d'avenir.

3- Les projets professionnels :

« Je veux devenir policier comme mon frère... » ; « je veux être commerçant comme mon oncle... » ou « ..je veux faire comme.... mais.... ». Se sont les principales préoccupations d'avenir de certains jeunes. Parfois, « Il semble au contraire que leurs « choix » reposent plus fréquemment sur des aspirations extrêmement générales que sur des projets véritablement délibérés. » (Guichard, 1993, p19)

Nous pouvons constater que certains adolescents n'adoptent pas toujours une attitude réfléchie relativement à leurs intentions d'avenir et préfèrent rester sous l'influence des membres de leurs famille tels que les cas de Boualem et Ahmed malgré ce dont ils bénéficient comme soutien social et présentent comme stratégies de coping centré sur le problème (instrumental) qui semblent ne pas faire le poids devant leurs « immaturité affective » et leurs difficulté identitaire, car pour Erikson les sentiments d'identité ont tous trait à l'avenir.

Selon la théorie SOC de Freund et Baltes (2002), c'est à l'âge de l'adolescence que les stratégies SOC sont acquises. Les jeunes se trouvent dans la phase d'exploration de plusieurs domaines de la vie, à travers la structuration des buts professionnels et personnels.

La perspective future se construit grâce à l'élaboration des objets-buts qui occupent au moins la vie mentale de l'individu. « Ainsi, un individu dont les buts englobent une grande partie de sa vie possède une perspective future étendue » (Bouffard, Lens et Nuttin, 1983).

Nous avons fait aussi le constat qui confirme le contraire (exemple le cas de Naima), il s'agit d'une jeune qui se trouve dans des stratégies centrées sur l'émotion, avec sentiment de perte de contrôle qui est schématiquement observé chez les sujets présentant un trait anxieux ou des traits de personnalité de type C. Elle ne présente aucune motivation ou perspective future, cet état est lié à ses traits anxieux qui traduisent aussi l'échec (temporaire) de ses processus d'adaptation.

Nous avons aussi illustré le cas de Houari qui semble mal adapté à la maladie, se caractérise par des affects négatifs, une impuissance, un style de coping centrée sur l'émotion définie par l'évitement comportemental et une mésestime de soi qui reste lié au développement d'une certaine adaptation à la maladie. C'est pourquoi, Houari exprime le projet d'avoir un commerce bien à lui qui lui permettra de renforcer ses sentiments de sécurité et d'autonomie.

En conclusion, suite à l'analyse du contenu du discours des adolescents DID au cours de la pré-enquête (approche qualitative), nous avons répertorié et avons fait un découpage des unités de sens (les thèmes et sous-thèmes) que nous avons tenté de résumer avec leur signification aux tableaux (14) et (15).

Tableau (14) Récapitulatif de la signification des différents thèmes dégagés des entretiens

Thèmes	Interprétation	Expressions
<p align="center">Représentation de la maladie</p> <p align="center">Et</p> <p align="center">Perception de la maladie selon le modèle de Leventhal et al (1984)</p>	<p>Sens commun ou Identité</p>	<p>« Maladie de vieux » « Maladie difficile » « Maladie normale »</p>
	<p>Cause :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choc émotionnel - Hérité 	<p>« J'ai eu ma maladie à cause d'une bagarre avec les policiers » ; « à cause de mon échec au bac... » ; « on a l'habitude de cette maladie dans la famille »</p>
	<p>Les conséquences de la maladie</p>	<p><u>Sur le corps</u> : « je suis tout le temps fatigué et j'ai tout le temps soif » ; « on peut devenir aveugle » <u>Sur Soi</u> : « je me sens moins que les autres » ; « ma santé s'est dégradée, je ne sais plus quoi faire » ; « je vivrai mieux sans le diabète » <u>Sur son entourage</u> : « je suis devenue un fardeau pour mes parents »</p>
	<p>La représentation émotionnelle (après l'annonce)</p>	<p><u>Colère</u> : « quand j'ai appris ma maladie je me suis énervé » <u>Anxiété</u> : « on dirait un cauchemar, une malédiction » <u>Crise de pleurs</u> : « j'ai pleuré je ne sais plus combien de jours » <u>Dépression</u> : « j'ai compris que ma vie est fini (hayati rahet) »</p>
	<p>Dimension temporelle (chronicité)</p>	<p>« j'ai compris que je devais prendre tout les jours l'insuline pour toute ma vie » ; « je ne deviendrai plus jamais comme avant »</p>
	<p>La guérison contrôle</p>	<p>« Je contrôle bien ma glycémie » ; « je n'ai pas de problème avec le diabète »</p>
	<p>Coping centré sur l'émotion</p>	<p>« je m'enferme à la maison et je pleure » ; « je me fais oublier, j'évite les problèmes » « je regarde la télévision »</p>

Les comportements du faire face ou coping	Recherche d'aide	« Quand j'ai des problèmes je raconte tout à ma mère » ; « je me confie par téléphone à quelqu'un »
Perception et évaluation du soutien social	Dépendance totale	« mes parents décident tout pour moi..moi aussi j'ai peur de ce qui m'attend »
	Isolement ou conflictuelle	« mes parents m'étouffent, ils ne me comprennent pas » ; « je ne supporte personne et personne ne me supporte » ; « je n'ai pas d'amis » ; « je préfère éviter tout le monde c'est mieux »
Les projets d'avenir	Projet familial	« Mon rêve c'est de me marier avec quelqu'un que j'aurai choisi moi-même » ; « je souhaite rencontrer une femme qui m'aimera profondément pour toute la vie » « avec mon diabète personne ne voudra se marier avec moi »
	Projet formation	« Je veux avoir mon bac et faire des études de médecine »
	Projet professionnel	« veux devenir comme mon frère officier de police » « j'ai envie d'avoir un commerce bien à moi »

Tableau (15) Récapitulatif des processus en action par rapport aux thèmes dégagés de l'analyse de contenu des entretiens avec les adolescents DID

Thèmes	Processus	Effets/ actions
Représentation du diabète et son vécu	Processus d'évaluation cognitive primaire (Perception de la maladie)	Stress perçu: maladie grave-maladie normal Contrôle perçu : tolérance de la maladie avec positivité vs/ perte de contrôle avec impuissance et détresse émotionnelle
Vécu par rapport aux autres	Perception et évaluation du soutien social	Evaluation positive : recherche de soutien Evaluation négative : évitement comportemental et cognitif
Les comportements du faire face (Traits de personnalité)	Les stratégies de coping	<u>Coping centré sur l'émotion :</u> Distraction cognitivo émotionnelle-auto accusation- évitement comportemental <u>Coping centré sur le problème :</u> Recherche active d'informations- combativité-participation aux soins – compliance thérapeutique
Les projets d'avenir	Processus d'évaluation cognitive secondaires	Projet personnel : trouver un conjoint - fonder une famille. Projet professionnel : terminer ses étude – chercher un travail

7-2 Les résultats de l'approche quantitative :

Cette approche s'est appuyée sur l'analyse statistique des données recueillies à la suite de l'application des deux tests utilisés pour cette enquête. « La fidélité, la validité et la structure sont les caractéristiques à distinguer pour connaître la précision et la pertinence de la mesure obtenue par un instrument de recherche » (Chahraoui, Bénony, 2003, p33).

- L'interprétation des données recueillies à travers le test CHIP et l'échelle du Projet de vie a été effectué à travers l'usage de la méthode statistique « **SPSS20** » ; notamment du coefficient de corrélation qui est une technique statistique qui permet des comparaisons afin de mettre en évidence et le contrôle des variables. La corrélation est un critère pour mesurer les caractéristiques de fidélité d'une procédure et constitue aussi un critère de validation proposé pour la technique.
- En fonction de l'hétérogénéité des items à l'intérieur de chaque dimension de chaque test : que cela soit pour le CHIP (palliatif=6 ; instrumental=6 ; distraction=7 ; centré sur l'émotion=7) ou pour l'échelle du Projet de vie (vécu psychosocial=8 ; projet personnel=7 ; projet formation/professionnel=7) ; nous avons utilisé le **total des moyennes** ou la **somme des moyennes** des dimensions comme variable pour le traitement statistique.

7-2-1 La Consistance et Fidélité du test CHIP :

7-2-1-1 La Consistance du test CHIP

L'application du test sur l'échantillon de la pré-enquête a permis après 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 (16)

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 (16) 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 (17)

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 (17) 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 éliminés du test ainsi la dimension instrumentale contiendra 06 items seulement.

3/ Consistance interne pour la dimension Distraction : Tableau (18)

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 (18) 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 (19)

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 (19) que les items 04- 08-12- 16- 20-24-28 présentent une grande signification avec un indice de 0.01 ; par contre l'item 32 ne présente aucune signification statistique c'est pourquoi il sera éliminé du test ainsi la dimension centré sur l'émotion contiendra 07 items seulement.

7-2-1-2 La fidélité du test CHIP :

Nous avons obtenu la fidélité du test par comparaison de terminale, en procédant au classement décroissant des résultats (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 T-test

Tableau (20)

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

Nous pouvons observer au tableau (20) qu'il ya 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.

Analyse de fiabilité:

Une analyse de fiabilité du test CHIP s'impose sur l'échantillon de 30 adolescents atteints de diabète insulino-dépendant, en utilisant les coefficients alpha de Chronbach et de Spilithalf.

Tableau (21)

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 (21) 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.

Il est important de rappeler que nous avons procédé à l'élimination des items qui n'avaient aucune signification statistique des quatre dimensions pour augmenter la consistance du test ; la version finale du CHIP qui a été présentée à la population de l'étude est détaillée selon le tableau (22).

Tableau (22) Version finale du test CHIP

N	Dimension du CHIP	Items retenus	Items supprimés
01	Palliative	02-06-10-14-22-26	18-30
02	Instrumentale	03-07-11-15-23-27	19-31
03	Distraction	01-09-13-17-21-25-29	05
04	Centré sur l'émotion	04-08-12-16-20-24-28	32

7-2-2 La Consistance et Fidélité de « l'échelle du projet de vie » :

7-2-2-1 La consistance de « L'échelle du projet de vie »

L'application du test sur l'échantillon de la pré-enquête 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 Vécu psychosociale : Tableau (23)

N°	Items	Corrélation de l'item à la dimension
01	Je cherche à être en harmonie avec moi-même et les autres	0.38*
02	Je m'inquiète en pensant à mon avenir	0.19
03	Je sens que je suis diminué dans cette vie par rapport aux autres	0.30
04	Je n'ai pas de plans qui concernent mon avenir	0.40
05	Il est difficile d'harmoniser entre ce que je souhaite et ce que je cherche à réaliser	0.52**
06	Je doute de mes capacités à réaliser mes ambitions	0.30
07	Je compte beaucoup sur les autres pour prendre mes décisions	0.65**
09	Je sens que je suis un fardeau pour mes parents	0.60**
11	Ma maladie m'empêche de nouer des relations avec les autres	0.47**
23	je ne m'intéresse pas à avoir des amis	0.29
27	Bien que je sois malade, j'ai des plans ambitieux pour mon avenir	0.04
29	Je cherche toujours à gagner la confiance et l'intérêt des autres	0.56**

Nous pouvons constater au tableau (23) que les items 05-07-09-11-29 présentent une grande signification avec un indice de 0.01 ; l'item 01 présente une signification avec un indice 0.05, par contre les items 02-03-04-06-23-27 ne présentent aucune signification statistique c'est pourquoi ils seront éliminé du test ainsi la dimension vécu psychosocial contiendra 06 items seulement.

2/ Consistance interne pour la dimension projet Personnel : Tableau (24)

N°	Items	Corrélation de l'item à la dimension
15	Le bonheur pour moi c'est de me marier	0.66**
16	Je préfère ne pas rester vivre avec ma famille	0.61**
17	Je dois compter sur moi-même pour réussir mon projet de mariage	0.31
19	J'hésite à me marier à cause de ma maladie	0.46**
21	Je pense à acquérir une maison pour moi	0.32
24	Je pense que le mariage risque d'entraver mes projets	0.06
28	j'ai peur de ne pouvoir assumer la responsabilité de fonder une famille	0.18
30	Je désire construire une famille et avoir des enfants	0.60**
32	Je désire me marier avec une personne que j'aurai moi-même choisie	0.39*

Nous pouvons constater au tableau (24) que les items 15-16-19-30 présentent une grande signification avec un indice de 0.01 ; l'item 32 présente une signification avec un indice 0.05, par contre les items 17-21-24-28 ne présentent aucune signification statistique c'est pourquoi ils seront éliminé du test ainsi la dimension projet Personnel contiendra 05 items seulement.

3/ Consistance interne de la dimension projet formation-professionnel : Tableau (25)

N°	Items	Corrélation de l'item à la dimension
08	J'aime mes études	0.68**
10	Je rencontre des problèmes dans mon travail	0.64**
12	Je suis bien dans mes études	0.51**
13	Je dois faire mon possible pour avoir un travail	0.48**
14	Je recherche un travail pour couvrir les frais de mon traitement	0.61**
18	Les études sont une perte de temps	0.27
20	Le travail est une nécessité qui permet d'augmenter ma confiance en moi	0.40*
22	A cause de ma maladie je ne peux pas faire beaucoup d'efforts dans mes études	0.28
25	Je voudrais faire partie des hommes d'affaires	0.03
26	Réfléchir à mon avenir professionnel m'inquiète	0.05
31	Je n'ai aucune ambition pour obtenir un travail	0.29
33	Me surpasser dans le travail est une de mes priorités dans la vie	0.47**
34	Les études et le travail signifient la réussite dans la vie	0.62**
35	Je désire être le centre d'intérêt de mes collègues	0.57**
36	A cause de ma maladie je ne peux fournir beaucoup d'efforts dans mon travail	0.60**

Nous pouvons constater au tableau (25) que les items 08-10-12-13-14-33-34-35-36 présentent une grande signification avec un indice de 0.01, l'item 20 présente une signification avec un indice 0.05, par contre les items 18-22-25-26-31 ne présentent aucune signification statistique c'est pourquoi ils seront éliminés du test ainsi la dimension projet formation-professionnel contiendra 10 items seulement.

7-2-2-2 Fidélité de « l'échelle projet de vie »:

Une analyse de fidélité de « l'échelle projet de vie » s'impose sur l'échantillon de 30 adolescents atteints de diabète insulino-dépendant, en utilisant les coefficients alpha de Chronbach et de spilithalf.

Tableau (26)

Echelle projet de vie	Alpha	Spilit
Vécu psychosocial	0.62	0.58
Projet personnel	0.77	0.57
Projet formation- professionnel	0.68	0.45

Nous pouvons constater au tableau (26) que les coefficients de fiabilité concernant les dimensions de « l'échelle projet de vie » ont un indice de signification très satisfaisant ce qui indique la possibilité de son usage.

Il est important de rappeler que nous avons procédé à l'élimination des items qui n'avaient aucune signification statistique des trois dimensions pour augmenter la consistance de cette échelle ; la version finale de « l'échelle du projet de vie » qui a été présentée à la population de l'étude est détaillée selon le tableau (27).

Tableau (27) Version finale de « l'échelle du projet de vie »

N	Dimension de l'échelle	Items retenus	Items supprimés
01	Vécu psychosociale	01-02-03-04-05-06-07-09-11-23-27-29	02-03-04-06-23-27
02	Projet personnel	15-16-17-19-21-24-28-30-32	17-21-24-28
03	Projet formation/professionnel	08-10-12-13-14-18-20-22-25-26-31-33-34-35-36	18-22-25-26-31

Chapitre VIII : COPING ET PROJET DE VIE : Résultats de l'enquête

L'application des outils de la recherche (test CHIP et « échelle du Projet de vie ») sur la population de l'étude, et le recours au traitement statistique des scores obtenus nous permet de présenter les résultats suivant :

8-1 Moyennes et écart-type du CHIP et « l'échelle de Projet de vie » :

Tableau (28) démontrant les moyennes et écarts-types des stratégies CHIP

Stratégies CHIP	Moyenne	Ecart-type
Palliative	22.66	2.08
Instrumentale	24.55	3.70
Distraction	18.02	3.48
Centré sur l'émotion	22.41	4.75

Nous pouvons constater en fonction des moyennes et des écarts-types affichés au tableau (28) que les stratégies de coping (CHIP) les plus utilisées par l'adolescent atteint de diabète sont :

- 1- En premier lieu : Instrumentale avec une moyenne de 24.55
- 2- En second lieu : Palliative avec une moyenne de 22.66
- 3- En troisième lieu : Centré sur l'émotion avec une moyenne de 22.41
- 4- En quatrième lieu : Distraction avec une moyenne de 18.02

Tableau (29) démontrant la moyenne et écart-type des dimensions projet de vie

Dimension de l'échelle Projet de vie	Moyenne	Ecart-type
Dimension vécu psychosocial	2.97	0.44
Dimension projet personnel	2.94	0.40
Dimension projet formation/professionnel	3.23	0.36

Nous pouvons constater en fonction des moyennes et des écarts-types affichés au tableau (29) que l'orientation du projet de vie chez l'adolescent atteint de diabète est classé en fonction des ses priorités qui sont :

- 1- En premier lieu : dimension projet formation/professionnel avec une moyenne de 3.23
- 2- En second lieu : dimension vécu psychosocial avec une moyenne de 2.97
- 3- En troisième lieu : dimension projet personnel avec une moyenne de 2.94

Tableau (30) démontrant la moyenne et écart-type entre CHIP et projet de vie

Variantes	N	Moyenne	Ecart-type	Corrélation	Coefficient de détermination
CHIP	255	82.04	9.923	0.131*	0.01%
Echelle projet de vie	255	62.12	5.385		

Nous pouvons constater des résultats affichés au tableau (30) la moyenne et l'écart-type entre le test CHIP et l'échelle du projet de vie qu'il existe réellement une corrélation statistique d'une valeur 0.131 à un niveau de signification 0.05. Le degré de la variance est estimé à 1% bien que ce degré soit faible mais porte en soi une signification clinique, qui démontre que tout changement dans la variable dépendante (projet de vie) affecte la variable autonome CHIP.

N-B : Pour calculer cette corrélation, nous avons utilisé le total des moyennes des dimensions CHIP et échelle projet de vie comme variable pour le traitement statistique en raison de l'hétérogénéité du nombre des items à l'intérieur de chaque dimension de chaque test utilisé. Le total des moyennes nous permet aussi de garantir la stabilité constitutive des items et des réponses de la population de l'étude.

8-2 Corrélation entre CHIP et « l'échelle du Projet de vie » :

Tableau (31) Corrélation de Pearson entre le test CHIP et les dimensions de l'échelle de projet de vie

Variantes	Dimension vécu psychosocial	Dimension projet personnel	Dimension projet formation/ Professionnel	CHIP
Dimension vécu psychosocial	--			
Dimension projet personnel	0.058	--		
Dimension projet formation/professionnel	0.019	0.193*	--	
CHIP	0.202* Coefficient de détermination 4%	0.063	0.054	--

Nous pouvons constater à travers les résultats du tableau (31) qu'il existe une corrélation statistique positive entre la variante CHIP et l'échelle du projet de vie notamment la dimension vécu psychosocial avec une valeur de corrélation de 0.202* à un niveau de signification 0.05 ; par contre il n'existe pas de corrélation entre le CHIP et les dimensions projet personnel et projet formation /professionnel.

Tableau (32) : Corrélation de Pearson entre « l'échelle projet de vie » et les dimensions du test CHIP

Variantes	Palliative	Instrumentale	Distraction	Centré sur l'émotion	Echelle Projet de vie
Palliative	--				
Instrumentale	0.567**	--			
Distraction	0.167*	0.058	--		
Centré sur l'émotion	0.068	0.018	0.508**	--	
Echelle Projet de vie	0.002	0.021	0.207* Coefficient de détermination 4%	0.110	--

Nous pouvons constater à travers les résultats du tableau (32) qu'il existe une corrélation statistique positive entre la variante échelle projet de vie et les dimensions de la variante CHIP notamment la dimension distraction avec une valeur de corrélation de 0.207* à un niveau de signification de 0.05 ce qui signifie que plus les stratégies CHIP augmentait plus le projet de vie augmentait aussi ; par contre il n'existe pas de corrélation entre l'échelle projet de vie et les dimensions du CHIP palliative, instrumental et centré sur l'émotion.

8-3 Différence entre variables CHIP et « l'échelle Projet de vie » en fonction du sexe :

Tableau (33) démontrant la valeur (T) entre les groupes filles et garçons avec la variable CHIP

Variables	Garçons N= 151		Filles N=104		Valeur (T)	Niveau de signification
	M	E	M	E		
Palliative	3.75	0.44	3.80	0.49	0.82	Non significiant
Instrumentale	4.04	0.63	4.16	0.58	1.57	Non significiant
Distraction	2.60	0.48	2.53	0.51	1.07	Non significiant
Centré sur l'émotion	3.11	0.64	3.32	0.70	2.53	Signifiant au niveau 0.01
CHIP	13.51	1.36	13.83	1.49	1.72	Non significiant

Nous pouvons constater des résultats du tableau (33) à travers les moyennes qu'il existe une différence dans l'utilisation du CHIP uniquement dans la dimension centré sur l'émotion avec au profit des filles avec une moyenne de 3.32 et une valeur (T) de 2.53 à un niveau de signification 0.01.

**Tableau (34) démontrant la valeur (T) entre les groupes filles et garçons avec la variable
Projet de vie**

Variables	Garçons N= 151		Filles N=104		Valeur (T)	Niveau de signification
	M	E	M	E		
Dimension vécu psychosocial	2.99	0.44	2.96	0.44	0.53	Non significiant
Dimension projet personnel	2.95	0.37	2.92	0.45	0.42	Non significiant
Dimension projet formation/professionnel	3.24	0.34	3.22	0.38	0.40	Non significiant
Projet de vie	9.18	0.71	9.11	0.83	0.72	Non significiant

Nous pouvons constater des résultats du tableau (34) qu'il n'existe aucune différence entre les deux sexes dans les dimensions de la variable projet de vie.

8-4 Différence entre variables CHIP et « l'échelle Projet de vie » en fonction de l'âge :

Tableau (35) démontrant la valeur (T) dans la différence de l'âge avec la variable CHIP

Variables	16-18 ans N = 136		19-21 ans N = 119		Valeur(T)	Niveau de signification
	M	E	M	E		
Palliative	3.81	0.44	3.73	0.48	1.47	Non significiant
Instrumentale	4.13	0.55	4.03	0.68	1.28	Non significiant
Distraction	2.52	0.51	2.63	0.47	1.74	Non significiant
Centré sur l'émotion	3.14	0.66	3.27	0.68	1.53	Non significiant
CHIP	13.62	1.45	13.67	1.39	0.29	Non significiant

Nous pouvons constater à travers les moyennes du tableau (35) qu'il n'existe pas de différence statistique entre les sous groupes d'âge 16-18 ans et 19-21 ans avec les dimensions de la variante CHIP.

Tableau (36) démontrant l'analyse de variance à un facteur (F) pour vérifier la différence de l'âge de l'atteinte de la maladie avec la variable CHIP

Variables	Variance	Ddl	Sommes des carrés	Moyenne des carrés	Valeur (F)	Signification
Palliative	Inter groupe	2	2.480	1.240	5.903	Sig à 0.003
	Intra groupe	252	52.939	0.210		
	Total	254	55.417			
Instrumental	Inter groupe	2	1.450	0.725	1.917	Non significiant
	Intra groupe	252	95.301	0.378		
	Total	254	96.751			
Distraction	Inter groupe	2	0.636	0.331	1.339	Non significiant
	Intra groupe	252	62.355	0.247		
	Total	254	63.018			
Centré sur l'émotion	Inter groupe	2	0.852	0.426	0.935	Non significiant
	Intra groupe	252	114.894	0.456		
	Total	254	115.447			

Nous pouvons constater à travers l'analyse de variance à un facteur au tableau (36) qu'il existe une différence statistique dans la dimension palliative du test CHIP avec une valeur (F) 5.90 à un niveau de signification à 0.003 ; par contre il n'existe pas de différence dans les autres dimensions de la variante CHIP.

Pour déterminer la signification de cette différence et au profit de quelle tranche d'âge de l'atteinte de la maladie, nous avons utilisé le LSD selon le tableau suivant :

Tableau (37) démontrant la comparaison dimensionnelle (LSD) de la dimension palliative du test CHIP

Groupe	Plus de 11 ans N= 110	De 06 à 10 ans N= 61	De 01 à 05ans N=84
De 01 à 05ans M=64.02	0.171* Sig à 0.01		--
De 06 à 10 ans M=63.69		--	
Plus de 11 ans M=64.49	--		

Nous pouvons constater à travers les résultats du tableau (37) qu'il existe bien une différence dans l'utilisation de cette dimension entre deux groupe d'âge celui de 01 à 05 ans au profit du de la strate d'âge de plus de 11 ans avec une moyenne de 64.49.

Tableau (38) démontrant la valeur (T) dans la différence de l'âge avec la variable Projet de vie

Variables	16-18 ans N = 136		19-21 ans N = 119		Valeur(T)	Niveau de signification
	M	E	M	E		
Dimension vécu psychosocial	2.90	0.45	3.06	0.42	3.02	Sig à 0.003
Dimension projet personnel	2.99	0.42	2.87	0.38	2.31	Sig à 0.02
Dimension projet formation/professionnel	3.25	0.35	3.21	0.37	0.32	Non significiant
Projet de vie	9.15	0.70	9.16	0.80	0.96	Non significiant

Nous pouvons constater à travers les moyennes du tableau (38) qu'il existe des différences entre les deux groupes d'âges notamment dans la dimension vécu psychosocial au profit du groupe 19-21 ans avec une valeur (T)= 3.02 à un niveau de signification de 0.003 et une moyenne de 3.06 ; il existe aussi une différence dans la dimension projet personnel au profit du groupe d'âge 16-19 ans avec une valeur (T)=2.31 à un niveau de signification 0.02 et une moyenne de 2.99. En conclusion ; Il n'existe aucune différence entre les groupes d'âges et la dimension projet formation/ professionnel et de la variable Projet de vie.

Tableau (39) démontrant l'analyse de variance à un facteur (F) pour vérifier la différence de l'âge de l'atteinte de la maladie avec la variable Projet de vie :

Variables	Variance	Ddl	Sommes des carrés	Moyenne des carrés	Valeur (F)	Signification
Dimension vécu psychosocial	Inter groupe	2	0.094	0.047	0.235	Non significiant
	Intra groupe	252	50.517	0.200		
	Total	254	50.611			
Dimension projet personnel	Inter groupe	2	0.301	0.150	0.897	Non significiant
	Intra groupe	252	42.245	0.168		
	Total	254	42.545			
Dimension projet formation/ professionnel	Inter groupe	2	0.180	0.090	0.681	Non significiant
	Intra groupe	252	33.241	0.132		
	Total	254	33.421			

Nous pouvons constater des résultats de la variance à facteur unique obtenus au tableau (39) qu'il n'existe aucune différence statistique entre la strate d'âge de l'atteinte de la maladie et les dimensions de l'échelle Projet de vie.

8-5 Différence entre variables CHIP et « l'échelle Projet de vie » en fonction de la situation familiale :

Tableau (40) démontrant la valeur (T) entre groupe adolescents célibataires et le groupe adolescents mariés avec la variable CHIP

Variantes	Célibataires N= 188		Mariés N = 67		Valeur T	Sig
	M	E	M	E		
Palliatif	3.84	0.45	3.59	0.46	3.82	Sig à 0.05
Instrumental	4.17	0.57	3.86	0.67	3.57	Sig à 0.05
Distraction	2.57	0.50	2.57	0.47	0.06	Non significiant
Centré sur l'émotion	3.13	0.66	3.37	0.66	2.54	Sig à 0.01
CHIP	13.72	1.43	13.41	1.38	1.57	Non significiant

Nous pouvons constater à travers le tableau (40) qu'il existe des différences concernant la situation familiale des adolescents atteints de diabète avec la variante CHIP au niveau des dimensions suivantes :

Pour la dimension palliatif la valeur (T) =3.82 à un niveau de signification 0.05 au profit des sujets célibataires avec une moyenne de 3.84

Pour la dimension instrumental la valeur (T)=3.57 à un niveau de signification 0.05 au profit des sujets célibataires avec une moyenne de 4.17

Pour la dimension centré sur l'émotion la valeur (T)= 3.13 à un niveau de signification 0.01 au profit des sujets mariés avec une moyenne de 3.37.

Pour la dimension distraction nous pouvons observer qu'il n'existe aucune différence entre les deux groupes.

Tableau (41) démontrant la valeur (T) entre groupe adolescents célibataires et groupe adolescents mariés avec la variable Projet de vie

Variables	Célibataires N= 188		Mariés N = 67		Valeur (T)	Niveau de signification
	M	E	M	E		
Dimension vécu psychosocial	2.95	0.45	3.04	0.41	1.47	Non significiant
Dimension projet personnel	2.95	0.41	2.90	0.38	0.80	Non significiant
Dimension projet formation/professionnel	3.25	0.33	3.18	0.42	1.39	Non significiant
Projet de vie	9.16	0.74	9.13	0.83	0.23	Non significiant

Nous pouvons constater à travers les résultats du tableau (41) qu'il n'existe aucune différence significative entre la situation familiale des adolescents atteints de diabète et la variable projet de vie.

8-6 Différence entre variables CHIP et « l'échelle Projet de vie » en fonction du niveau scolaire :

Tableau (42) démontrant la différence dans l'utilisation des stratégies CHIP et projet de vie en fonction du niveau scolaire des adolescents atteints de diabète

Variables	Variance	Ddl	Sommes des carrés	Moyenne des carrés	Valeur (F)	Signification
Palliative	Inter groupe	2	18.607	6.202	0.788	Non significiant
	Intra groupe	252	1976.389	7.874		
	Total	254	1994.996			
Instrumental	Inter groupe	2	78.547	26.182	1.930	Non significiant
	Intra groupe	252	3404.489	13.564		
	Total	254	3483.035			
Distraction	Inter groupe	2	98.192	32.731	2.748	Signifiant à 0.04
	Intra groupe	252	2989.667	11.911		
	Total	254	3087.859			
Centré sur l'émotion	Inter groupe	2	84.239	28.080	1.261	Non significiant
	Intra groupe	252	5587.345	22.260		
	Total	254	5671.584			

Nous pouvons constater à travers l'analyse de variance à un facteur au tableau (42) qu'il existe une différence statistique dans la dimension distraction du test CHIP avec une valeur (F) 2.74 à un niveau de signification à 0.04 ; par contre il n'existe pas de différence dans les autres dimensions de la variante CHIP.

Pour déterminer la signification de cette différence et au profit de quel niveau scolaire, nous avons utilisé le LSD selon le tableau suivant :

Tableau (43) démontrant la comparaison dimensionnelle (LSD) de la dimension distraction du test CHIP

Groupe	Primaire N= 14	Moyen N= 63	Secondaire N=101	Universitaire N= 77
universitaire M=18.70	2.05* Sig à 0.04	1.41* Sig à 0.01		--
Secondaire M=18.16			--	
Moyen M=17.29		--		
Primaire M=16.64	--			

Nous pouvons constater à travers les résultats du tableau (43) qu'il existe bien une différence entre le niveau scolaire moyen et le niveau scolaire primaire, l'utilisation de la stratégie distraction est confirmée au profit du groupe des universitaires avec une moyenne de 18.70, suivi par le groupe des secondaires avec une moyenne de 18.16.

Chapitre IX : LES ETUDES DE CAS

L'approche qualitative de l'enquête se base sur l'étude clinique de six cas représentatifs d'adolescents insulino-dépendants constitués de trois (03) jeunes filles et trois (03) jeunes garçons : Houari (20 ans) ; Boualem (19 ans) ; Ahmed (16 ans) ; Amina (20 ans) ; Naima (18 ans) ; Sarah (16 ans). Les cas ont été sélectionnés à partir du point de vue du chercheur et en fonction de l'hétérogénéité des caractéristiques dispositionnelles et situationnelles de ces cas qui ont composé la richesse des éléments d'analyses.

9-1 Le cas Amina « La battante » :

Présentation du cas :

Amina est une jeune de taille moyenne, dynamique, très coquette, bavarde et d'un grand humour. Elle est célibataire et réside à Relizane. C'est une élève très brillante dans son lycée elle vient d'obtenir son bac et actuellement elle termine ses études à l'université, institut de droit. Elle est la quatrième d'une fratrie constituée de sept enfants (quatre garçons et trois filles), c'est la seule dans la famille qui est atteinte de la maladie du diabète. Elle est issue d'un milieu socio économique assez aisé le père est commerçant, sa mère n'est pas d'un grand niveau d'instruction, cependant c'est une femme au foyer entièrement dévouée à l'éducation de ses enfants.

C'est à l'âge de 09 ans qu'Amina a commencé à présenter les premiers signes de la maladie : perte de poids avec une immense fatigue. Personne ne doutait qu'Amina avait un problème de santé, jusqu'au jour où elle perd connaissance chez elle, ce qui a obligé ses parents à l'évacuer vers le service d'urgence de l'hôpital de Relizane, où elle séjourne pendant 15 jours. Pendant cette période sa mère est restée auprès d'elle, c'était au mois de juillet période d'une grande chaleur. Le diagnostic (DID) est tombé comme une sentence pour Amina et ses parents, toute la famille était sous le choc, désormais Amina est sous insuline à raison de trois injections par jour.

Représentation de la maladie et son vécu :

L'hospitalisation, l'enfermement et les piqûres constituent pour Amina une période très difficile qu'elle a du surmonter. Après sa sortie de l'hôpital, Amina n'arrivait toujours pas à s'adapter aux prescriptions médicales et au régime alimentaire. Les occupations professionnelles du père l'ont empêché de se déplacer avec Amina vers la clinique St Michel à Oran pour bénéficier des séances d'éducation thérapeutiques. C'est parmi les motifs qu'invoque Amina pour justifier son indiscipline et sans insouciance à respecter les orientations des médecins. Il suffit qu'elle échappe à la surveillance de sa mère pour devenir une boulimique qui engloutit tout ce qu'elle trouve, c'est la raison pour laquelle elle faisait souvent des hyperglycémies qui nécessitaient son hospitalisation.

Amina qui était d'habitude une petite fille adorable et gentille a changé après sa maladie, surtout depuis qu'elle est admise au moyen. Elle commençait à présenter des comportements de rébellion non seulement contre son traitement et son régime alimentaire, mais aussi contre ses parents et ses frères. Elle se disputait fréquemment avec eux et finissait par piquer des crises de colères et de larmes, parfois elle s'isole et ne parle à personne pendant plusieurs jours. Constatant les difficultés d'Amina, on a conseillé à son père (qui se souciait beaucoup de son état) de la faire consulter chez le psychologue de la Maison des diabétiques pour l'aider à surmonter ses problèmes. La prise en charge psychologique a porté ses fruits. Elle se présente régulièrement à l'équipe de la Maison des diabétiques, les comportements d'Amina se sont améliorés. Elle se conforme aux recommandations médicales, elle a retrouvé sa joie de vivre et ses hospitalisations pour hyperglycémie ont diminué.

Les stratégies de coping :

Malgré son jeune âge Amina avoue que l'annonce du diagnostic l'avait marqué : «... *Quand j'ai appris ma maladie je me suis énervé, mais maintenant ça va et je pense beaucoup à mon avenir* », mais actuellement tout va bien, elle considère que « *Le diabète est une maladie normale...* ». Sa représentation et ses réactions face à la maladie se sont modifiées avec le temps, elle contrôle beaucoup plus facilement sa glycémie surtout après avoir expérimenté les dépassements et les limites : « *..J'ai compris que ce n'est pas en m'énervant qu'elle augmente, c'est uniquement en mangeant de tout (surtout les friandises)* ». Ce qui semble agacer et énerver le plus Amina, c'est la réaction des autres quand ils apprennent sa maladie, « *j'ai horreur d'entendre les gens me dire Meskina (la pauvre), ce qui me fait encore plus horreur c'est quand on est invité chez des gens et que ma mère me dit devant eux ne*

mange pas ça ou ça ce n'est pas bon pour toi, alors tout le monde fini par savoir que j'ai le diabète ».

Ces derniers temps, les choses semblent rentrer pour elle dans l'ordre, sauf en ce qui concerne sa relation avec ses parents, elle affirme que : *« mes parents ne me traitent pas comme mes deux sœurs, on m'étouffe, on me surveille trop surtout ma mère, elle n'arrête pas de me crier après, elle n'est pas complice avec moi, je voudrai qu'elle le soit... »*. Elle considère que son problème n'est pas avec la maladie mais uniquement avec ses parents : *« le diabète ne me gêne pas trop, il n'a pas vraiment perturbé ma vie, ...c'est ma relation avec ma famille qui est à problème, j'ai vraiment envie qu'ils me comprennent...»*.

Amina va jusqu'à être persuadée que sa relation avec ses parents serait différente si elle n'était pas malade *« Si je n'avais pas le diabète je suis sure que mes parents se comporteraient normalement avec moi comme avec mes deux sœurs, on me surveille beaucoup et cela me fait vraiment mal.. »*. Par contre, il est important de constater qu'Amina a de très bonnes relations avec ses enseignants et ses ami(e)s au lycée. Quand elle a des problèmes ou ne se sens pas bien, elle recherche la compagnie d'une personne en particulier, elle avoue *« pour me remonter le moral je vois ou je parle au téléphone à une personne (faisant allusion à un garçon) je me sens beaucoup mieux après.. »*

Les projets de vie :

Malgré les difficultés relationnelles d'Amina avec ses parents, sa maladie ne semble pas affecter ses projets. Elle est d'un grand optimisme et d'une forte motivation concernant son avenir : *« mon rêve était d'obtenir le bac dieu merci je l'ai ; je voulais terminer mes études à Oran pour m'éloigner de la maison... je voulais être médecin diabétologue malheureusement ma moyenne ne m'a pas permis ... j'ai pris le dernier choix celui de faire avocate, c'est le destin (Mektoub)... je vais faire de mon mieux pour réussir.. »*. Elle considère que le diabète n'a pas touché à ses rêves, elle compte se marier avec un bon parti et avoir des enfants *« Si j'ai des enfants, je les comprendrai, je ne ferai pas comme me font mes parents »*

Discussion :

Les stratégies de coping utilisées :

Amina se caractérise par l'hyperactivité, de l'impatience et de l'agressivité, une tendance à la compétitivité avec désir de réussite et de reconnaissance sociale, recherche à contrôler sa vie et une forte estime de soi. Elle présente un style cognitif et comportemental de type A (Friedman, 1974). Elle a présenté à l'annonce de la maladie des stratégies de coping centrées sur l'émotion (indiscipline, les crises de colère et de pleurs) qui se sont progressivement modifiées grâce à la prise en charge dont elle a bénéficié à la Maison des diabétiques. Cette prise en charge lui a permis d'acquérir un bien-être et une affectivité positive (qui se traduit par ses réponses ayant un contenu émotionnel agréable, enthousiasme et activité). Cela est confirmé par son recours à des stratégies centré sur le problème qui est la stratégie instrumentale (avec un score de 26 dans cette dimension au test CHIP). C'est une stratégie active qui consiste à rechercher des informations sur la maladie et le traitement ce qui lui a permis de parvenir à l'observance thérapeutique et un bon style d'interaction avec l'environnement.

Ses processus d'évaluation cognitive primaire ont progressivement guidé le choix de ses stratégies de coping après avoir diminué l'intensité du stress perçu par la maladie. Elle se caractérise actuellement, par sa tendance à l'utilisation de la stratégie instrumentale en premier lieu et de la stratégie distractive en second lieu (avec un score de 24 dans cette dimension au test CHIP). Cette stratégie s'exprime à travers son humour dans différentes situations ce qui démontre aussi un évitement cognitivo-émotionnel chez elle. La stratégie instrumentale est à l'origine de la bonne observance ou compliance thérapeutique d'Amina, qui est tributaire de la qualité de la prise en charge psychologique et du soutien social dont elle a bénéficié (soutien des amis au lycée et de l'équipe soignante de la maison des diabétiques de la wilaya de Relizane).

L'évaluation et la perception du soutien familial pose un réel problème pour Amina. Ses relations avec ses parents sont contradictoires elle les perçoit d'abord comme hyper protecteurs qui « étouffent », freinent ses envies, ses activités et sa liberté. Ensuite, elle voudrait qu'ils la comprennent et qu'ils se rapprochent d'elle. Cette révolte contre l'autorité parentale n'est qu'une forme d'expression de la crise identitaire au sens d'Erikson.

L'orientation du projet de vie :

Amina démontre aussi une auto-efficacité perçue (Bandura, 1988) qui lui permet de croire à ses capacités pour mobiliser ses ressources pour réussir certaines tâches, entre autre se concentrer pour réussir ses études et obtenir un travail valorisant qui reflète aussi son estime de soi à travers son choix de la profession. Ses projets d'avenir sont imprégnés d'une grande positivité, d'optimisme et clairement énoncés (un score de 51 dans la dimension projet formation/ professionnel de l'échelle du projet de vie, un score de 23 dans la dimension projet personnel de l'échelle) et mettent en évidence une grande motivation et compétitivité (en surmontant son échec au bac et son désir à vouloir rester la meilleure). Son choix de la profession (soit médecin diabétologue ou avocate), ainsi que son désir de trouver un conjoint et fonder une famille sont très valorisant pour son estime de soi et reflète aussi sa recherche de reconnaissance sociale. Cependant le score de 40 qu'elle a obtenu dans la dimension vécu psychosociale reflète ses difficultés relationnelles notamment avec ses parents qu'elle tente de contourner (je voulais terminer mes études à Oran pour m'éloigner de la maison), confirmant ainsi son accès au cinquième stade de l'adolescence selon Erikson (1968) qui est caractérisé par les perturbations familiales.

Amina présente un style cognitif et affectif global d'optimisme ou « optimisme dispositionnel » avec humour (Scheir et Carver, 1992) qui est une véritable tendance généralisée à anticiper une issue favorable aux évènements et à avoir une perception positive de soi et du monde. Ce style prédit une bonne santé physique et émotionnelle, il est associé à des comportements sains et amortit l'impact des évènements aversifs (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001, p13).

Pour Erikson (1968), le jeune qui réussit à se trouver, à se situer une trajectoire dans un projet qui lui est propre sort vainqueur du combat de la phase de l'adolescence. Nous pouvons confirmer qu'Amina possède ses caractéristiques. D'un autre côté son type de personnalité contribue à sa robustesse et à la clarification de ses plans d'avenir ce qui lui permet de se fixer des buts et de mobiliser la motivation nécessaire pour les réaliser. On peut dire que Amina correspond à cette description.

9-2 Le cas Boualem « Le soumis »

Présentation du cas :

Boualem est un jeune, de taille moyenne, timide, calme et d'une très bonne éducation. Résidant à Relizane, il poursuit ses études en première année faculté des lettres arabes à l'université de Mostaganem. Il est le benjamin d'une fratrie constituée de six enfants (cinq garçons et une fille) et c'est le seul qui est atteint de la maladie du diabète. Boualem a perdu son père (qui était commerçant) et son frère cadet dans un accident de voiture à l'âge de dix ans, après avoir terminé la construction de leur maison, depuis c'est le frère aîné qui est un officier de police qui prend en charge toute la famille.

La mère de Boualem est devenue diabétique durant sa première grossesse, elle a plusieurs membres de sa famille qui sont diabétiques. C'est sa mère qui a commencé à remarquer les symptômes de Boualem juste après le tragique accident : il commençait à maigrir, se plaignait tout le temps de fatigue et buvait beaucoup d'eau et urinait sans cesse. Un jour en rentrant de l'école étourdi et fatigué, sa mère a procédé au contrôle de la glycémie de Boualem comme elle avait l'habitude de le faire pour elle-même ; à son grand étonnement son appareil lui indique 4g ; c'est ainsi que Boualem a été évacué en urgence et hospitalisé durant quatre jours à l'hôpital de Relizane dès confirmation du diagnostic du diabète insulino-dépendant (DID). Il est soumis à deux injections d'insuline par jour.

A sa sortie de l'hôpital, il est orienté vers la clinique St Michel à Oran. Il est accompagné par son grand frère et assistent à une seule séance d'éducation thérapeutique, convaincus de l'inutilité de leur déplacement en raison de leur savoir déjà acquis sur la maladie du diabète. Contrôler sa glycémie et les gestes à entreprendre en cas de problème sont des notions courantes dans la famille.

Représentation de la maladie et son vécu :

Le premier séjour à l'hôpital de Relizane est pour Boualem un événement très marquant, comme il venait tout juste de perdre son père et son frère l'hospitalisation et le contact des malades lui faisaient très peur, il ne pouvait ni manger ni dormir et pleurait toute la journée malgré la présence de sa mère et de son grand frère. Quand le médecin a donné son accord pour la sortie de Boualem, ce dernier a ressenti un grand soulagement et son état s'est amélioré. Il est très difficile pour lui d'exprimer sa douleur et ce qu'il a ressenti à la mort de son père et durant son hospitalisation « *c'est du passé, il faut oublier c'est mieux* ». La maladie du diabète ne semblait pas l'inquiéter bien au contraire, pour lui « *Le diabète est une chose*

normale, nous avons l'habitude dans la famille, ma mère est diabétique, mon oncle paternelle et ma grand-mère maternelle, donc on n'a pas de problème avec lui.. ». Cependant, il se plaint d'une certaine difficulté à gérer son problème de santé ces dernières années : « J'arrivait à contrôler ma glycémie et je savais ce qu'il fallait faire en cas de problème.. ; depuis trois ans j'ai quelques difficultés, je ne peux me priver de manger des pâtisseries et des hamburgers avec coca-cola surtout quand je suis avec mes amis ; je pratiquai du football mais cela perturbait mon équilibre glycémique, alors ma mère m'a interdit de le pratiquer et m'a obligé à l'accompagner à la maison des diabétiques de Relizane pour trouver une solution à mon problème avec l'équipe médical. Finalement, ça va mieux dès que je sens cette folle envie de manger ce qui est interdit, ou de faire certaines activités alors je vais voir la nutritionniste qui me donne d'excellents conseils pour résister à la tentation ou comment brûler le surplus »

Les stratégies de coping :

L'avantage pour Boualem est que les membres de sa famille ont été tous impliqués dans sa prise en charge, il confirme qu'« on me gâte à la maison et on me donne tout ce que je veux, c'est parce que je suis le plus gentil à la maison, et en plus je ne leur cause aucun problème ». En dehors de sa famille, il bénéficie aussi de la considération de ses amis « mes amis à l'école et à ce jour en sachant que je suis malade, sont tous gentils avec moi et ils évitent de m'énerver, par contre quelques uns de mes enseignants (les méchants surtout) qui considéraient que j'étais un élève médiocre n'ont pas été très compréhensifs, parfois ils m'infligeaient des punitions parce que je ne dis rien ; heureusement ma mère m'encourageait tout le temps à travailler pour réussir ». C'est grâce à sa mère que Boualem a réussi à passer ses différents examens pour accéder à l'université, il la considère aussi comme principal support et refuge en cas de difficultés, il était catégorique en disant « Quand j'ai des problèmes j'en parle à ma mère..rarement à un ami », « Quand je m'énerve, je dors ou je joue au football ça me calme ».

Les projets de vie :

Boualem avait l'ambition de devenir footballeur ou de faire carrière dans la police comme son grand frère, il sait maintenant que son dossier médical est un obstacle à ses rêves. Actuellement, il espère sans grande motivation terminer ses études et devenir un enseignant pour faire plaisir à sa mère. Cependant, Boualem ne présente aucune disposition à fonder une famille, selon lui « j'ai peur d'avoir une grande responsabilité comme être le chef de famille, je ne sais pas, je suis encore jeune.. », il a beaucoup de mal à s'imaginer dans le rôle de père.

Discussion :

Les stratégies de coping utilisées :

Boualem est un jeune caractérisé par son calme, sa timidité, sa coopération, manque d'ambition, ne s'affirme pas et n'exprime pas ses émotions, il présente un style cognitif et comportemental de type C (Temoshok, 1987).

C'est un sujet répresser qui n'exprime pas sa détresse et ne peut ventiler ses émotions car il évite toujours de parler des évènements marquants (comme le deuil ou l'hospitalisation) ; il évite aussi les confrontations avec les amis sous prétexte qu'il est malade ; c'est le plus gentil à la maison parce qu'il ne cause aucun problème (n'exprime ni hostilité ni colère). En réalité il semble présentait une « façade » agréable à la recherche de désirabilité sociale, ce qui indique qu'il n'est pas aussi bien ajusté qu'on pourrait le croire mais présente une attitude défensive constante.

Le diagnostic à l'âge de dix ans et les antécédents familiaux avec la maladie du diabète ont permis à Boualem d'avoir une représentation « normale » de la maladie ce qui a eu pour effet d'amoindrir le stress perçu, cela lui a permis l'acceptation, la tolérance et le contrôle de la maladie. Ses processus d'évaluation cognitive primaire ont guidé le choix de ses stratégies de coping centré sur le problème, il se caractérise par sa tendance à l'utilisation de la stratégie instrumentale (avec un score de 30 au test CHIP) qui se traduit par sa recherche de participation aux soins avec effort de contrôler sa glycémie ; et la stratégie distractive (avec un score de 25 au test CHIP) qui se traduit par sa préférence à faire du football en cas de problèmes ce qui démontre aussi un évitement cognitivo-émotionnel chez le sujet. La stratégie instrumentale est à l'origine de la bonne observance ou compliance thérapeutique de Boualem, qui est notamment lié à la qualité du soutien social dont il a bénéficié (soutien de la mère et des membres de la famille) et de l'équipe soignante de la maison des diabétiques de la wilaya de Relizane. Pour ce qui est de la stratégie distractive elle est relation avec son style cognitif et comportemental de type C qui caractérise chez le sujet répresser (qui n'exprime pas la détresse et l'affectivité négative). Si Boualem est appelé à confronter différentes situations stressantes, ses attitudes défensives peuvent s'effondrer : son affectivité négative peut déborder et l'impuissance-désespoir jusque là sous-jacente peut alors le submerger. L'impuissance-désespoir est une stratégie nocive associé à une évolution défavorable de la maladie (Bruchon-Schweitzer et al, 1998).

L'orientation du projet de vie :

On remarque aussi une absence de rêves, de désirs ou d'aspirations pour l'avenir, ainsi qu'un manque de motivation avec sentiment d'impuissance chez Boualem (confirmé par son score de 43 dans la dimension vécu psychosocial de l'échelle du Projet de vie), qui est bien traduit par sa remarque « je veux être policier comme mon frère mais je ne peux pas avec ma maladie », ces caractéristiques sont en relation avec son style cognitif et comportemental de type C, qui s'est infléchi même sur ses projets d'avenir notamment sur son projet personnel (avec un score de 16 dans la dimension projet personnel de l'échelle du Projet de vie) : peur de fonder une famille, peur du rôle du chef de famille qui indique aussi sa peur de la perspective de devenir adulte. Même son projet professionnel n'est pas clairement défini (bien qu'il a obtenu un score de 46 dans la dimension projet formation et professionnelle de l'échelle du Projet de vie). Cependant, il se sent obligé de terminer ses études pour devenir enseignant pour faire juste plaisir à sa mère, ce qui traduit uniquement une recherche de désirabilité sociale. Il évite de penser à son avenir, ne fait aucun effort pour la construction d'un projet propre à lui, le futur n'est pas suffisamment investi ce qui indique l'absence « des mécanismes de désengagement et d'appropriation du projet » chez Boualem (Riard, 2007).

En considérant le score obtenu par Boualem dans la dimension vécu psychosociale de « l'échelle projet de vie », nous pouvons confirmer que le sujet est toujours otage des identifications de l'enfance et reste fixé dans son vécu actuelle de maladie et n'est pas encore en mesure d'accéder au stade de la crise identitaire (Erikson, 1968 et Marcia, 1980) son style cognitif et comportemental de type C empêcherait les processus d'exploration et d'engagement nécessaire à la construction identitaire. Ce qui expliquerait son orientation vers l'élaboration d'un projet professionnel au détriment du projet personnel.

9-3 Le cas Naima « La naufragée » :

Présentation du cas :

Naima est une jeune maigre de petite taille, timide, gentille et peu bavarde. Célibataire, elle vit avec sa mère dans la maison familiale avec ses oncles maternels à Relizane. Elle vient d'arrêter ses études après son échec à l'examen du bac. Elle est l'enfant unique de l'union de ses parents et parmi tous les membres de sa famille elle est la seule qui est atteinte de la maladie du diabète.

Le père de Naima était maçon, sa mère analphabète était une femme au foyer. Ses parents vivaient dans la maison des grands-parents paternels, ils ne s'entendaient pas et se disputaient beaucoup, parfois son père battait sa mère. Sa grand-mère a pris la décision de séparer ses parents, elle congédia sa mère et remaria son fils, Naima avait à l'époque sept ans. Depuis que son père a une nouvelle famille, il a coupé sa relation avec sa fille et lui envoie sa pension alimentaire par poste. Après le divorce, Naima et sa mère ont connu beaucoup de problèmes. Naima a dû changer d'école et oblige de vivre avec ses cousins. Sa mère en revenant à la maison familiale a subi les affres de ses frères qui n'acceptaient pas sa nouvelle situation. Les conditions économiques de sa famille n'arrangeaient pas les choses, il devenait difficile de subvenir à ses besoins et à ceux de sa fille c'est pourquoi il lui fallait trouver un travail. Finalement, sa mère a réussi à trouver un emploi en tant que femme de ménage dans une usine privée de produits détergent. Depuis qu'elle contribue dans les dépenses de la maison familiale, sa relation avec ses frères s'est améliorée.

Naima est très attachée à sa mère et se plie à ses instructions, elle craint ses oncles et ne réclame jamais même si elle est dans le besoin. La mère de Naima considère que sa fille est la mieux élevée parmi les enfants de toute la maison, car elle est tyrannisée par les cousins et cousines et pourtant elle ne leur répond jamais.

Il y a moins de six mois, Naima vivait « une vie normale » comme tout le monde, c'est à la suite de son échec au bac que sa vie a complètement changé. Elle était choquée, elle s'est enfermée dans l'unique pièce que possédait sa mère pour pleurer. Sa mère furieuse ne lui a pas adressé la parole pendant plusieurs jours, et c'est ce qui a contribué à compliquer son état. Naima complètement effondrée perd le goût à tout, elle s'isole, ne mange plus et maigrit. Se sentant fatiguée, elle restait allongée toute la journée sans rien faire. S'inquiétant de l'état de sa fille, sa mère décide de lui changer les idées et lui propose de l'accompagner à la cérémonie de mariage d'une voisine. Au début Naima a refusé car elle ne se sentait pas bien, mais sa

mère insiste et l'oblige à sortir. Dès qu'elle a mis les pieds dehors, Naima est prise d'un malaise et perd connaissance dans la rue. Affolée, sa mère arrête un taxi et l'emmène à l'hôpital. Elle est admise pendant une semaine pour subir plusieurs examens et analyses. Le diagnostic est confirmé, elle est diabétique et doit prendre deux injections d'insulines par jour.

Représentation de la maladie et son vécu :

Naima évite de parler de son hospitalisation, elle dit qu'elle se souviendra toute sa vie du moment de l'annonce : « *Quand j'ai su que j'ai le diabète avec insuline, j'ai compris que ma vie est finie (Hayati Rahet), j'ai échoué au bac et j'ai le diabète je n'ai plus de vie...* ». Naima est complètement bouleversée, ses préoccupations ont changé avec la survenue de sa maladie, elle est devenue amère, « *Je ne me sens pas comme les autres filles, je crois que je ne deviendrais jamais comme avant* ». Remarquant ses difficultés à accepter la maladie et à contrôler sa glycémie, elle est orientée avec sa mère vers l'équipe soignante de la Maison des diabétiques de Relizane pour une éventuelle prise en charge. Naima se plaint de son état avec passivité « *..Je suis tout le temps fatigué, j'ai tout le temps soif et je ne suis plus à l'aise comme avant.... Je n'arrive pas à contrôler ma glycémie, je ne sais pas quoi faire...* » ; « *mes oncles m'ont conseillé de rester à la maison car je risque de m'évanouir à tout moment dans la rue, ils ont raison parce que c'est vrai* »

Les stratégies de coping :

Naima se caractérise par sa tendance à l'isolement, qui s'est accentué depuis qu'elle a échoué au bac. Elle préfère en cas de problème s'enfermer dans sa chambre et pleurer et éviter de parler aux autres. Regarder la télévision semble être un refuge pour elle. En dehors de sa mère elle n'a personne à qui se confier.

Complètement déprimée, elle considère aussi que sa maladie l'empêche d'avoir des contacts avec les autres « *ma maladie me prive des relations avec les autres, surtout quand je fais des hypo, on a peur de moi, alors je préfère éviter tout le monde c'est mieux comme ça..* ».

Les projets de vie :

Naima est plongé dans un état de désespoir « *Je n'ai pas de chance, ma vie est gâchée* », elle semble avoir perdu la capacité à faire des rêves, d'autant plus que ses rêves sont liés à ceux de sa mère. La mère de Naima avait de grands espoirs concernant l'avenir de sa fille, elle ne cessait de lui répéter qu'il fallait réussir dans ses études si elle souhaitait avoir « *une belle vie* », et ne pas être condamnée comme sa mère à vivre sous la merci de ses frères et à faire le ménage toute sa vie pour ne pas tendre la main. Mais depuis sa maladie, tous les rêves de

Naima (ainsi que ceux de sa mère) semblent s'être envolés. Même on projet personnel est complètement transcendé par cet évènement : « *avec mon diabète personne ne voudra se marier avec moi* ».

Discussion :

Les stratégies de coping utilisées :

Naima est une jeune calme, réservée et introvertie et indique aussi une absence d'ambition. Elle affiche un état de malaise anxieux (anxiété-état) caractérisé par des pensées centrées sur des thèmes désagréables (fin de la vie), perte d'intérêt, d'entrain et d'énergie, avec une affectivité négative (détresse et tristesse) qui est un indicateur global de détresse psychologique. Elle présente un style cognitif et comportemental de type C (Temoshok, 1987) et un état d'inhibition (confirmé par le manque de production des réponses aux tests) ou un retrait apathique qui est une réponse aux conflits et au stress par un repli sur soi et une restriction des activités extérieures.

C'est un sujet répressur (la plus gentille à la maison) qui évite les confrontations avec les cousins et cousines, ce qui indique qu'elle est à la recherche de désirabilité sociale et présente une attitude défensive constante. Elle se trouve dans des stratégies centrées sur l'émotion confirmée par le score élevé (score de 31) dans cette dimension au test CHIP. L'attitude défensive de Naima s'est effondré dès l'annonce de la maladie. Ces processus d'évaluations cognitives primaires indiquent que le stress perçu et l'incontrôlabilité de la situation ont généré son état anxieux avec détresse émotionnelle. Cependant son score dans la stratégie palliative (score 24) démontre que Naima présente une tendance à rechercher à atténuer les désagréments de sa situation, dans une tentative pour retrouver un certain équilibre.

La qualité du soutien social est perçu négativement par Naima, à cause des évènements qui ont caractérisés son histoire personnelle (divorce des ses parents, des oncles rigides et froids, absence de cohésion familiale, carence affective..). Tous ces éléments ont contribué à son immaturité affective qui s'exprime par son immense attachement à la mère avec absence de toute initiative ou engagement.

L'orientation du projet de vie :

La maladie du diabète est perçue comme un évènement aversif qui a généré un état d'inhibition et de détresse psychologique chez Naima l'empêchant de faire des rêves ou d'élaborer des projets avec un fort sentiment d'impuissance et de désespoir « *ma vie est fini* ». Cela est confirmé aussi par son score de 28 dans la dimension vécu psychosocial de l'échelle du projet de vie, qui indique qu'elle est fixée dans des stratégies centrées sur l'émotion, se concentrant uniquement sur les conséquences désastreuses de la maladie, ceci est en relation aussi avec son style cognitif et comportemental de type C.

Cependant, Naima présente un score de 25 dans la dimension formation/professionnel de l'échelle confirme son souci à vouloir terminer ses études et décrocher un travail qui était une priorité dans sa vie et celle de sa mère avant qu'elle ne tombe malade.

Son projet personnel est inexistant, ou mis de côté « *avec mon diabète personne ne voudra se marier avec moi* ». Elle a renoncé à toute tentative de construction d'un projet à elle sous l'influence de sa mère et de ses oncles (qui lui ont conseillé de rester à la maison). Nous pouvons aussi constater chez Naima que la perspective du futur n'est pas développée car elle ne comporte aucun plan ou projet avec absence de toute motivation. Le futur n'est pas suffisamment investi, ce qui indique l'absence « des mécanismes de désengagement et d'appropriation du projet » (Riard, 2007).

Sa dépression résulte de l'interaction de l'évènement stressant et des cognitions « erronées », dominé par les thèmes de perte, d'une vision négative de soi, du monde et de l'avenir. Conduisant Naima à des sentiments d'infériorité « *je me sens moins que les autres* », ainsi qu'à l'échec et au désespoir.

9-4 Le cas Houari « Le malchanceux » :

Présentation du cas :

Houari est jeune homme charmant de taille moyenne, d'un niveau scolaire moyen, actuellement chômeur et résidant à Relizane. Il est le benjamin d'une fratrie constituée de 12 enfants (sept filles et cinq garçons). Il était un enfant de plus pour une maman fatiguée par ses nombreuses grossesses, c'est pourquoi il a été élevé par ses deux grandes sœurs. Houari entretient des relations très affectueuses avec ces dernières, même après leur mariage il se déplace souvent chez elles. Tous ses frères et sœurs sont mariés, il est l'unique célibataire qui vit chez ses parents avec ses trois frères mariés. Il est le seul aussi dans la famille qui est atteint de la maladie du diabète.

Houari reconnaît qu'il était un enfant difficile, d'un tempérament coléreux et bagarreur, ce qui le rendait insupportable pour tous les membres de sa famille et lui causait beaucoup de punitions. Vivant des conditions socio économiques assez pénibles s'ajoutant à ses difficultés scolaires et à ses comportements agressifs (bagarres, cigarettes..), Houari a dû quitter les bancs de l'école pour travailler. Il est obligé de compter tôt sur lui-même pour se prendre en charge car la retraite du père est insuffisante. Il a essayé plusieurs petits métiers, sans réellement s'accrocher à aucun d'eux (serveur dans un café, gardien d'un parc auto et dernièrement vendeur de fruits et légumes). Il se présente souvent à la Maison des diabétiques pour bénéficier de l'appareil de mesure ou des bandelettes qui sont distribués gratuitement par l'association.

Sa maladie a été diagnostiquée depuis un an, en conséquence à un choc qu'il a subi : *« J'ai eu une bagarre avec des officiers de police quand ils ont voulu saisir ma marchandise (des fruits) que je vendais dans la rue. J'avais emprunté dix millions de centimes à mes sœurs pour mon commerce, je n'ai pas accepté qu'ils me prennent tout mon capital..., alors ils m'ont mis dans le fourgon, j'ai passé la journée entière au commissariat. Les membres de ma famille ont intervenu pour me libérer, mais j'ai tout perdu... »*. Juste après cet incident, Houari a commencé à perdre sa bonne santé, il est allé consulter le médecin de la polyclinique. Ce dernier lui a remis une lettre d'orientation vers l'hôpital sans aucune explication. Houari est admis à l'hôpital de Relizane pendant dix jours, on a découvert qu'il avait 5g de glycémie. Il est sous insuline à raison de trois injections par jour.

Représentation de la maladie et son vécu :

L'annonce de la maladie est un évènement dramatique pour Houari, il a des difficultés à décrire ce qu'il a réellement ressenti à ce moment là. Il considère que « c'est une maladie de vieux » et que « c'est un cauchemar, je n'arrive pas encore à accepter la maladie.. », il va jusqu'à la considérer comme une malédiction qui l'a choisi parmi tous les membres de sa famille « moi et pas un autre ».

Son rapport à l'insuline est difficile, il avoue que « trois injections d'insuline par jour c'est beaucoup pour moi ». Il a tenté d'arrêter son traitement pendant presque un mois c'est pourquoi il a été hospitalisé une seconde fois pendant une semaine. Le personnel soignant l'a fortement sermonné et lui a expliqué qu'il était en train de faire une tentative de suicide interdite par notre religion. C'est la raison pour laquelle il leur promet d'éviter de refaire cette erreur, depuis il essaye tant bien que mal de respecter son traitement, malgré une persistante envie de supprimer l'injection de midi. La raison qu'il invoque est que généralement il ne rentre pas chez lui au moment du repas, ce qui signifie que malgré tout ses efforts, les autres vont savoir qu'il est malade « *Je cache ma maladie aux autres, je ne veux pas qu'ils sachent sinon on dira bien fait pour toi (Yetchefou fia)* », convaincu qu'il ne bénéficiera jamais de leur compassion.

Les stratégies de coping :

Houari vit de grandes difficultés relationnelles avec ses frères et parfois avec son père, à cause de problèmes financiers ou bien à cause de ses réactions impulsives avec les personnes du voisinage ou des personnes étrangères. C'est pourquoi il est toujours dehors en compagnie de son seul ami d'enfance avec qui il partage tout. Il préfère passer la journée à se promener ou dans un café pour éviter les problèmes. Quand il s'agit de problèmes graves, il s'enfuit chez ses sœurs mariées à Oran ou à Adrar dans le sud pendant un ou deux mois le temps de se faire oublier.

Houari est un enfant qui a vécu dans l'indifférence. Ses relations familiales sont conflictuelles par moments et paisible dans d'autres. Il décrit son père et ses frères comme des tyrans qui le maltraitent, d'autres fois il les décrit comme des personnes aimantes et protectrices (exemple quand ils ont intervenu pour qu'il soit relâché). Lui aussi, il est parfois gentil et parfois méchant avec eux. Généralement, ils se parlent peu et leurs comportements n'ont pas changé, même après la découverte de sa maladie, c'est pourquoi il préfère s'éloigner et les éviter.

Les projets de vie :

Houari n'a pas beaucoup de rêves, il espère trouver un travail à Hassi-Messaoud parce qu'on gagne beaucoup d'argent là-bas. Sinon il exprime l'envie de travailler à son propre compte « *Je veux avoir un commerce bien à moi* », Houari parle aussi son projet de recherche d'autonomie qui ne peut se réaliser sans travail : « *Si j'ai les moyens, je partirai vivre loin de la maison car il ya trop de problèmes* »

Houari évite de parler de ses projets personnels, car il considère qu'il n'a ni les conditions nécessaires (pas de travail et pas de maison), ni l'envie donc pas la peine d'y réfléchir ou faire un tel projet.

Discussion :

Les stratégies de coping utilisées :

Houari est un jeune bagarreur, impulsif et agressif qui ne se laisse pas faire. Il a appris très tôt à compter sur lui-même. Il semble présenter un style cognitif et comportemental de type B avec alexithymie. Il se caractérise par l'absence de compétitivité et un faible engagement dans ses activités, avec une incapacité à exprimer ses émotions et le recours à l'action en cas de conflit. Son recours à l'évitement et à la fuite est dans le but d'adopter une certaine conformité sociale, il présente aussi une limitation de la vie imaginaire et une absence de créativité. Il se trouve dans des stratégies centrées sur l'émotion confirmée par le score de 31 obtenu dans cette dimension du test CHIP. Mais il présente quand même une tendance à se conformer au traitement avec un score de 21 dans la dimension instrumentale du test CHIP.

Ses processus d'évaluation cognitive primaire indiquent que le stress perçu dans lequel la maladie possède pour lui une représentation négative déclenchant en lui des sentiments de culpabilité et d'auto-accusation « maladie de vieux » « c'est une malédiction, pourquoi moi ? » et « je ne veux pas que les autres sachent, yetchefou fia ». Cette évaluation rend compte de sa perte de contrôle sur son corps qu'il cherche à retrouver et qui est à l'origine de son désir de supprimer l'injection d'insuline de midi.

Le mode relationnel qu'il présente envers ses proches démontre qu'il affiche un mécanisme défensif qui est le clivage, échouant à intégrer les aspects positifs et négatifs de soi et des autres dans des images cohérentes. Nous pouvons considérer qu'il est dans une sorte de clivage de ses états affectifs. Houari se rapproche des caractéristiques retrouvées dans le DSM IV : « Les images de soi et de l'objet tendent à alterner entre pôles opposés : être exclusivement aimant, puissant, respectable, protecteur ou bienveillant ou exclusivement mauvais, détestable, en colère, destructeur, rejetant et sans valeur » (DSM IV, p 757)

L'orientation du projet de vie :

La maladie ne semble pas vraiment affecter la vie de Houari, car sa vie est toujours la même « Kif, Kif, j'ai déjà une vie difficile le diabète est un problème de plus ». Son stress perçu ne concerne pas uniquement la maladie mais englobe tout un ensemble de tracasseries quotidiennes qu'il doit surmonter.

L'unique ambition de Houari, consiste à trouver un travail qui peut lui procurer une stabilité. C'est une recherche de « contrôle extrinsèque » (Warr, 1987) qui lui permet de croire que grâce à lui, il peut atteindre son objectif et éviter les événements désagréables. Il n'a pas de préférence pour un métier en particulier, il est motivé uniquement par le salaire, c'est pourquoi il espère soit travailler à Hassi-Messaoud ou avoir un commerce bien à lui. Cette motivation est bien réelle car elle a été confirmée par son score obtenu de 42 dans la dimension projet formation/ professionnel, suivi d'un score de 33 dans la dimension vécu psychosociale qui indique qu'il est fixé dans des stratégies centrées sur l'émotion, se concentrant sur la représentation de la maladie et du soutien social qu'il perçoit, ceci est en relation aussi avec son style cognitif et comportemental de type B. Son score de 20 dans la dimension projet personnel est faible, ce qui indique qu'il n'est pas fortement investi dans la recherche d'un partenaire ou à fonder une famille.

9-5 Le cas Ahmed « Le conformiste » :

Présentation du cas :

Ahmed est un jeune calme, poli, en surpoids et peu bavard. Il réside à Relizane et termine sa scolarité en dernière classe du cycle moyen. C'est le deuxième enfant d'une fratrie constituée de quatre enfants dont deux filles et deux garçons. L'aînée était une fille, sa naissance a procuré une grande joie à sa famille surtout pour son père qui l'attendait avec impatience. Il est le seul membre de la famille qui est atteint de la maladie du diabète. Ahmed est issu d'un bon milieu socio économique car ses deux parents sont des fonctionnaires et subviennent à tout les besoins de leurs enfants.

Le père d'Ahmed l'a entouré d'une grande attention et d'une grande affection. Il a passé une enfance tranquille sans incidents marquants, c'était l'enfant exemplaire dans la famille, il ne faisait rien sans demander l'avis de ses parents.

La maladie d'Ahmed est diagnostiquée à l'âge de neuf ans. Durant les vacances, alors que toute la famille profitait d'un séjour au bord de la plage, Ahmed était malade et se sentait fatigué. Son père l'emmène en consultation croyant qu'il avait pris un coup de soleil, le médecin demande à lui faire des analyses. Les résultats causent un choc aux parents, son père s'affole et panique beaucoup plus que sa mère. Le médecin oriente l'enfant vers l'hôpital de Relizane où il doit séjourner durant une semaine. Ses parents n'ont pas quitté son chevet, désormais Ahmed est sous insuline à raison de deux injections par jour. Depuis ce jour là, son père a fait beaucoup d'efforts pour apprendre d'avantage sur cette maladie et sur sa prise en charge. Ils se déplacent à la clinique St Michel à Oran, Ahmed et sa mère bénéficient des séances d'éducation pendant deux mois. Toute la famille est impliquée dans son traitement, son père a du faire appel à un infirmier pour apprendre à sa fille et à ses tantes comment prendre en charge sa maladie pour éviter l'hospitalisation de son fils. Au fil des années, tout le monde s'habitue à la maladie d'Ahmed et la vie reprend son cours normale. Durant une consultation routinière effectuée par les médecins de l'hygiène scolaire, en constatant son problème de santé et de surpoids, Ahmed est orienté vers la Maison des diabétiques pour être suivi par un diététicien. Il est à chaque visite accompagné par son père qui parle à sa place, Ahmed n'ouvre jamais la bouche sans son autorisation.

Représentation de la maladie et son vécu :

L'annonce de la maladie a causé un choc aux parents, Ahmed confirme qu'il n'a pas eu peur quand il était hospitalisé car ses parents étaient présents avec lui. Néanmoins, il se souvient de cette période où il a vu son père qui pleurait et sa mère qui était devenue muette. Ils ont arrêté de travailler temporairement pour s'occuper de lui. A l'époque, il ne comprenait pas vraiment le sens de cette maladie, par contre actuellement il considère que c'est « une maladie difficile, on ne doit pas manger des sucreries, et on doit faire attention car on peut devenir aveugle ».

Ahmed livre un grand combat avec son régime alimentaire, il avoue que « c'est difficile de maintenir le régime, j'ai envie de manger des gâteaux et les desserts et faire du vélo comme tout le monde, mais je sais que c'est l'hôpital qui m'attend si je cède... »

Depuis qu'il est malade c'est toute la famille qui le surveille, il n'a plus le droit de faire du vélo dehors, ne sors jamais seul et il doit avoir toujours quelqu'un avec lui.

A l'école tout le monde sait qu'il a le diabète, son père les a informés pour qu'il ne subisse aucun problème. Ses enseignants sont compréhensifs ils le laissent sortir quand il en a besoin. Il ne se plaint pas de ses camarades de classe, bien que ses résultats soient moyens, il considère que la vie à l'école est « normale, tout le monde est gentil avec moi ».

Une seule fois Ahmed durant sa présence à la Maison des diabétiques demande à nous parler en privé, il nous confie « mon père a trop peur pour moi, parfois il me fait peur quand il se met à me parler des conséquences de ma maladie, il faut lui parler pour qu'il arrête de voir que le mauvais côté ». C'était un grand moment de confiance pour Ahmed qui ne s'est jamais répété. Il considère que sa vie serait différente s'il n'était pas malade, « je n'aurai pas peur de manger tout ce que je veux ».

Les stratégies de coping :

La maladie ne semble pas avoir déstabilisé Ahmed, il paraît même qu'il a appris à vivre avec elle et ses privations. Ses parents sont son unique repère, d'ailleurs c'est à eux seuls qu'il se confie. Très attaché à son père, il n'a aucune initiative et se conforme à toutes ses instructions. Quand il se sent déprimé, il préfère dessiner ou écrire des poèmes pour se remonter le moral. N'ayant jamais vécu de grands problèmes dans sa vie, Ahmed n'a aucune idée des réactions qu'il pourrait avoir si c'était le cas.

Les projets de vie :

Ahmed présente une variété de rêves, à chaque rencontre il change de rêve. D'abord il exprime l'envie de ressembler à son oncle : « je veux être comme mon oncle et construire une belle maison sur la plage pour mes enfants ». Il nous parle quelques jours après d'un autre rêve : « j'ai envie de faire des voyages dans le monde entier, je veux voir les villes et les restaurants ». Un autre jour il arrive avec un autre rêve : « je rêve de devenir directeur d'une usine », une autre fois il change d'avis « je veux devenir directeur d'une école ». L'ensemble des rêves d'Ahmed concerne uniquement le domaine professionnel, il ne parle jamais de ses projets personnels compte tenu de son âge.

Discussion :

Les stratégies de coping utilisées :

Ahmed est un jeune calme, timide, immature, manque d'ambition, évite les confrontations, ne s'affirme pas et n'exprime pas ses émotions. Il présente un style cognitif et comportemental de type C (Termoshok, 1990).

C'est un sujet répressif qui n'exprime pas sa détresse et ne peut ventiler ses émotions car il évite toujours de parler des événements marquants (comme l'hospitalisation) ; c'est le plus gentil à la maison parce qu'il est docile et se conforme aux instructions de ses parents (n'exprime ni hostilité ni colère). En réalité il semble présentait une « façade » agréable à la recherche de désirabilité sociale, ce qui indique qu'il n'est pas aussi bien ajusté qu'on pourrait le croire mais présente une attitude défensive constante.

Ahmed se situe dans des stratégies centré sur l'émotion avec un score de 33 dans cette dimension du test CHIP malgré l'apparence qu'il donne à voir qu'il accepte la maladie, il est préoccupé par les conséquences de cette maladie. Il utilise le mécanisme défensif qui est le déni en refusant de reconnaître certains aspects douloureux de la réalité externe ou de l'expérience subjective, surtout en disant que le diabète est « une maladie difficile, on ne doit pas manger des sucreries, et on doit faire attention car on peut devenir aveugle ».

Ahmed s'est focalisé sur les émotions de ses parents au moment de l'annonce en faisant abstraction à ses propres émotions, ainsi la maladie est perçue comme « normale ». Ses processus d'évaluation cognitif primaire rendent compte que la minimisation du stress perçu

est une tentative de déni de la réalité externe pour éviter d'être perturbé ou de ne pas être confronté à une perte de contrôle qui peut engendrer un état de détresse émotionnelle.

Son mécanisme défensif avait faibli à cause d'un immense stress perçu, quand il a exprimé clairement sa peur des propos que son père entretenait concernant les conséquences de sa maladie, lui qui d'habitude acquiesçait et ne disait rien en présence de son père.

Son score de 21 à la dimension distraction du test CHIP démontre aussi sa tendance à utiliser une stratégie de fuite cognitivo-comportementale comme « dessiner ou écrire des poèmes » pour atténuer le stress perçu.

Son type de relation familial est perçu positivement par lui, notamment sa relation à son père. Cependant c'est cette relation qui le rend entièrement dépendant de lui, ce qui l'empêche de s'engager dans des processus d'affirmation de soi et le rend, passif et impuissant, introverti et immature. Tous ces éléments supposent qu'Ahmed doit faire face à une crise d'identité sous-jacente à son aspect calme, poli et conformiste.

L'orientation du projet de vie :

Les projets d'Ahmed ne reflètent aucune motivation et démontrent aussi une certaine immaturité affective avec l'instabilité de ses choix. Sa perspective du futur n'est pas développée, par moment il choisit de ressembler à son oncle et faire comme lui, parfois il exprime l'envie de faire des voyages autour du monde et d'autre fois il veut devenir « chef » d'usine ou d'école. Son score élevé de 27 dans la dimension vécu psychosociale de « l'échelle du Projet de vie » démontre qu'il est dans une stratégie centrée sur l'émotion et reste fixé dans la maladie et ses conséquences, cependant son score à la dimension projet formation et professionnelle de 20 indique qu'il est dans une recherche d'exploration et d'affirmation de soi. Son projet personnel est mis à part et ne bénéficie d'aucune motivation ainsi que sa perspective du futur.

9-6 Le cas Sarah « La gâtée » :

Présentation du cas :

Sarah est une adorable jeune fille, de taille moyenne et d'une excellente éducation. Elle est la dernière d'une fratrie constituée de cinq enfants et c'est la fille unique. Elle réside à Relizane et termine sa scolarité en dernière classe du moyen. Sarah a une grand-mère maternelle d'origine française, chose qui a permis aux membres de sa famille de bénéficier d'une maison en France et de bien d'autres avantages que peuvent acquérir les enfants nés des mariages mixtes. Les conditions socio économiques de la famille de Sarah sont excellentes. Ils vivent dans une villa, son père est un cadre dans la société Sonatrach, sa mère possède un restaurant et une superette. Sarah a hérité sa maladie de sa famille du côté maternelle, son oncle et sa grand-mère qui vivent en France ont le diabète.

Le père de Sarah travaille dans le sud, il s'absente pendant un mois et se repose l'autre mois. Les absences du père ne perturbent pas l'entente de ses parents, bien au contraire ces derniers s'occupent convenablement de leurs enfants en leur procurant un milieu de vie sain. Sarah s'entend très bien avec ses grands frères qui souvent affectueux et compréhensifs. Comme elle est la fille unique, sa mère est très proche d'elle, elle l'accompagne partout et attache une grande importance à lui apprendre son métier (le commerce).

A l'âge de douze ans, durant le séjour de toute la famille en France, Sarah est tombé subitement malade. Elle a été hospitalisée à Marseille pendant 21 jours, où elle a bénéficié d'une excellente prise en charge thérapeutique. Elle est sous insuline à raison de deux injections par jour.

Représentation de la maladie et son vécu :

Le moment de l'annonce était un peu difficile à accepter pour Sarah et sa mère « quand on m'a annoncé que j'ai le diabète et que je devais prendre tout les jours l'insuline à vie, j'ai pleuré je ne sais plus combien de jours, ma mère aussi, je crois un peu plus que moi.. » ; mais le personnel médical en France m'a fait comprendre que « c'est une maladie qui n'est pas dangereuse comme le cancer ou le sida, on peut vivre le plus normalement avec ». Sarah considère qu'elle a tout appris au sujet de sa maladie en France, ce qui lui permet de mieux la contrôler actuellement, en respectant toute les recommandations du personnel soignant.

De retour au pays, Sarah poursuit sa scolarité et le train quotidien de sa vie avec sa famille. Ses résultats scolaires sont satisfaisants et n'ont pas changé. Ses relations à l'école sont bonne sa mère a informé tout le monde pour qu'il fasse attention à elle, « à l'école ça va, on me

traite bien, on fait attention à moi pour que je n'ai pas d'accident et pour que je n'ai pas de plaie, on sait que ça peut devenir grave pour moi ». Sa relation avec ses enseignants est bonne et empreinte de respect, par contre elle préfère garder ses distances avec ses amis de l'école, elle ne peut pas se confier à eux car elle suit les conseils de sa mère.

Durant la consultation des médecins de l'hygiène scolaire, ces derniers orientent Sarah vers la Maison des diabétiques pour qu'elle soit recensée. En accompagnant sa fille, la mère sympathise avec le personnel médical de l'association et décide de contribuer par des actes de bienfaisance. Elle leur achète de temps à autre, des appareils de mesure de glycémie et d'autres matériels nécessaires à la consultation des malades défavorisés.

Sarah considère que la maladie du diabète n'a pas tellement changé sa vie, en imaginant sa vie sans la maladie elle dit « je ne me plains pas de ma vie, si je n'avais pas le diabète je ne pense pas que ma vie subisse de grands changements ».

Les stratégies de coping :

Sarah vit dans une parfaite harmonie avec sa famille. Sa relation avec sa mère est exemplaire, elle est sa meilleure confidente. En cas d'ennui ou de déprime la mère de Sarah s'occupe des activités de sa fille « quand j'ai le moral à plat ma mère programme les sorties : on se promène, on fait du sport, on fait les magasins. Quand ça ne va pas du tout, ma mère achète des billets pour la France, on passe quelques semaines et on revient comme neuves ». Les déplacements vers la France semblent apporter un grand soulagement à Sarah et à sa mère.

Les projets de vie :

Sarah exprime le projet de partir vivre en France dans quelques années, ses parents sont d'accord avec elle, ils envisagent de faire la même chose dès que son père prendra sa retraite. Sarah est subjuguée par l'image de couple que représentent ses parents. En plus de son ambition à terminer ses études, elle manifeste son désir « me marier avec une personne que j'aurai choisi moi-même. Je ne veux pas faire un mariage forcé, je veux être heureuse comme mes parents »

Discussion :

Les stratégies de coping utilisées :

Sarah est une jeune calme, qui possède une certaine maturité par rapport à son âge. Elle présente une grande fluidité dans sa réflexion et dans son langage. Très attentive, elle ne s'empresse pas à donner ses opinions. Elle est ambitieuse et combative, elle est optimiste et son affectivité est positive. Elle présente un style cognitif et comportemental de type B.

Elle est dans des stratégies de coping centré sur le problème confirmé par son score de 33 dans la dimension instrumentale du test CHIP suivi par un score de 29 dans la dimension distraction du test ce qui confirme que Sarah se caractérise par une bonne adaptation à la maladie avec une bonne compliance. La tendance vers la stratégie distractive est très saine en fonction des besoins de son âge (le sport, les sorties et promenades).

Les processus d'évaluation cognitives primaires de Sarah sont plutôt positive le stress perçu (maladie qu'il est possible de vivre avec, moins grave que le cancer ou le sida) constitue un élément important qui a favorisé la tolérance de cette maladie avec une perception de la contrôlabilité de cette situation.

La qualité du soutien social perçu comme très positif par Sarah, a fortement contribué dans le choix de ses stratégies de coping. Ses parents représentent une image réconfortante, notamment sa mère qui est prend un grand rôle dans l'équilibre et le sentiment de bien-être de sa fille.

L'orientation du projet de vie :

Sarah présente un grand dynamisme quand il s'agit de parler de ses rêves. Son rêve le plus important est de « se marier avec une personne qu'elle aura choisi, pour vivre heureuse comme ses parents ». Voilà un projet personnel qui prend le pas sur les autres projets. Son score 42 obtenu dans la dimension projet personnel de l'échelle du Projet de vie, indique un investissement réelle de sa part dans ce projet, suivi d'un score de 32 dans la dimension projet formation et professionnel de l'échelle. Ses scores obtenus sont aussi en relation avec son style cognitif et comportemental de type B.

« Partir pour vivre en France » c'est un autre rêve de Sarah. Son sentiment de bien-être n'est pas touché, seulement elle entrevoit des opportunités de vie meilleures que celles offertes dans notre pays.

Synthèse des études de cas :

A travers l'exposé des études de cas, nous avons l'ambition de confirmer certains postulats avancés par Bruchon-Schweitzer (2002) dans la partie théorique de cette recherche concernant les stratégies de coping, aspects processuels et déterminants (voir figure1) qui sont requis non seulement pour la réussite des processus de coping mais également pour l'inscription du jeune dans des processus d'élaboration de projet.

Amina, Boualem et Sarah sont les trois cas qui confirment la conviction que « Ce sont vos modes pensées qui décident si vous allez échouer ou réussir ». Ces sujets présentent une bonne adaptation à la maladie à travers leur inscription dans des stratégies centrées sur le problème (stratégie instrumentale et stratégie palliative) confirmées par les scores obtenus au test CHIP. Cependant, ils démontrent une disparité dans l'orientation de leur projet de vie ou dans la perspective temporelle future, à travers les scores obtenus à « l'échelle du Projet de vie ». Ce qui confirme que le projet du jeune est fortement lié aux traits de la personnalité ou plutôt au style cognitif et comportemental du sujet (le cas Amina de type A, Sarah de type B et le cas de Boualem de type C), à la qualité du soutien familial (évaluation positive ou négative), ainsi qu'à la motivation et à l'image de soi.

Par contre Houari, Naima et Ahmed représentent les cas accablés par les évènements aversifs, convaincus et influencés par l'idée que « La vie est parsemée d'épines plus que de fleurs ». Ces sujets présentent des difficultés d'adaptation à la maladie à travers leur inscription dans des stratégies centrées sur l'émotion confirmées par le score obtenu au test CHIP. Cependant, ils démontrent aussi une divergence dans l'orientation de leur projet de vie à travers les scores obtenus à « l'échelle du Projet de vie ». Ce qui confirme encore une fois que le projet du jeune est fortement lié aux traits de personnalité notamment s'ils sont associés à un état d'anxiété et de dépression (le cas Houari de type A, le cas Naima de type C), à la qualité du soutien familial et à l'image de soi.

La perspective temporelle future qui est considérée comme étant la description de la représentation d'un domaine particulier de la vie (carrière professionnelle, relations sociales ou loisirs) est directement associée à la motivation et au « besoin de contrôle ». Cette perspective du futur se développe en fonction des projets et plans élaborés, elle s'effectue grâce à la souplesse des processus d'évaluations cognitives primaires (stress perçu et contrôle perçu) et secondaires. L'évaluation et le contrôle perçu influencent directement la compliance du sujet.

Le projet de vie est un processus par lequel le sujet élabore plusieurs visées à partir de la prise de conscience des conflits de personnalisation et d'identité et en rapport avec un idéal de soi (Tap et Oubryie, 1993) ce ne sont pas les professions en tant que telles qui jouent un rôle mais la manière dont l'adolescent se les représente ou l'image de soi est fondamentale.

En conclusion, les stratégies de coping qu'ils soient centrés sur le problème ou centrés sur l'émotion ne constituent pas l'unique paramètre qui permet de confirmer l'inscription de l'adolescent atteint de diabète dans des processus d'élaboration de projet ou de l'orientation de son projet de vie. Nous avons confirmé, qu'il est absolument indispensable de prendre en considération d'autres éléments tout aussi importants, comme les ressources individuelles qui concernent : les traits de personnalité ou les styles cognitifs et comportementaux (exemple de type A, de type B, de type C, les traits anxieux...), de l'image de soi, la motivation ; et les ressources sociales qui concernent la qualité du soutien social (soutien social perçu) dans l'élaboration du projet de vie du jeune atteint de diabète insulino-dépendant (DID).

L'important à noter aussi en accord avec Tap (1988) c'est que ces jeunes s'inscrivent dans un mouvement de formation soit formation développement (l'individu s'enrichit, intègre de l'information ou du savoir faire, il s'agit d'une appropriation progressive et continue) soit formation déprise (l'appropriation du savoir et du savoir-faire s'opère à long terme à travers une remise en question des systèmes d'habitudes, il s'agit de mutation dans les modalités du savoir-être et dans le fonctionnement de la personnalité du sujet). Ces mouvements de formation mettent en évidence le sens du développement à l'adolescence et évoquent l'importance de « rejeter la définition linéaire du changement et de rapprocher le développement de l'histoire » (Tap, 1988, p42).

Chapitre X : DISCUSSION GENERALE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

La triangulation méthodologique que nous avons utilisé pour vérifier les hypothèses de cette recherche, nous a permis d'obtenir des résultats qualitatifs et quantitatifs auprès de la population d'adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID) que nous présentons comme suit :

10-1 Hiérarchie des stratégies de coping chez l'adolescent atteint de diabète (DID) : résultats et théorisation

Nous avons avancé l'hypothèse qu'il existe une hiérarchie de stratégies coping utilisées par les adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID). Les résultats de la passation du test CHIP sur une population de 255 adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID) âgés de 16-21 ans, nous a permis de confirmer qu'il existe réellement une hiérarchie des stratégies coping (démonstré au tableau 28) et qu'il est possible de classer comme suit :

- ✓ En premier lieu, **la stratégie instrumentale** qui est un style de coping active centré sur le problème, qui indique que l'adolescent 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 aux tentatives (cognitives et comportementales) du jeune pour contrôler ou modifier sa situation, notamment en s'investissant dans la recherche d'informations concernant la maladie et la prospection de tous les moyens possibles pour lui faire face et restructurer son Soi. Cette restructuration de soi permet d'acquérir une estime de soi, « L'estime de soi est en étroite dépendance avec le choix des normes extérieurs à atteindre » (Finkelstein- Rossi, 2007, p63). Selon Montel et Bungener (2010), un style de coping instrumental était lié à une meilleure qualité de vie et à moins de dépression ce qui permet au sujet d'élaborer des objectifs en conservant un sentiment d'auto-efficacité.

- ✓ En second lieu, **la stratégie palliative** qui est un style de coping centré sur le problème et qui décrit les « selfs-helps » ou réponses utilisées pour atténuer les désagréments de la situation. Il s'agit des comportements où l'adolescent malade se met lui-même à

l'aise en modifiant son 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 pour éviter les complications de la maladie. C'est à partir de là que nous pouvons considérer que l'adolescent se réapproprie son corps et son Soi, à travers la recherche de l'aide, des différents renseignements et conseils pour se prendre en charge ce qui signifie qu'il a trouvé les moyens et les mécanismes qui lui permettront d'aller de l'avant et se projeter dans le futur.

- ✓ En troisième lieu, **la stratégie préoccupation émotionnelle** (centré sur l'émotion) dimension dans laquelle le sujet se concentre uniquement sur les conséquences psychologiques du au problème de santé telle que se sentir en colère, auto-accusation, frustré ou vulnérable. Cette stratégie désigne chez l'adolescent une tendance dépressive avec une difficulté à accepter la maladie. Selon Montel et Bungener (2010), plus le sujet était déprimé plus il utilise un style de coping émotionnel, plus il utilisait cette forme de coping moins sa qualité de vie était bonne.

- ✓ 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 : écouter de la musique, regarder la télévision, faire du sport, dessiner ou écrire des poème. C'est une stratégie évitante relativement efficace qui permet notamment de détourner l'attention de la situation aversive, elle permet aussi d'entrevoir un style cognitif et affectif global d'optimisme ou « optimisme dispositionnel » (Scheir et Carver, 1992) qui est une véritable tendance généralisée à anticiper une issue favorable aux évènements et à avoir une perception positive de soi et du monde.

Nous pouvons considérer que les stratégies instrumentale et palliative sont des stratégies centré sur le problème, ce sont des stratégies efficaces qui signifie que le sujet concentre sa vigilance sur la situation aversive de façon à avoir un maximum d'informations pour mieux la connaître pour la contrôler, ce qui lui permet de mettre en place des plans d'actions et de réduire la détresse.

Selon certains auteurs (Kyam et Lyons, 1991 ; Speiss et al, 1994 ; Reid et al, 1995), ont évalué l'efficacité des stratégies d'ajustement utilisées par les sujets diabétiques notamment les stratégies centrées sur le problème qui prédisent un bon contrôle métabolique ultérieur, alors que les stratégies centré sur l'émotion sont associées à un taux élevé de HbA1c un à deux ans après. (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001, p107).

10-2 L'orientation du projet de vie de l'adolescent atteint de diabète (DID) : résultats et théorisation

Les résultats que nous avons obtenus suite à la passation de « l'échelle du projet de vie » sur une population de 255 adolescents atteints de diabète insulino-dépendant (DID) âgés de 16-21 ans permettent de déterminer l'orientation de leur projet de vie et que nous pouvons classer comme suit (voir tableau 29):

- ✓ Projet professionnel ou de formation concernant les préoccupations du jeune à terminer ses études ou sa formation et obtenir un travail.
- ✓ Vécu psychosocial de la maladie il s'agit de la fixation du jeune dans des cognitions et une affectivité lié à son problème de santé.
- ✓ Projet personnel concernant la préoccupation du jeune à fonder une famille et à rechercher l'autonomie. D'une manière générale, on estime qu'il n'ya véritablement projet personnel que lorsque l'individu a conduit avec lui-même (avec ou sans l'aide d'autrui) une certaine réflexion à propos non seulement des moyens à mettre en œuvre mais aussi des motifs qui sous-tendent son intention.

L'adolescent atteint de diabète, en dépassant la préoccupation de santé a tendance à construire un projet professionnel ou de formation ce qui signifie qu'il est dans des processus de reconstruction de soi et à la recherche de valorisation sociale. Pour Fsian, « s'approprier par identification projective une représentation professionnelle reconnu socialement (médecin, dentiste, ingénieur...) non seulement donne des repères et une place mais reflète le besoin d'une reconnaissance de la valeur de soi aux yeux d'autrui, la reconnaissance sociale et constitutive de l'estime de soi » (Fsian, 2007, p43).

Il est important, de rappeler que le projet réfléchi par définition ne peut ainsi éviter ni la question du sens de l'existence, ni celle de l'identité (Guichard, 1993, p 19). Au début de l'adolescence, le jeune ne dispose pas des capacités cognitives qui lui permettent de relier entre elles les abstractions qu'il construit. Pour Barriaud, Ce n'est que plus tard qu'il parvient à comparer les traits qu'il s'attribue et à évaluer leurs proximités et divergences. C'est alors que peut naître un sentiment de confusion à propos de son identité. (Barriaud, 1997, p 67).

Ibara Arana (2006, p141) rapporte dans sa recherche les résultats des études effectuées par Pulkkinen et Ronka (1994), qui ont constaté une série de corrélation entre les caractéristiques du développement et les différents stades de l'identité (Marcia, 1980). Elles décrivent entre autre qu'un contrôle interne sur le développement corrèle positivement avec l'identité accomplie et une évaluation positive du futur. Une orientation positive envers la vie est associée avec l'identité accomplie, l'optimisme vis-à-vis du futur, un sens de contrôle personnel et un sens clair de la propre identité. Une orientation de vie négative est associée à une identité diffuse. L'identité moratoire est associée à une orientation motivée envers le futur. Après les périodes d'exploration, doivent venir les périodes dirigées à choisir, ce qui implique de se focaliser sur certains objectifs. Plus diffuse est la représentation du futur, plus de sentiments négatifs lui seront associés.

Boutinet considère que l'essentiel dans l'analyse du projet dans une démarche anthropologique, c'est de mettre en évidence le ou les paramètres qui tiennent le principal rôle dans ce qui fait la singularité du projet, c'est-à-dire qui permettent de rendre compte de sa destinée au travers de sa réussite ou de son échec (Boutinet, 1990, p267). Nous avons retenu suivant les résultats de notre recherche les paramètres les plus importants qui peuvent déterminer l'orientation du projet de vie de l'adolescent atteint de diabète (DID):

- 1- La situation problème** : il s'agit de la situation de départ qui a permis l'éclosion du projet ou le caractère dysfonctionnel de la situation qui pousse à vouloir la changer ; la maladie du diabète constitue le point de départ d'un vécu qu'on désire changer en utilisant différents moyens (cognitifs et comportementales) pour la concrétisation d'une vie souhaitée ou désirée.
- 2- Les acteurs engagés dans le projet (le support social)** : Ces acteurs sont des personnes ressources (famille ou les membres de l'équipe médicale qui prodiguent soins et conseils) qui s'occupent de la santé des adolescents atteints de diabète. Le soutien social (famille, amis, partenaire..) est un support important dans la maladie et la détresse. Prenda et Lachman (2001) ont démontré que plus la perception qu'on a du soutien social est forte,

plus grande est la probabilité de reporter davantage de plans d'orientation future et avait une plus grande satisfaction avec la vie.

Le soutien social a un impact bénéfique sur l'ajustement psychologique et somatique du sujet diabétique. En effet, un soutien social perçu comme satisfaisant prédit l'équilibre métabolique, l'observance et le bien-être psychologique ultérieurs (*Bradley, 1994*). Un soutien social perçu comme insatisfaisant constitue un facteur de vulnérabilité psychologique (*Connel et al, 1994*). Le soutien procuré par les proches semble particulièrement important, surtout pour les sujets jeunes : chez ceux-ci, une bonne cohésion familiale facilite le contrôle glycémique et le bien-être, alors qu'une situation conflictuelle durable favorise les troubles émotionnels et l'instabilité métabolique (*Jacobson et al, 1994 ; Skinner et Hampson, 1998 ; Harris et al, 1999*).

Le soutien social dispensé par les équipes soignantes joue lui aussi un rôle important. En effet, l'hospitalisation des patients peut être longue et les consultations fréquentes. Ainsi, Olsen et Sutton (1998) ont montré, sur une population d'adolescents IDDM que le soutien d'estime (donner confiance au malade) et le soutien informatif, procurés par les soignants, sont associés à une meilleure adhésion thérapeutique et à un contrôle glycémique satisfaisant. Il est donc important que les équipes soignantes soient formées et sensibilisées à ces problèmes, afin de procurer à ces patients un soutien social adéquat. Le support social a aussi une influence sur les processus d'évaluation de l'évènement et des ressources personnels.

3- Les stratégies et les moyens utilisés : L'inventaire des stratégies de coping utilisées par l'adolescent atteint de diabète (DID), grâce au test CHIP et aux entretiens semi-directifs, nous ont permis d'appréhender les notions de base que sont le comportement et la cognition, employés par le jeune pour faire face à la maladie. Il s'agit notamment, des processus d'évaluation cognitive primaire qui orientent le choix des stratégies de coping. C'est la perception de l'incontrôlabilité des évènements qui est responsable du sentiment d'impuissance et de désespoir. Le contrôle perçu est en étroite relation avec les dimensions de la personnalité. Selon Kobasa (1979) le contrôle perçu est une dimension stable de la personnalité et sa caractéristique principale est l'endurance (Hardiness), souvent accompagnée par l'engagement, le défi et le sentiment de contrôle sur les situations. Par contre, les traits anxieux sont associés à un sentiment de perte du contrôle. Les processus d'évaluations cognitives secondaires sont la planification de plans concernant l'avenir.

Pour Cheng (2003) les processus motivationnels influencent le coping comme c'est le cas pour les processus cognitifs, la motivation joue un rôle important dans la réalisation de n'importe quel but.

4- Les traits de personnalité : Grâce aux entretiens semi-directifs (les études de cas), il nous a été facile d'appréhender les traits de la personnalité. Le coping est influencé par les facteurs individuels faisant partie de la personnalité. Aussi pour Huteau, le processus de construction de projet a des déterminants psychologique, il suppose des compétences cognitives et des motivations (Huteau, 1995, p109). Dans l'approche fonctionnelle de la personnalité proposée par Perron « on se concentre dans un premier temps non sur les individus, mais sur des processus, ce n'est que dans un second temps qu'on se servira des conclusions acquises pour établir des ressemblances entre individus.. ce qui importe c'est de repérer en ces personnes des modes de fonctionnement typiques » (Perron, 2015, p158).

Bruchon-Schweitzer (2001) a confirmé que certains styles de vie à risque (exemple type A et le type C) ainsi que certains traits pathogènes (névrosisme, hostilité, dépression, anxiété..) peuvent fragiliser la robustesse de la personne ; en revanche d'autres sont plutôt protecteurs contre la maladie comme l'endurance, le contrôle, l'optimisme, l'auto efficacité perçue, le sens de la cohérence, l'affectivité positive et le big five. Les traits de personnalité exercent une influence sur les stratégies adaptatives auxquelles, elles confèrent les aspects spécifiques qui marquent la singularité de chaque individu et de chaque projet.

10-3 La relation entre stratégie de coping et projet de vie : résultats et théorisation

Nous avons avancé l'hypothèse qu'il existe une relation entre les stratégies CHIP et l'échelle du projet de vie des adolescents atteints de diabète insulino-dépendant en fonction de plusieurs variables :

- 1- Il existe des différences dans l'utilisation des stratégies de coping (CHIP) et du projet de vie en fonction de la différence de sexe des adolescents atteints de diabète.
- 2- Il existe des différences dans l'utilisation des stratégies de coping (CHIP) et du projet de vie en fonction de l'âge des adolescents atteints de diabète.
- 3- Il existe des différences dans l'utilisation des stratégies de coping (CHIP) et du projet de vie en fonction de la situation familiale des adolescents atteints de diabète.
- 4- Il existe des différences dans l'utilisation des stratégies de coping (CHIP) et du projet de vie en fonction du niveau scolaire des adolescents atteints de diabète.

Nous pouvons avancer les interprétations en fonction des résultats obtenus comme suit :

10-3-1 La relation entre les stratégies CHIP et l'échelle Projet de vie chez les adolescents atteints de diabète :

Nous avons démontré à travers les résultats statistiques obtenus au tableau (30), qu'il existe une corrélation positive entre le test CHIP et l'échelle du Projet de vie avec un degré de variance 1% un pourcentage faible, mais qui porte en soi une grande signification clinique que nous avons tenté d'interpréter en examinant la corrélation existante entre les différentes dimensions de chaque test.

- ✓ La corrélation est positive entre les dimensions de « l'échelle du Projet de vie » et le CHIP uniquement dans la dimension vécu psychosocial (voir tableau 31) c'est-à-dire que les items de cette dimension cernent les stratégies de coping. Nous pouvons confirmer que plus l'adolescent atteint de diabète utilise les stratégies de coping plus son orientation à l'élaboration de son projet de vie était positive.
- ✓ La corrélation est positive entre l'échelle du Projet de vie et les dimensions du CHIP uniquement dans la dimension distraction (voir tableau 32) c'est-à-dire que les items de cette dimension répondent directement à la préoccupation du projet de vie et le définissent. La distraction est une disposition positive qui contribue dans la construction du projet. Nous pouvons confirmer que plus l'adolescent atteint de diabète utilise cette

stratégie plus son intérêt pour son projet de vie et pour son avenir augmentait, ce qui concorde avec la notion d' « optimisme dispositionnel » (Scheir et Carver, 1992).

- ✓ Par contre il n'existe aucune corrélation entre l'échelle du Projet de vie et les autres dimensions du test CHIP.

10-3-2 La différence dans l'utilisation des stratégies du CHIP et l'échelle du Projet de vie en fonction du sexe des adolescents atteints de diabète :

Nous avons démontré à travers l'analyse statistique qu'il existe une différence dans l'utilisation des stratégies CHIP par rapport au sexe (voir tableau 33). Nous avons confirmé que les filles utilisaient beaucoup plus la stratégie centrée sur l'émotion par rapport aux garçons.

- ✓ Les adolescentes ont plus recours à la stratégie préoccupation émotionnelle par rapport aux adolescents atteint 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 de soi ; l'estime de soi et la représentation négative de la maladie perçue par l'adolescente qui est fortement tributaire de son rôle domestique et social (notamment en ce qui concerne le mariage et la capacité à avoir des enfants). Les représentations liées aux conséquences de cette maladie concernant la difficulté à trouver un mari a été clairement exprimé et démontré à travers les études de cas. La recherche de Milousheva et al (1996) est l'une des premières à avoir mis en évidence, chez des adolescents IDDM, des stratégies de coping spécifiques, différant sensiblement selon le sexe. Les adolescents diabétiques masculins semblent adopter préférentiellement des stratégies d'évitement (par exemple, oublier une visite de contrôle), de distraction cognitive (penser à autre chose qu'à sa maladie) ou de désengagement comportemental (s'adonner à des activités multiples pour ne pas penser à sa maladie). Les adolescentes IDDM, quant à elles, ont tendances à utiliser davantage la recherche de soutien social (parler de leur maladie à leurs proches).
- ✓ Pour ce qui est de l'échelle de Projet de vie nous avons confirmé à partir des résultats obtenus (voir tableau 34) qu'il n'existe aucune différence entre les deux sexes dans l'orientation de leurs projets de vie.

L'orientation du projet de vie n'est pas influencée par la différence des sexes. Le projet est une caractéristique essentielle de l'être humain. C'est une notion qui exprime le besoin humain de produire et d'orienter le propre développement dans un sens de continuité tout au long de la vie. Cela a été reconnu et mis en évidence par les théories de la psychologie du développement et de la philosophie au sens de l'être-là de Heidegger (1927) et de Sartre.

10-3-3 La différence dans l'utilisation des stratégies du CHIP et l'échelle du Projet de vie en fonction de l'âge des adolescents atteints de diabète :

- ✓ Nous avons démontré à travers les résultats statistiques obtenus (voir tableau 35) qu'il n'existe aucune différence dans l'utilisation des stratégies CHIP dans les sous-groupes d'âges 16-18ans et 19-21 ans. Par contre, les résultats obtenus au tableau (36) démontrent qu'il existe une différence dans les dimensions du test CHIP dans les sous-groupes d'âge de l'atteinte de la maladie notamment dans la dimension palliative.
- ✓ Les résultats obtenus (voir tableau 37), confirment qu'il existe une différence dans l'utilisation du CHIP en fonction de l'âge de l'atteinte qui est marquante pour le sous-groupe d'âge de plus de 11 ans :
- ✓ Il existe une différence dans l'échelle du Projet de vie notamment dans la dimension vécu psychosocial pour la strate d'âge 19-21 ans (voir tableau 38). Cela signifie que les adolescents de 19-21 ans sont fixés dans la dimension vécu psychosocial, alors que les adolescents de 16-18 ans sont beaucoup plus orientés vers les projets personnels.
- ✓ Il existe une différence dans l'échelle du projet de vie dans la dimension projet personnel pour la strate d'âge 16-19 ans. Cela signifie que durant cette période les adolescents réfléchissaient positivement à construire un projet personnel. Selon Malrieu (1980), ce sont les conflits fondamentaux de l'adolescence qui sont à l'origine des projets. La genèse d'un projet s'inscrit dans le besoin qu'éprouve l'adolescent de dépasser les identifications de l'enfance, de structurer un système de valeurs autonome et d'harmoniser ses conduites avec des visées singulières et un idéal. Vers 14 ans, moment de l'orientation vers le soi unique, les adolescents ont désormais défini leur identité sociale c'est-à-dire le niveau de prestige et le degré de masculinité-féminité des professions qu'ils préfèrent. Ils doivent encore se forger une identité personnelle,

notamment « en choisissant une filière plutôt qu'une autre au lycée, un engagement qui n'est pas sans implication avec le niveau de prestige qu'ils atteindront plus tard » (Gottfredson, 1981, p 565).

- ✓ Nous n'avons retrouvé aucune différence dans les dimensions de « l'échelle du Projet de vie » par rapport aux strates d'âges de l'atteinte de la maladie (voir tableau 39).

10-3-4 La différence dans l'utilisation des stratégies du CHIP et l'échelle du Projet de vie en fonction de la situation familiale des adolescents atteints de diabète :

Nous avons démontré à travers les résultats statistiques du tableau (40) qu'il existe une différence dans l'utilisation des stratégies CHIP chez les adolescents atteints de diabète notamment pour :

- En premier lieu la stratégie palliative est la plus utilisée par les célibataires
- En second lieu la stratégie instrumentale est plus utilisée par les célibataires
- En dernier lieu la stratégie centrée sur l'émotion est utilisée par les mariés : il faut préciser que les 67 cas mariés sont uniquement des filles.

Les résultats concernant l'utilisation de la stratégie centrée sur l'émotion par les adolescentes mariées confirment les résultats déjà obtenus concernant l'utilisation de cette stratégie par rapport au sexe (voir tableau 33)

Par contre les résultats obtenus au tableau (41) confirment qu'il n'existe aucune différence dans l'utilisation de l'échelle du Projet de vie entre le groupe des célibataires et le groupe des mariés, ces résultats corroborent avec ceux obtenus au tableau (34). Ainsi, nous réaffirmons que la construction du projet de vie n'est pas liée aux variables du sexe et de la situation familiale.

D'autre part, Cela permet aussi de certifier que le processus de construction du projet a des déterminants psychologiques notamment celles concernant les compétences cognitives, la motivation, les traits de la personnalité, de l'identité et du concept de soi. Selon Huteau « un aspect important du développement des projections dans le futur est la confrontation permanente entre les idées qu'on a sur soi - d'où le rapport avec l'identité que soulignait Tap - et les idées qu'on a sur le monde. Le projet est une sorte de dialectique entre ce qu'on pense de soi et ce qu'on pense du monde » (Huteau, 1995, p109).

10-3-5 La différence dans l'utilisation des stratégies du CHIP et l'échelle du Projet de vie en fonction du niveau scolaire des adolescents atteints de diabète :

Il existe une différence dans l'utilisation des stratégies de coping par rapport au niveau scolaire uniquement en ce qui concerne la stratégie distraction (voir tableau 42). Les adolescents diabétiques ayant un niveau universitaire et secondaire ont tendance à utiliser beaucoup plus la stratégie distraction par rapport aux adolescents de niveau primaire. Les adolescents de niveau universitaire utilisent de façon plus marquée la stratégie distraction par rapport aux adolescents du niveau primaire. La stratégie distraction permet d'entrevoir un style cognitif et affectif global d'optimisme ou « optimisme dispositionnel » (Scheir et Carver, 1992) qui est une véritable tendance généralisée à anticiper une issue favorable aux événements et à avoir une perception positive de soi et du monde. Cela signifie aussi que le monde de l'université procure aux adolescents atteints de diabète une plus grande diversité et qualité du soutien social (perçu positivement par ces derniers) s'ajoutant à l'évolution de leurs fonctions cognitives. Les études universitaires offrent aussi la possibilité d'avoir différents contacts et perspectives futures concernant la carrière professionnelle et relations sociales. Ces opportunités ne semblent pas être offertes pour les adolescents qui n'ont pas eu l'avantage de poursuivre leur étude ce qui expliquerait leur difficulté à exprimer leur perspective future. Pour Huteau « l'insertion, la socialisation professionnelle, le développement professionnel, qu'ils soient harmonieux ou pas s'accompagnent d'un remaniement des perspectives d'avenir et d'un réaménagement des projets » (Huteau, 1995, p109). Quelles que soient les stratégies de coping utilisées par l'adolescent DID, l'important est quelles soient suffisamment flexibles pour lui permettre de s'adapter.

CONCLUSION :

Le diabète constitue un problème de santé publique majeur, l'attention accordée par l'OMS au problème du diabète démontre à quel point cette maladie doit être prise en considération dans tout les pays du monde. C'est évidemment, dans ce même sillage que cette recherche tend à améliorer notre connaissance de cette maladie durant la période de l'adolescence.

Le diabète insulino-dépendant (DID) est une maladie chronique dans laquelle les contraintes et difficultés infiltrent tous les aspects de la vie quotidienne du jeune patient. La maladie chronique soumet le jeune à des exigences aussi puissantes que contradictoires, celles de son adolescence et celles de la maladie, celles des parents, des soignants, sans oublier celles du groupe de pairs. Puberté et maladie chronique ont en commun de provoquer de profonds remaniements physiques et psychiques qui loin d'évoluer dans un mouvement cohérent apparaissent souvent comme deux processus concurrents l'un de l'autre. La concurrence entre corps malade et corps pubère a fait l'objet de plusieurs réflexions cliniques et psychopathologiques.

Nous avons démontré à travers les résultats obtenus grâce à notre démarche de triangulation méthodologique le bien-fondé de nos hypothèses. Le recours aux approches qualitative et quantitative dans cette enquête nous a permis de confirmer que l'utilisation de stratégies de coping pour faire face à la maladie du diabète insulino-dépendant (DID) obéit à une certaine hiérarchisation qui dépend de facteurs environnementaux, dispositionnels et conatifs du jeune selon le modèle théorique avancé par Bruchon-Schweitzer (2002).

Les réactions adaptatives (ou stratégies de coping) rencontrées chez la population de l'étude notamment centrée sur le problème (instrumentale et palliative), qui s'expriment par « l'acceptation » de la maladie pour amoindrir le risque dépressif que cela peut entraîner, ou son déni (partiel ou total) et par la compliance thérapeutique. Ces réactions sont fondamentalement liées aux processus cognitifs d'évaluation primaire (stress perçu, contrôle perçu).

La perception de la maladie et son faire face n'est pas nécessairement rattaché à la gravité des conséquences objectives de la maladie (contraintes des traitements, anomalie du développement pubertaire, problème d'image corporelle, avenir menacé par des complications, impossibilité d'accès à certains métiers). Bien d'avantage, ce sont les représentations du jeune de lui-même et de ses parents et des autres qui sont déterminantes, c'est l'histoire et la place de chacun dans et avec sa maladie qui sont décisives dans le choix de ses stratégies de coping et de l'orientation de son projet de vie.

En effet, le travail de l'adolescence par rapport au jeune atteint de diabète (DID), ne se limite pas aux « tâches développementales » (subjectivation, autonomisation et sexualisation), mais concerne aussi la maladie. Il devient essentiel pour ce jeune de la réinscrire dans son histoire pour lui permettre de se réapproprier sa vie et ses projets : il doit lui donner un sens et une place dans sa vie pour pouvoir réussir à vivre avec et construire des projets d'avenir. Cette réappropriation s'appuie sur les capacités adaptatives du jeune (estime de soi, traits de personnalité comme : l'endurance, l'humour, la combativité, la positivité, auto-efficacité..) et du soutien familial et social dont bénéficie ce jeune.

Ces différentes croyances et représentations sont aussi à l'origine de la réécriture des prescriptions médicales concernant la plupart des sujets malades. Chacun se fixe un niveau de règles personnelles qu'il s'attachera néanmoins à respecter : réduction du nombre et dose des prises de médicaments, assouplissement ou transgression du régime alimentaire... Aider 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 soignantes ; les adolescents atteints de diabète « indisciplinés » mettent en 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 ou la compliance thérapeutique qui pose un réel souci au personnel soignant, mais il est question de déterminer l'importance des stratégies de coping mises en place ainsi que la représentation et l'évaluation de la maladie chez ses adolescents. C'est du moins une solution qui permettra de prévenir les échecs et les ruptures d'une prise en charge médicale.

Après l'évènement de l'annonce, nous avons présenté certaines formes de réactions chez les sujets de l'enquête. Si la prise de conscience de ses limites ne s'accompagne pas aussi d'une prise de conscience de ses ressources et de ses possibilités, le jeune atteint de diabète risque de se trouver dans une situation d'impasse, où la maladie envahit son psychisme et sa

vie sociale au point de le maintenir dans un état d'immobilisme et de dépression, qui traduit en réalité un état de « résignation à la maladie » (Lacroix, 2003).

Pour tous ces patients se pose la question centrale de l'avenir. La construction des projets d'avenir (personnel de formation et professionnel) dépend des processus cognitifs d'évaluation secondaire qui permettent l'anticipation ou la représentation du futur. L'élaboration des projets d'avenir est intimement liée à l'acceptation de la maladie, des dispositions personnelles (traits de personnalité), de l'évaluation de l'image de soi, de la motivation et de la qualité du soutien social. Nous ne manqueront pas de faire le rappel de la signification du projet selon Tap qui considère que si « le projet implique une mobilisation dans l'action (stratégies de coping), il est aussi comme un « dégageant » par rapport aux habitudes, aux conflits, cherchant solution au stress lié à l'image d'un soi impuissant dans le passé et/ou dans le présent » (Tap, 1993, p115).

Pour conclure, Il est indispensable d'appréhender les spécificités des enjeux et des besoins à cet âge ainsi que les multiples impacts croisés possibles entre la maladie et les processus de l'adolescence. La maladie prend une connotation péjorative non pas quand elle constitue une interruption brutale de la santé mais surtout lorsqu'elle s'inscrit dans la perte du sentiment de bien-être. Selon Tap (1988) « toute expérience vécue n'est pas nécessairement formative. Il n'y a véritablement formation que si l'expérience permet soit un développement soit un processus de déprise et de restructuration favorisant une réorientation, une mutation dans l'itinéraire et dans l'histoire du sujet ». (Tap, 1988, p41)

Le coping ou les stratégies du faire face à la maladie constituent le dénouement attendu à cette situation, selon Albaret « L'activation des processus de coping sera décisive pour la future vie adulte, dans le sens où ils régleront l'adaptation psychosociale du sujet » (Albaret, 1993, p49).

Nous pouvons également confirmer que si le jeune trouve suffisamment de ressources en lui (désir de vivre, compétences, motivation, traits de personnalité, stratégies de coping...) et autour de lui différents réseaux sociaux (familial et soignant) ; constitueront les fondements qui favorisent l'élaboration des projets d'avenir qui forcément seront orientés dans un sens de développement positif chez le jeune atteint de diabète insulino-dépendant (DID).

RECOMMANDATIONS :

La déclaration du professeur Belhadj, chef de service de médecine interne/ diabétologie de l'EHU d'Oran, concernant la maladie du diabète rend compte de la qualité de la prise en charge médicale de cette maladie en Algérie : « .. Au fil du temps tous ceux qui s'occupent des diabétiques apprennent que l'information et l'éducation du diabétique sont la première condition du succès de leurs efforts. Mais combien de médecins prennent-ils le temps d'informer et d'expliquer au malade ? » (Belhadj, 2006). Ce constat dévoile clairement les failles et les limites de l'éducation thérapeutique des personnes atteintes de diabète en Algérie.

Nous considérons que l'éducation thérapeutique est une règle incontournable, presque une valeur ajoutée dans la prise en charge des personnes atteintes de la maladie du diabète. Elle reflète l'évolution des compétences des professionnels de la santé et du type de la relation soignant-soigné.

L'importance et le rôle de l'éducation thérapeutique a été souligné aussi par Gagnayre et Ivernois qui considèrent qu' « une éducation unique ne suffit pas à faire atteindre à un patient tous les objectifs d'apprentissage. Il faut concevoir l'éducation comme un processus continu et dynamique au cours duquel chaque rencontre est un moment privilégié pour lui permettre d'atteindre ses objectifs et réaliser avec lui le bilan de ses acquis » (Gagnayre et Ivernois, 2005, p70)

Durant le déroulement de notre recherche, nous avons constaté (notamment en participant aux séances d'éducation thérapeutique à la clinique St Michel à Oran) que le soignant (l'infirmier) éduque le patient à la prise en charge de sa maladie sous forme d'ordre à exécuter dans une relation de supériorité. Quant au jeune patient, il est souvent culpabilisé dans le cas de son échec à contrôler sa glycémie. Il est primordial de reconsidérer cette « relation soigné-soignant » au cours de cette éducation pour pouvoir la développer et l'orienter du projet thérapeutique au projet de vie.

Proposer aux patients dès l'annonce du diagnostic une équipe pluri professionnelle (médecin, infirmière, psychologue et diététicienne) constitue une addition des compétences qui contribue à mettre le projet du jeune patient au centre de la démarche de soins. Il est vrai qu'une formation du personnel soignant est essentielle à la conception et à la réalisation des séances de l'éducation thérapeutique du patient selon les besoins et les attentes de chacun, notamment si on recherche l'édification d'un «programme personnalisé» qui permet de développer des compétences d'auto-soins et d'adaptation. Cela paraît très intéressant mais quelle est la réelle procédure à entreprendre ?

Nous recommandons en premier lieu de créer une cohésion entre soigné-soignant, c'est-à-dire proposer au patient de devenir un partenaire à part entière dans la prise en charge de sa maladie. Cette quête ne peut s'effectuer sans développer une alliance avec le patient qui prend en compte : son vécu, l'incidence du diabète sur sa vie, ses peurs, ses croyances, ses interrogations et ses projets. Il est important de favoriser l'expression, l'écoute, la compréhension, la recherche des obstacles (qui sont souvent à l'origine du problème de la compliance thérapeutique) et repérer des solutions tout au long de cette éducation.

Le rôle de la famille ne doit pas être occulté, elle doit être considérée comme le soulignent Akrich et Méadel « comme un des lieux privilégiés dans lequel peuvent s'exercer la vigilance, la prévention, la détection des problèmes et le soin » (Akrich et Méadel, 2006, p11). La famille doit être considérée comme acteur à former et informer et éventuellement à soutenir et ne pas pénaliser dans le projet d'éducation thérapeutique.

Pour la réalisation de cette démarche nous recommandons le recours à des documents ou des formulaires à remplir par les jeunes patients ou leurs parents (qui seront considérés comme des grilles de données qu'on peut intégrer dans le dossier médical du patient) composés d'items concernant leurs interrogations sur la maladie et ses conséquences, l'organisation des soins, leurs centres d'intérêts, leurs différentes activités, leurs attentes et leurs souhaits (projets d'avenir) et pourquoi pas leurs avis sur les soins et les soignants..

Les particularités et besoins de l'adolescence et ses interactions doivent être pris en compte dans la conception et la mise en œuvre du programme d'éducation thérapeutique, ainsi que dans la formation des professionnels de la santé. Il s'agit notamment, de prendre en considération les besoins d'expérimentation et d'engagement inhérents cette période pour créer des espaces où l'éducation thérapeutique prendra la forme d'un atelier (atelier cuisine, atelier sport...) qui permet aux jeunes patients et aux soignants de participer ensemble aux activités concernant la surveillance de la glycémie, l'adaptation de la dose d'insuline, l'équilibre alimentaire et d'exprimer les priorités de leur vie ainsi que leurs projets (personnels ou professionnels).

Pour répondre avec pertinence et cohérence aux besoins et demandes du jeune patient, il est indispensable de lui porter attention. Il deviendra alors possible de construire un projet d'éducation avec lui et adapter au mieux ce projet à ses désirs et à ses besoins.

Références

- Abric, J-C (2005). Méthodes d'études des représentations sociales. Paris, ERES éditeur.
- Akrich, M et Méadel, C (2006). Internet ou comment constituer la famille en acteur de la santé. in Actes du colloque international *Familles et santé : Regard des sciences sociales*, Université d'Oran, GRAS.
- Alvin P, (2005). L'annonce de l'handicap à l'adolescence. Espace éthique-Vuibert, Paris.
- Albaret M.C, (1993). Coping, adaptation, défense et dépassement. In *Les stratégies de coping : laboratoire personnalisation et changements sociaux*, journée du labo 93, Saint Cricq.
- Apostolidis, T (2006). Représentations sociales et triangulation : une application en psychologie sociale de la santé. *Psicologia : Teoria et Pesquisa*, Brasilia, Mai-Ago 2006, vol.22 n2, pp 211-226.
- Auge, M et Herzlich,C (1991). Le sens du mal : anthropologie, histoire et sociologie de la maladie. Paris, Editions des archives contemporaines.
- Austin, J.T & Vancouver, J.B (1996). Goal constructs in psychology ; structure, process and contents. *Psychological Bulletin*, n 120, pp 338-375.
- Baltes, P.B (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology :On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, pp 611-626.
- Baltes, P.B (1997). On the incompleat architecture of human ontogeny: Selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, pp 366-380.
- Bandura, A (1997). Self- efficacy: The exercice of control. New York, Freeman.
- Barbier, J-M (1991). Elaboration de projets d'action et planification. Paris, PUF.
- Barbot, B (2003). Processus et configurations de l'identité personnelle à l'adolescence dans l'approche de Marcia. *Sciences-Croisées ; N° 2-3 : Identité ; pp 10-25.*
- Bariaud, F, Rodriguez-Tomé, H, Jackson, S (1997). Regards actuels sur l'adolescence. Paris, PUF.
- Belhadj, M (2006). Le fascicule de la santé. *Revue médicale trimestrielle N°5, 1^{er} trimestre, (L'éditorial) ; Alger.*
- Benkhedach, M (2006). Eduquer pour mieux soigner. Oran. Edition EDIK.
- Bernaud, J-L (1998). Les méthodes d'évaluation de la personnalité. Paris, Dunod.
- Bertand de Balanda A (2001). Une approche psychosomatique du diabète. Ed L'Harmattan
- Blos, P (1962). Les adolescents, essai de psychanalyse. Paris. Stock.
- Bon, N, Fournier, B, Soulimane, A; Bradai, S (1998). Les représentations de la santé chez les jeunes Algériens. *Santé publique et sciences sociales*, N 2, pp 79-91.
- Bouffard, L ; Lens, W ; Nuttin, J.R (1983). Extension de la perspective temporelle future en relation avec la frustration. *International Journal of Psychology*, 18, pp 429-442.
- Boudarène, M (2005). Le stress, entre bien-être et souffrance. Alger, Berti Editions.
- Boutinet, J-P (1990). Anthropologie du projet. Paris, PUF.
- Boutinet, J-P (1992). Le Projet ; un défi nécessaire face à une société sans projet. Paris, L'Harmattan.
- Boutinet, J-P (1998). L'immaturation de la vie adulte. Paris, PUF.

Bolignini, M et Prêteur, Y (1998). Estime de soi, Psychologie et développement. Paris, Delachaux et Niestlé.

Brandstadter, J & Rothermund, K (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Developmental Review*, 22, pp 117-150.

Brousselle, A ; Gibeault, A ; Vincent, M ; Cahn, R ; Jammet, Ph ; Kestemberg, E ; Ladame, F-G ; Pinel, J-P ; Tremblais-Dupre, T ; Laufer, M (2001). Adolescence. Ed SARP.

Bruchon-Schweitzer M et Quintard B, (2001). Personnalité et maladie ; stress, coping et ajustement. Paris, Dunod.

Bruchon-schweitzer (2001). Le coping et stratégies d'ajustement face au stress. *Recherches en soins infirmiers*, N67, pp 68-83.

Brunel, M-L (1990). Introduction à la conscience de soi et au concept de soi, tels qu'on les perçoit depuis William James. *Revue Québécoise de psychologie*. Vol11, n° 1-2, pp 78-81.

Brunstein, J.C, Schultheiss, O.C & Grassmann, R (1998). Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, pp 494-508.

Brunstein, J.C & Maier, G.W (2002). Das Streben nach persönlichen Zielen: Emotionales Wohlbefinden und proactive Entwicklung über die Lebens spane. In Juettemann, G & Thomae, H (Eds), *Personlichkeit und Entwicklung*, Weinheim, pp 157-190.

Brusset, B (1975). Qui est en crise les adolescents ou la société ?. *Autrement*, 1, p 68-91.

Cantor, N & Zirkel, S (1990). Personality, cognition, and purposive behavior. *Handbook of personality. Theory and research*, New York, Guilford Press, pp 135-164.

Castarède, M-F (1983). L'entretien clinique à visée de recherche. In ouvrage (s/d de) Chiland, C. *L'entretien clinique*. Paris, PUF.

Chabrol, H et Callahan, S (2004). Mécanismes de défense et Coping. Paris, Dunod.

Chahraoui, K et Bénony, H (2003). Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. Paris, Dunod.

Cherif, H et Manchaux, P (2007). Adolescence : Quels projets de vie ? . Alger, Creapsy.

Cloutier, R (1996). Psychologie de l'adolescence. Montréal, Gaëtan Morin.

Coslin, P.G (2002). Psychologie de l'adolescent. Paris, Armand Colin.

Cramer, P (2000). Defense Mechanisms in Psychology Today. *American Psychologist*, 55, pp 636-647.

Cresson, G (1995). Le travail domestique de santé. Paris, L'Harmattan.

Cross, S & Markus, H (1991). Possible selves across the life span. *Human Development*, 34, pp 230-255.

Csikszentmihalyi, M (1990). *Vivre : La psychologie du Bonheur*. Paris, Robert Laffont.

Debesse, M (1936). Comment étudier les adolescents ?. Paris, PUF.

Debesse, M (1941). *La crise d'originalité juvénile*. Paris, PUF.

Debray, A (1983). *L'équilibre psychosomatique : organisation mentale des diabétiques*. Dunod-Bordas, Paris.

Dejours, Ch (1989). *Recherches psychanalytiques sur le corps, répression et subversion en psychosomatique*. Paris, Payot Science de l'Homme.

Debray, A ; Dejours, Ch ; Fedida, P (2002). *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris, Dunod.

Delaroche, P (1992). *Adolescence à problèmes*. Paris, Albin Michel.

Dolto, F (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil.

Emmons, R.A, (1992). Abstract versus concrete goals: Personal Striving Level, physical illness, and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, pp 292-300.

Emmons, R.A, (1996). Striving and feeling; Personal goals and subjective well-being. In P. Gollwitzer, & J. Bargh (Eds), *The Psychology of Action, Linking cognition and Motivation to Behavior*, New York, The Guilford Press, pp 312-337.

Endler, N.S, Parker, J.D.A, Summer- Feldt, L.J (1998). Coping with Health Problems : developing a reliable and valid multidimensionnel measure. *Psychological Assessment*, 10,3, pp195-205.

Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002, Rapport principal du Ministère de la santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Office National des statistiques et Ligue des Etats Arabes (Juillet 2004).

Erickson, E (1980). *Adolescence et crise, la quête de l'identité*. Paris, Flammarion.

Finkelstein- Rossi, J (2007). *Projet de vie et estime de soi chez les adolescents issus de l'immigration : de la réalisation personnelle à l'intégration sociale*. in ouvrage collectif s/d Cherif, H et Manchoux, P, *Adolescence : quel projet de vie ?*. Alger, CREAPSY.

Fraisse, P (1957). *Psychologie du temps*. Paris, PUF.

Freud, A (1976). *L'enfant dans la psychanalyse*. Paris, Ed Gallimard.

Freud, S (1987). *Les trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, Ed Gallimard.

Freund, A.M & Baltes, P.B (2002). Selection, optimization and compensation as strategies of life management : Correlation with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, pp 531-543.

Fsian, H (2007). *Le projet professionnel chez l'adolescente Algérienne : de la logique aliénante à la stratégie de personnalisation*. In ouvrage collectif s/d Cherif, H et Manchoux, P, *Adolescence : quel projet de vie ?* . Alger, CREAPSY.

Gagnayre, R, Ivernois, J F (2005). *Les compétences des soignants en éducation thérapeutique*. *Actualité et dossier en santé publique*, 52, pp69-72.

Good, B (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale ?* . Le Plessis-Robinson, coll « Les empêcheurs de penser en Rond ».

Gottfredson, L (1981). Circumscription and promise : A developmental theory of occupational aspirations. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 6, pp 545-597.

Guelfi, J-D ; Gaillac, V ; Dardennes, R (1995). *Psychopathologie quantitative*. Paris, Masson.

Guichard, J (1993). *L'école et les représentations d'avenir des adolescents*. Paris, PUF.

Guichard, J (1995). *Psychopédagogie du projet d'avenir et normativité*. in ouvrage collectif *Les projets des jeunes une question d'identité*, Paris, Adapt/ Snes.

Gutton, J (1990). *Le pubertaire*. Paris, PUF.

Hacker, W (2001). Psychological activity theory. In Baltes & Smelser (Eds), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, Oxford, Elsevier.

Heckhausen, J & Schultz, R (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, pp 284-304.

Heckhausen, J & Dixon, R.A & Baltes, P.B (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25, pp 109-121.

Herzlich, C (1969). *Santé et maladie ; analyse d'une représentation sociale*. Paris, Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.

- Herzlich, C ; Adam, P (1995). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Nathan Université.
- Hinz, A (2000). *Psychologie der Zeit*. Munster, Waxmann.
- Huteau, M (1993). La psychologie du projet. In ouvrage collectif *Projet d'avenir et adolescence, les enjeux personnels et sociaux*, Paris, A.D.A.P.T, Snes.
- Huteau, M (1995). Pour une psychologie de l'orientation. In ouvrage collectif *Les projet des jeunes, une question d'identité*, Paris, A.D.A.P.T, Snes.
- IbaraArana, C.E, (2006). *Elaboration du projet de vie chez les jeunes adultes*. Thèse de doctorat approuvé par la Faculté des Lettres, Université de Fribourg, Suisse.
- Jeammet, P (2002). *L'adolescence*. Paris, Ed Solar.
- Jodelet, D (2003). *Les représentations sociales*. Paris, PUF.
- Jodelet, D (2015). L'apport de l'étude des représentations sociales dans le champ de la santé. In *Représentations sociales et contextes culturels*, recueil scientifique et pédagogique (s/d de) Cherif, H, Université Oran, PUO.
- Kline, P (1993). *Personality : The psychometric view*. London, Routledge.
- Kline, P (1994). *Guide de psychométrie*. Paris, Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Klinger, E (1994). On living tomorrow today : the quality of inner life as a function of goal expectations. *Psychology of future orientation*, Z. Zaleski (Ed), pp 97-109.
- Kreitler, S & Kreitler, H (1994). Goals and plans : The perspective of cognitive orientation. *The Catholic University of Lublin*, pp 141-156.
- Lacroix, A et Assal, J-P (2003). *L'éducation thérapeutique des patients : nouvelles approches de la maladie chronique*. Paris, Maloine.
- Larousse de la médecine (2002), Larousse- Bordas, 2^{ème} édition, Montréal.
- Lazarus, R & Folkman, S (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer.
- Le Breton, D (2002). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF.
- Legrés, J, Pemartin, D (1988). *Les projets des jeunes*. EAP, Issy-les- moulineaux. L'Ecuyer, R (1978). *Le concept de soi*. Paris, PUF.
- Lens, W & Moreas, M-A (1994). Future time perspective : An individual and a societal approach. *Psychology of future orientation*, Z. Zaleski (Ed), pp 23-38.
- Male, P (1982). *La crise juvénile*. Paris, Payot.
- Malewska- Peyre, H (1990). Le processus de dévalorisation de l'identité et les stratégies identitaires. In *Stratégies identitaires*, ouvrage collectif Camilleri, C; Kastarsztejn, J; Lipiansky, EM; Malewske-Peyre, H; Taboada-Leonneti, I et Vasquez, A, Paris, PUF.
- Leventhal, H, Meyer, D, Nerenz, DR (1980). The common sense representation of illness danger. *Contribution to medical psychology*, Vol 2, New York, Rachman Ed, pp 17-30.
- Lieberman, R (2003). *Handicap et maladie mentale*. Paris, PUF.
- Little, B.R et Chambers, N (2000). Analyse des projets personnels ; un cadre intégratif pour la psychologie clinique et le counseling. *Revue Québécoise de psychologie*, n 21, pp 153-190.
- Malewska- Peyre, H et Tap, P (1991). Les enjeux de la socialisation. In *La socialisation de l'enfance à l'adolescence*, (s/d de) Hanna Malewska-Peyre et Pierre Tap, Paris, PUF.
- Malrieu, P (1980). Genèse des conduites d'identité. In ouvrage (s/d) Tap, P, *Identité individuelle et personnalisation*, Toulouse, Privat.
- Marcelli, D, Braconnier, A (1999). *Adolescence et psychopathologie*. Paris, Ed Masson.

- Mebtoul, M (2003). Les significations attribuées par les médecins et les patients à la prise en charge du diabète (Algérie). In ouvrage collectif *Coopération, conflits et concurrence dans le système de santé* (s/d de) Cresson G, Drulhe M, Scheyer F-X, ed ENSP.
- Mebtoul, M (2011). Les significations par les médecins et les patients à la prise en charge du diabète. 1^{ères} Rencontres Franco-Algériennes en diabétologie, Médecine des maladies métaboliques, vol 5, Hors série 3, pp 13-17.
- Mebtoul M et Tennci L (2014). Vivre le handicap et la maladie chronique. Editions GRAS.
- Montel, S et Bungener, C (2010). Validation du CHIP dans une population Française atteinte de maladies neurologiques. *Revue neurologique*, 166, pp 54-60.
- Moscovici, S (1960). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris, PUF.
- Newman, L-S (2001). Coping and Defense: No clear Distinction. *American Psychologist*, 56, pp 760-761.
- Nurmi, J-E (1989). Planning, motivation and evaluation in orientation to the future: A latent structure analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 30, pp 64-71.
- Nurmi, J-E (1994). The development of future orientation in life-span context. In Z. Zaleski Edition, *Psychology of future orientation*, Lublin: Towarzystwo Naukowe, KUL, pp 63-74.
- Nurmi, J-E & Salmela-Aro, K (2002). Goal construction, reconstruction and depressive symptoms in a life-span context: the transition from school to work. *Journal of Personality*, 70, pp 385-420.
- Nuttin, J (1980). *Motivation et perspectives d'avenir*. Leuvin, Presses Universitaires de Louvain.
- Pemartin, D (1995). *Les démarches de projets personnels : les psychopédagogies en question(S) ?*. Paris, Editions EAP.
- Perron, R (2015). *Genèse de la personne*. Alger, CREAPSY.
- Piaget J, (1960). Problèmes de psychosociologie de l'enfant. In *Traité de sociologie*, Gurvitch, G, T II, Paris, PUF.
- Revault d'Allonnes, C et al (1989). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris, Dunod.
- Riard, E-H (2007). Approche du projet de vie et fonction des associations en France pour des jeunes nés de parents migrants du Maroc. In ouvrage collectif s/d Cherif, H et Manchaux, P, *Adolescence : quel projet de vie ?*, Alger, CREAPSY.
- Rodriguez- tomé, H, Jackson, S et Barriaud, F (1997). *Regards actuels sur l'adolescence*. Paris, PUF.
- Rogers, C.R (1998). *Le développement de la personne*. Paris, Ed Dunod.
- Ronka, A & Pulkkinen, L (1995). Accumulation of problems in social functioning in young adulthood : A developmental approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, pp 381-391.
- Rouvière H, (1993). L'estime de soi, le faire face aux risques de la maladie du cancer et du S.I.D.A . In *Les stratégies de coping*, journées du labo 93 Saint Cricq.
- Ryff, C-D & Lee M. Keyes, C (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, pp 719-727.
- Santiago Delefosse, M (2002). Les méthodes de recherche qualitatives et la psychologie de la santé. In ouvrage (s/d de) Fischer, GN, *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- Schilder, P (1968). *L'image du corps*. Paris, Gallimard.
- Sheldon, K.M & Emmons, R.A (1995). Comparing differentiation and integration within personal goals systems. *Personality and Individual Differences*, 18, pp 39-46.

- Sillamy, N (1991). Dictionnaire de psychologie. Canada, Larousse, 1^{ère} édition.
- Spitz, E (2002). Les stratégies d'adaptation face à la maladie chronique. In ouvrage collectif (s/d de)Fischer, GN, *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- Tajfel, H (1982). Social identity and intergroup relations. Paris, Ed MSH et Cambridge.
- Tap, P (1988). La société pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne. Paris, Dunod.
- Tap, P et Oubrayrie, N (1993). Projets et réalisation de soi à l'adolescence. In ouvrage collectif, *Projets d'avenir et adolescence, les enjeux personnels et sociaux*, Paris, ADAPT, Snes.
- Tap, P (1995). Les stratégies de personnalisation. In ouvrage collectif *Les projets des jeunes, une question d'identité*, Paris, A.D.A.P.T, Snes.
- Tap, P ; Tarquino, C et Sordes-Ader, F (2002). Santé, maladie et identité. In ouvrage (s/d) Fischer, GN, *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- Tarquino, C ; Fischer, GN et Barrache, C (2002). Le patient face aux traitements : compliance et relation médecin-patient. In ouvrage collectif (s/d) Fischer, GN, *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- Tarquino, C ; Costantini, M-L et Fischer, GN (2002). Soutien social et prise en charge psychologique des malades. In ouvrage collectif (s/d) Fischer, GN, *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- Tomès, A (2003). Grand dictionnaire de la psychologie. Paris, Larousse.
- Trommsdorff, G (1983). Future orientation and socialization. *International Journal of Psychology*, 18, pp 381-406.
- Vallerand, R.J et Thill, E.A (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Québec, Vigot.
- Vandenplas-Hopler, C (1998). Le développement psychologique à l'âge adulte et pendant la vieillesse. Paris, PUF.
- Winel, M (1987). Personal goals : The key to self-direction in adulthood. *Humans as self-constructing living systems*, Ford & D.Ford (Eds), NJ, pp 261-287.
- Zaleski, Z (1994). Personal future in hope and anxiety perspective. *Psychology of future orientation*, Lublin, pp 207-224.
- Zimbardo, P.G & Boyd, J.N (1994) : « Putting time in perspective : A valid reliable, individual-differences metric ». *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, pp 1271-1288.

Annexes

Guide d'entretien :

I Renseignements personnels

- 1- Filiation
- 2- Age
- 3- Age du diagnostic du diabète
- 4- Statut familial : position dans la fratrie – marié/célibataire
- 5- Niveau scolaire
- 6- Profession
- 7- Résidence

II Les évènements de vie importants / traumatisants :

- 1- Hospitalisation précoce
- 2- Carence affective
- 3- Divorce ou décès des parents (ou grand parents)
- 4- Difficultés socio économiques (chômage- déménagement- problèmes financiers ou de toxicomanie et alcoolisme)
- 5- Accident survenue dans l'enfance
- 6- Survenue de la maladie du diabète

III Les traits de la personnalité :

- 1- Les traits anxieux : agressivité- inquiétude- impulsivité- ruminations- instabilité émotionnelle- sentiment de culpabilité- sentiment d'échec/découragement- anticipation négative (pessimisme).
- 2- Personnalité de type A (High sensation seeking): compétitivité et engagement excessive dans les activités - agressivité- impulsivité- hyperactivité- performance- fort sentiment de contrôle.
- 3- Personnalité de type C (Low sensation seeking) : incapacité à exprimer les émotions (alexithymie)- répresser (évite la confrontation et la compétition)- soumission- sentiment d'auto-dépréciation – sentiment d'impuissance et de perte de contrôle.
- 4- Alexithymie : incapacité à exprimer les émotions- limitation de la vie imaginaire- le recours à l'action en cas de conflit- conformité sociale- faible capacité d'introspection- absence de créativité.

IV- Les processus d'évaluation de la situation de la maladie :

- 1- L'évaluation cognitive primaire :
 - Quelle était ta réaction à l'annonce du diagnostic de diabète de type1 ?
 - Représentation de la maladie du diabète.
 - Si tu n'avais pas le diabète est-ce que ta vie sera différente ?

- 2- L'évaluation cognitive secondaire (anticipation du futur ou les projets futurs) : Qu'aimeras-tu faire quand tu seras grand ?
 - projet personnel : avoir un foyer- se marier et avoir de enfants.
 - projet éducatif : poursuivre des études ou une formation.
 - projet professionnel : travailler- avoir une bonne situation économique.

V- Les stratégies de coping utilisées face à la maladie du diabète :

- 1- Coping centré sur l'émotion : Comment tu vis avec ton diabète ? (évitement- minimisation – acceptation- colère- prise de distance).
- 2- Coping centré sur le problème : Est-ce que tu recherches des informations concernant la maladie du diabète ?
 - L'adhésion thérapeutique (observance) : Est-ce que tu arrives à contrôler ton diabète ? Est-ce que tu prends du repos et ménage tes forces quand il le faut ?

VI Le soutien social :

- 1- La relation avec les membres de la famille avant et après l'atteinte du diabète
- 2- La relation avec les amis, collègues et voisins avant et après l'atteinte du diabète
- 3- La relation avec le personnel soignant (médecins et paramédicaux) avant et après ta première hospitalisation ?
- 4- Quelle est la personne à qui tu te confie en cas de problèmes ?

Les données brutes des variantes de l'étude

N	Sex	Caractéristiques				Moyenne dimension stratégies CHIP				Moyenne dimension projet de vie			C H I P	Pro de vie
		Age	N.scl	S.fa	Age diab	PA	IS	DI	CS	V per	Pro per	Pro prof		
1	1	1	1	1	1	5,00	4,33	3,29	4,14	3,25	3,33	3,57	104	71
2	1	1	1	1	1	5,00	4,00	2,00	2,71	2,13	3,50	3,00	81	59
3	1	1	1	1	1	5,00	4,67	3,43	4,71	3,13	3,00	3,00	112	64
4	1	1	1	1	1	4,83	4,83	3,14	2,43	2,50	3,33	3,29	90	63
5	1	1	1	1	1	4,67	4,83	2,86	3,86	2,75	2,67	3,14	97	60
6	1	1	1	1	1	4,67	5,00	2,86	2,71	2,38	2,83	3,14	90	58
7	1	1	1	1	1	4,67	4,50	2,57	2,86	2,88	3,00	3,43	85	65
8	1	1	1	1	1	4,67	4,50	2,14	2,57	2,75	3,00	3,71	81	66
9	1	1	1	1	1	4,50	4,50	2,86	3,00	3,13	2,67	3,14	88	63
10	1	1	1	1	1	4,50	4,00	3,57	3,00	3,75	3,50	4,00	92	79
11	1	1	1	1	1	4,50	4,33	2,43	2,71	2,75	2,83	3,57	81	64
12	1	1	1	1	1	4,50	4,33	3,00	2,57	2,75	2,67	3,71	85	64
13	1	1	1	1	1	4,50	4,33	2,14	3,00	2,50	2,67	2,86	81	56
14	1	1	1	1	1	4,33	4,33	3,43	4,57	3,38	3,67	3,57	107	74
15	1	1	2	1	1	4,33	4,50	2,43	2,71	3,63	3,00	2,57	84	65
16	1	1	2	1	1	4,33	4,67	2,86	4,00	3,63	3,67	3,14	97	73
17	1	1	2	1	1	4,33	4,50	3,14	3,43	2,50	3,33	3,29	90	63
18	1	1	2	1	1	4,33	5,00	3,29	3,57	2,63	2,67	3,29	99	60
19	1	1	2	1	1	4,33	4,50	2,43	2,71	3,50	3,17	2,86	83	67
20	1	1	2	1	1	4,33	4,17	2,00	2,43	2,88	3,00	3,00	75	62
21	1	1	2	1	1	4,33	4,17	3,14	4,43	3,00	2,67	3,29	101	63
22	1	1	2	1	1	4,33	5,00	3,14	4,43	3,38	2,83	3,57	105	69
23	1	1	2	1	1	4,33	4,67	2,71	2,14	2,38	2,83	3,14	82	58
24	1	1	2	1	1	4,33	4,50	3,14	4,57	3,50	3,00	3,14	104	68
25	1	1	2	1	1	4,33	4,83	3,57	2,86	3,50	2,83	3,43	96	69
26	1	1	2	1	1	4,33	4,67	3,00	4,86	3,50	2,83	3,00	108	66
27	1	1	2	1	1	4,33	4,00	2,29	2,29	3,00	3,17	3,00	77	64
28	1	1	2	1	1	4,33	4,00	2,00	3,00	2,88	3,17	3,00	79	63
29	1	1	2	1	1	4,33	4,17	2,29	2,57	2,38	2,83	3,14	78	58
30	1	1	2	1	1	4,33	4,83	2,71	2,86	2,63	3,00	3,29	87	62
31	1	1	2	1	1	4,33	4,17	1,86	2,57	2,13	3,50	3,00	75	59
32	1	1	2	1	1	4,33	3,83	1,71	2,00	2,50	3,00	3,57	68	63
33	1	1	2	1	1	4,33	5,00	2,14	3,29	3,25	2,50	3,43	88	65
34	1	1	2	1	1	4,33	4,67	3,86	3,86	2,75	2,50	3,43	106	61
35	1	1	2	1	1	4,33	4,33	1,86	4,29	3,00	2,17	3,71	89	63
36	1	1	2	1	1	4,33	5,00	3,57	4,43	3,63	3,17	3,14	110	70
37	1	1	2	1	1	4,33	4,67	2,57	2,86	2,88	2,50	3,71	85	64
38	1	1	2	1	1	4,33	4,33	2,14	2,57	2,50	2,67	2,86	79	56
39	1	1	2	1	1	4,17	5,00	2,29	3,00	2,50	3,00	2,57	85	56
40	1	1	2	1	1	4,17	4,50	2,14	3,57	3,13	3,17	3,14	86	66
41	1	1	2	1	1	4,17	4,67	2,86	2,86	3,63	3,00	3,71	84	73

42	1	1	2	1	1	4,17	3,83	3,14	3,71	3,25	3,00	2,86	91	64
43	1	1	2	1	1	4,17	4,17	3,43	4,14	3,75	3,00	3,43	101	72
44	1	1	2	1	1	4,17	4,33	3,57	4,29	2,63	3,00	3,29	105	62
45	1	1	2	1	1	4,17	4,17	2,14	3,00	2,38	1,50	3,00	80	49
46	1	1	2	1	1	4,17	4,67	2,43	3,14	2,88	2,67	3,00	87	60
47	1	1	2	1	1	4,17	4,50	2,43	3,00	3,50	3,17	3,71	84	73
48	1	1	2	1	1	4,17	4,33	2,86	4,00	2,50	2,83	3,14	93	59
49	1	1	2	1	1	4,17	4,17	2,57	4,14	3,25	3,17	3,71	89	71
50	1	1	2	1	1	4,17	4,50	2,57	3,71	3,00	3,17	2,57	90	61
51	1	1	2	1	1	4,17	5,00	2,43	2,29	3,63	3,33	3,00	80	70
52	1	1	2	1	1	4,17	4,17	2,86	3,57	3,25	3,83	3,43	86	73
53	1	1	2	1	1	4,17	3,83	3,29	3,86	3,13	3,33	3,00	93	66
54	1	1	2	1	1	4,17	5,00	2,43	3,29	3,00	2,33	3,00	87	59
55	1	1	2	1	1	4,17	3,67	3,29	3,43	2,75	2,67	2,86	86	58
56	1	1	2	1	1	4,17	4,17	2,14	2,29	3,25	3,33	3,14	74	68
57	1	1	2	1	1	4,17	4,00	2,00	2,29	3,38	3,00	2,71	70	64
58	1	1	2	1	1	4,17	5,00	3,29	3,29	3,63	3,33	3,71	96	75
59	1	1	2	1	1	4,17	3,83	2,00	2,00	2,88	3,33	3,86	69	70
60	1	1	2	1	1	4,17	4,67	2,43	2,86	3,25	3,00	3,29	84	67
61	1	1	2	1	1	4,17	4,50	2,57	2,14	2,50	3,33	3,29	78	63
62	1	1	2	1	1	4,17	4,67	3,14	2,57	2,13	3,33	3,86	85	64
63	1	1	2	1	1	4,17	5,00	3,00	2,86	2,13	3,50	3,57	91	63
64	1	1	2	1	1	4,17	4,67	2,71	3,14	2,50	3,50	3,57	87	66
65	1	1	2	1	1	4,17	4,50	2,00	3,14	2,38	3,17	3,14	81	60
66	1	1	2	1	1	4,17	4,83	2,86	2,57	2,50	3,50	3,57	83	66
67	1	1	2	1	1	4,17	4,33	2,57	2,71	2,50	3,33	3,29	80	63
68	1	1	2	1	1	4,17	4,50	2,29	2,43	2,50	3,00	3,57	79	63
69	1	1	2	1	1	4,17	4,50	2,14	3,14	2,38	2,83	3,14	84	58
70	1	1	2	1	1	4,17	4,33	2,14	2,71	2,75	2,50	3,43	79	61
71	1	1	2	1	1	4,17	4,17	2,00	1,86	3,00	2,17	3,71	71	63
72	1	1	2	1	1	4,17	4,83	2,57	2,71	3,00	2,33	3,29	85	61
73	1	1	2	1	1	4,00	4,67	2,29	2,86	3,13	3,17	3,14	82	66
74	1	1	2	1	1	4,00	3,33	2,86	3,43	3,75	3,33	3,29	84	73
75	1	1	2	1	1	4,00	4,00	3,57	3,86	3,75	3,17	3,29	97	72
76	1	1	2	1	1	4,00	4,17	3,57	4,29	3,25	3,33	3,00	102	67
77	1	1	2	1	1	4,00	3,83	3,29	4,00	2,50	3,00	2,71	93	57
78	1	1	3	1	1	4,00	5,00	2,29	2,86	3,00	2,33	2,43	85	55
79	1	1	3	1	1	4,00	5,00	2,43	3,43	3,50	2,50	3,14	92	65
80	1	1	3	1	1	4,00	4,17	2,71	2,43	3,25	2,83	3,43	79	67
81	1	1	3	1	1	4,00	4,67	2,71	2,71	3,13	2,83	3,43	85	66
82	1	1	3	1	1	4,00	4,17	3,29	4,00	3,13	3,50	3,57	96	71
83	1	1	3	1	1	4,00	4,83	2,43	2,57	3,25	3,67	2,71	79	67
84	1	1	3	1	1	4,00	4,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,57	86	67
85	1	1	3	1	2	4,00	4,33	3,00	3,57	2,88	3,00	3,57	89	66
86	1	1	3	1	2	4,00	4,50	1,57	3,14	3,50	2,33	3,43	78	66
87	1	1	3	1	2	4,00	4,67	2,86	4,00	3,00	3,00	3,43	95	66
88	1	1	3	1	2	4,00	4,33	2,43	2,71	2,75	2,83	3,14	78	61
89	1	1	3	1	2	4,00	3,67	2,29	3,57	2,75	3,17	2,71	81	60
90	1	1	3	1	2	4,00	3,67	2,43	2,29	3,00	3,00	2,57	70	60

91	1	1	3	1	2	4,00	4,83	2,29	2,43	2,50	2,33	3,14	79	56
92	1	1	3	1	2	4,00	3,83	2,00	2,14	3,13	2,50	3,43	69	64
93	1	1	3	1	2	4,00	4,33	2,29	2,86	2,88	3,00	3,43	81	65
94	1	1	3	1	2	4,00	4,67	3,14	3,57	3,38	3,00	3,57	98	70
95	1	1	3	1	2	4,00	5,00	3,29	3,29	3,63	3,17	3,14	96	70
96	1	1	3	1	2	4,00	4,50	2,57	3,14	2,75	3,33	4,00	84	70
97	1	1	3	1	2	4,00	4,00	2,29	2,86	2,13	3,33	3,86	76	64
98	1	1	3	1	2	4,00	4,83	2,43	2,71	2,38	2,67	3,14	81	57
99	1	1	3	1	2	3,83	5,00	2,71	3,14	3,75	3,33	2,71	88	69
100	1	1	3	1	2	3,83	4,17	2,71	3,86	3,00	2,33	3,57	91	63
101	1	1	3	1	2	3,83	4,83	2,57	2,86	3,25	3,50	3,43	82	71
102	1	1	3	1	2	3,83	4,33	3,57	4,29	3,38	3,17	3,14	99	68
103	1	1	3	1	2	3,83	4,17	3,29	4,14	3,50	2,67	2,71	97	63
104	1	1	3	1	2	3,83	3,83	3,29	3,71	3,13	3,33	3,57	90	70
105	1	1	3	1	2	3,83	3,67	3,00	3,86	2,75	2,50	3,00	91	58
106	1	1	3	1	2	3,83	3,67	3,14	3,29	3,25	2,33	3,14	86	62
107	1	1	3	1	2	3,83	4,83	2,86	3,71	2,88	1,67	3,00	93	54
108	1	1	3	1	2	3,83	3,83	3,14	4,29	2,75	2,50	3,00	93	58
109	1	1	3	1	2	3,83	4,00	2,43	2,57	2,88	3,00	3,86	76	68
110	1	1	3	1	2	3,83	3,67	1,71	2,57	3,50	3,33	3,86	68	75
111	1	1	3	1	2	3,83	4,33	2,29	2,43	3,38	2,83	3,14	75	66
112	1	1	3	1	2	3,83	3,67	2,00	2,43	3,25	2,67	3,43	70	66
113	1	1	3	1	2	3,83	4,33	2,14	2,86	2,88	2,67	2,86	77	59
114	1	1	3	1	2	3,83	4,50	2,14	3,00	3,38	3,50	3,43	78	72
115	1	1	3	1	2	3,83	4,67	2,71	2,43	2,75	1,83	2,57	81	51
116	1	1	3	1	2	3,83	3,67	3,14	3,57	3,75	2,83	3,43	85	71
117	1	1	3	1	2	3,83	3,67	3,00	4,00	2,88	2,17	3,00	88	57
118	1	1	3	1	2	3,83	4,33	2,29	2,29	3,00	2,50	3,43	76	63
119	1	1	3	1	2	3,83	4,17	2,86	2,57	2,63	3,33	2,86	77	61
120	1	1	3	1	2	3,83	4,50	2,29	3,14	2,63	2,00	2,71	82	52
121	1	1	3	1	2	3,83	4,33	2,00	2,43	2,50	2,83	2,43	74	54
122	1	1	3	1	2	3,83	4,33	1,86	2,57	2,63	3,00	2,57	75	57
123	1	1	3	1	2	3,83	4,50	2,29	3,43	2,63	2,50	3,14	86	58
124	1	1	3	1	2	3,83	4,17	2,71	2,71	2,88	3,33	3,29	80	66
125	1	1	3	1	2	3,83	3,50	1,86	2,71	3,38	2,33	3,43	69	65
126	1	1	3	1	2	3,83	4,17	1,86	2,71	3,38	2,50	2,86	77	62
127	1	1	3	1	2	3,83	4,17	1,71	2,71	2,75	3,33	3,29	72	65
128	1	1	3	1	2	3,83	4,17	1,71	2,71	2,13	3,33	3,71	74	63
129	1	1	3	1	2	3,83	3,50	1,86	1,86	2,50	3,50	3,57	63	66
130	1	1	3	1	2	3,83	4,00	1,86	3,14	2,75	3,00	3,71	76	66
131	1	1	3	1	2	3,83	3,83	3,29	4,14	2,63	2,83	3,43	90	62
132	1	1	3	1	2	3,83	3,17	2,57	3,29	3,63	3,33	3,71	77	75
133	1	1	3	1	2	3,83	4,67	1,86	4,00	3,50	2,83	3,00	84	66
134	1	1	3	1	2	3,83	3,67	3,43	3,71	2,88	3,33	3,29	92	66
135	1	1	3	1	2	3,83	4,67	2,43	2,86	2,13	3,33	3,71	83	63
136	1	1	3	1	2	3,83	4,67	2,29	2,71	3,25	2,50	3,43	80	65
137	1	2	3	1	2	3,83	4,67	2,43	3,43	3,13	3,00	3,00	87	64
138	1	2	3	1	2	3,83	4,50	3,00	2,57	2,50	3,33	3,29	88	63
139	1	2	3	1	2	3,67	4,00	2,29	3,00	2,88	2,67	3,14	76	61

140	1	2	3	1	2	3,67	4,00	3,14	4,00	2,63	3,17	3,57	93	65
141	1	2	3	1	2	3,67	3,67	3,29	3,57	3,50	3,50	3,00	87	70
142	1	2	3	1	2	3,67	4,17	2,00	2,71	3,50	3,00	3,29	74	69
143	1	2	3	1	2	3,67	3,17	3,14	3,43	3,00	3,50	3,57	86	70
144	1	2	3	1	2	3,67	3,33	3,29	3,57	2,75	2,17	3,57	87	60
145	1	2	3	1	2	3,67	3,50	3,14	3,57	3,38	2,67	2,57	84	61
146	1	2	3	1	3	3,67	3,67	3,43	3,71	3,00	3,17	3,00	89	64
147	1	2	3	1	3	3,67	3,67	2,57	4,00	3,25	3,00	3,29	84	67
148	1	2	3	1	3	3,67	3,50	3,14	4,00	3,25	2,67	3,00	91	63
149	1	2	3	1	3	3,67	4,00	3,43	4,29	3,25	2,83	3,29	95	66
150	1	2	3	1	3	3,67	4,17	2,57	2,57	2,00	2,17	3,43	76	53
151	1	2	3	1	3	3,67	4,50	2,86	3,43	2,50	2,00	3,29	87	55
152	2	2	3	1	3	3,67	3,50	3,00	3,71	3,38	3,17	3,14	85	68
153	2	2	3	1	3	3,67	3,83	2,43	2,57	2,88	3,33	3,43	74	67
154	2	2	3	1	3	3,67	3,67	2,43	2,29	2,50	3,50	3,14	68	63
155	2	2	3	1	3	3,67	4,17	2,00	3,86	3,38	2,67	3,00	81	64
156	2	2	3	1	3	3,67	4,33	2,86	3,43	3,50	2,83	3,14	87	67
157	2	2	3	1	3	3,67	3,67	2,43	3,43	3,00	3,17	2,86	78	63
158	2	2	3	1	3	3,67	3,33	3,29	3,57	2,88	2,83	3,86	85	67
159	2	2	3	1	3	3,67	4,67	2,86	2,29	3,50	3,00	3,29	80	69
160	2	2	3	1	3	3,67	4,50	2,57	3,00	3,50	2,33	3,14	81	64
161	2	2	3	1	3	3,67	3,50	3,29	3,71	3,13	2,50	2,71	88	59
162	2	2	3	1	3	3,67	4,67	2,43	2,71	3,00	3,00	3,71	79	68
163	2	2	3	1	3	3,67	3,67	2,71	3,14	2,50	2,67	3,43	79	60
164	2	2	3	1	3	3,67	4,00	1,86	2,57	2,88	3,83	3,57	69	71
165	2	2	3	1	3	3,67	4,00	2,57	2,57	3,50	3,67	2,71	75	69
166	2	2	3	1	3	3,67	4,50	2,86	4,14	3,13	3,00	3,00	93	64
167	2	2	3	1	3	3,67	5,00	3,14	4,43	3,88	3,17	3,71	100	76
168	2	2	3	1	3	3,67	3,67	2,00	2,57	3,50	3,00	3,57	70	71
169	2	2	3	1	3	3,67	4,00	2,43	2,43	2,38	3,17	3,14	71	60
170	2	2	3	1	3	3,67	4,67	3,29	3,29	2,88	2,50	3,71	88	64
171	2	2	3	1	3	3,67	4,67	3,00	5,00	3,00	2,33	3,29	103	61
172	2	2	3	1	3	3,67	3,00	2,57	3,43	3,00	2,67	3,29	78	63
173	2	2	3	1	3	3,67	4,33	2,29	3,14	2,63	3,00	3,14	80	61
174	2	2	3	1	3	3,67	4,83	2,43	2,29	2,75	3,33	3,29	80	65
175	2	2	3	1	3	3,67	4,33	2,29	3,00	2,13	3,50	3,00	77	59
176	2	2	3	1	3	3,67	4,33	2,14	3,14	2,88	2,83	3,29	76	63
177	2	2	3	1	3	3,50	3,17	3,00	3,00	3,38	3,00	3,57	76	70
178	2	2	3	1	3	3,50	3,50	2,71	3,57	2,13	2,50	2,29	83	48
179	2	2	4	1	3	3,50	2,83	2,57	3,29	2,88	2,67	2,71	74	58
180	2	2	4	1	3	3,50	4,83	2,29	3,14	3,63	2,83	3,57	83	71
181	2	2	4	1	3	3,50	4,33	2,29	2,86	3,25	3,50	3,71	79	73
182	2	2	4	1	3	3,50	4,17	2,29	2,14	3,38	2,67	2,86	73	63
183	2	2	4	1	3	3,50	3,67	1,71	2,71	2,88	2,83	3,00	67	61
184	2	2	4	1	3	3,50	3,17	3,43	3,86	2,75	2,67	3,57	85	63
185	2	2	4	1	3	3,50	4,67	2,57	3,29	2,88	2,83	3,29	84	63
186	2	2	4	1	3	3,50	4,17	2,14	3,57	3,13	2,67	3,86	79	68
187	2	2	4	1	3	3,50	4,33	2,86	3,57	3,88	3,00	3,00	86	70
188	2	2	4	1	3	3,50	4,67	2,43	2,57	2,50	2,50	3,00	77	56

189	2	2	4	2	3	3,50	3,33	3,14	3,71	3,50	2,83	3,43	85	69
190	2	2	4	2	3	3,50	2,67	2,14	3,14	2,63	3,17	3,14	67	62
191	2	2	4	2	3	3,50	4,67	2,57	2,86	2,75	2,67	3,29	81	61
192	2	2	4	2	3	3,50	4,17	2,29	2,57	3,75	2,50	3,14	75	67
193	2	2	4	2	3	3,50	3,33	2,57	3,86	2,38	2,00	2,57	83	49
194	2	2	4	2	3	3,50	2,50	2,00	2,71	2,88	3,17	3,14	60	64
195	2	2	4	2	3	3,50	3,67	2,00	2,71	2,50	2,67	3,43	70	60
196	2	2	4	2	3	3,50	3,83	1,86	2,86	2,38	2,67	3,14	73	57
197	2	2	4	2	3	3,50	3,50	2,71	3,71	3,75	3,50	4,00	83	79
198	2	2	4	2	3	3,50	5,00	3,29	3,00	3,50	2,83	3,43	92	69
199	2	2	4	2	3	3,50	3,17	2,00	3,14	2,13	3,50	3,00	70	59
200	2	2	4	2	3	3,50	4,83	2,43	4,14	2,75	2,67	3,71	89	64
201	2	2	4	2	3	3,50	4,50	2,71	2,71	2,63	3,33	3,29	82	64
202	2	2	4	2	3	3,50	4,17	2,14	3,43	2,38	2,67	3,14	81	57
203	2	2	4	2	3	3,33	4,33	2,57	3,43	3,38	3,50	2,71	82	67
204	2	2	4	2	3	3,33	4,50	2,29	2,71	3,00	2,33	2,29	76	54
205	2	2	4	2	3	3,33	4,17	1,86	2,29	3,13	2,67	2,86	69	61
206	2	2	4	2	3	3,33	3,17	3,14	3,57	2,63	2,83	3,86	79	65
207	2	2	4	2	3	3,33	3,33	2,86	3,14	2,38	2,50	3,43	77	58
208	2	2	4	2	3	3,33	4,00	2,57	4,71	3,38	2,00	3,00	93	60
209	2	2	4	2	3	3,33	4,17	1,71	4,14	2,75	3,00	3,57	79	65
210	2	2	4	2	3	3,33	3,50	2,71	3,29	3,38	2,67	3,14	79	65
211	2	2	4	2	3	3,33	4,83	2,00	2,86	3,25	2,33	2,86	80	60
212	2	2	4	2	3	3,33	4,00	2,43	1,86	2,63	3,33	3,29	67	64
213	2	2	4	2	3	3,33	4,17	2,14	2,71	2,13	3,50	3,00	74	59
214	2	2	4	2	3	3,33	2,50	1,43	1,86	2,88	3,00	3,43	52	65
215	2	2	4	2	3	3,33	3,50	1,86	2,43	2,50	3,50	3,57	66	66
216	2	2	4	2	3	3,33	3,17	2,71	3,43	3,38	2,83	3,57	75	69
217	2	2	4	2	3	3,33	4,17	2,43	4,57	2,88	3,33	3,86	89	70
218	2	2	4	2	3	3,33	4,33	3,00	3,86	3,00	3,17	3,00	85	64
219	2	2	4	2	3	3,33	3,67	2,43	3,57	2,75	2,83	3,57	79	64
220	2	2	4	2	3	3,33	4,17	2,29	4,43	2,63	3,00	3,29	85	62
221	2	2	4	2	3	3,33	3,50	2,14	2,57	2,13	3,50	3,00	68	59
222	2	2	4	2	3	3,33	3,17	1,29	2,86	2,63	2,83	3,43	61	62
223	2	2	4	2	3	3,17	2,83	2,71	3,57	2,88	2,67	3,00	76	60
224	2	2	4	2	3	3,17	2,83	2,43	2,71	3,00	2,67	3,43	67	64
225	2	2	4	2	3	3,17	3,00	2,43	3,14	3,00	2,67	3,43	72	64
226	2	2	4	2	3	3,17	4,17	2,43	4,14	2,88	3,00	2,57	84	59
227	2	2	4	2	3	3,17	3,67	1,71	2,29	3,63	3,17	3,29	63	71
228	2	2	4	2	3	3,17	2,67	2,00	3,00	3,38	3,00	3,57	67	70
229	2	2	4	2	3	3,17	3,00	3,00	3,29	3,50	3,00	3,14	78	68
230	2	2	4	2	3	3,17	3,33	2,86	3,86	3,88	3,17	3,71	84	76
231	2	2	4	2	3	3,17	3,17	2,71	4,00	3,63	3,17	3,29	79	71
232	2	2	4	2	3	3,17	3,83	1,71	3,29	3,25	3,00	3,29	74	67
233	2	2	4	2	3	3,00	4,17	2,57	2,43	3,38	3,67	3,29	73	72
234	2	2	4	2	3	3,00	4,67	2,14	3,29	3,38	3,17	3,71	78	72
235	2	2	4	2	3	3,00	4,00	1,86	4,29	3,25	2,67	2,43	76	59
236	2	2	4	2	3	3,00	3,17	2,71	3,29	4,00	3,17	2,43	72	68
237	2	2	4	2	3	3,00	2,83	3,14	3,71	2,38	3,67	3,14	81	63

238	2	2	4	2	3	3,00	3,17	2,00	3,00	3,13	3,00	2,57	64	61
239	2	2	4	2	3	3,00	4,17	2,29	2,57	2,13	2,50	2,71	72	51
240	2	2	4	2	3	3,00	3,67	2,29	2,43	2,13	3,50	3,57	66	63
241	2	2	4	2	3	3,00	3,33	2,43	2,14	2,88	2,83	3,29	64	63
242	2	2	4	2	3	3,00	4,17	2,29	4,57	3,13	3,00	3,00	86	64
243	2	2	4	2	3	3,00	3,50	2,71	3,14	3,38	2,33	3,43	75	65
244	2	2	4	2	3	3,00	4,83	2,43	3,71	2,75	3,33	4,00	84	70
245	2	2	4	2	3	3,00	3,50	2,43	3,57	2,88	3,17	3,00	74	63
246	2	2	4	2	3	3,00	3,83	2,57	4,14	3,38	2,50	2,86	83	62
247	2	2	4	2	3	3,00	4,33	2,57	4,71	2,38	2,83	3,14	91	58
248	2	2	4	2	3	2,83	3,00	3,00	3,43	3,75	3,83	3,29	75	76
249	2	2	4	2	3	2,83	3,50	2,43	2,29	2,63	3,00	3,14	66	61
250	2	2	4	2	3	2,83	3,00	1,86	3,00	2,38	2,83	3,14	67	58
251	2	2	4	2	3	2,83	3,83	2,57	3,71	3,50	3,00	3,57	80	71
252	2	2	4	2	3	2,50	1,67	3,14	3,57	3,13	2,67	3,29	68	64
253	2	2	4	2	3	2,50	3,17	2,43	4,00	3,50	2,67	2,71	74	63
254	2	2	4	2	3	2,50	2,67	2,71	3,00	3,25	3,33	3,57	68	71
255	2	2	4	2	3	2,33	1,83	2,86	3,29	3,25	3,33	2,00	67	60

Codification :

Sexe : **1** masculin ; **2** féminin

Age : **1** (16-18 ans) ; **2** (19-21 ans)

Age de l'atteinte de la maladie du diabète : **1** (1 à 5 ans) ; **2** (6 à 10 ans) ; **3** (plus de 11 ans)

Niveau scolaire : **1** Primaire ; **2** Moyen ; **3** Secondaire ; **4** Universitaire

Situation familiale : **1** Célibataire ; **2** Marié(e)

COPING WITH HEALTH INJURIES AND PROBLEMS SCALES

CHIP – ENDLER ET AL 1998-

الاسم ----- السن ----- تاريخ ----- المهنة -----
 --المستوى الدراسي-----الوضعية العائلية ----

التعليمية : في حالة المرض ما هي مختلف الإستراتيجيات و المذكورة أسفله التي تستعملونها
 لمواجهة الوضعية :

- ضع علامة X على الخانة المناسبة.

	إطلاقا				
	كثيرا	4	3	2	1
1. أفكر في الأوقات السعيدة التي عشتها	5	4	3	2	1
2. عند التعب أأزم السرير	5	4	3	2	1
3. أبحث عن المعلومات المتعلقة بمرضي	5	4	3	2	1
4. تساءلت لماذا يحدث لي هذا	5	4	3	2	1
5. أسعى لأكون بصحبة الآخرين	5	4	3	2	1
6. أرتاح كلما أحسست بالتعب	5	4	3	2	1
7. أحاول بطريقة سريعة أن أعالج نفسي	5	4	3	2	1
8. أحس بالتضايق و الغضب	5	4	3	2	1
9. تراودني أحلام يقظة بخصوص هذا المرض	5	4	3	2	1
10. أقضي ساعات طويلة في النوم	5	4	3	2	1
11. أعتقد أن أموري سوف تتحسن	5	4	3	2	1
12. أحس بالإحباط	5	4	3	2	1
13. يعجبني اهتمام وتقدير الآخرين لي	5	4	3	2	1
14. أحاول الاستفسار عن المزيد بخصوص هذا المرض	5	4	3	2	1
15. أحاول الحفاظ على نفسي من الإجهاد	5	4	3	2	1
16. أفكر في الأشياء التي لايمكنني إنجازها	5	4	3	2	1
17. أضع لنفسي مشاريع مستقبلية	5	4	3	2	1
18. أبقى معظم وقتي دافنا في البيت	5	4	3	2	1
19. اتبع الإرشادات التي تعطي لي	5	4	3	2	1
20. أتخيل بأنني في حالة صحية جيدة	5	4	3	2	1
21. استمع إلى الموسيقى	5	4	3	2	1
22. أهين نفسي جو هادئ	5	4	3	2	1
23. اتبع نصائح طبيبي الخاص	5	4	3	2	1
24. أتمنى لو لم يظهر هذا المرض	5	4	3	2	1
25. أقوم بدعوة أصدقائي	5	4	3	2	1
26. أبقى هادئا	5	4	3	2	1
27. أتناول أدويتي في وقتها	5	4	3	2	1
28. أظن بأنني ضعيف	5	4	3	2	1
29. أحيط ذاتي بأشياء جميلة	5	4	3	2	1
30. أبقى في وضع مريح	5	4	3	2	1
31. استعلم من الأدوية الخاصة بعلاجي	5	4	3	2	1
32. أقلق بخصوص صحتي	5	4	3	2	1
	كثيرا				إطلاقا

تعليمات:

أمامك مجموعة من العبارات والجمل والتي لديها أربع بدائل أوافق: (دائماً، أحياناً، نادراً) و(لا أوافق) نرجو منك اختيار إجابة واحدة فقط، وذلك بوضع علامة (+) أمام الإجابة التي تختارها، مع العلم أنه ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة فقط أجب بكل صراحة وصدق، لا تترك أي سؤال دون إجابة.

وشكراً لحسن تعاونكم

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر: () أنثى: ()

السن:

تاريخ إكتشاف المرض:

المستوى الدراسي: ابتدائي: () متوسط: () ثانوي: () جامعي: ()

الوضعية العائلية: أعزب: () متزوج: ()

الرقم	العبارات	أوافق		
		نادراً	أحياناً	دائماً
01	أسعى لأكون في توافق مع نفسي والآخرين			
02	يقلقتني التفكير باستمرار في مستقبلي			
03	أشعر بأنني أقل من غيري في هذه الحياة			
04	ليس لدي خطط مستقبلية تخصني			
05	من الصعب التوفيق بين ما أتمناه وما أريد تحقيقه			
06	أشك في قدرتي على تحقيق طموحي			
07	أعتمد كثيراً على الآخرين في إتخاذ قراراتي			
08	أحب دراستي			
09	أشعر بأنني عبء على والدي			
10	أواجه مشاكل في وظيفتي			
11	مرضي يمنعني من ربط علاقات مع غيري			
12	إنني مرتاح في دراستي			

			سأبذل كل جهدي في الحصول على عمل خاص بي	13
			أسعى للبحث عن وظيفة تؤمن لي تغطية نفقات علاجي	14
			السعادة في نظري هي الزواج	15
			أفضل عدم العيش والبقاء مع أسرتي	16
			سوف أعتد على نفسي في إنجاز مشروع زواجي	17
			الدراسة بالنسبة لي مضيعة للوقت	18
			أتردد في الزواج بسبب مرضي	19
			العمل ضرورة تزيد من ثقتي بنفسي	20
			أفكر في الحصول على بيت خاص بي	21
			بسبب مرضي أعجز عن بذل الجهود في الدراسة	22
			لا يهمني أن يكون لي أصدقاء	23
			أعتقد بأن الزواج سيمعني من تحقيق مشاريعي	24
			أطمح أن أكون من أصحاب الأعمال الحرة	25
			يقلقتي التفكير في مستقبلي المهني	26
			رغم مرضي فإنني أضع خطط طموحة لمستقبلي	27
			أخاف عدم قدرتي على تحمل مسؤولية بناء أسرة	28
			أسعى للحصول على ثقة واهتمام الآخرين	29
			أرغب في تكوين أسرة وإنجاب أطفال	30
			ليس لدي طموح في الحصول على عمل	31
			أرغب في الزواج من شخص أختاره بنفسي	32
			التفوق في العمل ضمن أولوياتي في الحياة	33
			العمل والدراسة تعني النجاح في الحياة	34
			أرغب أن أكون مصدر اهتمام من طرف زملائي	35
			بسبب مرضي أعجز عن بذل الجهود في العمل	36