

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Abderrahmane MIRA de Bejaïa

Département de Psychologie et Orthophonie



Mémoire de fin d'étude

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème :

Le burn-out maternel et le soutien social chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier

Etude Clinique de 06 cas réalisés à l'EPH d'Akbou

Réalisé par :

- AZERRADJ Thin Hinan
- BOUAROURI Salima

Encadré par :

Dr: CHELGHOUUM Anissa

Année universitaire

2024/2025

Lire,

c'est rêver

les yeux ouverts.

Daniel Pennac

Remerciements

*Louange à **Dieu** le Tout-Puissant, source de sagesse et de force, pour nous avoir accordé la santé, la persévérance et le courage nécessaires à l'accomplissement de ce travail. Sans Sa volonté, rien n'aurait été possible.*

*Nous exprimons notre profonde reconnaissance à **Dr CHELGHOUUM Anissa**, notre promotrice, pour son accompagnement tout au long de ce projet. Sa rigueur scientifique, la pertinence de ses conseils, sa disponibilité, sa patience et sa bienveillance ont été pour nous d'un soutien inestimable. Nous la remercions sincèrement pour l'attention et l'intérêt qu'elle a portés à notre travail.*

Nos remerciements s'adressent également aux membres du jury, pour l'honneur qu'ils nous font en acceptant d'évaluer ce travail, et pour l'attention qu'ils y consacreront.

*Nous souhaitons aussi remercier chaleureusement l'ensemble du personnel de l'**hôpital public d'Akbou**, et plus particulièrement l'équipe du service de pédiatrie, pour leur accueil, leur disponibilité et leur collaboration.*

*Nos remerciements les plus sincères vont à Madame **BENATSOU Atika**, psychologue, pour son accueil chaleureux, son professionnalisme, son écoute et son implication précieuse durant toute la période de notre stage. Son soutien nous a été d'une grande aide.*

Enfin, nous adressons un grand merci aux mamans des enfants qui ont accepté de participer à notre recherche. Leur confiance, leur générosité et le temps qu'elles nous ont consacré ont été essentiels à la réussite de ce travail.

À toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce mémoire, nous exprimons notre gratitude la plus sincère.

Dédicaces

C'est avec un bonheur sincère, un esprit accueillant et une vive émotion, porté par la reconnaissance, la bonté et l'esprit de partage, que je consacre ce modeste travail

*À mes chers parents, **Mourad** et **Ourida** Merci pour votre amour, votre soutien et tous les sacrifices que vous avez faits pour moi. Vous m'avez appris à être forte, à avancer, et à rester fidèle à mes valeurs. Votre présence m'a toujours apporté réconfort et courage. Je vous suis profondément reconnaissante. Que Dieu vous protège, et vous accorde une longue vie.*

*À mes chers sœurs « **Kahina** , **Kenza** , **Melissa** » et frères « **Adel**, **Rafik** » , Merci d'avoir été là, dans les moments de joie comme dans les épreuves. Votre présence, vos encouragements et votre affection ont toujours compté pour moi. Vous êtes une source de force, d'inspiration et d'amour. Je vous porte dans mon cœur avec une immense tendresse. Que la vie vous comble de bonheur, de réussite et de paix.*

*A mes oncles « **Farid**, **Ahmed** ,**Brahim** » Merci pour votre présence et aide, de près ou de loin, pendant la réalisation de ce projet. . Ce travail vous revient aussi .*

*A notre promotrice **Dr CHELGHOUN Anissa**, Votre disponibilité et votre engagement ont grandement contribué à la réalisation de ce travail. Merci pour votre confiance et votre accompagnement. Votre encadrement a été précieux.*

*A notre psychologue madame **Benatsou Atika** ,Merci de nous avoir guidés tout au long de notre stage avec bienveillance et professionnalisme. Votre accompagnement nous a permis de mieux comprendre le terrain et d'en tirer un véritable apprentissage. Votre soutien a été d'une grande aide.*

*À toi, ma chère amie, ma binôme de cœur « **Salima** » avant tout Avant même que ce projet ne commence, tu étais déjà là une présence précieuse, une alliée fidèle, une amie sincère. Travailler à tes côtés a été bien plus qu'une simple collaboration : c'était une aventure partagée, pleine de complicité, de respect, de rires et de soutien mutuel. Ton engagement, ton écoute, ta générosité et ta détermination ont enrichi chaque étape de cette recherche. Tu as su transformer les moments de doute en confiance, et les efforts en souvenirs inoubliables. Merci d'avoir été bien plus qu'une partenaire de travail. Ce projet porte aussi la trace d'une belle amitié, et c'est un honneur de l'avoir vécu avec toi.*

*À toutes les personnes qui ont croisé mon chemin au cours de ces années amis proches « **Alia**, **Ryma**, **Amina** , **Feriel**, **Melissa**, **Samia** », camarades de classe, connaissances de passage je tiens à vous remercier du fond du cœur. Votre présence, qu'elle ait été constante , m'a offert un soutien précieux, qu'il soit émotionnel, moral ou même physique. Vos mots, ont compté plus que vous ne l'imaginez. Aujourd'hui, alors que ce chapitre de mon parcours se referme, je garde en moi la chaleur de nos partages, la force de nos liens et la sincérité de nos moments. Mon souhait le plus profond est que cette belle amitié qui nous unit ne s'efface jamais, peu importe où la vie nous mène.*

A fin de conclure ce dédicace Je tiens à me remercier pour la persévérance, la patience et la force que j'ai su puiser en moi tout au long de ce parcours. Malgré les doutes, les défis et les moments de fatigue, je n'ai jamais cessé d'avancer. Ce chemin n'a pas toujours été facile, mais je suis fière du courage que j'ai montré et de tout ce que j'ai accompli. Aujourd'hui, je rends hommage à cette version de moi-même qui a tenu bon et n'a

Dédicaces

Je rends tout d'abord grâce à **Dieu**, Le Miséricordieux, pour m'avoir accompagnée, protégée et donné la force de mener à bien ce travail. Sa lumière m'a guidée dans les moments de doute comme dans les instants de persévérance.

Je dédie ce mémoire à mes chers parents, ma maman **Hayat** et mon père **Mahmoud**, pour leur amour inconditionnel, leurs innombrables sacrifices et leur soutien indéfectible. Vous êtes la source de ma force et les fondations de tout ce que j'ai pu accomplir.

À mes frères bien-aimés, **Djebab**, **Lounes** et **Mouhou**, merci pour votre affection, votre confiance silencieuse et vos encouragements constants qui m'ont portée durant tout ce parcours.

À ma promotrice, Madame **CHELGHOUM Anissa**, je tiens à exprimer ma sincère reconnaissance pour son accompagnement rigoureux, ses conseils avisés et son engagement tout au long de cette recherche. Son exigence bienveillante a nourri la qualité de ce travail.

À la psychologue **Benatsou Atika**, je souhaite adresser toute ma gratitude pour son ouverture, son écoute et sa disponibilité précieuse durant cette expérience de terrain. Sa présence a été un repère rassurant et inspirant.

À ma cousine **Malia**, merci pour ta douceur, ta présence rassurante et ton soutien affectueux dans les moments où tout semblait trop lourd. Tu as su être là, simplement, mais toujours au bon moment.

À **Mounir**, qui a été une force discrète mais constante, merci pour ta patience, ton optimisme contagieux et ton soutien sans faille. Ta présence m'a portée, et ta confiance m'a donné la force d'aller jusqu'au bout.

À ma binôme et amie de toujours, **Thin Hina**. Avant d'être ma partenaire de mémoire, tu es ma confidente, ma meilleure amie, une sœur choisie. Merci pour ton engagement sans relâche, ton écoute sincère, ta loyauté inébranlable, et surtout pour ta présence lumineuse dans les moments de doute comme dans les éclats de joie. Ce parcours partagé a renforcé ce lien unique qui nous unit, et je suis fière d'avancé à tes côtés.

Et enfin, je m'adresse à moi-même, avec tendresse et fierté. À la jeune femme que je suis devenue, à celle qui n'a pas abandonné malgré les incertitudes et la fatigue, à celle qui a su puiser dans ses ressources pour avancer. Ce mémoire est le fruit de ma persévérance, de mes nuits d'effort, de mes espoirs silencieux. Je me rends hommage pour avoir cru en mes capacités et pour avoir tenu bon, jusqu'au dernier mot.

-B.Salima-

Liste d'abréviation

- ACD** : Acidocétose diabétique
- ADA** : American Diabetes Association
- ARIES** : Philippe Ariès
- ASSIS** : Arizona Social Support Interview Schedule
- AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- BR2C** : Balance Risque/Ressources
- CEM** : Collège d'Enseignement Moyen
- B** : Cellules bêta
- DT1** : Diabète de type 1
- DT1b** : Diabète de type 1 idiopathique
- DT2** : Diabète de type 2
- EEH** : État Hyperosmolaire Hypoglycémique
- EPH** : Établissement Public Hospitalier
- ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient
- HLA** : Human Leukocyte Antigen
- IDF** : International Diabetes Federation
- ISEL** : Interpersonal Support Evaluation List
- ISPAD** : International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes
- MBI** : Maslach Burnout Inventory
- MODY** : Maturity Onset Diabetes of the Young
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- NPH** : Neutral Protamine Hagedorn (insuline intermédiaire)
- PBA** : Parental Burnout Assessment
- PBI** : Parental Burnout Inventory
- BOP** : Parental Burnout
- SSQ6** : Social Support Questionnaire – version courte
- TCC** : Thérapie Cognitive et Comportementale

Liste des tableaux

N°	Titre	Page
01	Tableau des critères diagnostiques du diabète pédiatrique selon l'ADA (2024).	19
02	Les dimensions de soutien social	63
03	Tableau récapitulatif caractéristiques du groupe de recherche.	88
04	Evaluation du burn-out parental	93
05	Résultat de Fadia obtenu de l'échelle PBA	106
06	Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Fadia	107
07	Résultat de Fatiha obtenu de l'échelle PBA	112
08	Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Fatiha	114
09	Résultat de F obtenu de l'échelle PBA	118
10	Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Nassima	120
11	Résultat de Rosa obtenu de l'échelle PBA	124
12	Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Rosa	126
13	Résultat de Samia obtenu de l'échelle PBA	130
14	Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Samia	131
15	Résultat de Katia obtenu de l'échelle PBA	136
16	Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Katia	1037
17	Tableau au récapitulatif des résultats des sujet dans l'échelle de PBA	151
18	Récapitulatif des résultats de recherche de l'échelle soutien social SSQ6	152

Liste des figures

Figure 1: Schéma de mécanisme d'un diabète de type 1	15
Figure 2: Schéma de mécanisme d'un diabète de type 2	16
Figure 3: Seringue insuline.....	29
Figure 4: Le stylo à insuline	29
Figure 5: La pompe à insuline	30
Figure 6: Les zones d'injection d'insuline	31
Figure 7: La triade symptomatique du burn-out parental	45
Figure 8: Phase du burn-out parental.....	49
Figure 9: Blanche entre risque/ ressources	52

Remerciements	
Dédicaces	
Liste d'abréviation	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Table des matières	
Introduction	1

Partie théorique

Chapitre I : L'enfant et le diabète pédiatrique

Préambule	6
I. L'enfant	6
1. Évolution historique de l'enfance.....	6
2. Définition de l'enfant.....	8
3. Développement de l'enfant.....	8
3.1.2. Le stade préopératoire (2-7 ans) :	9
3.1.3. Le stade est divisé en trois sous stades : I, 2- 4 ans.....	9
3.1.4. Le stade des opérations concrètes (7-12 ans)	9
3.1.5. Le stade est divisé en deux sous stades : I, 8- 10 ans.	9
3.1.6. Le stade des opérations formelles (12-16 ans) :	10
3.2. développement affectif	10
3.2.1. Le stade oral :	10
3.2.2. Le stade anal :	10
3.2.3. Le stade phallique.....	10
3.2.4. La phase œdipienne	11
3.2.5. La phase de latence.....	11
II. Le diabète pédiatrique.....	11
1. Histoire de diabète pédiatrique.....	11

Table des matières

2. Définition du diabète pédiatrique	13
3. Types et spécificités de diabète	14
3.1. Le diabète de type 1	14
3.2. Le diabète néonatal	16
3.3. Le diabète du nourrisson «3 ans ».....	17
3.4. Le diabète Mitochondriaux	17
3.5. Le diabète MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)	17
3.6. Autres types spécifiques de diabète	17
4. Diagnostic médicale du diabète pédiatrique	18
5. Épidémiologie du diabète pédiatrique	19
6. Symptômes du diabète pédiatrique	20
6.1. Symptômes du diabète type 1	20
6.2. Symptômes du diabète type 2	21
7. Les facteurs de risques du diabète pédiatrique	22
7.1. Les facteurs de risques du diabète type 1(DT1)	22
7.1.1. Facteurs génétiques.....	22
7.1.2. Facteurs environnementaux	22
7.1.3. Infections virales.....	22
7.1.4. Alimentation précoce.....	23
7.1.5. Carence en vitamine D	23
7.2. Les facteurs de risque du diabète de type 2 (DT2)	23
7.2.1. Facteurs génétiques	23
7.2.2. Obésité	23
8. Complications du diabète pédiatrique	24
8.1. Les complications du diabète de type 1	24
8.1.1. Les complications à court terme.....	24
8.1.2. Les complications à long terme	24

8.2. Les complications du diabète type 2	25
8.2.1. Les complications à court terme	26
8.2.2. Les complications à long terme	26
9. Prise en charge du diabète pédiatrique	26
9.1. Traitement du diabète type 1	27
9.1.1 traitement médicamenteux et non médicamenteux	27
9.1. Traitement du diabète type 2	32
10. L'enfant face au diagnostic du diabète pédiatrique	33
11. L'adaptation de l'enfant à la maladie.....	33
11.1. Les réactions émotionnelles face à la maladie	34
11.2. Les facteurs influençant l'adaptation	34
11.3. La perception de la maladie	34
11.4. Les stratégies de coping	34
11.5. L'impact du développement cognitif et émotionnel.....	34
11.6. Les interventions pour favoriser l'adaptation.....	35
12. Le vécu de l'enfant hospitalisé pour un diabète	35
Synthèse.....	36

Chapitre II : Le burnout parental

Préambule	38
1. Histoire du burnout.....	38
1.1. Définition du burnout.....	39
2. Histoire du burnout parental.....	39
2.1. Définition du burn-out parental	40
2.2. Développement du burn-out parental	41
2.2.1. Trois stades d'évolution.....	41
3. Les critères diagnostiques du burn-out parental	43
4. Symptômes du burn-out parental.....	44

5. Les facteurs du risque du burn-out parental	45
5.1. Les facteurs de risque sociodémographiques.....	45
5.2. Facteurs individuels	46
5.3. Facteurs familiaux.....	46
5.4. Facteurs environnementaux	47
6. Les phases du burn-out parental	47
7. Conséquences psychologiques, physiques et relationnelles du burn-out parental	49
7.1. Les conséquences psychologiques.....	50
7.2. Les conséquences physiques.....	50
7.3. Les conséquences relationnelles	50
8. Les modèles théoriques du burn-out parental.....	51
8.1. Le Modèle des Risques Cumulés.....	51
8.2. Le Modèle de la Balance Risque/Ressources (BR2©)	51
9. La prise en charge et stratégies de prévention du burn-out parental	52
9.1. La prise en charge du burn-out parental	52
9.1.1. Identifier et évaluer le burn-out parental	52
9.1.2. Interventions psychologiques et psychoéducatives	52
9.1.3. Favoriser le soutien social et familial	53
9.1.4. Prévention et interventions systématiques.....	53
9.2. Stratégies de prévention du burn-out parental	53
9.2.1. La régulation émotionnelle.....	53
9.2.2. La restructuration cognitive.....	53
9.2.3. L'équilibre entre les rôles de vie	54
9.2.4. Le soutien social	54
10. Burn-out parental chez les mères d'enfants atteints du diabète	54
Synthèse.....	55

Chapitre III : Le soutien social

Préambule	57
1. Histoire du soutien social	57
2. Définition du soutien social.....	59
3. Les types du soutien social	59
3.1. Le soutien émotionnel.....	59
3.1.2. Le soutien d'estime.....	60
3.1.3. Le soutien informatif	60
3.1.4. Le soutien matériel on instrumental	60
4. Les sources du soutien social.....	60
4.1. Les sources formelles	60
4.2. Les sources informelles	60
5. Les dimensions du soutien social	61
5.1. Le réseau de soutien	61
5.2. Les comportements de soutien	62
5.3. L'appréciation subjective du soutien	62
6. L'impact du soutien social sur la santé physique.....	63
6.1. Le soutien social et le système immunitaire Un lien essentiel pour la santé.....	63
6.2. Le rôle du soutien social dans la gestion du stress	63
6.3. Le soutien social et la santé physique.....	64
7. Mesures et évaluation du soutien social	64
7.1. L'Inventory of Socially Supportive Béhaviorisme (ISSB).....	65
7.2. Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS)	65
7.3. Le Social Support Questionnaire (SSQ),.....	65
7.4. L'interpersonal Support Evaluation List (ISEL).....	66
8. Le lien entre le soutien social et le burn-out parental.....	67
9. Soutien social des mères d'enfants atteints de diabète	67

Synthèse.....	68
Problématique.....	70

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule	81
1. Les objectifs de la recherche	81
2. Intérêt du choix de thème	81
3. Limites de la recherche.....	82
4. La méthode de la recherche	82
4.1. Méthode utilisés dans la recherche.....	82
5. Présentation du lieu de recherche et la structure du service.....	85
5.1. Présentation du lieu de recherche	85
5.2. La structure du service.....	85
6. Critères et présentation du groupe de recherche.....	86
6.1. Les critères de sélection.....	86
6.1.1. Les critères d'inclusion.....	86
6.1.2. Les critères d'exclusion	87
6.2. Les caractéristiques du groupe de recherche	87
7. Outils de collecte de données	88
7.1. L'entretien de recherche	88
7.1.1. Présentation du guide de l'entretien de recherche semi-directif.....	90
7.2. L'échelle Parental Burnout Assessment (PBA)	92
7.2.1 La consigne.....	93
7.2.2 Interprétation du score	94
7.2.3 Avantage et limite du questionnaire.....	94
7.3. Echelle de soutien social.....	95
7.3.1 La consigne.....	95

7.3.2 La cotation	96
8. Le déroulement de la pratique	96
8.1. La pré-enquête	96
8.2. L'enquête.....	97
9. Attitude du chercheur	99
10. Difficulté de recherche	100
Synthèse.....	100

Chapitre V : Présentation des données, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule	102
1. Présentation, analyse de l'entretien semi-directif et échelles mesurant la qualité de vie et le soutien social	102
2. Discussion des hypothèses	139
Synthèse de chapitre	153
Conclusion.....	155
Annexes	157
Références bibliographiques.....	174
Résumé	

Introduction

Introduction

La santé constitue un pilier central de l'existence humaine. Lorsqu'un enfant reçoit un diagnostic de diabète, l'équilibre familial est profondément bouleversé. Le quotidien devient une succession de contraintes : surveillance constante, injections, régimes alimentaires stricts et vigilance médicale. Cette nouvelle réalité affecte particulièrement les mères, souvent en première ligne dans la prise en charge de la maladie.

Le vécu des mères d'enfants diabétiques est marqué par une charge mentale et émotionnelle importante, pouvant conduire à un état de burn-out maternel. Entre la gestion des soins, les régimes à suivre et l'insécurité permanente liée à l'état de santé de l'enfant, ces femmes sont confrontées à un stress chronique. Cette situation génère souvent de la fatigue, de la culpabilité, et un sentiment d'isolement social, bien que beaucoup continuent de s'impliquer intensément pour le bien-être de leur enfant.

Le burn-out maternel est aujourd'hui reconnu comme une pathologie distincte du stress ordinaire. Il se manifeste par un épuisement émotionnel profond, un désengagement affectif et un sentiment de perte de plaisir dans le rôle parental (Mikolajczak & Roskam, 2018). Toutefois, certaines mères trouvent un appui dans les réseaux de soutien familial ou communautaire, ce qui peut renforcer leur résilience.

Dans le contexte du diabète pédiatrique, le soutien social s'avère crucial. Il aide à alléger la charge émotionnelle et favorise l'adaptation face aux contraintes imposées par la maladie. La présence d'un réseau d'entraide permet aux mères de partager leurs expériences, d'exprimer leurs inquiétudes et de maintenir un équilibre psychologique (Streisand & Monaghan, 2014).

L'objectif de cette étude est de décrire le niveau de burn-out parental chez les mères d'enfants atteints de diabète suivis en milieu hospitalier, ainsi que leur perception du soutien social reçu. Cette problématique est d'autant plus pertinente en Algérie, où peu de recherches se sont penchées sur le vécu émotionnel de ces mères.

Nous avons adopté une approche clinique qualitative, centrée sur la compréhension du vécu subjectif des mères d'enfants atteints de diabète. Cette démarche permet d'explorer, de manière approfondie, leurs ressentis face à l'épuisement parental ainsi que leur perception du soutien social.

L'étude s'est déroulée à l'Etablissement Public Hospitalier Akloul Ali d'Akbou, spécialisé en diabète pédiatrique, en collaboration avec un groupe de sept mères rigoureusement sélectionnées. La méthodologie repose sur une approche clinique par étude de cas, incluant des entretiens semi-directifs et l'utilisation de deux outils : le Parental Burnout Assessment (PBA) et le Social Support Questionnaire (SSQ6 de Sarason).

Notre travail est structuré en deux grandes parties : une première théorique comprenant trois chapitres sur l'enfance, le burn-out maternel, et le soutien social – et une seconde partie consacrée à l'étude de terrain, avec un chapitre méthodologique et un chapitre d'analyse des résultats.

À cet effet, notre recherche s'articule autour de deux grandes parties principales. Nous débutons par une introduction générale de notre travail, suivie d'une première partie consacrée au cadre théorique, laquelle se compose de trois chapitres :

- Le premier chapitre est divisé en deux volets. Le premier porte sur l'enfant, avec une présentation de son développement, depuis son histoire et sa définition jusqu'aux étapes clés de sa croissance. Le second volet aborde en profondeur le diabète pédiatrique : ses origines, ses types, son diagnostic, sa prévalence, ses symptômes, ses complications, sa prise en charge et les enjeux spécifiques à la relation enfant-maladie, en particulier en contexte d'hospitalisation.
- Le deuxième chapitre est consacré au burn-out maternel. Il retrace son évolution historique, propose une définition claire, et présente ses critères diagnostiques, ses facteurs de risque, ses phases et ses conséquences. Une attention particulière est portée au vécu des mères d'enfants diabétiques. Le chapitre se termine par une synthèse des éléments abordés.
- Le troisième chapitre est centré sur le soutien social : ses origines théoriques, ses différentes définitions, sources, formes et modalités d'évaluation. Il met en lumière son impact sur la santé physique et psychologique, notamment dans la manière dont il atténue le burn-out parental chez les mères concernées. Le chapitre se conclut par une synthèse des principaux apports.

Nous conclurons cette première partie par la formulation de la problématique de notre recherche, laquelle nous conduira à l'énoncé de la question générale ainsi qu'à la formulation des hypothèses. La seconde partie, quant à elle, sera consacrée à l'aspect pratique de notre travail et comprendra deux chapitres :

- Le premier chapitre expose la méthodologie adoptée : définition des concepts, outils utilisés, déroulement de la recherche, profil des participantes, et difficultés rencontrées sur le terrain.
- Le deuxième chapitre est consacré à la présentation et l'analyse des résultats issus des entretiens et des échelles standardisées. Il comprend également une discussion des hypothèses émises au départ, à la lumière des données recueillies.

Enfin, l'étude se conclut par une conclusion générale, une bibliographie et les

Partie théorique

Chapitre I : L'enfant et le diabète pédiatrique

Préambule

Vivre avec une maladie chronique dès l'enfance représente un défi quotidien pour les jeunes patients et leur entourage. Le diabète pédiatrique, une pathologie nécessitant un suivi médical rigoureux, impacte profondément la vie de l'enfant tant sur le plan physique que psychologique. Comme le disent souvent les familles concernées, cette maladie impose une vigilance de tous les instants.

Nous allons, dans ce chapitre, explorer en profondeur le diabète pédiatrique, une pathologie qui affecte le quotidien de nombreux enfants et de leurs familles. Dans un premier temps, nous reviendrons sur les notions essentielles liées à l'enfance, en explorant son évolution historique, sa définition et les grandes étapes de son développement. Nous aborderons ensuite le diabète pédiatrique en tant que maladie, en retracant son histoire, en définissant ses spécificités et en détaillant ses types, ses modes de diagnostic, son épidémiologie et ses facteurs de risque. Enfin, nous nous pencherons sur les différentes stratégies de prise en charge et sur l'impact du diabète sur la vie de l'enfant, en examinant son adaptation à la maladie et son vécu, notamment en milieu hospitalier.

L'objectif de ce chapitre est ainsi de fournir un cadre théorique solide sur l'enfant et le diabète pédiatrique, afin de mieux comprendre les enjeux médicaux et psychologiques auxquels ces jeunes enfants et leur entourage doivent faire face.

I. L'enfant

1. Évolution historique de l'enfance

Le mot enfant nous vient du latin *infans* qui signifie : « celui qui ne parle pas ». On voit déjà fidèlement se refléter dans cette origine du mot une conception bien particulière de l'enfant : sois sage et tais-toi !

L'historien Philippe ARIES a montré l'évolution de l'idée d'enfance. De façon succincte, on peut retracer cette histoire de la façon suivante :

Avant le XVI^e siècle l'enfant n'existe pas réellement en tant que tel. Dès que les jeunes sont incapables de travailler (vers 6/7 ans) ils basculent dans le monde adulte. L'enfant vivait comme les adultes, il était reconnu comme un adulte.

Ainsi les pères gaulois avaient droit de vie et mort sur les enfants. Les lois romaines autorisaient les hommes à accepter ou refuser un enfant à sa naissance.

Au XVII^o et XVIII^o siècles, sous l'influence des philosophes de l'époque, deux conceptions de l'enfance opposées, apparaissent. L'une considère l'enfant comme un être corrompu, foncièrement mauvais. Il s'agit de corriger l'enfant pour assurer son salut. L'enfance est perçue comme une période négative de la vie. L'autre considère l'enfant comme un être de pureté, d'innocence qu'il faut protéger.

Ces deux conceptions vont conduire toutes les deux à séparer l'enfant du monde des adultes, en l'enfermant dans les écoles. De plus, la société voyait dans l'enfant un futur adulte pouvant travailler efficacement, et devenir un soldat.

Un des premiers pédagogues, Jean-Jacques Rousseau, reconnaît à l'enfant des caractéristiques propres et amène l'idée d'une spécificité de l'enfance, « Il faut laisser à l'enfant l'exercice de la liberté naturelle. L'enfant n'est pas un petit adulte, mais il a ses caractéristiques propres. »

Au XIX^o siècle les enfants d'ouvriers continuent à travailler dans des conditions très difficiles. Une série de lois va peu à peu protéger l'enfant, mais le travail des enfants continuera jusqu'au début du début du XX^o siècle.

- 12 Mars 1841 : Interdiction de faire travailler les enfants de moins de 8 ans limitation à 8 h de travail pour les enfants entre 8 et 12 ans, et à 12 h après 12 ans.
- 24 Juillet 1889 : Lois sur les abus de la puissance paternelle.
- 19 avril 1898 : Lois sur la répression des violences.

En matière d'éducation, les lois GUIZOT en 1833, puis FERRY au début de la troisième république instituent l'école publique, primaire, laïque et obligatoire.

Un peu plus tard, au début du XX^o siècle :

- 1924 : la société des Nations adopte une « déclaration sur les droits de l'enfant » en 5 points.
- En 1959 la « déclaration des droits de l'enfant » en 10 principes est proclamée.

L'enfant doit bénéficier d'un protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la lois et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une manière saine et normale sur les plans physique, intellectuel, moral, spirituel, social, dans des conditions de liberté et de dignité, dans l'adoption des lois. A cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération dominante.

Henri WALLON rajoute : Aujourd’hui, notre pays est économiquement avancé, nous sommes encore dans la préhistoire de l’humanité. Chacun a la possibilité de participer à l’évolution de cette idée d’enfance.

- 1979 sera l’année internationale de l’Enfant. On y préparera le projet de Convention relative aux Droits de l’Enfant.

Le 20 Novembre 1989 l’Assemblée Générale des Nations Unies adoptait la Convention Internationale des Droits de l’Enfant, qui reconnaît aux enfants des droits particuliers. La France ratifie la Convention le 6 Septembre 1990. (Document des Francas du var)

2. Définition de l’enfant

Période de la vie où s’effectue une succession ininterrompue et rapide de changement : dans les situations environnementales physiques et sociales où les enfants sont successivement placés en fonction de leur variation en âge (crèche, école...), dans les comportements, actions et réactions que l’on attend d’eux, dans leurs compétences intellectuelles et affectives. (Les Francas du Val-de-Marne, 2022)

Sur le plan psychologique l’enfance «*c'est la période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence Sous l'impulsion de la psychologie moderne, l'enfant n'est plus considéré comme un adulte auquel il manque les connaissances et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régi par des lois particuliers*

3. Développement de l’enfant

Le développement de l’enfant est un processus dynamique et progressif qui englobe plusieurs dimensions, dont le développement physique, cognitif, affectif et social. Dans notre étude, nous nous concentrerons particulièrement sur le développement cognitif et affectif.

3.1. Développement cognitive

J. Piaget il a explore l’intelligence de l’enfant et décrit son développement sous la forme de stades successifs dont l’ordre d’apparition est constant partant du stade sensori-moteur au stade des opérations concrètes. Chaque stade est une structure qui englobe à titre de sous structure le stade précédent.

3.1.1 Le stade sensorimoteur (0-2 ans)

Les réactions circulaires primaires se complexifient. L'enfant accède peu à peu à un univers d'objets permanents. L'enfant passe de l'individualisme narcissique au choix objectal et passe des émotions primaires à des sentiments différenciés et durables. Le stade est organisé en 6 sous stades.

- Exercice réflexe.
- Réaction circulaire primaire
- Réaction circulaire secondaire
- Moyens connus pour situations nouvelles
- Réaction circulaire
- Combinaison mentale

3.1.2. Le stade préopératoire (2-7 ans) :

Le stade préopératoire voit l'essor de la fonction symbiotique, l'apparition du dessin, du jeu symbolique, de l'image mentale. La socialisation, les sentiments moraux, les intérêts et les valeurs se mettent en place.

3.1.3. Le stade est divisé en trois sous stades : I, 2- 4 ans.

Conquête de la fonction sémiotique. II, 4-6 ans . Pensée égocentrique et organisation de la représentation. III, 6- 8 ans. Intuitions articulées par la régulation.

3.1.4. Le stade des opérations concrètes (7-12 ans)

Séries et classifications (opérations concrètes) se mettent en place. L'enfant acquiert les notions de causalité, comprend les invariants du réel, à la conservation de substance, de poids, de volume

L'enfant devient capable de coopération. La camaraderie se développe, les jeux se déroulent en s'appuyant sur des règles valables pour tous. Le sentiment de justice morale et l'autonomie se développent.

3.1.5. Le stade est divisé en deux sous stades : I, 8- 10 ans.

Opérations concrètes simples 8-10 ans. (logico arithmétiques classe, relations numériques). II, 10- 12 ans Opérations concrètes complexes (spatio-temporelles)

3.1.6. Le stade des opérations formelles (12-16 ans) :

Les notions de nombre, de volume de poids, les structures logiques (classification et sériation) sont acquises. La pensée formelle, qui se construit à ce stade permet l'établissement de relations entre la réalité et la possibilité. Dernier stade de la pensée, c'est pour Piaget le moment où l'intelligence acquiert sa pleine maturité .

3.2. développement affectif

S. Freud (1905) s'avère être le pionnier des études sur le développement du psychisme de l'enfant (Golse 2004). Il distingue différentes phases dans le développement affectif de l'enfant :

3.2.1. Le stade oral :

de la naissance à quinze mois, marque un temps où les intérêts de l'enfant sont encore limités à des gratifications alimentaires ou non alimentaires primaires. C'est une période d'attachement et de non-différenciation où le bébé vit un échange affectif puissant avec une identification au modèle maternel.

3.2.2. Le stade anal :

est la période du contrôle sphinctérien, située entre la deuxième et la troisième année de l'enfant. Il confronte l'enfant à l'apprentissage dans sa relation avec sa mère. L'enfant distingue l'objet interne de l'objet externe. Cette période est ambivalente et conflictuelle, dans la mesure où elle se partage entre les exigences de satisfaire la mère et la naissance du sentiment d'opposition. Les comportements d'imitation sont présents et l'enfant est capable de déplacer ses affects vers un objet transitionnel. L'enfant rentre dans une période de socialisation et d'autonomie, la mère ayant créé un sentiment de sécurité suffisant pour lui permettre de pouvoir appréhender le monde.

3.2.3. Le stade phallique

Entre la troisième et la quatrième année, marque une période de curiosité sexuelle infantile. C'est une période narcissique où l'enfant est dans un sentiment de complétude ou d'incomplétude. Le sentiment de réassurance doit être accompagné de la possibilité de mise en jeu des relations sociales, favorisé par le développement des capacités de symbolisation, faute de quoi l'enfant peut être amené à stagner dans cet état narcissique tout en développant des angoisses exacerbées de séparation.

3.2.4. La phase œdipienne

entre la quatrième et la sixième année, est marquée par une phase de conflit entre les trois personnages familiaux, lui-même, le père, la mère. Freud (1905) parle ainsi de triangulation de la relation d'objet. Nous ne détaillerons pas ici les caractéristiques bien connues du complexe d'Edipe mais rappellerons simplement l'importance de ce stade et de son dépassement dans la construction de la personnalité de l'enfant. Celui-ci fondera là, dans son psychisme, une représentation fondatrice du monde et de sa morale. Il permettra de poursuivre l'orientation vers des objets extérieurs, les progrès du Moi, l'identification aux modèles de l'adulte. Une conscience morale interne pourra se construire, ainsi qu'un sentiment de transgression des interdits. Le « Surmoi » s'organise et permet l'acquisition de l'indépendance.

3.2.5. La phase de latence

cette période, située classiquement entre 7 et 12 ans est marquée par l'extension à l'extra-parental. L'enfant doit parvenir à désorienter ses désirs et déplacer ses buts vers des activités socialement valorisées en dehors du contexte familial. Les pulsions sont déplacées vers des objectifs plus socialisés » permettant à l'enfant des activités relationnelles et extrafamiliales. Il rentre dans une phase de sublimation qui permettra l'investissement dans les apprentissages (Freud, 1905, pp. 211-224).

II. Le diabète pédiatrique

1. Histoire de diabète pédiatrique

Le diabète a été décrit pour la première fois dans des textes de l'Égypte ancienne, il y a plus de 3 500 ans, comme l'existence d'« urines très abondantes ». Un document turc vieux d'environ 2 000 ans rapporte la soif extrême et le volume urinaire très important des personnes ayant un diabète. Alors que le goût sucré des urines était mentionné depuis longtemps, il a fallu attendre 200 ans avant notre époque pour que l'Anglais Chevreul mette au point un test pour mesurer la concentration de sucre dans l'urine, et montrer l'existence d'une glycosurie.

Plus tard au XIXe siècle, le Français Bouchardat a publié un travail sur « le traitement hygiénique du diabète sucré », associant cet état à l'hyperphagie. Le bien-fondé du traitement proposé par Bouchardat fut confirmé lors du siège de Paris de 1870, durant lequel la privation de nourriture améliorait nettement l'état de santé des Parisiens ayant un diabète

(probablement de type 2) . Toutefois, après plusieurs milliers d'années d'observation, la cause et le mécanisme du diabète sont restés inconnus jusqu'au XXe siècle.

En 1869, Paul Langerhans a démontré que le pancréas contient des cellules autres que celles qui sécrètent le suc pancréatique, de fonction inconnue et auxquelles il a donné son nom. À l'université de Strasbourg, Minkowski a montré que les îlots de Langerhans contribuent à la pathogenèse du diabète sucré, en déclenchant la maladie chez le chien par l'ablation du pancréas. En 1900, le Russe Stobolev et l'Américain Opie ont confirmé que le diabète sucré est provoqué par la destruction des îlots de Langerhans.

Quelques années plus tard, à Toronto, les chercheurs Banting, Best, Macleod Collip sont parvenus à soigner des chiens diabétiques avec des extraits pancréatiques. Le premier homme traité avec un extrait pancréatique fut Leonard Thompson, en 1922. L'amélioration spectaculaire de son état de santé a valu à Banting et Macleod le Prix Nobel en 1923, prix qu'ils ont partagé avec leurs collègues chercheurs. À l'université de Toronto, Best avait refusé d'accorder les droits exclusifs de fabrication de l'insuline à un seul laboratoire. Les laboratoires Ely Lilly aux États-Unis, Novo Nordisk au Danemark, Hoechst en Allemagne et Endopancrine en France ont lancé la production dès 1930. L'insuline NPH (neutral protamine Hagedorn) a été mise au point en 1946 par Hans Christian Hagedorn, des laboratoires Nordisk.

Au cours des décennies suivantes, les chercheurs ont développé une insuline permettant de mieux contrôler le taux de sucre sanguin (glycémie), adaptée à un traitement quotidien, et ayant peu d'effets secondaires. Après la production d'insuline pure d'origine bovine ou porcine, l'étape suivante a été de transformer l'insuline animale en insuline « humaine » par substitution d'un acide aminé. À compter de 1979, le génie génétique s'est imposé comme la technologie privilégiée pour produire l'insuline, utilisant des bactéries puis des levures plutôt que des extraits animaux. Une troisième étape a été la modification du profil d'activité de l'insuline humaine afin de permettre une assimilation plus rapide ou plus lente, sur 24 heures. Si le manque d'insuline n'est plus une cause de mortalité chez les personnes atteintes de diabète qui vivent dans des pays développés, il constitue aujourd'hui encore un grave problème dans certaines régions du globe. (Brink ,2011 , pp. 20- 21).

- **L'apparition du concept pédiatrie**

L'essor des cliniques pédiatriques s'est manifesté partout en Europe à la fin du XIX^e siècle, en raison des taux élevés de mortalité infantile, notamment dans les centres urbains. À Paris, le premier hôpital pédiatrique spécialisé, l'Hôpital des enfants malades, a ouvert ses portes en 1802 dans le but de prodiguer des soins médicaux aux orphelins et aux enfants déjà pris en charge par le système de protection de l'enfance ou dont les familles ne pouvaient se permettre de recourir à des soins infirmiers privés. (Shalevry, 2021, pp.71-72).

Selon le dictionnaire médical de Larousse, 2017, La pédiatrie est une branche de la médecine consacrée à l'enfant et à ses maladies. La pédiatrie est la spécialité qui traite de l'enfant, depuis la vie intra-utérine, en collaboration avec les obstétriciens (médecine anténatales), jusqu'à l'âge adulte (au terme souvent imprécis de l'adolescence).

2. Définition du diabète pédiatrique

Le mot « diabète» signifie « passer à travers » en se référant à la forte polyurie qui caractérise la maladie, le terme diabète regroupe tous les états morbides ayant en commun une hyperglycémie.

Le diabète de l'enfant est une maladie chronique liée à un dés métabolique qui s'exprime par une hyperglycémie chronique secondaire le plus souvent à un déficit de sécrétion de l'insuline lié à la destruction irréversible de cellules β du pancréas ou rarement à un déficit dans son action. Cette maladie chronique la plus fréquente en pédiatrie : 3^{ème} après l'asthme et l'épilepsie .

Le diabète de l'enfant est un désordre métabolique caractérisé par une hyperglycémie chronique secondaire, le plus souvent, à un déficit de la sécrétion de l'insuline, rarement à un déficit dans son action (Imane, 2020,p.02).

Le diabète dit sucrer est une maladie liée à une défaillance des mécanismes biologiques de régulation de la glycémie, il s'agit d'une maladie chronique due à une carence ou un défaut d'utilisation de l'insuline, ce qui entraîne une hyperglycémie. Ceci est en effet la conséquence d'une destruction spécifique des cellules beta (B) des îlots de l'angerhans conduisant à une carence d'insuline (Gorchov et al., 2000, p.191).

Selon Mikolajczak le diabète est une maladie chronique grave liée à une défaillance la régulation de la glycémie. La gravité de la maladie est due à la fois aux complications

aigues et chroniques qu'entraîne l'hyperglycémie. Les formes les plus courantes de diabète sont le diabète de type 1 (10-20%) et de type 2 (80-90%) (Mikolajczak, 2013, p.129).

Le diabète, c'est avoir trop de sucre dans le sang (hyperglycémie). Le sucre est le carburant du corps, il est donc nécessaire. Mais pour utiliser le sucre dans le sang, il faut une clé : l'insuline. Cette insuline est produite par le pancréas.

3. Types et spécificités de diabète

3.1. Le diabète de type 1

Le diabète de l'enfant se révèle généralement être un diabète de type 1, dit insulinodépendant : c'est l'une des maladies chroniques les plus courantes de l'enfance.

Le diabète de type 1 est le type de diabète le plus courant chez les enfants, représentant environ deux tiers de tous les cas de diabète. Il s'agit de l'une des maladies chroniques les plus courantes chez l'enfant. Vers l'âge de 18 ans, 1 enfant sur 350 a développé un diabète de type 1. Le nombre d'enfants affectés a récemment augmenté, tout particulièrement chez les enfants âgés de moins de 5 ans ([msdmanuals](#)).

Le diabète de type 1 peut apparaître à tout moment au cours de l'enfance, y compris durant la petite enfance, mais il se déclare habituellement entre 4 et 6 ans ou entre 10 et 14 ans.

Dans le diabète de type 1, le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline, car le système immunitaire attaque et détruit les cellules pancréatiques fabriquant l'insuline (cellules des îlots pancréatiques). Cette destruction peut être déclenchée par des facteurs environnementaux chez les personnes ayant hérité de certains gènes les prédisposant à développer un diabète. Ces gènes sont plus fréquents dans certains groupes ethniques (tels que les Scandinaves et les Sardes). Les proches parents d'une personne atteinte de diabète de type 1 sont exposés à un risque accru de développer un diabète. Les frères et les sœurs ont environ 4 à 8% de probabilité de développer un diabète et les vrais jumeaux sont exposés à un risque encore plus élevé (30 à 50%). Le risque de diabète pour un enfant dont un parent souffre de diabète de type 1 est d'environ 10% si le père est affecté et d'environ 4% si c'est la mère qui est affectée.

La forme la plus courante de diabète chez les enfants est une maladie auto-immune. Caractérisée par la destruction des cellules β du pancréas, entraînant une absence totale de

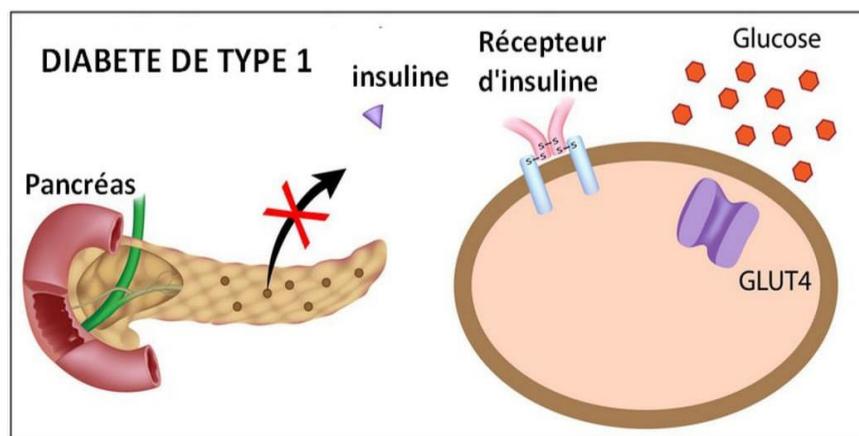
sécrétion d'insuline. La présence d'auto-anticorps permet de confirmer le diagnostic chez 85 à 90 % des patients. Il existe aussi une forme idiopathique (DT1b), sans signe d'auto-immunité, qui touche principalement les personnes d'origine africaine ou asiatique (Imane, 2019-2020, p. 02).

Les diabétiques de type 1 doivent recevoir des injections d'insuline exogène afin de réguler sa glycémie et d'éviter les crises d'hyperglycémie qui sont à l'origine de complications à long terme, telles que les neuropathies ou les néphropathies (Katsarou et al, 2017).

C'est le diabète insulinodépendant comme son nom l'indique, si l'on est atteint de cette maladie, on devient dépendant d'un apport en insuline car le corps n'est plus capable d'en fabriquer. On doit donc s'injecter plusieurs fois par jour et précise en insuline pour compenser la carence de l'organisme (Menat, 2005, p.13).

Quand le pancréas fonctionne mal, il ne fabrique pas suffisamment d'insuline :
c'est le

cas pour **Figure 1: Schéma de mécanisme d'un diabète de type 1** les enfants qui ont un diabète de type 1. Comme le sucre ne peut pas être utilisé par les cellules du corps, il reste dans le sang (Dinno sante) .



Source : <https://sante.journaldesfemmes.fr>.

Dans le monde entier, l'incidence du diabète de type 2 chez les enfants a augmenté au cours des deux dernières décennies.

Dans le diabète de type 2, le pancréas produit de l'insuline, mais il existe différents degrés de résistance à l'insuline et la sécrétion de l'insuline est insuffisante pour répondre

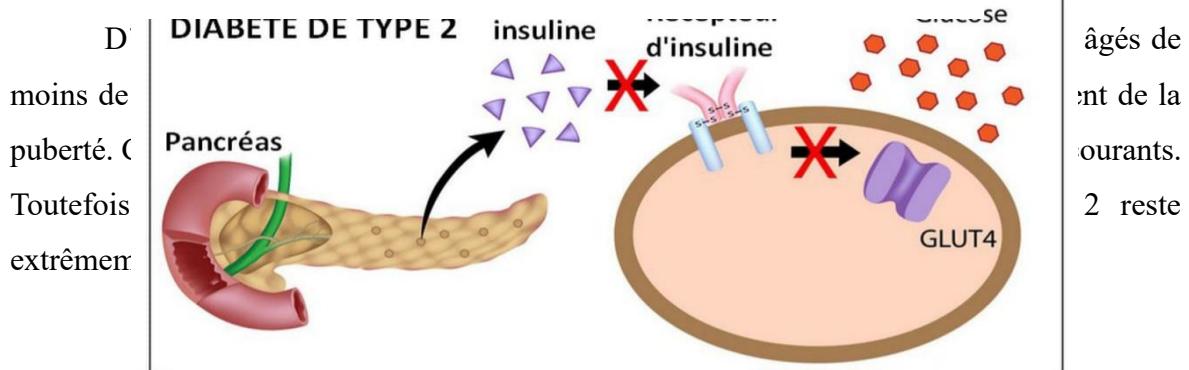
à la demande accrue provoquée par la résistance à l'insuline (c'est-à-dire, qu'il existe une carence relative en insuline). L'apparition du diabète de type 2 coïncide souvent avec le pic de résistance pubertaire physiologique à l'insuline, ce qui peut entraîner des symptômes d'hyperglycémie chez des adolescents préalablement compensés.

La cause du diabète de type 2 n'est pas la destruction auto-immune des cellules bêta mais plutôt une interaction complexe entre de nombreux gènes et différents facteurs environnementaux, qui diffèrent entre les différentes populations et les patients.

Le diabète de type 2 de l'enfant est différent du diabète de type 2 de l'adulte. Chez l'enfant, le déclin de la fonction des cellules bêta et le développement des complications liées au diabète sont accélérés (Dinno santé).

Le diabète de type 2 est une maladie fortement héréditaire ; 90% des enfants et des jeunes qui en sont atteints ont un parent du premier ou du deuxième degré qui est également diabétique de type 2. Une importante proportion de jeunes atteints de diabète de type 2 vit sous le seuil de pauvreté ou dans des habitations à loyer modiques (Panagiotopoulos et al., 2018, p.01).

Figure 2: Schéma de mécanisme d'un diabète de type 2



Source : <https://sante.journaldesfemmes.fr>.

3.2. Le diabète néonatal

Il est exceptionnel et non immunologique il est monogénique, due à des mutations génétiques (KCNJ11, ABCC8) ou à une anomalie chromosomique. Il apparaît dans les premières semaines ou mois de vie et peut être transitoire ou définitif. Le traitement repose sur les sulfonylurées en cas de mutation de KCNJ11, le diabète néo-natal doit être traité par pompe à insuline.

3.3. Le diabète du nourrisson «3 ans »

Il se caractérise par des hypoglycémies fréquentes surtout nocturne, avec une régulation difficile. Des hypoglycémies sévères ou répétées peuvent entraîner des convulsions et des séquelles cognitives. Les nourrissons ont une très grande sensibilité à l'insuline, réagissant à de faibles doses. Ce diabète est instable en raison des prises alimentaires imprévisibles et des maladies infantiles. Le traitement le plus adapté est la pompe à insuline.

3.4. Le diabète Mitochondria

Il est évoqué en cas de diabète avec surdité, et surtout avec antécédents maternels, cas les mères sont des organites intra-cytoplasmiques et ne sont transmises que par la mère.

3.5. Le diabète MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young)

C'est un diabète monogéniques à transmission dominante. Ils touchent souvent plusieurs membres d'une même famille. Il en existe plusieurs types :

Le type 2, causé par une anomalie du gène de la Glucokinase, est fréquent. Il peut débuter dès l'enfance, mais n'entraîne généralement pas de complications. Il se manifeste par une hyperglycémie modérée qui évolue lentement avant de s'aggraver.

Le type 3 (mutation du gène HNF1 α) est une forme plus sévère, nécessitant de l'insuline et pouvant entraîner des complications (Bouderda, 2016-2017, pp.05-06).

3.6. Autres types spécifiques de diabète

- Diabète insulino-résistants.
- Pathologie du pancréas exocrine : mucoviscidose, hémochromatose
- Endocrinopathies : acromégalie, Cushing, hyperthyroïdie
- Diabète induits par des médicaments ou des toxiques : corticoïdes, pentamidine, Vacor.
- Diabète associés à certains syndromes génétiques : Syndrome de Down, Klinefelter, Turner, Wolfram, Friedreich, Laurence moon Biedl, Prader Willi.

4. Diagnostic médicale du diabète pédiatrique

Le diabète pédiatrique constitue une pathologie métabolique chronique de plus en plus fréquente chez les enfants et les adolescents, nécessitant un diagnostic précoce et rigoureux afin d'assurer une prise en charge adaptée. Il se manifeste principalement sous deux formes : le diabète de type 1, de nature auto-immune, et le diabète de type 2, généralement lié à une résistance à l'insuline. Le diagnostic repose sur des critères cliniques et biologiques bien établis, définis par des organismes internationaux tels que l'American Diabetes Association (ADA), l'International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces critères incluent notamment la mesure de la glycémie à jeun, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée, le dosage de l'HbA1c, ainsi que l'analyse des symptômes cliniques évocateurs. Une identification précise permet de distinguer les différentes formes de diabète et d'orienter le traitement en conséquence.

Selon les recommandations actuelles, le diagnostic de diabète chez l'enfant et l'adolescent peut être posé si l'un des critères suivants est observé :

1. Glycémie à jeun ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L)

→ Jeûne = aucune ingestion calorique pendant au moins 8 heures.

2. Glycémie ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) 2 heures après une HGPO (hyperglycémie provoquée par voie orale)

→ Test réalisé avec une charge de glucose de 1,75 g/kg de poids corporel (maximum 75 g).

3. HbA1c $\geq 6,5$ % (48 mmol/mol)

→ Mesurée avec une méthode certifiée NGSP et standardisée selon la méthode DCCT.

4. Glycémie ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) à n'importe quel moment de la journée, avec des symptômes classiques d'hyperglycémie ou une crise hypoglycémique.

Ces critères sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 1: Tableau des critères diagnostiques du diabète pédiatrique selon l'ADA (2024).

Critères diagnostique	Seuil	Condition du test
Glycémie à jeun	≥ 126 mg/dL ($\geq 7,0$ mmol/L)	Jeûne d'au moins 8 heures Glycémie 2h post-HGPO
(Hyperglycémie provoquée par voie orale)	≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/L)	Charge de 1,75 g/kg de glucose (max. 75 g), test après 2h
Hémoglobine glyquée (HbA1c)	$\geq 6,5\%$ (≥ 48 mmol/mol)	Méthode certifiée NGSP, standardisée selon la méthode DCCT
Glycémie aléatoire avec symptômes classiques	≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/L)	Présence de signes cliniques : polyurie, polydipsie, amaigrissement, etc.

5. Épidémiologie du diabète pédiatrique

Des registres mondiaux (DIAMOND) et européens (EURODIAB) ont été mis en place afin d'étudier l'incidence du diabète en Europe et dans le monde .

Il y a à l'heure actuelle 52 millions de diabétiques en Europe dont 33% non diagnostiqués. Ce chiffre pourrait grimper jusqu'à près de 69 millions en 2035.

Selon l'OMS il y aurait entre 15 et 22 millions de patients diabétiques de type 1 dans le monde, dont 500 000 enfants, avec une augmentation de près de 80 000 cas chaque année pour ces derniers. Avec environ 120 000 enfants malades, l'Europe détient un des plus importants taux de prévalence et d'incidence, tandis qu'ils sont en constante augmentation. Effectivement, l'incidence du DT1 a été mesurée en France de 1988 à 1997 chez une sélection de 15% de moins de 20 ans.

Durant ce laps de temps le taux annuel initialement de 7,1/100 000 a progressé jusqu'à 9,5/100 000 par an. L'incidence globale du DT1 en Europe entre 1989 et 1998 a

augmenté de 3,2% par an, parmi les enfants âgés de moins de 15 ans .épidémiologie de diabète pédiatrique.

Selon L'OMS, les données européennes sont les plus fiables. Si auparavant le DTI touchait surtout les adolescents ou les jeunes adultes, il semblerait aujourd’hui atteindre une population de plus en plus jeune. Or, les risques de complications augmentent au fur et à mesure des années de maladie et de déséquilibre glycémique. Les enfants, et plus particulièrement ceux en bas âge, n’étant que peu autonomes, le DT1 devient petit à petit un fardeau non seulement pour le malade mais aussi pour sa famille et son entourage (Colomban, 2022, pp. 17-18) .

En Algérie, 198 nouveaux cas de diabète ont été recensés chez les enfants âgés de moins de 15 ans au niveau de l’ensemble des établissements hospitaliers du secteur public de la wilaya d’Alger, du 01 janvier 2019 au 31 décembre 2019. Parmi ces 198 nouveaux cas de diabète, 195 étaient de type 1 (DT1), soit 98,5%.

Dans la wilaya d’Alger, une étude menée en 2020 a recensé 286 nouveaux cas de diabète de type 1 chez des enfants de moins de 15 ans, avec une incidence spécifique de 16,6 cas pour 100 000 chez les 0-5 ans, 31,9 pour 100 000 chez les 5-10 ans et 40,9 cas pour 100 000 chez les 10-15 ans. Il est également noté que 68,5 % des nouveaux cas avaient au moins un parent diabétique ([elwatan-dz](#))

Au Canada, une étude nationale a révélé une incidence annuelle du diabète de type 2 chez les moins de 18 ans d’au moins 1,54 enfant ou adolescent sur 100 000. Des variations significatives ont été observées entre les régions dont l’incidence annuelle minimum la plus élevée de 12,45 enfants sur 100 000 a été enregistrée au Manitoba (Panagiotopoulos et al., 2018, p. 01).

6. Symptômes du diabète pédiatrique

6.1. Symptômes du diabète type 1

Les symptômes du diabète de type 1 se développent rapidement, habituellement en quelques jours à quelques semaines, et ils ont tendance à apparaître d’une façon typique. Les taux élevés de glycémie provoquent une miction excessive chez l’enfant. Les enfants peuvent mouiller leur lit ou devenir incapables de contrôler leur vessie la journée. Chez les enfants qui ne sont pas encore propres, les couches peuvent être davantage mouillées ou plus

lourdes. Cette perte de liquides entraîne une augmentation de la soif et de la prise de liquides. Environ la moitié des enfants perdent du poids et présentent des troubles de la croissance.

Certains enfants se déshydratent, ce qui entraîne une faiblesse, de la fatigue et une accélération du pouls. Les enfants peuvent également avoir des nausées et des vomissements dus aux cétones (sous-produits de la dégradation des graisses) dans le sang. La vision peut devenir floue si les symptômes ne sont pas reconnus comme étant causés par un diabète et ne sont pas traités, les enfants peuvent développer un trouble mettant en jeu le pronostic vital appelé acidocétose diabétique.

6.2. D'autres symptômes peuvent apparaître comme des éruptions cutanées à Candida, une vision floue (en raison de l'état hyperosmolaire du cristallin et de l'humeur vitrée), et/ou des nausées et des vomissements (en raison de la cétonémie) peuvent également être présents initialement. Les premières manifestations vont une hyperglycémie asymptomatique à une acidocétose diabétique qui met en jeu le pronostic vital (msd manuals)

6.3. Symptômes du diabète type 2

De nombreux enfants ne présentent aucun symptôme, ou seulement des symptômes légers, et leur diabète de type 2 peut être détecté uniquement lorsque des analyses de sang ou d'urine sont réalisées pour d'autres raisons (comme au cours d'un examen clinique avant de pratiquer un sport ou de partir en colonie).

Les symptômes que les enfants atteints de diabète de type 2 présentent sont moins graves que ceux du diabète de type 1 et ils se développent plus lentement. Les parents peuvent remarquer une augmentation de la soif et de la quantité d'urine de l'enfant, ou seulement de vagues symptômes, comme une fatigue.

Les enfants atteints de diabète de type 2 sont moins susceptibles de développer une acidocétose que ceux atteints de diabète de type 1, mais une acidocétose ou un type de déshydratation et de confusion sévères (état hypoglycémique hyperosmolaire) peuvent tout de même se développer.

7. Les facteurs de risques du diabète pédiatrique

Les causes précises du diabète chez l'enfant demeurent inconnues. Néanmoins, les spécialistes ont proposé plusieurs théories et mis en évidence des facteurs de risque pour les deux types de diabète.

7.1. Les facteurs de risques du diabète type 1(DT1)

7.1.1. Facteurs génétiques

La génétique joue un rôle important dans la prédisposition au diabète de type 1. Des études ont montré que la présence de certains gènes du système HLA (Human Leukocyte Antigen), notamment les allèles HLA-DR3 et HLA-DR4, augmente considérablement le risque de développer la maladie (Pociot & Lernmark, 2016, p. 235). Ces gènes sont impliqués dans la régulation de la réponse immunitaire et leur variation peut favoriser la réaction auto-immune contre les cellules β du pancréas.

- **Le risque familial est également significatif**

Un enfant dont un parent est atteint de diabète de type 1 a environ 5 à 10 % de risque de développer la maladie, contre 0,4 % dans la population générale (Atkinson et al., 2014, p. 793). Ce risque est plus élevé si le père est atteint que si c'est la mère, et il augmente également en cas d'antécédents de maladies auto-immunes dans la famille.

7.1.2. Facteurs environnementaux

Bien que la génétique soit un facteur clé, les déclencheurs environnementaux jouent un rôle majeur dans l'apparition du diabète de type 1 chez les personnes génétiquement prédisposées.

7.1.3. Infections virales

Certaines infections virales, comme celles provoquées par les entérovirus (notamment Coxsackie B), le rotavirus ou encore le virus de la rubéole, sont suspectées de déclencher une réaction auto-immune. Ces virus pourraient endommager les cellules β du pancréas ou activer le système immunitaire de manière anormale chez les enfants vulnérables (Rewers & Ludvigsson, 2016, p. 21).

7.1.4. Alimentation précoce

Plusieurs études suggèrent qu'une exposition précoce (avant 4 mois) à certaines protéines, comme celles du lait de vache ou du gluten, pourrait augmenter le risque de développer un diabète de type 1. Une introduction trop rapide de ces aliments chez les nourrissons génétiquement à risque pourrait perturber l'immunité intestinale et favoriser l'auto-immunité (Knip et al., 2014, p. 1108).

7.1.5. Carence en vitamine D

Un faible taux de vitamine D, qui joue un rôle important dans la régulation immunitaire, est également associé à un risque accru de diabète de type 1. La vitamine D a des propriétés anti-inflammatoires, et sa carence pourrait favoriser une réponse immunitaire inadaptée conduisant à la destruction des cellules productrices d'insuline (Hypönen, 2016, p. 453).

7.2. Les facteurs de risque du diabète de type 2 (DT2)

Le diabète de type 2 chez enfant est rare mais il reconnaît ces dernières années une émergence vu la variation du rythme de vie, du régime alimentaire et l'alimentation non saine chez les enfants parmi ces facteurs :

7.2.1. Facteurs génétiques

la présence d'un diabétique de type 2 dans une famille augmente le risque de survenue de diabète chez les autres membres de cette famille (Auberval, 2010). Le risque de développer la maladie chez les enfants est de 30% si un parent est atteint de diabète de type 2 et de 70% si les deux parents le sont (Monnier, 2010). Les premières mutations sont retrouvées dans le gène de l'insuline et du récepteur de l'insuline (Ostenson et al., 2001).

7.2.2. Obésité

l'obésité est connue depuis longtemps être associée à une prévalence augmentée du diabète de type 2. Chez les enfants avec un indice de masse corporelle supérieur ou égal à 30, le risque de diabète augmente de 24.8 pour 1000 à 35.2 pour 1000 pour ceux qui sont entre 5 et 10 ans et de 59.8 pour 1000 pour ceux qui sont supérieurs à 10 ans (Chahboub, 2015).

Certaines populations ethniques sont plus à risque, probablement en raison de prédispositions génétiques combinées à des inégalités socio-économiques. Les Afro-

Américains, les Hispaniques, les Asiatiques et les Amérindiens présentent une incidence plus élevée de diabète de type 2 en raison d'une prédisposition génétique à l'insulinorésistance et d'un accès limité à une alimentation saine et aux soins médicaux (Lawrence et al., 2018, p. 457).

8. Complications du diabète pédiatrique

8.1. Les complications du diabète de type 1

8.1.1. Les complications à court terme

Chez l'enfant, les complications à court terme du diabète de type 1 peuvent survenir rapidement si la maladie n'est pas bien contrôlée. Ces complications sont souvent liées à un déséquilibre entre l'alimentation, l'activité physique et le traitement à l'insuline.

•L'acidocétose diabétique

L'acidocétose est une urgence médicale fréquente chez l'enfant au moment du diagnostic ou en cas d'oubli de traitement. Elle survient lorsque l'organisme ne reçoit pas assez d'insuline pour utiliser le sucre comme source d'énergie. Le corps commence alors à brûler les graisses, produisant des substances toxiques appelées corps cétoniques. Ces substances rendent le sang acide, ce qui provoque des symptômes graves : haleine fruitée, vomissements, douleurs abdominales, respiration rapide, fatigue extrême, confusion, et parfois un coma. L'acidocétose nécessite une hospitalisation immédiate.

•L'hypoglycémie

L'hypoglycémie est une baisse excessive du taux de sucre dans le sang. Elle peut être causée par un repas insuffisant, un effort physique intense ou un dosage d'insuline trop élevé. Chez l'enfant, elle se manifeste par des sueurs, des tremblements, une sensation de faim, une irritabilité ou de la nervosité, des difficultés de concentration, et parfois une perte de connaissance. Une hypoglycémie sévère peut être très dangereuse, notamment si elle survient la nuit ou à l'école. Il est essentiel que l'enfant apprenne à reconnaître les signes et qu'il ait toujours avec lui de quoi remonter rapidement sa glycémie (sucre, jus, etc.).

8.1.2. Les complications à long terme

Même si les complications à long terme apparaissent généralement à l'âge adulte, il est crucial de prévenir leur apparition dès l'enfance. Une glycémie mal contrôlée pendant plusieurs années peut entraîner des atteintes graves à différents organes.

•Atteintes des petits vaisseaux sanguins (microvasculaires)

Une glycémie élevée et prolongée peut endommager les petits vaisseaux du corps. Cela touche notamment :

- Les yeux : apparition de rétinopathie (maladie de la rétine) ou de cataracte.
- Les reins : le diabète est une cause fréquente d'insuffisance rénale à l'âge adulte.
- Les nerfs périphériques : des picotements, douleurs ou perte de sensibilité peuvent apparaître, surtout au niveau des pieds et des jambes.

•Atteintes des grandes artères (macrovasculaires)

Avec le temps, les grandes artères peuvent être affectées par le diabète de type 1, notamment en cas de contrôle glycémique insuffisant sur plusieurs années. Cette atteinte, appelée macroangiopathie, entraîne un rétrécissement des artères, ce qui réduit la qualité de la circulation sanguine. Chez les enfants, ces complications sont rares, mais elles peuvent apparaître plus fréquemment à l'adolescence ou à l'âge adulte. Ces lésions augmentent le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'infarctus du myocarde, ou d'autres troubles cardiovasculaires graves. C'est pourquoi il est crucial d'adopter très tôt, dès l'enfance, des habitudes de vie saines, comme une alimentation équilibrée, la pratique régulière d'une activité physique, ainsi que l'abstinence du tabac dès l'adolescence, afin de prévenir ou retarder l'apparition de ces complications.

Autres complications possibles

Chez certains enfants, notamment ceux qui ont une prédisposition génétique, le système immunitaire peut également attaquer d'autres organes, comme la thyroïde. Par ailleurs, un mauvais équilibre du diabète peut entraîner une perte de souplesse articulaire au niveau des mains et des pieds, ou une cicatrisation plus lente des plaies (les complications de diabète de type 1, 2020).

8.2. Les complications du diabète type 2

Le diabète de type 2 chez l'enfant, bien que moins fréquent que le type 1, est en augmentation, notamment en raison de la sédentarité et de l'obésité infantile. Cette maladie peut entraîner des complications graves, tant aiguës que chroniques, si elle n'est pas correctement prise en charge.

8.2.1. Les complications à court terme

Acidocétose diabétique (ACD)

Bien que plus rare dans le diabète de type 2 que dans le type 1, l'ACD peut survenir, notamment lors du diagnostic ou en cas de mauvaise gestion de la maladie. Elle se manifeste par des nausées, vomissements, douleurs abdominales, respiration rapide et profonde, et peut évoluer vers un coma si elle n'est pas traitée rapidement.

État hyperosmolaire hypoglycémique (EHH)

Cette complication, caractérisée par une hyperglycémie sévère et une déshydratation importante, est rare chez l'enfant mais peut survenir, notamment en cas d'infection ou de prise excessive de sucres .

8.2.2. Les complications à long terme

Les complications à long terme du diabète de type 2 chez l'enfant sont similaires à celles observées chez l'adulte, mais peuvent apparaître plus précocement :

- Rétinopathie diabétique : Atteinte des vaisseaux sanguins de la rétine pouvant entraîner une perte de la vue.
- Néphropathie diabétique : Atteinte des reins pouvant évoluer vers une insuffisance rénale.
- Neuropathie diabétique : Atteinte des nerfs périphériques, provoquant des douleurs, engourdissements ou picotements.
- Hypertension artérielle et dyslipidémie : Facteurs de risque cardiovasculaire augmentés chez les enfants diabétiques ([msdmanuals](#)).

9. Prise en charge du diabète pédiatrique

L'objectif principal du traitement du diabète est de maintenir la glycémie le plus possible dans les limites normales, avec le maximum de sécurité. Néanmoins, il n'existe aucun traitement qui maintienne parfaitement la glycémie dans des valeurs normales. Lorsque les personnes font beaucoup d'effort pour essayer de maintenir leur glycémie dans la plage normale, elles augmentent le risque d'avoir une glycémie parfois trop basse. Une glycémie basse est appelée hypoglycémie et peut être dangereuse.

9.1. Traitement du diabète type 1

9.1.1 traitement médicamenteux et non médicamenteux

- **Le traitement médicamenteux (l'insulinothérapie)**

Historique de l'insuline

L'insuline est un peptide composé de 51 acides aminés qui fut extrait d'un pancréas de chien pour la première fois en 1921 par un jeune chirurgien, Frederick Banting, et son assistant, Charles Best. Le mot insuline dérive du mot latin « *insula* » qui signifie île, en référence aux îlots de Langerhans du pancréas synthétisant ce peptide. L'insuline a été fortement conservée au cours de l'évolution et est présente chez les organismes vertébrés et invertébrés sous différentes formes apparentées. Elle est probablement le peptide endocrinien le plus étudié et sa découverte fait partie des avancées majeures de la médecine moderne car il n'existe auparavant aucun traitement pour les patients diabétiques de type 1. En 1922, un jeune adolescent de 14 ans, Leonard Thompson, fut le premier Humain à recevoir une injection d'insuline, lui évitant une issue tragique. En 1923, Banting et Macleod reçurent le prestigieux Prix Nobel de Physiologie ou Médecine qu'ils partagèrent avec Best et Collip. Par ailleurs, l'insuline fut la première protéine dont la séquence (1951) et la structure tertiaire (1969) furent connues. Enfin, la découverte de l'insuline permit à la fois des avancées technologiques (Berson et al., 1956) et médicales qui participèrent également à sa notoriété au sein de la société.

Définition de l'insuline

Est une hormone sécrétée par les cellules β des îlots de Langerhans du pancréas. Chez une personne non diabétique, l'insuline est sécrétée de manière continue et elle régule notamment le taux de glucose (ou glycémie) dans le sang (fédération française des diabétiques).

Il existe quatre catégories principales d'insuline, chacune ayant des caractéristiques et des utilisations uniques. Certaines sont prises une fois par jour, d'autres deux fois par jour avant le petit-déjeuner et le coucher, et d'autres encore avant chaque repas.

- Les insulines basales- également appelées insulines à action prolongée ou de fond- sont prises une ou deux fois par jour, généralement le matin ou au coucher. Elles agissent lentement pour maintenir une glycémie stable pendant la nuit ou entre les repas.

- Les insulines bolus, généralement prises avant les repas, agissent rapidement pour aider à gérer l'augmentation rapide du taux de glucose après avoir mangé. Certaines insulines sont un mélange d'insuline de fond à action lente et d'insuline de repas à action rapide.
- Les insulines mixtes sont prises avant les repas sans insuline basale à un autre moment. Il peut s'agir d'une combinaison d'insuline à action rapide et d'insuline à action intermédiaire ou d'insuline à action rapide et d'insuline à action intermédiaire. L'insuline est pré-mélangée et est trouble au lieu d'être transparente.

Les insulines sont également classées en fonction du moment où elles agissent dans l'organisme, c'est-à-dire de la rapidité avec laquelle elles commencent à agir, du moment où elles ont un effet maximal et de la durée de leur action début, pic et durée de l'effet.

1. L'insuline à action rapide

- Début: Dans les 30 minutes
- Effet maximal: 2-3 heures
- Durée de la visite: 3-6 heures

3. L'insuline à action intermédiaire

- Apparition : Dans les 2 à 4 heures
- Effet maximal : 4-12 heures
- Durée de l'examen : 12-18 heures

2. Insuline à courte durée d'action

- Début : Dans les 30 minutes
- Effet maximal : 2-3 heures
- Durée de la visite : 3-6 heures

4. Insuline à action prolongée

- Apparition : Plusieurs heures après l'injection
- Effet de pointe : Effet de pointe minime
- Durée : Jusqu'à 24 heures ou plus

Méthodes d'administration de l'insuline

L'administration de l'insuline est un aspect fondamental dans la prise en charge du diabète de type 1, notamment chez l'enfant. Plusieurs méthodes existent, et leur choix dépend de nombreux facteurs, dont l'âge, le mode de vie, le niveau d'autonomie de l'enfant et les préférences familiales.

La méthode la plus traditionnelle est l'injection sous-cutanée à l'aide d'une seringue. Cette méthode consiste à injecter manuellement l'insuline dans le tissu sous-cutané, généralement au niveau de l'abdomen, du bras, de la cuisse ou de la fesse. Bien qu'elle soit peu coûteuse et toujours largement utilisée, elle présente certains inconvénients, notamment une précision de dosage parfois limitée et une gêne liée à la douleur ou à la peur des aiguilles.

Cette méthode reste couramment utilisée malgré l'apparition d'options plus modernes (American Diabetes Association, 2023, p. 291).

Figure 3: Seringue insuline



Source : <https://www.distrimed.com>.

Le stylo à insuline, qui est un dispositif prérempli permettant une administration plus précise et plus discrète de l'insuline. Il offre une meilleure commodité, en particulier pour les enfants scolarisés ou actifs. Le stylo permet également de diminuer les erreurs de dosage et améliore l'adhésion au traitement (Pickup et al., 2013, pp. 1035-1042).

Figure 4: Le stylo à insuline



Source : <https://fr.dreamstime.com>.

Une autre méthode de plus en plus répandue chez les enfants est la pompe à insuline, qui assure une perfusion continue d'insuline rapide tout au long de la journée via un cathéter inséré sous la peau. Cette méthode offre une grande flexibilité, un meilleur contrôle

glycémique, et réduit les variations de la glycémie, notamment chez les enfants en bas âge. Des données issues du registre international SWEET ont montré que l'utilisation des pompes à insuline est associée à une amélioration des résultats métaboliques chez les enfants et les adolescents (Sherr et al., 2016, pp. 38-45).

Figure 5: La pompe à insuline



Source : <https://www.diabete.qc.ca>

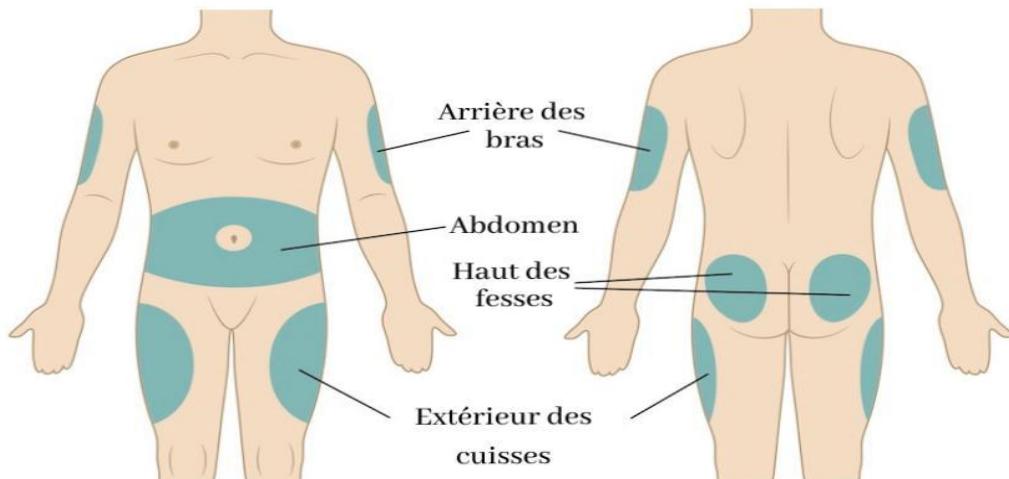
Enfin, il existe une méthode plus innovante mais encore peu répandue chez l'enfant : l' inhalateur d'insuline, qui permet l'absorption de l'insuline par voie pulmonaire. Elle est surtout utilisée chez l'adulte pour des raisons de sécurité et de manque de données pédiatriques suffisantes. Skyler et Cefalu (2018) soulignent que bien que cette méthode présente un certain confort, elle reste contre-indiquée chez les jeunes enfants en raison de la variabilité d'absorption et des effets respiratoires potentiels. (Skyler et al., 2018, pp. 635-637).

Les zones d'injection de l'insuline

- Cuisse : dessus et côtés extérieurs seulement. N'injectez pas à l'intérieur de la cuisse ou à l'arrière de celle-ci. Restez à environ trois à quatre doigts du genou ou de l'aïné.
- Bras : partie charnue sur le côté et à l'arrière du bras. Évitez le muscle dans l'épaule. Restez à environ trois à quatre doigts du coude.
- Abdomen : injectez dans la région directement à côté de l'abdomen, soit juste en dessous de la cage thoracique jusqu'à bien loin sous la ceinture. Restez à environ deux doigts du nombril.

- Partie supérieure des fesses : là où serait placée la ceinture du pantalon.

Figure 6: Les zones d'injection d'insuline



Source : (Guadeloupe et al., 2018, pp. 1-17).

• Le traitement non médicamenteux

Il existe plusieurs traitements non médicamenteux pour le diabète de type 1 chez l'enfant, qui accompagnent l'insulinothérapie pour améliorer la qualité de vie, la gestion de la maladie, et la prévention des complications.

□Éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique est essentielle pour permettre à l'enfant et à sa famille de comprendre la maladie, d'apprendre à gérer le traitement, à reconnaître les signes d'hypo- ou d'hyperglycémie, et à adopter les bons réflexes. L'ETP améliore l'autonomie de l'enfant et la qualité de vie de la famille. Cette éducation est généralement délivrée par une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, diététiciens, psychologues) (Haute Autorité de Santé, 2007, pp. 5-8).

□Suivi diététique personnalisé

L'alimentation joue un rôle fondamental dans la régulation de la glycémie. Les enfants atteints de diabète de type 1 doivent suivre un régime équilibré et adapté à leur âge, à leur activité physique, et à leur traitement à l'insuline. Le suivi diététique comprend

l'apprentissage du comptage des glucides, ce qui permet d'ajuster les doses d'insuline en fonction de l'apport alimentaire (Fédération Française des Diabétiques, 2022).

□Activité physique régulière

L'exercice physique améliore la sensibilité à l'insuline, favorise un bon équilibre glycémique et contribue au bien-être physique et psychologique de l'enfant. Il est recommandé de pratiquer une activité physique régulière, tout en surveillant les risques d'hypoglycémie pendant et après l'effort. Un encadrement est souvent nécessaire pour adapter les apports alimentaires et les doses d'insuline (Association Diabète Québec, 2020).

□Soutien psychologique

Le diagnostic de diabète de type 1 chez l'enfant représente un bouleversement émotionnel important. Le soutien psychologique est crucial pour l'enfant et pour les parents afin d'aider à gérer l'anxiété, le stress, et les ajustements du quotidien. Des psychologues spécialisés dans les maladies chroniques pédiatriques peuvent intervenir en milieu hospitalier ou en libéral (Lefèvre, 2016, pp. 102-110).

9.1. Traitement du diabète type 2

En général, les enfants qui ont un diabète de type 2 n'ont pas besoin d'être traités à l'hôpital, sauf si le diabète est sévère. Généralement, ils reçoivent des médicaments pour réduire leur taux de glycémie (antihyperglycémiants) lors d'une consultation médicale standard. Les enfants présentant un diabète sévère peuvent devoir être hospitalisés pour instaurer un traitement par insuline. Plus rarement, les enfants souffrant de diabète de type 2 développent une déshydratation sévère ou, comme dans le diabète de type 1, une acidocétose diabétique (ACD).

Le plus souvent, la **metformine** est le premier médicament administré par voie orale chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. Elle est instaurée à faible dose et souvent augmentée pendant plusieurs semaines pour atteindre des doses plus importantes. Elle peut être prise avec de la nourriture ou administrée sous forme de formulation à libération prolongée pour prévenir les nausées et les douleurs abdominales.

L'insuline est administrée aux enfants hospitalisés en raison d'une cétose, d'une ACD ou d'un état hypoglycémique hyperosmolaire. L'insuline peut souvent être arrêtée au bout de plusieurs semaines, lorsque la glycémie est revenue dans une plage normale après un

traitement par metformine. Les enfants dont le diabète de type 2 n'est pas contrôlé par la metformine seule reçoivent de l'insuline ou un autre médicament appelé liraglutide.

Dans le cas de certains enfants qui perdent du poids, améliorent leurs choix alimentaires et pratiquent une activité physique régulière, il est parfois possible d'arrêter les médicaments.

10. L'enfant face au diagnostic du diabète pédiatrique

L'annonce d'un diagnostic de diabète chez un enfant est un moment bouleversant, tant pour l'enfant que pour sa famille. Le diabète de type 1, le plus fréquent chez les jeunes, impose des changements radicaux dans le quotidien, avec des injections d'insuline, une surveillance glycémique régulière et des ajustements alimentaires. Pour l'enfant, cette nouvelle peut susciter de la peur, de la colère ou un sentiment d'injustice, surtout s'il ne comprend pas pourquoi il doit désormais vivre avec cette maladie chronique. Les plus jeunes peuvent avoir du mal à exprimer leurs émotions, tandis que les adolescents peuvent ressentir un rejet des contraintes liées à leur traitement (American Diabetes Association, 2022).

L'enfant peut traverser différentes phases émotionnelles après l'annonce du diagnostic. Une étude de l'American Diabetes Association (2022) souligne que l'anxiété et la dépression sont plus fréquentes chez les enfants diabétiques que dans la population générale. La peur des hypoglycémies, la frustration liée aux piqûres et le sentiment de différence par rapport aux autres enfants peuvent affecter son bien-être psychologique. Les parents et les soignants jouent un rôle crucial dans l'accompagnement de l'enfant, en l'aider à normaliser sa condition tout en lui offrant un soutien émotionnel constant.

Une éducation thérapeutique adaptée à l'âge de l'enfant est essentielle pour favoriser son autonomie et sa compliance au traitement. Les professionnels de santé recommandent une approche progressive, en impliquant l'enfant dans la gestion de son diabète selon ses capacités. Par exemple, un jeune enfant peut apprendre à reconnaître les symptômes d'une hypoglycémie, tandis qu'un adolescent peut être formé à ajuster ses doses d'insuline. Le soutien familial et scolaire est également déterminant pour aider l'enfant à vivre normalement, sans se sentir limité par sa maladie (American Diabetes Association, 2022).

11. L'adaptation de l'enfant à la maladie

L'adaptation de l'enfant à la maladie chronique est un processus complexe influencé par divers facteurs psychosociaux, émotionnels et environnementaux. Lorsqu'un

enfant est confronté à une maladie chronique comme le diabète, il doit faire face à des changements significatifs dans sa vie quotidienne, ce qui peut affecter son développement psychologique et émotionnel. Cette adaptation dépend de l'âge de l'enfant, de la perception de la maladie, du soutien familial et médical, ainsi que des stratégies d'adaptation (coping) qu'il peut mobiliser (Compas et al., 2012, p. 231).

11.1. Les réactions émotionnelles face à la maladie

Selon Spirito et Stark (2001), les enfants atteints de maladies chroniques peuvent présenter diverses réactions émotionnelles, telles que l'anxiété, la tristesse, ou encore des troubles du comportement. Ces réactions varient en fonction de l'âge de l'enfant et de la gravité de la maladie. Les plus jeunes enfants peuvent exprimer leur détresse par des comportements régressifs (comme l'énurésie ou l'attachement excessif), tandis que les adolescents peuvent manifester de l'irritabilité ou un refus de suivre le traitement (Wallander & Varni, 1998, p. 28).

11.2. Les facteurs influençant l'adaptation

Le soutien social et familial : Un environnement familial stable et soutenant joue un rôle crucial dans l'adaptation. Des études montrent que les enfants bénéficiant d'un soutien émotionnel de leurs parents développent de meilleures capacités d'ajustement et présentent moins de troubles anxieux (Barlow & Ellard, 2006, p. 250).

11.3. La perception de la maladie

Plus l'enfant comprend sa maladie et son traitement, plus il est en mesure de s'y adapter. La manière dont la maladie est expliquée par les parents et les professionnels de santé influence aussi sa capacité d'acceptation (Miser, 2008, p. 113).

11.4. Les stratégies de coping

Les enfants utilisent différentes stratégies d'adaptation, comme la recherche de soutien, la distraction ou la rationalisation. Les stratégies centrées sur le problème (par exemple, suivre scrupuleusement le traitement) sont généralement plus efficaces pour un ajustement psychologique positif (Compas et al., 2012, p. 234).

11.5. L'impact du développement cognitif et émotionnel

L'âge et le niveau de développement cognitif influencent la manière dont l'enfant interprète sa maladie. Les jeunes enfants peuvent percevoir la maladie comme une punition,

tandis que les adolescents sont plus sensibles aux implications sociales et à l'image corporelle (Miser, 2008, p. 116). Ces préoccupations peuvent engendrer un conflit entre la nécessité de suivre le traitement et le désir d'autonomie propre à l'adolescence (Suris et al., 2004, p. 33).

11.6. Les interventions pour favoriser l'adaptation

Il est essentiel de mettre en place des interventions psychologiques adaptées pour accompagner l'enfant et sa famille. Des approches comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) peuvent aider à gérer l'anxiété et à renforcer les stratégies d'adaptation efficaces (Barlow & Ellard, 2006, p. 253). De plus, les programmes éducatifs sur la maladie permettent d'améliorer l'observance thérapeutique et de réduire le stress familial (Ellerton et al., 2006, p. 188).

12. Le vécu de l'enfant hospitalisé pour un diabète

L'hospitalisation d'un enfant pour un diabète constitue une rupture brutale dans son quotidien, souvent vécue comme une perte de repères et de contrôle. Brusquement confronté à une réalité médicale inconnue, l'enfant se retrouve immergé dans un environnement inhabituel, rythmé par les soins, les examens et les contraintes alimentaires, qui peuvent être vécus comme intrusifs ou angoissants. Cette expérience peut provoquer chez lui un stress aigu, mêlant peur de la douleur, isolement, incompréhension du diagnostic et sentiment de différence vis-à-vis des autres enfants. De nombreuses études montrent que les jeunes enfants hospitalisés pour une maladie chronique comme le diabète manifestent une vulnérabilité particulière face à l'anxiété et à la détresse émotionnelle, d'autant plus marquées que l'environnement est perçu comme imprévisible ou menaçant (Patterson et al., 1993). Ils peuvent développer des pensées négatives ou rigides sur leur avenir (« je ne pourrai plus jamais être comme avant »), ce qui interfère avec leur capacité à s'adapter. L'apaisement émotionnel passe alors par la restauration d'un sentiment de sécurité, facilité par un environnement stable, rassurant et compréhensible, qui permet à l'enfant de se réapproprier progressivement son quotidien malgré la présence de la maladie. Dans cette dynamique, aider l'enfant à nommer ses émotions, à exprimer ses peurs et à comprendre ce qu'il vit constitue une étape essentielle vers une meilleure acceptation de sa condition et un retour à un équilibre psychologique (Patterson et al., 1993, pp. 1-20).

Synthèse

Le diabète pédiatrique est une maladie chronique en forte progression, qui affecte profondément la vie quotidienne des enfants et de leur famille. Son suivi médical exige une prise en charge rigoureuse et continue afin de limiter les complications et d'assurer une meilleure qualité de vie. Grâce aux progrès technologiques, la gestion du diabète insulinodépendant s'est améliorée, offrant aux jeunes patients un meilleur contrôle de leur maladie. Cependant, l'enjeu principal reste l'adaptation de l'enfant à cette condition, un processus qui requiert des ajustements constants et un soutien actif de la part des parents et des professionnels de santé

Chapitre II : Le burnout parental

Préambule

Dans le chapitre précédent, nous avons exploré l'impact du diabète pédiatrique sur l'enfant, en analysant son diagnostic, ses complications et son vécu face à la maladie. Cependant, cette pathologie ne concerne pas uniquement l'enfant lui-même : elle affecte également son entourage, et notamment sa mère, qui joue un rôle central dans sa prise en charge. C'est dans ce contexte que nous nous intéressons au burn-out maternel, un phénomène qui touche de nombreuses mères confrontées aux défis du quotidien.

Dans ce chapitre, nous reviendrons d'abord sur l'émergence du concept de burnout et sur sa définition. Nous aborderons ensuite plus spécifiquement le burnout maternel, en détaillant ses critères, ses symptômes, ses facteurs de risque et les différentes phases qui le caractérisent. Nous examinerons également ses conséquences psychologiques, physiques et relationnelles, ainsi que les modèles théoriques qui permettent d'en comprendre les mécanismes sous-jacents. Enfin, nous présenterons les stratégies de prise en charge et de prévention du burnout maternel, avant d'analyser plus en détail le cas des mères d'enfants atteints de diabète, afin de mieux saisir l'impact de cette maladie sur leur vulnérabilité au burnout.

L'objectif de ce chapitre est donc d'approfondir la compréhension du burn-out maternel et d'éclairer les liens entre cette problématique et la prise en charge d'un enfant diabétique.

1. Histoire du burnout

Initialement apparu dans les années 1960 pour désigner l'épuisement professionnel des travailleurs sociaux dans les programmes de réinsertion de jeunes délinquants par Bradley (1969), le terme burnout n'a été conceptualisé qu'en 1975 par freudenberger. ce dernier décrivait la démotivation psychique et physique des professionnels et bénévoles travaillant au contact de toxicomanes. il caractérisait ce concept comme le fait « de ne pas y arriver, s'user, être épuisé par une exigence excessive en énergie, force ou ressources » (freudenberger 1975). étymologiquement, le burnout vient de l'anglais « to burnout » signifiant se consumer, brûler de l'intérieur. très vite, Maslach (1976) a introduit dans la définition du burnout, ou épuisement professionnel, le rapport au travail, et l'a défini comme « un épuisement mental et physique des personnes dont le travail nécessite un contact permanent avec autrui », soulignant ainsi la notion de relations humaines difficiles. Peu après, Perlmann et hartman (1982) ont établi une relation directe entre le stress et le burnout,

en définissant ce dernier comme une triple réponse au stress psychologique subi : épuisement physique et émotionnel, diminution de l'efficacité personnelle et intense dépersonnalisation.

1.1. Définition du burnout

Définition du burnout d'après Maslach (1982), le burnout est « un phénomène résultant d'un processus multidimensionnel défini par trois composantes principales qui se présentent sous la forme de stades successifs : l'épuisement émotionnel en premier lieu, puis la dépersonnalisation ou la distanciation, et enfin le reniement des accomplissements passés, présents et futurs et la baisse de la productivité ».

2. Histoire du burnout parental

Le terme de burnout a été décrit pour la première fois par Freudenberger (1974) qui décrit ce concept comme (la maladie du battants). En effet, le burnout considéré comme un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration amène l'individu à vivre avec, voter (survivre) à la situation stressante Il est donc défini comme un épuisement physique et émotionnel suite à un stress chronique Selon Schaufeli et Enzmann (1998), le processus commence par une tension et résulte d'une différence entre les attentes, les intentions, les efforts, les deux de l'individu et les exigences de la rude réalité quotidienne) .

Ce concept émerge dans le domaine de la psychologie sociale et du travail et a **doric fart** l'objet de nombreuses recherches auprès de différentes professions, notamment celles impliquant du soin envers autrui. De plus, les travailleurs développant un burnout se trouvent généralement dans des conditions professionnelles difficiles telles que la surcharge de travail ou encore un poste à hautes responsabilités. Le burnout professionnel est un stade final d'une rupture d'adaptation qui résulte d'un déséquilibre à long terme entre les exigences professionnelles et les ressource de l'individu) (Grebot, 2008) Ainsi, les conséquences du burnout peuvent être néfastes pour l'individu et son entourage. Très souvent, la vie privée de l'individu est atteinte et des conséquences émotionnelles (angoisse, dépression), physiologiques (hypertension, lombalgie, diabète de type 2, etc.), cognitive (difficultés à se concentrer, à prendre des décisions), motivationnelles (perte d'intérêt pour son travail) ou comportementales (isolement, cynisme)) apparaissent.

A l'époque, le burnout professionnel et le burnout parental sont considérés comme semblables au vue de l'articulation entre le haut niveau de demandes psychologiques et le bas niveau de contrôle (ex. imprévus incessants) (Baruch et al, 1987 ; Freudenberger, 1974 ;

Maslach et al, 1981) Le burnout est appliqué à la parentalité aux Etats-Unis dans quelques ouvrages issus de témoignages parentaux ou de pratiques cirques (Lanstrom, 1983, Procaccini & Kiefaber, 1983). Le questionnaire Maslach Burnout Inventory Human Service Survey (MBIHSS) permettant de mesurer au départ le burnout professionnel (Maslach & Jackson, 1981) est validé auprès de 121 mères sans activité professionnelles (Pelsma, Roland, Tollefson, & Wigington, 1989). Par ailleurs, ce n'est que 10 à 15 ans plus tard que les chercheurs étudient le concept du burnout auprès d'une population de parents. En effet, les raisons de cet intérêt sont liées à l'apparition de nouvelles exigences parentales (ouvrages belges citation références). Les difficultés parentales liées aux soins prodigues à l'enfant ou encore à l'éducation donnée à celui ci sont devenues une problématique de santé publique (Chalmers et al, 2001, Poole, 2003, Stewart , 2008).

De nos jours, un grand nombre de conditions socioéconomiques sont nécessaires pour avoir des enfants et les élever en optimisant le développement de leur bien-être personnel (Lacharité et al.,2015).

Cependant, le rythme quotidien d'un adulte du XXI siècle ayant une activité professionnelle, une famille ainsi que des loisirs, s'accompagne d'exigences sociétales. La pression temporelle et issue de la société, des médias et parfois, de l'entourage, encourage l'accumulation d'une fatigue et d'un stress pouvant amener à un épuisement parental (Guérinault, 2004 ; Lacharité et al, 2015 ;Verjus et al, 2008 ; Zukewich, 2003 ; Holstein ,2014) ajoute également que les mères ont, dès la naissance de leur enfant, un objectif de performance. Elle explique que la difficulté n'est pas de réaliser toutes les choses à faire mais être dans l'obligation de réussir ce qui crée une pression pouvant amener le parent à l'épuisement.

2.1.Définition du burn-out parental

Le burnout parental est un syndrome d'épuisement qui survient quand un parent est exposé à un stress chronique dans son rôle de parent. Il n'est alors plus en mesure de compenser ses difficultés avec les ressources habituellement mobilisées. Le burnout fait suite à une accumulation de plusieurs facteurs de risque. Le burnout parental comprend trois dimensions un épuisement physique et émotionnel, une distanciation affective et une perte de plaisir (Roskam & Mikołajczak, 2018, p,5).

Les premiers ouvrages en France parus à ce sujet utilisent le terme de burnout maternel et le définissent comme un «un épuisement émotionnel et physique, un sentiment

de distanciation vis-à-vis du travail et du contexte qui y est associé, ainsi qu'une tendance à minimiser ses accomplissements passés et à ne plus se sentir à la hauteur des responsabilités qui lui ont été confiées) (Guérault, 2004).

Ainsi, le burnout est défini comme un état psychologique, émotionnel et physiologique provoqué par une accumulation de facteurs considérés comme stressants pour l'individu qui sont présents de façon constante ou qui se répètent de manière régulière. En effet, cet état est la conséquence de ces (stresseurs qui s'inscrivent dans la durée) contrairement à une réaction de stress dite normale (Guérault, 2008). De manière générale, il est caractérisé par un épuisement physique et émotionnel.

Selon Holstein (2014), les mères de nos jours ont plusieurs rôles à tenir ce qui entraîne un cumul des tâches à réaliser en un temps restreint. Les femmes ont des enfants, un foyer à gérer, un travail à assumer et un équilibre familial à maintenir. Elles se trouvent alors (fatiguées et éprouvent des sentiments d'ambivalence et peuvent devenir agressives voire violentes sous le sentiment d'être dépassée). Le vécu d'un burnout familial est souvent latent car elles (se sentent incomprises, sous-estimées en comparaison de leur investissement qui semble soudain vide de sens et inutile.

Le burnout parental résulte d'un stress perdurant trop longtemps et lorsque les ressources pour le contrer s'épuisent (Mikolajczak et al., 2018) En effet, le déséquilibre est fait entre l'accumulation de facteurs de risques et les ressources insuffisantes.

2.2. Développement du burn-out parental

2.2.1. Trois stades d'évolution

Les trois stades d'évolution du burnout parental sont inspirés de burnout professionnel. Ce syndrome dit tridimensionnel est le résultat d'un stress cumulatif ayant une progression aggravante (Guérault, 2004, Mikolajczak & Roskam, 2017).

La première phase *d'épuisement physique et émotionnel* est liée au stress et à la dépression. En effet, la dépression et le burnout sont étroitement liés étant donné les difficultés maternelles rencontrées dans leur rôle de mère et durant la période du périnatale (ex. dépression postpartum) pouvant s'étendre quel que soit l'âge des enfants (Lebert-Charron et al., 2018). Lorsque le parent a d'importantes responsabilités, principalement envers l'enfant, des symptômes semblables à ceux de la dépression se manifestent sous forme de tension et de frustration. L'énergie physique et émotionnelle fournie pour l'autre amène l'individu à ne plus supporter la situation. Le parent investit une énergie, c'est-à-dire

(la patience, la tolérance, la résistance à la frustration, la capacité à gérer les conflits, l'écoute et le calme, la résistance physique à la fatigue, le dynamisme, la bonne santé) (Guérinault, 2004) Lorsqu'elle est dépensée et que le parent n'est pas pleinement ressource, une fatigue s'installe et 'accumule pouvant amener à ne plus supporter son quotidien. C'est à ce moment-là que les ressources sont épuisées et inefficaces et que les premières manifestations du burnout parental apparaissent, qu'elles soient comportementales (ex : ne plus se lever le matin) ou cognitives (exemple : souhaiter mourir pour se reposer) ou être malade (pour être hospitalisé et dormir durant des jours) (Mikołajczak et al., 2018), Cette première phase se résume donc à la vidange des ressources parentales et l'usure de son énergie dues aux responsabilités parentales.

Lorsque le parent ne parvient pas à se ressourcer, la seconde phase de (détachement émotionnel) (Guérinault, 2004) ou de (distanciation affective) (Mikolajczak & Roskam, 2017) reflète une impuissance du parent face à son rôle. L'écart se creuse entre ce que parent souhaiterait être dans l'idéal et ce qu'il est réellement ce qui dégrade la qualité de son image parentale. Cette douloureuse comparaison réduit alors l'estime de soi et les croyances en ses capacités parentales. Afin d'éviter de sombrer dans un épuisement plus important, la solution serait que le parent s'écarte des facteurs de stress quotidiens afin de récupérer son énergie optimale. Cependant, cette issue n'est pas toujours possible comme dans le cas de statut de parent où la responsabilité de l'enfant est permanente et qu'il est difficile de s'en écarter. Le parent se sent (vidé, épuisé et démotivé) (Guérinault, 2004) et va donc se désinvestir peu à peu (distance ou passivité) ce qui peut altérer la relation avec l'enfant. Parfois ce stade passe inaperçu car certains parents peuvent continuer de s'investir auprès de leurs enfants tout en cumulant des signes du burnout. Le comportement du parent déprendra de sa personnalité, de son contexte et de son état psychique et émotionnel. (Le parent continue à les aimer mais il n'arrive plus à montrer à ses enfants l'amour qu'il éprouve pour eux) (Mikołajczak et al., 2018).

Ensuite, ce qui est considérée comme la dernière phase du burnout pour Guérinault (2004) est la diminution de l'accomplissement personnels, et comme l'avant-dernière phase pour Mikolajczak et Roskam (2017) est la perte d'efficacité et d'épanouissement parental». Le parent est persuadé qu'il ne peut plus répondre aux attentes extérieures (notamment celles liées à ces enfants). Le parent ressent à ce stade-là, un sentiment d'incapacité ou d'impuissance vis-à-vis de son rôle parental. (Le temps, l'énergie, la motivation et l'investissement) ne sont plus au rendez-vous ce qui fait émerger sentiment de ne pas être un

parent et de ne pas parvenir à s'épanouir dans son rôle parental. Dans leur dernier ouvrage, Mikołajczak et al. (2018) parlent de (saturation et de perte de plaisirs) lorsque le parent ne peut plus assumer son rôle parental et ne trouve plus de plaisir pour.

Une dernière phase a été ajoutée suite à une validation d'une des deux échelle sur le burnout parental (Roskam, Brianda, & Mikolajczak, (le contraste). Le parent prend conscience à ce moment-là de la différence entre ce qu'il était avant d'être épuisé et actuellement. Il réalise également que ses interactions avec ses enfants et ses comportements ne sont plus les mêmes. Cette phase, synonyme de perte de reconnaissance de son identité parentale, entraîne (honte et de fierté) (Mikolajczak et al., 2018).

3. Les critères diagnostiques du burn-out parental

Le diagnostic du burn-out parental peut se réaliser à l'aide de deux questionnaires auto-apportés, le « Parental Burnout Inventory» (PBI) ou le « Parental Burnout Assessment (PBA).

Ces deux outils sont validés et standardisés.

Le parental burn-out Inventory a été conçu sur base du questionnaire évaluant le burnout professionnel, à savoir le Maslach Burnout Inventory (MBI) par l'équipe de Roskam. Cependant, ils ne sont pas détenteurs des droits, car le PBI a été conçu à travers le MBI. Le parental burn-out Inventory est composé de 22 items évaluant la fréquence des symptômes de burnout parental à l'aide d'une échelle de Likert en 7 points en mesurant les 3 dimensions provenant du burnout professionnel, c'est-à-dire l'épuisement émotionnel, la distanciation et enfin la perte d'efficacité (Roskam & Mikolajczak, 2018).

Le parental burn-out Assessment (évolution) a été créé par l'équipe de Roskam en 2018 et validé dans un premier temps, en français et en anglais et par la suite, dans de nombreuses langues.

Ce questionnaire est composé de 23 items dont 4 sous-échelles liées aux dimensions du burnout parental : l'épuisement émotionnel et physique, la saturation du sujet dans son rôle parental, la distanciation émotionnelle et le contraste. Chaque item comprend une échelle de Likert en 7 points allant de « jamais » à chaque jour.

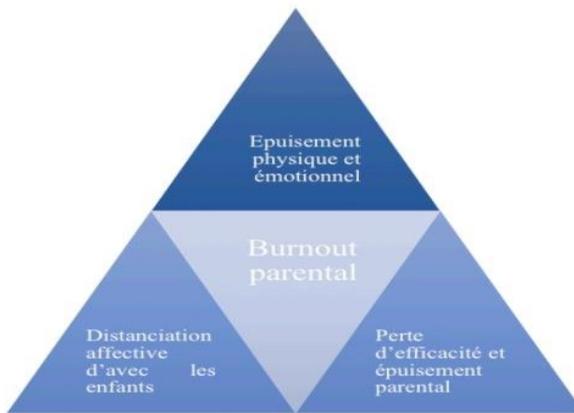
Les sujets en situation de burnout parental ne présentent pas nécessairement toutes les dimensions. En effet, seuls 60% des symptômes doivent être fréquents et sévères pour évoquer un burnout parental. Il s'agit en réalité d'identifier au moins trois dimensions, dont

le contraste. En effet, l'idée de contraste permet de nuancer et donc d'éliminer les sujets qui auraient toujours fonctionné ou présenté ces symptômes. Dans ce cas, il peut s'agir de parents présentant un état dépressif, des troubles psychopathologiques (Roskam & Mikolajczak, 2018, pp, 105-106).

4. Symptômes du burn-out parental

Les symptômes d'un stress chronique parental se manifestent à trois niveaux: physique, comportemental et subjectif (Mikolajczak & Roskam). Les symptômes physiques sont souvent manifestés à travers la qualité du sommeil c'est-à-dire que le stress aura souvent tendance à la perturber (insomnies). Un manque de sommeil entraînant incontestablement une fatigue inhérente pouvant accroître l'apparition de divers maux (au dos, à la tête ou au ventre) ou diverses pathologies (migraines, eczéma, etc.). De plus, les conséquences du stress sur le comportement agissent sur l'humeur (irritabilité ou hyperactivité par exemple). Et enfin, la personne aura « le sentiment d'être constamment sous pression » ou aura « la crainte de ne plus arriver à faire face » ce qui peut entraîner un épuisement parental. Cet épuisement psychique et physique peut être dû à « l'absence de possibilité de détente la responsabilité ininterrompue des soins quotidiens et de l'exigence du suivi éducatif de l'enfant » et au « sentiment d'impuissance face à son devenir et le désespoir lié à l'insignifiance de ses progrès » (Gardou, 2006).

Deux des trois critères sont nécessaires pour évoquer le burnout parental, comme pour le burnout professionnel, la constatation d'une rupture avec l'état antérieur est identifiée. Si des comportements tels que le manque d'énergie, froideur, Affective, désintérêt et négligence d'un parent envers son enfant sont constants dans le temps, ceci relève d'un autre cadre pathologique que de celui du burnout parental.

Figure 7: La triade symptomatique du burn-out parental

Source : (Coito, 2017, p. 62).

5. Les facteurs du risque du burn-out parental

Le burn-out est un processus dynamique. Des facteurs de risques aggravent le risque de burnout parental, d'autant plus s'ils sont nombreux, et peuvent s'accumuler entre eux.

5.1. Les facteurs de risque sociodémographiques

- L'âge des enfants (enfants bas âges ou adolescents sont pourvoyeur de charge de travail parental et émotionnel plus important)
- Age des parents (théorie de la perte de liberté pour un parent adolescent, jeune adulte, Age>45ans)
- Genre (risque plus élevé pour les mères de burnout)
- Nombre d'enfants dans la fratrie (Risque majoré pour nombre 3 enfants par foyer, les naissances multiples monoparentalité) conflits typiques entre enfants, familles recomposées.
- Niveau de scolarité parentale (Risque élevé pour de faibles niveaux scolaire, plus élevé pour les parents à haut niveau d'étude (Bac +9) que ceux titulaires d'un Bac+5)
- La Situation d'emploi permet un soutien social, une source de satisfaction, une estime de soi valorisée. Facteurs risque ajoutés pour de faibles revenus
- Le cadre de vie (quartier) et conditions d'hébergement

- La Culture occidentale. Le don de soi en tant que parent semble contradictoires avec les valeurs sociétales contemporaines telles que la liberté individuelle et l'autonomie de chacun. Contrairement aux sociétés dites collectivistes où les valeurs font primer le groupe sur l'individu.

Les facteurs de risques sociodémographiques les plus importants pour le burnout parental sont l'âge précoce ou tardif de la parentalité, avoir des enfants en bas âges, avoir trois enfants ou des naissances multiples, particulièrement dans les familles recomposées ou monoparentales, avoir fait peu ou des études élevées, être sans emploi, avec de faible revenu, élever ses enfants dans un logement exigu (Coito, 2017, pp, 65-66).

5.2. Facteurs individuels

Les caractéristiques personnelles des parents jouent un rôle clé dans leur vulnérabilité au burnout. Par exemple, les parents ayant une personnalité perfectionniste sont plus susceptibles de ressentir un épuisement, car ils s'imposent des standards élevés et éprouvent une pression constante pour être des parents « parfaits ». De même, les parents souffrant d'anxiété ou de dépression sont plus à risque, car ces troubles peuvent amplifier le stress lié à la parentalité et réduire leur capacité à faire face aux défis quotidiens.

Les expériences traumatisantes passées, telles que l'abandon ou la maltraitance, peuvent également influencer la manière dont les parents perçoivent et gèrent leur rôle parental. Ces expériences peuvent entraîner des schémas de pensée négatifs, une faible estime de soi ou une difficulté à établir des relations saines avec leurs enfants, ce qui augmente le risque de burnout.

5.3. Facteurs familiaux

La structure familiale et les dynamiques relationnelles au sein de la famille sont des éléments déterminants. Par exemple, les familles monoparentales ou recomposées peuvent être confrontées à des défis supplémentaires, tels que la gestion des responsabilités sans partenaire ou les tensions liées à la cohabitation avec des membres de la famille élargie. Ces situations peuvent accroître le stress et le sentiment d'isolement des parents.

Les relations entre les parents et les enfants sont également un facteur clé. Des conflits fréquents, des difficultés de communication ou des problèmes de comportement chez les enfants (comme l'hyperactivité ou l'opposition) peuvent épuiser les ressources émotionnelles des parents. De plus, les attentes et les pressions exercées par la société ou par

la famille élargie (par exemple, l'obligation de réussir en tant que parent) peuvent créer un sentiment d'inadéquation et de culpabilité.

5.4. Facteurs environnementaux

L'environnement dans lequel évoluent les parents a un impact significatif sur leur bien-être. Le manque de soutien social, par exemple, peut isoler les parents et les priver de ressources précieuses pour faire face aux défis de la parentalité. Les réseaux sociaux limités, l'absence de proches disponibles pour aider ou le sentiment de ne pas être compris par son entourage peuvent aggraver le stress.

Les ressources économiques jouent également un rôle crucial. Les familles confrontées à la pauvreté ou à des difficultés financières sont plus vulnérables au burnout, car elles doivent gérer des préoccupations supplémentaires, comme l'accès aux soins, à l'éducation ou à un logement décent. Enfin, les facteurs de stress environnementaux, tels que le bruit, la pollution ou un cadre de vie instable, peuvent contribuer à un état de fatigue chronique et à une diminution de la résilience. (Roskam & Mikolajczak, 2018, pp. 89-101).

6. Les phases du burn-out parental

Le burnout appartient au groupe d'atteintes non spécifiques liées aux risques psychosociaux. Il s'agit d'un état psychique non constitué, ni globalement systématisé, avec l'absence d'atteinte de l'ensemble des aspects constitutifs de la vie d'un individu (ce qui le distingue de l'épisode dépressif caractérisé).

Pour M. Mikolajczak & I. Roskam, le concept de burnout parental suit un processus en forme de cercle : la première phase ascendante puis descendante qui rappelle la signification du mot « burn-out » dans l'industrie aérospatiale chute d'un projectile en plein vol par défaut de carburant.

Le « burn-in » est, selon C. Cooper, psychologue du travail, une étape d'hyper investissement, présence, aux ambitions et exigences élevées, avec négligence des aspects de vie qui entretiennent l'élan vital.

Après cette phase, une phase d'alerte à risque, sous peine d'entamer le processus de la seconde phase, la descente vers le burnout comme suit les schémas ci-dessous qui décrivent les différentes phases du burnout parental dont appartiennent les symptômes précédemment décrits (épuisement physique et affectif, distanciation affective, perte d'efficacité et d'épanouissement dans le rôle de parent) (Coit, 2017, p. 63).

Phase 1 : Le parent idéal, la famille idéalisée

- Ce désir d'idéal provient de sources multiples.
- De l'histoire personnel du parent.
- Des problématiques familiales,
- Des stigmatisations sociales.
- La crainte d'être jugé de ses particularités (les parents homosexuels, monoparentaux, avec de faibles revenus économiques, obèses/anorexiques, migrants) ;
- Des pressions sociales conscientes ou internalisées (ex les magazines lus : j'éduque mon enfant, coaching d'une jeune maman, les publicités telles que « Pampers » où changer les couches est une activité source de plaisir intense pour le parent, les images de parents avec leurs enfants souriants sur les réseaux sociaux).

Phase 2 : Le surinvestissement

Le parent convaincu de l'importance de sa mission auprès de l'enfant s'investit sans mesure en termes de présence la nuit, des soins, des activités d'éveil, des trajets, des activités extrascolaires, des devoirs, de repas, du temps passé à jouer, discuter. Cet investissement peut être choisi ou contraint quand l'enfant est d'une maladie ou d'un handicap.

L'investissement est récompensé par la réponse positive de l'enfant et le sentiment d'être indispensable, ce qui renforce positivement l'implication du parent et négativement, les possibles tâches à déléguer.

Phase 3 : Le sacrifice de soi

À ce stade, le parent se sur identifie à sa mission de parent, de prioritairement mère/père bascule à exclusivement mère père avec une restriction progressive de la qualité/quantité de sommeil, d'activités de loisirs, relations amicales et conjugales satisfaisantes en quantité et qualité.

Phase 4 : La frustration

Tout parent passe par des moments de frustration. Si celle-ci perdure dans le temps, cette composante fait partie du lit du burnout comme décrit H. Freubengerber « *un état de*

fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, mode de vie ou à une relation qui n'as pas donné les bénéfices escomptés »

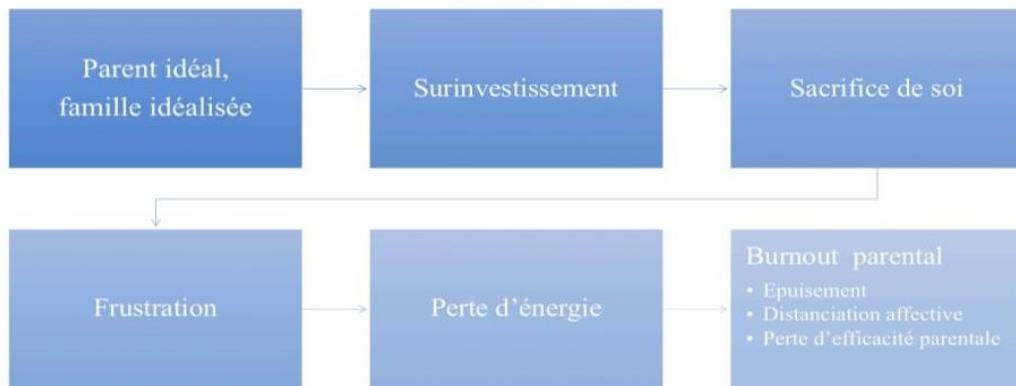
Phase 5 : La perte d'énergie

Le parent a conscience de la fatigue, des sacrifices exigés par le rôle de parent, être parent ne comble pas l'ensemble de ses besoins pour l'épanouissement personnel et qui fait le deuil d'un idéal tout en maintenant le contrôle des fonctions assignées au rôle parental. Ce stade d'alerte, perçu par l'entourage par l'augmentation de l'irritabilité, susceptibilité, pessimisme, est réversible si identifié, par la modification de mesures environnementales (redéfinition ou un rééquilibrage des tâches parentales, aide ménagère à domicile) ou renforcement de l'étayage (soutien du conjoint, valorisation des efforts par conjoint/enfant/parent lui-même, soutien psychologique).

Phase 6 – 7 - 8 : Le burnout

Même si l'épuisement est le premier symptôme à apparaître et perdure dans le temps, l'ordre des deux autres symptômes (la distanciation affective et perte d'efficacité parentale) peut être variable. La distanciation affective est un mécanisme défensif qui peut découler de l'épuisement ou de la perte d'efficacité parentale (Coito, 2017, pp. 64-65).

Figure 8: Phase du burn-out parental



Source : (Coito, 2017, p. 63)

7. Conséquences psychologiques, physiques et relationnelles du burn-out parental

Le burnout parental est un état d'épuisement lié aux exigences intenses et prolongées du rôle parental. Ce phénomène, bien qu'il partage des similitudes avec le burnout professionnel, se distingue par sa spécificité dans le cadre familial. Il engendre des

conséquences profondes sur la santé mentale, le bien-être physique et les relations interpersonnelles, affectant non seulement le parent, mais aussi l'équilibre familial global (Mikolajczak & Roskam, 2020, p. 45).

7.1. Les conséquences psychologiques

L'une des conséquences majeures du burnout parental réside dans la détérioration de la santé mentale. Les parents en burnout rapportent un épuisement émotionnel intense, associé à des sentiments de désespoir, de frustration et de perte de plaisir dans la parentalité (Mikolajczak & Roskam, 2020, p. 47). Cet état peut évoluer vers des troubles anxieux, un état dépressif ou une perte d'estime de soi. De plus, le burnout parental est souvent accompagné d'un processus de dépersonnalisation, où le parent développe un sentiment de détachement émotionnel vis-à-vis de ses enfants, ce qui peut accentuer la culpabilité et le mal-être (Mikolajczak & Roskam, 2020, p. 48).

7.2. Les conséquences physiques

Le stress chronique associé au burnout parental se manifeste également sur le plan somatique. Les parents concernés souffrent fréquemment de troubles du sommeil, d'une fatigue persistante et de douleurs musculaires (Mikolajczak & Roskam, 2020, p. 49). L'état d'épuisement peut également affaiblir le système immunitaire, augmentant la prévalence des infections et des maladies psychosomatiques. Cette usure physique rend plus difficile la gestion des responsabilités parentales quotidiennes, créant un cercle vicieux où la fatigue aggrave l'incapacité à répondre aux exigences du rôle parental.

7.3. Les conséquences relationnelles

Le burnout parental a un impact significatif sur les relations au sein de la famille et avec l'environnement social. Les parents épuisés ont tendance à se replier sur eux-mêmes, réduisant les interactions sociales et familiales (Mikolajczak & Roskam, 2020, p. 50). Cette distanciation affecte particulièrement la relation parent-enfant, avec un risque accru de négligence affective ou de comportements irritables envers l'enfant. Par ailleurs, le burnout parental est souvent corrélé à une augmentation des conflits conjugaux, en raison du stress et de la diminution de la communication au sein du couple. Ces tensions peuvent, à long terme, fragiliser la stabilité familiale et conduire à une détérioration globale des relations.

Nous avons distingué que, le burnout parental a des répercussions multidimensionnelles touchant la santé mentale, le bien-être physique et la qualité des relations familiales et sociales. Il est essentiel de reconnaître ces signes précocement et de

mettre en place des stratégies de soutien adaptées pour prévenir l'escalade de ces effets délétères.

8. Les modèles théoriques du burn-out parental

8.1. Le Modèle des Risques Cumulés

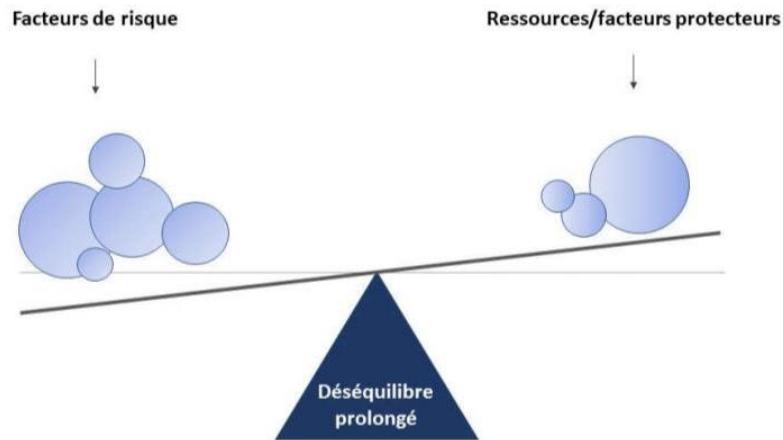
Le modèle des risques cumulés, développé par Roskam et Mikolajczak (2017), offre une perspective intégrative pour comprendre le burn-out parental en considérant l'accumulation de multiples facteurs de risque. Ce modèle est particulièrement pertinent pour analyser des syndromes d'origine multifactorielle, comme le burn-out parental, qui ne résulte pas d'un seul facteur isolé, mais plutôt de l'effet combiné de plusieurs éléments stressants (Roskam & Mikolajczak, 2017, p. 45).

Selon ce modèle, chaque facteur de risque contribue à augmenter la charge globale du parent, et c'est leur accumulation qui finit par dépasser la capacité d'adaptation de l'individu, conduisant à l'épuisement (Roskam & Mikolajczak, 2017, p. 46). Les facteurs de risque identifiés dans ce modèle incluent des circonstances externes, des événements de vie ou des traits individuels qui augmentent le stress parental ou réduisent les ressources disponibles.

8.2. Le Modèle de la Balance Risque/Ressources (BR2©)

Le modèle de la balance risque/ressources, ou BR2©, développé par Mikolajczak et Roskam (2018), propose une approche plus dynamique et nuancée pour comprendre le burn-out parental. Ce modèle conceptualise le burn-out comme résultant d'un déséquilibre prolongé entre les facteurs de risque (qui augmentent le stress) et les facteurs de protection (qui aident à y faire face) (Mikolajczak & Roskam, 2018, p.05).

Selon ce modèle, un parent peut faire face à des facteurs de risque importants sans développer de burn-out s'il dispose de ressources suffisantes pour compenser. Les facteurs de risque incluent des éléments tels que des exigences parentales élevées, des conflits familiaux ou un manque de soutien social. Les facteurs de protection, quant à eux, comprennent des ressources internes (comme une bonne gestion des émotions ou une estime de soi solide) et externes (comme un réseau de soutien familial ou des services de garde accessibles) (Mikolajczak & Roskam, 2018, p. 6).

Figure 9: Blanche entre risque/ ressources

Source : (Roskam & Mikolajczak, 2018, p. 6).

9. La prise en charge et stratégies de prévention du burn-out parental

9.1. La prise en charge du burn-out parental

Sa prise en charge nécessite une approche globale, combinant des interventions psychologiques, sociales et parfois médicales, afin de soulager l'épuisement et de prévenir ses conséquences sur la santé mentale et familiale.

9.1.1. Identifier et évaluer le burn-out parental

La première étape dans la prise en charge consiste à identifier les signes du burn-out parental. Ceux-ci incluent un épuisement intense, un désinvestissement émotionnel vis-à-vis des enfants et un sentiment de ne plus être un bon parent. L'évaluation peut être réalisée à l'aide d'outils psychométriques spécifiques, comme le Parental Burnout Assessment (PBA), qui permet de mesurer l'intensité du syndrome et ses dimensions principales. Une évaluation approfondie est essentielle pour adapter l'intervention aux besoins spécifiques de chaque parent.

9.1.2. Interventions psychologiques et psychoéducatives

Les interventions psychologiques jouent un rôle clé dans la prise en charge du burn-out parental. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont particulièrement efficaces pour aider les parents à identifier et modifier les pensées dysfonctionnelles liées au rôle parental. Ces thérapies permettent également de développer des stratégies de gestion du stress et de réguler les émotions. De plus, les programmes psychoéducatifs apportent des

informations sur le burn-out, ses causes et ses conséquences, tout en fournissant des techniques concrètes pour alléger la charge mentale.

9.1.3 Favoriser le soutien social et familial

Le manque de soutien social est un facteur de risque majeur du burn-out parental. Il est donc essentiel de renforcer les réseaux de soutien pour les parents en difficulté. Cela peut inclure la mobilisation des proches, l'orientation vers des groupes de parole ou des associations spécialisées. Ces espaces permettent aux parents de partager leurs expériences, de rompre l'isolement et de se sentir compris. De plus, les professionnels peuvent encourager la délégation des tâches domestiques et parentales pour alléger la charge quotidienne.

9.1.4. Prévention et interventions systématiques

Enfin, une approche préventive est essentielle pour limiter l'apparition du burn-out parental. Cela passe par la mise en place de politiques de soutien à la parentalité, telles que des congés parentaux flexibles, des services de garde accessibles et des programmes de formation parentale. Les professionnels peuvent également sensibiliser les parents à l'importance de prendre soin d'eux-mêmes et d'établir des limites réalistes dans leur rôle parental (Roskam et al., 2018, pp. 245-284).

En somme, la prise en charge du burn-out parental repose sur une approche intégrée, combinant l'évaluation précise du syndrome, des interventions psychologiques ciblées, le renforcement du soutien social et des mesures préventives à long terme. Cette approche permet de restaurer l'équilibre parental et de prévenir les effets négatifs du burn-out sur la dynamique familiale.

9.2. Stratégies de prévention du burn-out parental

9.2.1. La régulation émotionnelle

Il s'agit d'apprendre à reconnaître, comprendre et gérer ses propres émotions face aux défis de la parentalité. Développer des stratégies comme la pleine conscience ou des techniques de relaxation peut aider à diminuer le stress chronique (Mikolajczak & Roskam, 2020, p. 85).

9.2.2. La restructuration cognitive

Cette approche consiste à modifier les pensées négatives ou irréalistes concernant le rôle de parent. Par exemple, revoir ses attentes perfectionnistes ou déculpabiliser face aux

difficultés rencontrées est essentiel pour réduire la pression auto-imposée (Mikolajczak & Roskam, 2020, p. 112).

9.2.3. L'équilibre entre les rôles de vie

Il est crucial de préserver du temps pour soi en dehors des responsabilités parentales. Cela peut inclure le maintien d'une activité professionnelle, sociale ou de loisirs afin de ne pas s'enfermer dans une identité exclusivement parentale (Mikolajczak & Roskam, 2020, p. 136).

9.2.4. Le soutien social

Mobiliser l'aide de l'entourage (famille, amis, professionnels) permet d'alléger la charge mentale et émotionnelle. Selon Mikolajczak et Roskam (2020, p. 158), les parents qui sollicitent et acceptent du soutien sont moins vulnérables au burnout.

10. Burn-out parental chez les mères d'enfants atteints du diabète

Le burn-out parental chez les mères d'enfants atteints de diabète de type 1 est un phénomène préoccupant, lié aux exigences physiques, émotionnelles et organisationnelles imposées par la gestion quotidienne de la maladie chronique. Ces mères doivent faire face à des tâches complexes telles que la surveillance constante de la glycémie, l'administration d'insuline, la gestion des crises d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie, tout en répondant aux besoins affectifs de leur enfant (Lachance et al., 2020). Cette charge permanente peut entraîner un épuisement émotionnel, une perte de plaisir dans le rôle parental et un sentiment de dépersonnalisation vis-à-vis de l'enfant (Mikolajczak et Roskam, 2018).

Les recherches montrent que le manque de soutien social constitue un facteur aggravant du burn-out parental. Lorsqu'une mère perçoit un soutien insuffisant de la part du conjoint, de la famille ou des professionnels de santé, elle est plus susceptible de ressentir un isolement émotionnel, accentuant ainsi sa fatigue psychique (Iversen et al., 2019). De plus, l'imprévisibilité de l'évolution du diabète de l'enfant et la peur des complications médicales (comme l'acidocétose ou l'hypoglycémie sévère) augmentent le niveau de stress parental (Delamater et al., 2018).

Des études suggèrent également que les mères d'enfants diabétiques présentent des taux plus élevés de burn-out parental que les mères d'enfants en bonne santé en raison de la vigilance constante qu'exige cette maladie (Verhoof et al., 2014). Ce phénomène peut avoir des conséquences délétères non seulement pour la santé mentale de la mère (anxiété,

dépression), mais aussi pour l'enfant, en altérant la qualité de la relation parent-enfant et en compromettant l'adhésion au traitement (Mikolajczak et al., 2018).

Synthèse

Le burn-out maternel découle d'une surcharge de responsabilités parentales combinée à un manque de ressources physiques, émotionnelles et sociales. Il se manifeste par une fatigue intense, une perte de plaisir dans le rôle de mère et une détérioration des relations familiales. Ce phénomène est favorisé par des facteurs individuels, sociaux et économiques, impactant non seulement la santé psychologique des mères, mais aussi l'équilibre global du foyer. La prise en charge repose sur des interventions thérapeutiques, des stratégies de gestion du stress et un renforcement du soutien social, afin de prévenir l'épuisement et d'aider les mères à retrouver un équilibre dans leur rôle parental.

Chapitre III : Le soutien social

Préambule

Dans le chapitre précédent, nous avons exploré le burn-out maternel, en mettant en lumière les facteurs qui y contribuent, ses manifestations et ses conséquences sur la santé des mères, en particulier celles ayant un enfant atteint de diabète.

Dans ce chapitre, nous allons aborder le soutien social qui se définit comme l'ensemble des aides et des ressources, matérielles ou émotionnelles, qu'un individu reçoit de son entourage. Il joue un rôle déterminant dans le bien-être psychologique et physique, en aidant les personnes à mieux gérer les difficultés et à renforcer leur résilience. Un réseau social solide permet non seulement de réduire les sentiments d'isolement et de surcharge, mais aussi d'apporter un appui concret dans la prise en charge d'un enfant atteint d'une maladie chronique.

Dans ce chapitre, nous reviendrons d'abord sur l'histoire et la définition du soutien social, avant d'en explorer les différents types, sources et dimensions. Nous examinerons ensuite son impact sur la santé mentale et physique, ainsi que les outils permettant de mesurer et d'évaluer le soutien social. Enfin, nous analyserons le lien entre le soutien social et le burn-out maternel, en mettant particulièrement l'accent sur l'expérience des mères d'enfants atteints de diabète.

L'objectif de ce chapitre est donc d'évaluer dans quelle mesure ces mères bénéficient d'un soutien social face à la prise en charge de leur enfant hospitalisé.

1. Histoire du soutien social

Les premières réflexions sur l'importance des liens sociaux dans le bien-être individuel remontent aux travaux du sociologue Émile Durkheim. Dans son ouvrage *Le Suicide* (1897), il met en évidence l'impact de l'intégration sociale sur la prévention du suicide. Il montre que les individus appartenant à des groupes sociaux soudés, comme les familles ou les communautés religieuses, sont moins susceptibles de se suicider que ceux qui souffrent d'isolement. Cette idée marque l'une des premières tentatives d'expliquer comment les relations sociales influencent directement la santé mentale (Durkheim, 1897, p. 356).

Un autre chercheur influent, John Bowlby, développe dans les années 1960 la théorie de l'attachement, qui souligne l'importance des relations précoce entre l'enfant et ses figures d'attachement. Selon lui, le soutien affectif reçu durant l'enfance façonne la

capacité future d'un individu à établir des liens sociaux et à gérer le stress (Bowlby, 1969, p. 72).

Dans les années 1970, le concept de soutien social commence à être théorisé explicitement dans la littérature scientifique. Robert Weiss (1973) est l'un des premiers chercheurs à proposer une typologie du soutien social, identifiant six fonctions essentielles : l'attachement, la guidance sociale, le sentiment d'appartenance, la réassurance de sa valeur personnelle, l'aide instrumentale et l'opportunité d'être utile aux autres (Weiss, 1973, p. 54).

Quelques années plus tard, Sidney Cobb (1976) apporte une définition plus précise du soutien social, le décrivant comme « l'information qui conduit l'individu à croire qu'il est aimé, estimé et qu'il fait partie d'un réseau de communication et d'obligations mutuelles » (Cobb, 1976, p.300-314). Ce modèle met en évidence l'impact du soutien social sur la gestion du stress et le bien-être psychologique.

Dans les années 1980, plusieurs chercheurs tentent d'expliquer comment le soutien social influence la santé. Sheldon Cohen et Thomas Wills (1985) développent deux modèles théoriques majeurs :

- Le modèle de l'effet principal (main effect model) suggère que le soutien social a un effet positif direct sur la santé, indépendamment du niveau de stress.
- Le modèle tampon (buffering model) postule que le soutien social atténue les effets négatifs du stress en permettant aux individus de mieux gérer les situations difficiles (Cohen et al., 1985, pp. 310- 357).

Parallèlement, House (1981) distingue quatre formes de soutien social :

- Le soutien émotionnel, qui comprend l'affection, l'amour et l'écoute.
- Le soutien instrumental, qui correspond à l'aide matérielle et pratique.
- Le soutien informatif, qui consiste en des conseils et informations utiles.
- Le soutien d'estime, qui aide à renforcer la confiance en soi (House, 1981, p. 102).

Avec l'avènement des technologies numériques et des réseaux sociaux, le concept de soutien social s'est encore élargi. Les chercheurs s'intéressent désormais au soutien social en ligne, en explorant son efficacité par rapport aux interactions en face-à-face. Des études ont montré que les communautés virtuelles peuvent offrir un soutien émotionnel et informatif

aux individus en détresse, bien que la qualité de ce soutien puisse varier en fonction du type de relation et du contexte (Nabi et al., 2013, pp. 720-727).

En parallèle, des recherches récentes ont souligné l'importance du soutien social dans des contextes spécifiques, comme le travail, la parentalité et la gestion des maladies chroniques. Par exemple, dans le domaine de la psychologie clinique, plusieurs études ont démontré que le soutien social est un facteur clé dans la résilience des parents d'enfants atteints de maladies chroniques, comme le diabète pédiatrique (Reynolds et al., 2014, p. 532).

2. Définition du soutien social

La définition initialement proposée par les épidémiologistes Lin, et al, (1979) est très générale : le soutien social est « *le soutien accessible pour un sujet à travers les liens sociaux avec d'autres sujets, avec des groupes et l'ensemble de la communauté* » (Lin et al., 1979, p. 122).

Cette définition porte l'accent sur l'aspect structurel de la relation de soutien, sans toutefois expliciter le contenu de ce soutien. En 1987, à l'occasion d'une étude historique et sociologique sur l'étiologie des maladies, l'épidémiologiste Renaud définit le soutien social comme « *le résultat de l'intégration dans différents réseaux qui lui fournissent un appui cognitif, normatif, affectif et matériel* » (Renaud, 1987, p. 91).

Pour Rahim et, al (1996), « *le soutien social peut être défini dans ses grandes lignes comme la disponibilité d'une aide de la part des supérieurs hiérarchiques, des collègues, des membres de la famille et des amis au moment où le besoin se fait sentir* » (Rahim et al., 1996, p. 72).

3. Les types du soutien social

Classiquement, les chercheurs se réfèrent aux travaux de House (1981), qui identifie quatre fonctions du soutien :

3.1. Le soutien émotionnel

Qui consiste à exprimer à une personne les affects positifs que l'on ressent à son égard (confiance, amitié...), et qui apporte à celle-ci des sentiments de réassurance, de protection ou de réconfort. Ces affects vont aider la personne à traverser des moments difficiles kits d'événements comme le décès d'un proche, été (Bruchon Schweitzer, 2002, p.328).

3.1.2. Le soutien d'estime

Qui consiste à rassurer une personne en ce qui concerne ses compétences et valeurs. Ces encouragements lui permettront de renforcer confiance en elle même dans les moments de doute, lorsque cette personne craint que les exigences d'une situation n'excèdent ses ressources et ses capacités (surcharge de travail, conflit de rôle, épuisement professionnel...)

3.1.3. Le soutien informatif

Qui implique des conseils, des suggestions, de l'apport de connaissance sur un problème, des propositions concernant la résolution d'un problème nouveau, par exemple.

3.1.4. Le soutien matériel on instrumental

Qui implique une assistance effective comme le prêt ou le don d'argent ou de bien matériel, ou de services rendus dans des moments difficiles (Rouiller, 2007, p. 2).

4. Les sources du soutien social

Selon Vaux (1988, 1992), on ne saurait définir le soutien social sans souligner l'importance que revêt sa provenance ou ses sources. Streeter et Franklin (1992) insistent sur la nécessité de faire la distinction entre les sources formelles et les sources informelles de soutien social.

4.1. Les sources formelles

Les sources formelles de soutien social réfèrent aux personnes qui appartiennent à des réseaux qualifiés de formels, tels que des organismes gouvernementaux, des directions, des services, des départements (Streeter et Franklin, 1992). Dans le contexte de l'université, il peut s'agir, par exemple, du Ministère de l'éducation, du loisir et du sport et son programme d'aide financière aux études, des directeurs de programme, des professeurs, des spécialistes en orientation, en soutien à l'apprentissage ou de tout autre intervenant aux fonctions préétablies.

4.2. Les sources informelles

Les sources informelles de soutien social concernent l'aide fournie par les amis, la famille, les pairs, les conjoints, etc. (Streeter et Franklin, 1992). Bien que nettement moins structuré que le soutien formel, le soutien provenant de sources informelles s'actualise avec plus de souplesse que le précédent. Il n'est en effet pas soumis aux contraintes que

constituent la bureaucratie, la spécialisation des fonctions des intervenants, les procédures et les règles, les critères d'admissibilité aux services, etc.

Plusieurs chercheurs, dont Buote et al. (2007) et Parks (2007), soulignent l'importance cruciale des sources informelles de soutien, comme la famille et les amis. Ces derniers, considérés comme des agents majeurs de socialisation, constituent le premier point de référence pour les individus, même adultes et en contact avec des institutions structurées (Morgan, 2002 ; Parks, 2007). Goldsmith (2004) met en évidence que le simple fait de discuter de ses problèmes avec ses proches contribue significativement au bien-être. L'amitié, en particulier, joue un rôle clé dans le bien-être des hommes et des femmes, renforçant l'estime de soi et la valeur personnelle (Hartup et Stevens, 1997 ; Parks, 2007). Cependant, les hommes semblent plus sensibles à l'amitié ; sans amis ou avec peu d'amis, ils sont plus susceptibles de souffrir d'anxiété, de dépression et de détresse psychologique que les femmes (Hintikka et al., 2000).

Les amis sont également essentiels lors de transitions majeures, comme l'entrée à l'université. Buote et al. (2007) montrent que le soutien des amis facilite l'ajustement des nouveaux étudiants à l'environnement universitaire, en particulier sur le plan social (Pariat, 2008, pp. 28-30).

5. Les dimensions du soutien social

Concept riche et complexe s'il en est, le soutien social peut être abordé sous différents angles ou dimensions qui font aujourd'hui l'unanimité. (Barrera, 1981, 1986 ; Pierce, Sarason et Sarason, 1996 ; Vaux, 1988, 1992). On peut en effet s'intéresser à son aspect structurel (les relations et les personnes en cause), à son aspect fonctionnel (les comportements et les marques de soutien démontrés envers un individu) ou enfin à la perception de la qualité du soutien disponible (Helgeson, 2003).

5.1. Le réseau de soutien

Cette première dimension du soutien social correspond, selon Vaux (1988, 1992), à un sous-ensemble du réseau social personnel décrit précédemment. L'individu. Sollicite le réseau de soutien pour obtenir l'aide, qualifiée aussi de ressource par Vaux, dont il a besoin. Les ressources du réseau de soutien recouvrent autant la grandeur du réseau, sa composition et la nature des liens identifiés entre ses membres et la personne concernée.

5.2. Les comportements de soutien

La deuxième dimension du soutien social renvoie aux comportements et aux actions visant à aider la personne concernée (Barrera, 1981, 1986). Le soutien ainsi reçu est dit actif (et non potentiel) car il fait référence à l'utilisation effective des ressources du réseau social (Tardy, 1985). Survenant dans un contexte de relations, les comportements d'aide comprennent notamment l'écoute, le réconfort en cas de peine ou de détresse, le prêt d'argent, l'aide pour réaliser une tâche, la manifestation d'affection, les encouragements, les conseils, etc.

5.3. L'appréciation subjective du soutien

La troisième dimension du soutien social renvoie, pour sa part, à l'évaluation du soutien par la personne elle-même ou encore à son degré de satisfaction face à l'aide apportée par autrui (Barrera, 1981, 1986 ; Sarason, Shearin, Pierce et Sarason, 1987 ; Streeter et Franklin, 1992 ; Vaux, 1992). L'appréciation subjective du soutien recouvre elle-même plusieurs dimensions, telles que le sentiment de bénéficier de suffisamment de soutien, la satisfaction à l'égard du soutien reçu, la perception selon laquelle les besoins de soutien sont comblés, la perception de la disponibilité et de l'adéquation du soutien et, enfin, la confiance que le soutien sera disponible en cas de besoin.

Selon Barrera (1986), dans une recension des écrits sur le soutien social selon une perspective générale, l'appréciation subjective du soutien est sans conteste la dimension la plus souvent étudiée dans la littérature. La présente recherche n'y fait. Pas exception et pour la raison suivante : l'existence de relations sociales entre une personne et son environnement, en l'occurrence ici entre un étudiant et son réseau social, n'est pas nécessairement garante de soutien perçu comme tel. Il semble plutôt, d'après Buchanan (1995), que le soutien social soit lié à l'expérience personnelle de l'individu en situation de solliciter ou de recevoir de l'aide, plutôt qu'à un ensemble de circonstances objectives. En fait, selon Beauregard et Dumont (1996), on peut procéder à une évaluation de la qualité et de la quantité de soutien reçu à partir des seules informations sur les caractéristiques dites structurelles d'un réseau social, tel que le nombre d'individus en cause. Cela justifie, selon ces mêmes auteurs, le fait de mesurer la perception de soutien par les individus eux-mêmes.

La complexité du concept de soutien social se traduit non seulement par la diversité de ses dimensions, mais également par celle de ses sources et ses fonctions (Beauregard et Dumont, 1996). Chacune des dimensions décrites précédemment peut en effet se caractériser

selon une source d'où le soutien provient (la ou les personnes du réseau de soutien qui fournissent de l'aide) et une fonction spécifique (la nature même des comportements déployés dans le but d'apporter une aide particulière à autrui). (Pariat, 2008, pp. 25- 28).

Tableau 2: Les dimensions de soutien social

Dimensions	Définition
Le réseau de soutien	Sous-ensemble du réseau social vers qui la personne se tourne (ou pourrait se tourne) pour obtenir de l'aide
Les comportements de soutien	Ensemble d'action ou de comportement spécifique qui fournissent effectivement de l'aide à la personne
L'appréciation subjective du soutien	Évaluation cognitive d'une personne du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui

Source : (Pariat L, 2008, p. 26)

6. L'impact du soutien social sur la santé physique

6.1. Le soutien social et le système immunitaire Un lien essentiel pour la santé

Le lien entre le soutien social et le système immunitaire humain est un sujet d'une importance croissante dans la recherche scientifique, avec de nombreuses études explorant les effets du réseau social sur la santé physique et mentale. En effet, la manière dont les individus interagissent avec leurs proches, amis, collègues, et même leur communauté en général, a un impact direct sur leur bien-être global, notamment en influençant la fonction immunitaire. Le soutien social, qu'il soit émotionnel, pratique ou informatif, s'avère être un facteur clé dans la gestion du stress, la prévention des maladies et le maintien d'une bonne santé physique.

6.2. Le rôle du soutien social dans la gestion du stress

Le stress est un facteur bien connu qui affaiblit le système immunitaire. Lorsque le corps est soumis à un stress prolongé, que ce soit dû à des événements traumatisants, des pressions professionnelles, ou des soucis personnels, il produit des hormones de stress telles que le cortisol. Ce dernier a un effet suppressif sur le système immunitaire, réduisant la

capacité du corps à combattre les infections et à se défendre contre d'autres agents pathogènes.

C'est ici que le soutien social entre en jeu. Des études ont montré que les personnes qui bénéficient d'un soutien social de qualité ont tendance à mieux gérer le stress. Un cercle social stable et encourageant peut agir comme un tampon face aux effets délétères du stress, en offrant des ressources émotionnelles et pratiques pour faire face aux défis. L'empathie, l'écoute, et la présence de proches permettent non seulement de réduire les sentiments de solitude et d'anxiété, mais aussi d'atténuer la réponse physiologique au stress. En conséquence, les personnes soutenues socialement présentent des niveaux de cortisol plus bas et une meilleure réponse immunitaire.

6.3. Le soutien social et la santé physique

Au-delà de ses effets sur le stress, le soutien social a un impact direct sur la santé physique. Il a été démontré que les individus ayant un réseau social solide sont moins susceptibles de souffrir de maladies chroniques, telles que les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, et les troubles métaboliques. Cette protection peut s'expliquer par la régulation du stress, mais aussi par l'activation de mécanismes biologiques qui renforcent l'immunité.

Le soutien social a également un rôle de médiation dans le comportement des individus. Ceux qui bénéficient d'un soutien sont plus enclins à adopter des comportements de santé positifs, comme une alimentation équilibrée, la pratique régulière d'une activité physique, et l'observance des traitements médicaux. En revanche, ceux qui manquent de soutien social sont plus susceptibles de présenter des comportements à risque, tels que la consommation excessive d'alcool, le tabagisme, ou la sédentarité. Ces comportements ont un effet délétère sur la santé et le système immunitaire.

7. Mesures et évaluation du soutien social

Il existe de nombreux outils permettant d'évaluer le soutien social. Parmi eux, certains explorent la taille et la structure du réseau social, permettant d'identifier les personnes ressources dans l'entourage de l'individu. D'autres se concentrent sur les sources de soutien, comme la famille, les amis ou les professionnels de santé, ainsi que sur les types de soutien apportés (émotionnel, instrumental, informationnel ou d'estime). Enfin, certaines échelles évaluent le soutien social perçu, c'est-à-dire la manière dont l'individu ressent et

interprète l'aide reçue. Le soutien social est considéré comme un facteur protecteur essentiel pour la santé mentale, physique et sociale, jouant un rôle déterminant dans la qualité de vie.

7.1. L'Inventory of Socially Supportive Behaviorisme (ISSB)

Élaboré par Barrera, Sandler et Ramsey (1981), mesure les comportements de soutien social. Cet instrument comprend 40 énoncés où le répondant indique, sur une échelle de cinq points allant de « pas du tout » à « environ tous les jours », la fréquence des comportements de soutien reçus au cours des quatre dernières semaines. Il évalue à la fois des aides tangibles et non tangibles (ex. : recevoir des encouragements ou un moyen de transport).

7.2. Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS)

Le Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) (Barrera, 1981) a été élaboré à la suite du ISSB, afin d'évaluer le réseau de soutien social et la satisfaction du sujet à l'égard du soutien reçu. L'ASSIS permet d'identifier les personnes qui fournissent les types de soutien suivants : aide matérielle (aide financière ou autres objets physiques), assistance physique (partage de tâches), interaction intime (expression de sentiments et de soucis personnels), conseils (avis, guide), rétroaction (information sur soi-même) et participation sociale (loisirs). Pour chacun de ces six types de soutien, on demande au répondant d'identifier les personnes qui seraient susceptibles d'apporter une aide (ex. : « Si vous aviez besoin de quelque chose de matériel, quelles personnes pourraient vous aider ? »). On demande ensuite au répondant s'il a reçu ce type de soutien au cours du dernier mois ; dans l'affirmative, il doit indiquer son degré de satisfaction relatif à ce soutien. Il est aussi demandé au répondant d'identifier les personnes avec lesquelles il a eu des interactions conflictuelles (ou non plaisantes). Finalement, les répondants doivent donner certaines informations sur les caractéristiques des membres du réseau (conjoint, parents, fratrie, amis, voisins, enseignant, médecin, conseillers, etc.).

7.3. Le Social Support Questionnaire (SSQ)

Élaboré par Sarason, Levine, Basham et Sarason (1983), évalue la perception de la disponibilité et la satisfaction du soutien social.

L'administration du SSQ se déroule en deux étapes :

- Les répondants indiquent les noms ou initiales des personnes qui leur apportent du soutien pour chacun des 27 énoncés (ex. : « Sur qui pouvez-vous compter lorsque vous avez besoin de parler ?).
- Ils évaluent ensuite leur satisfaction concernant le soutien reçu pour chaque énoncé.

En termes de fiabilité, les résultats indiquent une bonne stabilité temporelle et une forte consistance interne pour les deux dimensions évaluées (nombre de personnes identifiées et satisfaction du soutien). La corrélation entre ces deux dimensions est faible, suggérant que la disponibilité et la satisfaction du soutien sont distinctes.

Concernant la validité, le SSQ montre des corrélations négatives avec des mesures d'anxiété, de dépression et d'hostilité, ce qui suggère qu'un bon soutien social est associé à des niveaux plus faibles de ces émotions. De plus, les résultats indiquent que le SSQ est peu sensible à l'effet de désirabilité sociale, renforçant ainsi sa validité.

De plus, les personnes bénéficiant d'un soutien social élevé se montrent plus optimistes quant à leur avenir. Enfin, les auteurs soulignent que le SSQ est peu sensible à l'effet de désirabilité sociale, comme l'indiquent les résultats obtenus avec le Crowne-Marlowe Social Desirability (Crowne et Marlowe, 1960), renforçant ainsi la validité de l'instrument.

7.4. L'interpersonal Support Evaluation List (ISEL)

A été élaboré par Cohen, Mermelstein, Karmack et Hoberman (1985). Il consiste en une liste de 40 énoncés concernant la perception de la disponibilité des ressources sociales, répartis en quatre sous-échelles mesurant différents types de soutien : aide matérielle, appréciation, estime de soi, sentiment d'appartenance.

La moitié des items sont formulés positivement (ex. : « Il y a plusieurs personnes différentes avec qui il est plaisant d'être ») et l'autre moitié négativement (ex. : « Je sens qu'il n'y a personne avec qui je peux discuter de mes inquiétudes et de mes peurs »). Le répondant doit indiquer si chaque énoncé est « probablement vrai » ou « probablement faux ».

Concernant la validité, les auteurs ont effectué plusieurs analyses corrélationnelles. Il n'existe aucune corrélation entre le ISEL et la désirabilité sociale, mesurée avec le Crowne-Marlowe Social Desirability (Crowne et Marlowe, 1960). Une corrélation de 0,46 est observée entre le ISEL et l'ISSB, ce qui, selon les auteurs, indique une validité

discriminante, car ces deux instruments mesurent des dimensions différentes du soutien social. Enfin, les données montrent que plus le score au ISEL est élevé (perception élevée du soutien disponible), plus les scores de dépression obtenus avec l'Inventaire de Beck sont faibles (corrélations variant de -0,38 à -0,60) (Beauregard, 1996, pp. 63- 69).

8. Le lien entre le soutien social et le burn-out parental

Le soutien social est un élément fondamental dans la prévention et la gestion du burn-out parental, un phénomène qui touche de nombreux parents confrontés à un épuisement émotionnel et physique lié à leurs responsabilités parentales. Ce syndrome se manifeste par une fatigue intense, une distanciation affective vis-à-vis des enfants et une perte de plaisir dans le rôle de parent. Les conséquences peuvent être graves, affectant non seulement la santé mentale et physique des parents, mais aussi le bien-être des enfants. Le soutien social, qu'il soit émotionnel, instrumental ou informationnel, agit comme un facteur protecteur en atténuant les effets du stress parental et en renforçant la capacité des parents à faire face aux défis quotidiens. (Mikolajczak et al., 2018, pp. 134-145).

Roskam et al. (2021) dans *Journal of Child and Family Studies* souligne que le soutien social agit comme un tampon contre les effets négatifs du stress parental. Les parents isolés socialement sont plus vulnérables au burn-out, car ils n'ont pas d'espace pour exprimer leurs émotions ou partager leurs difficultés. À l'inverse, ceux qui se sentent écoutés et soutenus développent une meilleure résilience face aux défis de la parentalité. Cette étude met également en lumière l'importance des interventions communautaires et des programmes de soutien pour les parents, qui peuvent réduire significativement les risques de burn-out. (Roskam et al., 2021).

Dans ce contexte, nous pouvons dire que le soutien social est un facteur protecteur essentiel contre le burn-out parental. Les recherches récentes montrent que les parents entourés et soutenus sont mieux armés pour faire face aux exigences de la parentalité, tandis que l'isolement social aggrave les risques d'épuisement. Ces constats soulignent la nécessité de promouvoir des réseaux de soutien accessibles et inclusifs pour les familles.

9. Soutien social des mères d'enfants atteints de diabète

Le soutien social joue un rôle essentiel dans l'accompagnement des mères confrontées aux défis du diabète pédiatrique, contribuant à prévenir l'épuisement psychologique et à améliorer leur capacité à gérer cette maladie chronique. Le diagnostic du diabète chez un enfant représente un bouleversement significatif pour l'équilibre familial,

affectant particulièrement la mère, qui assume souvent le rôle de principale aidante. La gestion quotidienne de cette condition implique des responsabilités complexes, telles que la surveillance régulière de la glycémie, l'administration d'insuline et la gestion des épisodes d'hypoglycémie. Ces tâches, associées à une inquiétude constante pour la santé de l'enfant, peuvent engendrer une charge émotionnelle et physique considérable. Dans ce contexte, un soutien social adéquat s'avère crucial pour atténuer ces pressions. Il permet non seulement de réduire le sentiment d'isolement des mères, mais aussi de renforcer leur résilience face au stress lié aux soins, favorisant ainsi leur bien-être psychologique (Dupont et al., 2023, pp. 123-135).

Malgré ses bienfaits, le soutien social peut présenter certaines limites. Certaines mères rapportent un sentiment de solitude lorsque leur entourage ne comprend pas pleinement les exigences du diabète (Reid et al., 2020, p. 59). De plus, un soutien inadapté ou intrusif peut engendrer des tensions au sein du couple ou de la famille (Schulz et al., 2008, p. 14).

Par ailleurs, des inégalités d'accès au soutien peuvent exister en fonction du contexte socio-économique. Les familles vivant en milieu rural ou précaire ont souvent moins de ressources et d'accès aux services spécialisés (White et al., 2016, p. 102).

Synthèse

Le soutien social est un facteur clé du bien-être et joue un rôle essentiel dans l'adaptation aux situations stressantes. Il englobe diverses ressources – émotionnelles, matérielles, informationnelles et d'estime – issues de l'entourage familial, amical, professionnel ou institutionnel. Ce soutien est particulièrement déterminant pour les mères d'enfants atteints de maladies chroniques, qui font face à un stress constant. Lorsqu'il est insuffisant, le risque de burn-out maternel s'accroît, rendant la prise en charge de l'enfant encore plus éprouvante. À l'inverse, un soutien adéquat contribue à atténuer l'épuisement et à renforcer la résilience paternelle.

Problématique

Problématique

La santé physique est un aspect essentiel de nos vies, mais parfois, elle est mise à l'épreuve par des défis majeurs tels que les maladies chroniques, notamment le diabète pédiatrique, qui est une épreuve difficile pour les familles, en particulier pour les mères qui doivent gérer les soins de leurs enfants atteints de diabète tout en préservant leur propre santé psychologique et physique.

Le diabète pédiatrique se définit, selon American Diabetes Association (ADA) comme «*une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie due à une déficience de la sécrétion d'insuline ou à une résistance à l'insuline, qui nécessite un traitement pour prévenir les complications.* » (ADA, 2020, pp. 14-15).

Il existe principalement deux formes de diabète pédiatrique : le diabète de type 1, qui représente environ 66 % des nouveaux cas, et le diabète de type 2, qui concerne environ 33 % des cas. D'autres formes plus rares de diabète peuvent également affecter l'enfant, comme le diabète monogénique, qui représente environ 1 % à 4 % des cas.

Avant de traiter la question de l'enfant atteint du diabète pédiatrique, il est essentiel de définir l'enfance, qui est considérée comme «*une période de vulnérabilité et de potentiel*» (OMS). En terme de Santé Publique, cette tranche d'âge est liée à un souci de protection vis-à-vis des enfants du fait de leur manque d'autonomie, physique, psychique, sexuelle financière puisque la majorité sexuelle est fixée à 15 ans et civile à 18 ans. (Nicole, 2019, p. 97).

Selon la Fédération Internationale du Diabète (IDF) en 2021, environ 1 211 900 enfants et adolescents de moins de 20 ans étaient atteints de diabète de type 1. Chaque année, environ 149 500 nouveaux cas sont diagnostiqués dans cette tranche d'âge .

En Algérie, selon une estimation de 2021 de l'IDF, environ 50 800 enfants et adolescents de moins de 20 ans vivaient avec le diabète de type 1 , avec 6 500 nouveaux cas diagnostiqués chaque année. Ces chiffres placent l'Algérie au 5^e rang mondial en termes de nombre d'enfants et d'adolescents atteints de cette maladie, après l'Inde, les États-Unis, le Brésil et la Chine .

En 2016, le chef du service de pédiatrie du Centre hospitalo-universitaire d'Oran a indiqué que l'incidence du diabète infantile était de 30 nouveaux cas par an pour 100 000 enfants. Il a également noté une augmentation continue de la maladie chez les enfants de

moins de 15 ans, avec plus de 3 000 nouveaux cas chaque année à l'échelle nationale ([Radio Algérienne, 2016](#)).

Un enfant atteint de diabète pédiatrique doit faire face à des défis particuliers qui impactent son développement physique, émotionnel et social. Sur le plan physique, la gestion de la glycémie, l'administration d'insuline et l'alimentation contrôlée sont essentielles pour maintenir son équilibre. Émotionnellement, elle peut ressentir de l'anxiété, de la frustration ou un sentiment de différence par rapport aux autres enfants. Socialement, l'intégration peut être influencée par la nécessité d'un suivi médical constant et des précautions alimentaires. Un accompagnement adapté, incluant un soutien familial et médical, est crucial pour l'aider à vivre sereinement avec sa maladie.

L'hospitalisation constitue une expérience marquante pour l'enfant, pouvant générer anxiété, insécurité et sentiment d'isolement, en particulier lorsqu'il est séparé de son environnement familial. Les réactions varient selon l'âge, le tempérament et la maladie, avec des jeunes enfants souvent confrontés à la peur de la séparation et de la douleur (Bowlby, 1969, p. 45).

Des études ont révélé une prévalence élevée de troubles émotionnels et comportementaux chez ces enfants. Par exemple, une étude menée par Rutter et al. (2001) a montré que 22,6 % des enfants hospitalisés présentent une dépression masquée, tandis que 54,8 % manifestent des comportements agressifs (Rutter et al., 2001, p. 214). De plus, l'impact de l'hospitalisation sur la scolarité est significatif : une enquête menée par Martin et Dupont (2015) a révélé un fléchissement scolaire chez 16,7 % des enfants et un taux de redoublement de 14,7 % (Martin & Dupont, 2015, p. 89).

Ainsi, ces chiffres soulignent l'importance d'un accompagnement psychologique et éducatif adapté aux enfants hospitalisés, afin de limiter les effets négatifs sur leur bien-être et leur parcours scolaire.

Les premières études sur les effets de l'hospitalisation ont été mises en lumière par les travaux de René Spitz (1945, 1946) avec son concept d'hospitalisme. Il a démontré les conséquences négatives de la séparation prolongée entre l'enfant et sa figure d'attachement principale dans les milieux hospitaliers, mettant en évidence des troubles du développement affectif et cognitif (Lacharité, et al, 2021, pp. 28-29).

La lutte des mères contre la maladie de leurs enfants peut entraîner une variété d'émotions allant de l'espoir de contrôler la maladie à la peur angoissante des complications

à long terme, en passant par la frustration de gérer les régimes alimentaires et les traitements médicaux, et la tristesse de voir leur enfant faire face à des défis quotidiens.

Les mères doivent également faire face à la pression de maintenir un équilibre entre les besoins de leur enfant et leurs propres besoins, tout en essayant de maintenir une vie familiale normale. Cette charge émotionnelle peut avoir des conséquences importantes sur la santé mentale et le bien-être des mères, soulignant l'importance de prendre en compte leurs besoins et de leur offrir un soutien adéquat.

Ainsi, au-delà des effets de l'hospitalisation sur l'enfant, il est également important de considérer l'impact psychologique sur les parents, qui peuvent être soumis à un stress intense et prolongé. C'est dans ce contexte que le concept de burn-out, initialement étudié dans le cadre professionnel, prend tout son sens. »

Avant d'aborder spécifiquement le burn-out parental, il est essentiel de comprendre le concept général de burn-out, initialement reconnu dans le milieu professionnel.

Le concept de burn-out a fait son apparition dans les années 70 par le psychologue Herbert Freudenberger. Ce syndrome particulier «*est considéré comme une forme d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation à l'autre et de perte de performance, causée par des conditions de travail stressantes*».

Le Burnout est «*une réponse prolongée aux facteurs de stress émotionnels et interpersonnels chroniques sur le lieu de travail. Il est défini par les trois dimensions de l'épuisement, le cynisme et l'inefficacité professionnelle. En tant que syndrome de stress de l'emploi identifiable de manière fiable, le burnout place clairement l'expérience de stress individuel dans un contexte organisationnel plus large de la relation des gens à leur travail*».

Très récemment le burnout était considéré comme une maladie professionnelle. Cette vision est occupée à changer, parce qu'en réalité, le stress chronique excessif est la cause présumée du burn-out. Ce dernier ne se limite pas au travail. La parentalité est reconnue depuis longue temps comme un « métier » à la fois complexe et stressant. Les pressions ont rendu le métier de parent de plus en plus exigeant et de plus difficile pour les deux sexes.

C'est dans ce contexte que la psychologue Roskam et Mikolajczak, dans un ouvrage, le Burn-out parental, que le concept d'épuisement parental a commencé à émerger dans le monde (2018, p,18)

Selon l'étude de Lévy-Shiff (2019), les femmes sont plus touchées que les hommes, parce qu'elles sont en premières lignes quand il s'agit des soins à donner aux enfants. Elles sont impliquées à la fois quantitativement mais aussi émotionnellement (Lecornet ,2019, p. 15).

Environ 5 % des parents sont touchés par un surmenage familial, et parmi eux, 66 % sont des mères. En effet, les mères assument encore 70 % des tâches quotidiennes liées à la gestion et aux soins des enfants. Cette répartition inégale des responsabilités peut engendrer une fatigue intense et affecter l'équilibre familial.

Une étude récente menée par l'Université catholique de Louvain (UCL), présentée dans l'ouvrage intitulé : « *Le burnout parental : une histoire d'équilibre* », révèle que 5 % des parents souffrent effectivement de ce syndrome, tandis que 8 % présenteraient un risque élevé de l'expérimenter à terme (Marie-Sarah, 2018, p. 4).

Ce nouveau concept est un sujet qui tendre à se faire connaitre grâce aux recherches menés par Moira Mikolajczak, Maria Elena Brianda et Roskam.

Isabelle Roskam et Moïra Mikolajczak définissent cet état d'épuisement chronique lié aux exigences du rôle parental comme distinct du stress parental habituel. Il se caractérise par quatre dimensions principales : un épuisement intense, une perte de plaisir dans la parentalité, une distanciation émotionnelle vis-à-vis de l'enfant, et un sentiment d'échec en comparaison avec l'image idéalisée du « bon parent ». Ce syndrome survient principalement lorsque les ressources parentales sont insuffisantes pour faire face aux contraintes et aux responsabilités quotidiennes (Mikolajczak et al., 2018).

Roskam et Al. (2021), impliquant 17409 parents de 42 pays, la prévalence du burnout parental en Algérie était de 2,5% (Roskam et al, 2021).

Bouzid et Al. (2021), a validé l'échelle de burnout parental sur une population algérienne de 337 individus (131 pères et 206 mères). Les résultats ont indiqué une prévalence de 3,9% .

Le burnout parental chez les parents d'enfants atteints de diabète résulte de la charge émotionnelle et physique liée à la gestion constante de la maladie. Ces parents vivent un stress chronique qui peut les mener à un épuisement profond. Selon Roskam et Mikolajczak (2018), le burnout parental se manifeste par une fatigue extrême, une distanciation émotionnelle avec l'enfant et un sentiment d'incompétence parentale.

Face au burnout parental, il est essentiel que ces mères bénéficient d'un soutien social, en particulier durant cette période difficile.

Le soutien social «*correspond à l'information conduisent l'individu croire qu'il est aimé, estimé et qu'il appartient à un réseau de communication et d'obligations mutuelle*» (cobb, 1976,pp , 300-314).

Dans une synthèse de ses travaux, Gonlich propose en 1994 de définir le soutien social comme un «*processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation (coping). L'estime de soi, le sentiment d'appartenance et la compétence, à travers l'échange effectif (reel) ou prévisible de ressources pratiques ou psychosociales*» (Gottlieb, 1994 dam Boucher et Laprise, 2001, p.123).

Schlosser, 1990 ; Bailey et Al,1994 ont montré que le bien-être est plus élevé chez les sujets recevant plus de soutien social (Samoud, .2001, p,10).

L'intensité du burnout parental chez les mères accompagnant leur enfant diabétique est inversement proportionnelle au soutien social perçu de la part du conjoint et de la famille élargie.

Les mères qui perçoivent un soutien social insuffisant de la part du personnel soignant présentent un niveau plus élevé de détresse émotionnelle et d'épuisement parental.

Van Bakel et al. (2018) ont démontrés que les parents bénéficiant d'un soutien social perçu comme adéquat présente des niveaux significativement plus faibles de burnout parental, soulignent ainsi l'importance des relations social de qualité. En revanche, un manque de soutien social, notamment en cas de stresse parental élevé, peut aggraver le sentiment s'isolement et d'incompétence parentale, exacerbant ainsi le risque de burn-out (Roskam et al, 2017).

Ces résultats mettent en lumières la nécessité d'interventions visant à renforcer le réseau de soutien des parents, en particulier ceux confrontés à des défis spécifiques comme la gestion d'une maladie chronique chez leur enfant

Azar et al (2021), dans leur livre intitulé soulignent que « le manque de soutien social et la pression de bien gérer la maladie de leur enfant aggravent ce risque. Un accompagnement psychologique et un réseau de soutien adapté sont donc essentiels pour prévenir cet épuisement et améliorer la qualité de vie de ces parents et de leur enfant ».

Cobb (1976), cette étude pionnière suggère que le soutien social agit comme un tampon face au stress. Cobb montre que les personnes bénéficiant d'un soutien social adéquat présentent moins de symptômes liés au stress, même lorsqu'elles font face à des événements de vie difficiles (Cobb, 1976, pp. 300-314).

Housse et al (1988), les auteurs démontrent que les relations sociales influencent fortement la santé physique et mentale. Le soutien social est associé à une réduction de la mortalité et à une meilleure qualité de vie. (House et al, 1988, pp. 540-545).

Thoits (1995), explore les mécanismes psychologiques par lesquels le soutien social influence le stress et le coping. Elle distingue entre soutien perçu et soutien reçu, en insistant sur l'importance du soutien perçu (Thoits, 1995, pp. 53-79).

Sarason (1990), cette étude approfondit la nature du soutien social, en le divisant en soutien émotionnel, instrumental, informationnel et d'estime. Elle explore comment ces formes de soutien sont perçues et utilisées dans différents contextes (Sarason, 1990, pp. 97-128).

Notre recherche porte sur le burn-out parental et le soutien social chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier. Ainsi nous avons choisi comme terrain d'étude le service de pédiatrie de l'hôpital public Akloul Ali d'akbou.

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif et L'Échelle Parental Burnout Assessment pour évaluer le niveau d'épuisement et la fatigue parental. Ainsi que l'échelle de soutien social (SSQ6) pour mesurer la perception et la satisfaction du soutien social chez ces mères. Pour cerner notre recherche, nous poserons les questions suivantes

Question générale

Existe-t-il un burn out maternel chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier et comment perçoivent-elles le soutien social dont elles bénéficient ?

Questions partielles

1. Quel est le niveau du burn out maternel chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier ?
2. Quel est le niveau de soutien social perçu par les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier ?

Afin de répondre aux question de notre problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèses générales

Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn out maternel et perçoivent un soutien social faible.

Hypothèses partielles

1. Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent des niveaux variables du burn out maternel, pouvant aller de modéré à élevé.
2. Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier perçoivent un niveau de soutien social faible à modéré.

Définition et opérationnalisation des concepts clés de la recherche

Définition du concept du burn-out maternel

Pour Mikolajczak & Roskam, Le burnout maternel résulte d'un stress perdurant trop longtemps et lorsque les ressources pour le contrer s'épuisent. En effet, le déséquilibre est fait entre l'accumulation de facteurs de risque et les ressources insuffisantes.

■ Opérationnalisation du concept du burn-out maternel

- Épuisement émotionnel et physique
- Fatigue chronique
- Surcharge physique
- Humeur instable.
- Démotivation
- Stresse, anxiété, dépression

- Augmentation des crises
- Trouble de sommeil
- Symptômes somatiques
- Absence de temps libre personnel
- Isolement social
- L'absence du soutien social
- Comportement d'évitement où d'irritabilités
- Surcharge des tâches parentales
- Baisse du sentiment d'auto-efficacité parentale
- Moins d'activités partagés avec l'enfant
- Punition excessive
- Le manque de plaisir et de bonheur
- Perte d'efficacité

Dans cette recherche, le burn out maternel est le résultat obtenu à l'application de l'échelle Parental Burnout Assessment (PBA) et à l'entretien de recherche semi-directif.

Définition du concept du soutien social

Le soutien social est l'aide, l'attention et la présence apportées par les personnes de notre entourage (famille, amis, collègues, Professionnels) dans les moments de besoin. Il peut prendre la forme d'écoute, de conseils, d'assistance concrète ou simplement d'une présence rassurante, et contribue à renforcer notre sentiment de sécurité, d'appartenance et de valeur personnelle.

■ Opérationnalisation du concept du soutien social

- Famille, Amis, Collègues, Professionnels
- L'aide morale et financière
- Soutien affectif
- Aide financière
- Écoute bienveillante

- Conseils avisés
- Motivation
- Tendresse
- Solidarité

Dans cette recherche, le soutien social est le résultat obtenu à l'application de l'échelle de soutien social SSQ6 et à l'entretien de recherche semi-directif.

Définition du concept de diabète pédiatrique

Le diabète sucré « *est une affection métabolique caractérisée par la présence d'une hyperglycémie chronique résultat d'une déficience de sécrétion d'insuline, d'anomalies de l'action de l'insuline sur les tissus cibles ou de l'association des deux.* » (Société Algérienne de Diabétologie, p. 2).

■ Opérationnalisation du concept de diabète pédiatrique

- L'âge: de la naissance jusqu'à 14 ans
- Sexe: fille, garçon
- Type de diabète pédiatrique: type 1 et type 2
- Traitement: insuline, régime alimentaire.

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule

Après avoir achevé la partie théorique de notre travail, nous abordons à présent une phase essentielle de notre recherche : la méthodologie de la recherche. Celle-ci constitue le lien fondamental entre les fondements théoriques et l'application pratique.

Tout travail scientifique repose sur une méthodologie rigoureuse, qui guide le chercheur dans l'organisation et la structuration de son étude, en lui conférant une orientation à la fois empirique et pragmatique.

Dans ce chapitre, nous présenterons les différentes étapes méthodologiques que nous avons suivies, notamment la méthode de recherche adoptée, le terrain d'enquête, le groupe d'étude, ainsi que les outils et techniques d'investigation mobilisés pour la mise en œuvre de notre démarche.

1. Les objectifs de la recherche

Les objectifs de notre recherche sont les suivants :

- Evaluer l'intensité du burn out maternel chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier (faible, modéré, élevé).
- Explorer les perceptions des mères concernant leur expérience de la maladie de leur enfant et les défis associés à la gestion du diabète en milieu hospitalier.
- Évaluer le niveau de soutien social perçu par ces mères.

2. Intérêt du choix de thème

Nous avons choisi de mener notre recherche sur le burn-out parental et le soutien social chez les mères d'enfants atteints de diabète en milieu hospitalier pour plusieurs raisons :

- Approfondir les connaissances sur les effets psychologiques du diabète pédiatrique sur les mères, en mettant en lumière les mécanismes du burn-out parental dans un contexte de maladie chronique.
- Le diabète infantile constitue un problème de santé publique croissant, tant à l'échelle mondiale qu'en Algérie, avec des répercussions importantes non seulement sur l'enfant, mais également sur l'ensemble de sa famille.

- Le manque d'études spécifiques en Algérie abordant le lien entre la charge émotionnelle des mères, le burn-out parental et le rôle du soutien social dans l'accompagnement de la maladie.
- Identifier les défis auxquels ces mères font face, tels que la gestion quotidienne du diabète, l'accès aux ressources de soutien, et leur adaptation psychosociale en milieu hospitalier.

3. Limites de la recherche

Cette phase vise à situer la recherche dans son cadre spatio-temporel. Elle précise le nombre de cas envisagés pour la réalisation de l'étude, ainsi que les outils et l'approche méthodologique retenus. Ces éléments seront présentés selon l'organisation suivante :

- a. Limite spatiale : la recherche s'est déroulée au niveaux de « Etablissements Publics Hospitalier Akloul Ali Akbou ».
- b. Limite temporelle : Du 01-04-2025 au 22-05-2025.
- c. Limite du groupe : l'enquête s'est portée sur six mamans ayant un enfant diabétiques.
- d. Outils de recherche : nous avons utilisé un entretien de recherche semi-directif, structuré à l'aide d'un guide d'entretien, afin d'explorer en profondeur les expériences des participantes. En complément, deux outils ont été utilisés : l'échelle Parental Burnout Assessment (PBA), permettant de mesurer l'intensité du burn-out parental, et le Social Support Questionnaire de Sarason (SSQ6), destiné à évaluer le niveau perçu de soutien social.
- e. Approche : nous avons opté pour une approche cognitive et comportementale.

4. La méthode de la recherche

4.1. Méthode utilisés dans la recherche

En psychologie, la recherche repose sur une démarche méthodique visant à obtenir des réponses précises et fiables aux problématiques étudiées.

La méthodologie de recherche est l'étude des méthodes et des techniques utilisées en sciences. Elle définit l'itinéraire à suivre pour confectionner un mémoire de recherche et

mener un travail scientifique. Les chercheurs peuvent en fonction des choix adoptés s'emparer d'un chemin propre à eux.

La méthode désigne selon Mathieu Guidère (2004) « *l'ensemble des démarches que suit l'esprit humain pour découvrir et démontrer un fait scientifique. S'interroger sur la méthode c'est s'interroger sur la « voie » suivie pour mener à bien une recherche* ». Exemple: méthode qualitative, méthode historique, méthode expérimentale (Messaouden, M, 2020, p.8).

Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour la méthode clinique, en particulier l'étude de cas, en raison de sa capacité à favoriser une compréhension approfondie et contextualisée du burn-out maternel et du soutien social perçu. Cette approche permet d'explorer de manière détaillée le vécu singulier des mères d'enfants atteints de diabète en milieu hospitalier.

En intégrant la notion de burn-out maternel, il s'agit de comprendre comment la maladie chronique de l'enfant affecte la sphère émotionnelle, familiale et sociale des mères. L'analyse du soutien social perçu permet d'évaluer les ressources disponibles, leur efficacité ressentie, ainsi que leur impact sur l'expérience du burn-out.

Ce choix méthodologique favorise un contact direct avec les personnes concernées, permettant ainsi d'accéder à la subjectivité de leur vécu, de mieux cerner leurs besoins et de réfléchir aux dispositifs de prévention et d'accompagnement adaptés.

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. « La méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires: le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient

pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats: le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation.

Tout être humain est en conflit, tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses comportements s'expliquent par son histoire. Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique sont donc la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution des conflits (Fernandez et al, 2006, pp. 42-43).

La méthode clinique permet de décrire le comportement humain de manière aussi objective que possible, en s'attachant à observer les manifestations telles qu'elles se présentent. Toutefois, elle ne fournit pas d'explication causale, se limitant à une description approfondie des comportements observés.

L'analyse descriptive consiste à identifier les caractéristiques essentielles d'un phénomène, en précisant ses composantes, ses limites et les relations qu'elles entretiennent entre elles (Bardin, 2013, p. 125).

Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour la méthode de l'étude de cas, qui permet une analyse approfondie de situations individuelles dans leur complexité. Cette approche s'avère particulièrement pertinente pour explorer le vécu subjectif des mères d'enfants atteints de diabète en milieu hospitalier, en mettant en lumière la manière dont elles vivent le burn-out maternel et perçoivent le soutien social.

L'étude de cas permet de recueillir des données riches et contextualisées, offrant ainsi une compréhension fine et nuancée du phénomène étudié, dans sa dimension émotionnelle, relationnelle et sociale.

Une étude de cas n'est pas une large enquête statistique, mais une méthode utile pour vérifier si les théories et les modèles scientifiques fonctionnent ou pas. Bien qu'elle ne répond pas à une question en totalité, cela n'empêche pas d'élaborer d'hypothèses sur un sujet.

L'étude de cas est une méthodologie qui est employée pour étudier quelque chose de spécifique dans un phénomène complexe. Il existe dans la littérature de nombreuses définitions du terme de cas. Bichindaritz (1995) propose un ensemble de données empiriques

». « l'étude de cas consiste donc à rapporter un événement à son contexte et à le considérer sous cet aspect pour voir comment il s'y manifeste et s'y développe » (Bichindaritz, 1995, pp. 91-106). La méthode des études de cas se situe dans une démarche scientifique qui est l'outil employé pour obtenir des connaissances, Il s'agit de principes d'investigation qui permettent de formuler des hypothèses, de les tester et de tirer des conclusions d'une enquête.

Le cas est compris comme « un système intégré et en fonctionnement ». Par ailleurs, la méthode des études de cas, échappe à une vue purement disciplinaire. Puisqu' elle est ancrée dans la pratique, décloisonne les champs de connaissances et permet de les articuler les uns avec les autres. Hamel (1997) a bien souligné ces exigences. Il précise que par définition, l'étude de cas fait appel à diverses méthodes, que ce soit l'observation, l'entretien semi directif ou des techniques d'analyse du contenu. La variété des méthodes utilisées s'inscrit dans le but de croiser les angles d'étude ou d'analyse . Il précise un peu loin que les données recueillies peuvent ainsi se recouvrir et s'éclairer réciproquement pour mieux mettre en relief le cas ciblé (Hamel, J. 1997, p. 105).

5. Présentation du lieu de recherche et la structure du service.

5.1. Présentation du lieu de recherche

Notre stage a été effectué au sein de L'EPH d'AKBOU, dans la période de 40 jours au sein de service de pédiatre de compter du 01 avril jusqu'au 15 mai 2025. Cet établissement hospitalier existait bien avant l'indépendance; son siège était à l'ancien hôpital situé au centre-ville et construit en 1872.

En 1959, il a été décidé par les autorités locales de construire un nouveau hôpital, les travaux ont commencés en 1960 et furent achevés en mars 1962, suivi après par le transfert du siège qui a ouvert ses portes le 02 novembre 1968. Le nouveau hôpital est baptisé au nom du Chahid lieutenant AKLOUL ALI en 1970.

5.2. La structure du service

Les locaux :

- Une grande chambre avec un total de 6 lits.
- 2 chambre avec 3 lits.
- 2 chambre avec 2 lits.
- 1 chambre de garde pour médecin.

- 1 service de néonatalogie avec 20 lits (comprenant couveuses, tables chauffantes et berceaux)
- 1 bureau pour les médecins
- 1 bureau pour le psychologue
- 1 pharmacie
- 1 secrétariat
- Une salle de soins
- Une cuisine
- Un Sanitaire

Le personnel médical :

- 2 médecins généralistes
- 1 pédiatres
- 2 secrétariats médical
- 2 agents d'entretien
- 20 infirmières
- 1 psychologue

6. Critères et présentation du groupe de recherche

Notre travail de recherche a été mené auprès de mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier, au sein du service de pédiatrie de l'établissement public hospitalier Akloul Ali d'Akbou. Notre groupe de recherche se compose de six mères. Le choix de cette population a été effectué sur la base de critères spécifiques que nous présenterons ci-dessous..

6.1. Les critères de sélection**6.1.1. Les critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion pour sélectionner les cas à inclure dans notre groupe de recherche sont :

- Être la mère d'un enfant âgé de 4 à 11 ans atteint de diabète (type 1 ou type 2). Ce critère a été retenu parce que notre thématique porte spécifiquement sur les mères d'enfants atteints de cette maladie suivis en milieu hospitalier.
- L'enfant doit bénéficier d'un suivi médical en milieu hospitalier. Ce critère a été retenu car l'étude s'inscrit dans le contexte hospitalier, où les mères accompagnent leur enfant dans le parcours de soins.
- Le type de diabète n'est pas un critère de différenciation dans notre étude, car notre objectif porte sur l'expérience du burn-out maternel, indépendamment du type de diabète.

6.1.2. Les critères d'exclusion

Quant aux critères d'exclusion :

- Les mères d'enfants atteints d'autres pathologies chroniques ou aiguës, autres que le diabète, ont été exclues afin de recentrer l'étude sur l'expérience liée spécifiquement au diabète.

De même, les mères dont l'enfant n'est pas suivi en milieu hospitalier, ou dont l'enfant est âgé de moins de 4 ans ou de plus de 11 ans ne sont pas incluses dans l'échantillon, car ces situations ne correspondent pas aux critères définis pour cette recherche.

6.2. Les caractéristiques du groupe de recherche

Notre groupe de recherche se compose de six mères dont les enfants sont atteints de diabète. La choix de ce groupe s'est appuyée sur les critères de sélection définis et présentés précédemment, afin d'assurer la cohérence et la pertinence de l'échantillon retenu pour cette étude

Tableau 3: Tableau récapitulatif caractéristiques du groupe de recherche.

Mères	Le temps de l'hospitalisation de leur enfant	Âge de l'enfant	Type de diabète
Cas Samia	1 moins	9 ans	Type 1
Cas Fatiha	15 jours	11 ans	Type 1
Cas Nassima	7 jours	8 ans	Type 1
Cas Fadia	6 jours	6 ans	Type 1
Cas Katia	14 jours	6 ans	Type 1
Cas Rosa	10 jours	8 ans	Type 1

Source : Notre enquête

À partir de ce tableau, nous constatons que notre groupe de recherche est composé de six cas. Le tableau indique la durée d'hospitalisation de chaque mère et de son enfant, ainsi que le type de diabète dont souffre l'enfant. Ces données fournissent des informations générales essentielles sur les caractéristiques du groupe étudié.

7. Outils de collecte de données

La méthode clinique, à travers l'étude de cas, propose un ensemble d'outils d'exploration permettant la collecte et l'organisation d'un large éventail d'informations et de données concernant le groupe de recherche.

7.1. L'entretien de recherche

L'entretien est une situation de communication interpersonnelle orientée vers le recueil de données du point de vue du sujet interrogé. Il peut être à visée d'aide, d'orientation, de soin, ou au service d'une recherche en référence à un champ théorique.

Dans le domaine des sciences humaines, l'entretien comme méthode d'aide ou d'enquête s'est imposé, tant en face à face, pour se rapprocher d'une interaction libre entre deux personnes, que dans le cadre de groupes (entretiens collectifs). Il s'inscrit dans une conception compréhensive des fonctionnements humains en cherchant à atteindre un vécu ou des représentations propres à chaque sujet interrogé (Chantal, 2019, pp. 243-247).

Blanchet et al (2003), définissent l'entretien comme suit : nous définissons empiriquement l'entretien de recherche comme un entretien entre deux personnes, un interviewer et un interviewé, conduit et enregistré par l'interviewer ; ce dernier ayant pour objectif de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini

dans le cadre d'une recherche. L'entretien de recherche est donc utilisé pour étudier les faits dont la parole est le vecteur :

- Etudes d'actions passées (approche biographique, constitution d'archives orales, analyse rétrospective de l'action, etc.).
- Etude des représentations sociales (systèmes de normes et de valeurs, savoir sociaux, représentations d'objet, etc.).
- Etude du fonctionnement et de l'organisation psychique (diagnostic, recherche clinique, etc.).

L'entretien de recherche peut également être utilisé, pour étudier le fait de parole lui-même (mécanisme de persuasion, d'argumentation, de modulation, etc.) (Blanchet et al, 2003, p. 64).

L'entretien permet d'établir une sorte de rapport égalitaire, mais non symétrique, entre interviewer et interviewé afin que ce dernier ne se sente pas contraint de livrer des informations comme dans un interrogatoire. Les différents types d'entretien - directif, semi-directif, non directif impliquent chacun une méthodologie de conduite inscrite dans une démarche identifiée.

Selon Blanchet et Gotman (2007), l'entretien directif est une méthode d'enquête qualitative structurée où l'enquêteur suit une grille de questions rigoureusement préparée à l'avance. Les questions sont posées dans un ordre précis et formulées de manière identique pour tous les participants. L'entretien directif est utilisé principalement dans des recherches où la comparabilité et la précision des données prennent sur l'exploration libre des points de vue (Blanchet et al, 2007, pp. 27-30).

L'entretien non directif, selon Carl Rogers, repose sur une approche centrée sur la personne, où le chercheur ou thérapeute adopte une posture d'écoute bienveillante, sans orienter ni influencer le discours de l'interviewé. L'objectif est de favoriser l'émergence des sentiments, pensées et expériences internes du participant, sans jugement ni direction imposée. Il insiste sur la nécessité pour l'interviewer de faire preuve d'empathie, de congruence (authenticité) et de regard positif inconditionnel. Rogers écrit : « Si je peux créer un certain type de relation, la personne découvrira en elle-même la capacité de comprendre et de modifier sa propre conduite » (Rogers, 1961, p. 33).

Dans notre étude, nous avons choisi l'entretien de recherche semi-directif, car il permet une première interaction avec nos sujets d'étude et facilite l'établissement d'une relation de confiance. Ce type d'entretien offre la possibilité de poser des questions ouvertes, permettant aux mères de s'exprimer librement, tout en suivant une trame préétablie centrée sur nos axes de recherche.

Cette méthode s'est révélée particulièrement adaptée à l'exploration du burn-out maternel, car elle favorise l'expression des émotions, des difficultés rencontrées et des besoins ressentis dans le contexte de la maladie chronique de l'enfant. Elle nous a permis de recueillir des témoignages riches dans l'expérience singulière des mères accompagnant un enfant atteint de diabète.

L'entrevue semi dirigée selon Savoie-Zajc, (1997) est: « *une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes* » (Savoie-Zajc, 1997, pp. 263-285).

L'entretien semi-directif s'organise dans un cadre strict (l'enquêteur connaît les points précis qu'il désire aborder) qui conserve un principe de liberté de parole (l'enquête se déroule dans un climat de confiance et de souplesse). L'entretien semi-directif visant à obtenir un certain nombre de réponses, il peut être nécessaire de recadrer poliment son interlocuteur si celui-ci s'écarte trop du sujet (surtout dans le cas, bien trop courant, où cet entretien est fortement limité point de vue timing) (François, 200, p.417).

Ce type d'entretien repose sur un guide d'entretien préétabli qui oriente la discussion sans l'enfermer dans un cadre rigide. Ce guide comprend des thèmes et des questions ouvertes, permettant à l'enquêteur de garder une certaine structure tout en s'adaptant aux réponses de l'interviewé. Cette méthode favorise ainsi une exploration en profondeur des perceptions et vécus des participants, tout en assurant une cohérence entre les différents entretiens (Blanchet & Gotman, 2010, p.58).

7.1.1. Présentation du guide de l'entretien de recherche semi-directif

Le guide d'entretien est indispensable pour organiser et classer les questions et thèmes à aborder lors d'un entretien de recherche.

Le guide reprend les thèmes généraux à couvrir, des questions générales, des sous-questions plus précises, des pistes de relance et des exemples de réponses attendues (afin de vérifier qu'il y a bien une réponse à toutes les questions au cas où l'entretien dépasse le

contenu strict du guide). Chaque thème doit correspondre à un objectif de connaissance ou de compréhension bien précis. Le guide n'est pas rigide, l'ordre des thèmes à aborder n'a pas d'importance, pour autant qu'ils soient tous abordés à la fin. A nouveau, si l'enquêté est d'accord, un enregistrement et une retranscription s'avéreront très utiles pour l'analyse (François, 2000, p. 417).

Nous avons établi un guide d'entretien qui se compose de quatre (04), chaque axe contient des questions soit principales ou secondaire qui sont :

Les renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans le cadre de cette étude visent à mieux comprendre la situation générale des participants, en tenant compte de leur contexte de vie, de leurs expériences et de leurs besoins spécifiques. Il est important de souligner que toutes les informations demeurent strictement confidentielles et ne sont utilisées qu'à des fins de recherche, conformément aux principes éthiques en vigueur.

Les principaux axes retenus sont :

Axe 1 : Informations sur l'enfant atteint de diabète et l'expérience maternelle

Cet axe vise à recueillir des informations sur la maladie de l'enfant et à comprendre le vécu de la mère face au diagnostic, aux soins quotidiens, aux hospitalisations et aux difficultés rencontrées. Il a pour objectif d'explorer la manière dont la mère s'adapte à la maladie de son enfant et la manière dont elle en fait l'expérience au quotidien.

Axe 2 : Le burn-out des mères

Cet axe a pour but d'examiner les répercussions émotionnelles, psychologiques et physiques de la prise en charge de l'enfant malade sur la mère. Il vise à mettre en lumière les signes d'épuisement, les émotions dominantes, les renoncements personnels, ainsi que les impacts sur les relations sociales et familiales.

Axe 3 : Le soutien social

Cet axe a pour objectif de comprendre le rôle du soutien social perçu et réel dans l'accompagnement de la mère. Il vise à évaluer l'implication du conjoint, le soutien familial et amical, l'accès aux ressources de soutien formel, ainsi que le sentiment de solitude ou d'incompréhension.

Axe 4 : Projection dans l'avenir

Cet axe a pour but de saisir les représentations que la mère se fait de l'avenir de son enfant diabétique. Il vise à explorer ses espoirs, ses craintes, sa vision de l'autonomie future de l'enfant et les attentes qu'elle formule envers les structures de soin et d'accompagnement.

Ce guide d'entretien nous a permis d'observer comment les réponses des patientes sont façonnées par leurs expériences vécues et leurs ressentis. Il nous a offert un accès à leur monde intérieur, nous aidant ainsi à mieux comprendre leurs pensées, leurs valeurs et leurs émotions.

Analyse de l'entretien de recherche

Nous avons adopté une approche qualitative pour analyser les données issues des entretiens, en nous appuyant sur le cadre théorique de l'approche cognitivo-comportementale. L'analyse s'est centrée sur le contenu des discours des participantes ainsi que sur la manière dont elles se sont exprimées. Nous avons ensuite interprété ces éléments à la lumière des interactions entre pensées, émotions et comportements, afin de mieux comprendre leur influence sur la situation vécue.

7.2. L'échelle Parental Burnout Assessment (PBA)

En 2018, le Pr Isabelle ROSKAM et son équipe ont développé un questionnaire, le PBA pour évaluer l'épuisement parental. Il a été créé sur la base de témoignages de parents présentant un syndrome de burn-out, 50 facettes de ce syndrome ont été extraites et analysées. Il a été créé à partir de témoignages de patients parlant français et anglais et est donc adapté à une utilisation française. L'objectif principal était de faire émerger les différentes facettes du BOP à partir de ces différents items.

Cette échelle ne se base pas sur l'approche tridimensionnelle traditionnelle du burn-out. Elle est basée sur le modèle à quatre facteurs qui fonde le BOP: l'épuisement du rôle parental, le contraste, la saturation dans son rôle parental, et la distanciation émotionnelle avec ses enfants. Deux facteurs sont presque identiques à l'approche du PBI: l'épuisement et la distanciation émotionnelle. Cependant, la perte d'efficacité et l'épanouissement ne se retrouvent que partiellement dans le BOP. De plus, la notion de contraste avec le bon parent qu'il a été auparavant est pertinente sur le plan clinique et bien présente dans le discours des parents en situation de burn-out et n'était pas étudiée dans le PBI.

Ce questionnaire est basé sur 23 items élaborés de la même manière que le PBI, avec une échelle sur 7 points allant de jamais à tous les jours. Le parent est invité à évaluer chacun des items ou symptômes de la manière le plus honnête possible. Le calcul du score permet d'orienter le professionnel vers une catégorie à risque ou non de burn-out parental.

7.2.1 La consigne

« Le questionnaire ci-dessous concerne l'épuisement qu'on peut ressentir en tant que parent. Choisissez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez personnellement, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise si vous n'avez jamais eu ce sentiment, indique "jamais", si vous avez eu ce sentiment, indique à quelle fréquence en cochant parmi les propositions allant de "quelques fois par mois ou moins" à "chaque jour" ».

Cotation de questionnaire

Le diagnostic du burn-out parental se base sur les réponses du parent à un questionnaire composé de 23 items. Il lui est demandé d'évaluer chaque affirmation le plus honnêtement possible en cochant la case correspondant à son ressenti.

Tableau 4: Evaluation du burn-out parental

Items	Jamais	Quelque fois par un ou moins	Une fois par moins ou moins	Quelque fois par moins	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour
23	0	1	2	3	4	5	6

La cotation est basée sur une simple addition des scores aux 23 items. L'interprétation du score total se fait en fonction des seuils qui suivent.

Pour être diagnostiquée en burn-out, la personne doit présenter 65% des symptômes (items) chaque jour.

7.2.2 Interprétation du score

Les scores sont divisés en cinq groupes:

- **Score inférieur ou égal à 30 pas de risque de burn-out :** Le parent n'est pas à risque de burn-out pour le moment, cela signifie que ses facteurs protecteurs sont plus importants que les facteurs de risques.
- **Score entre 31 et 45 inclus risque de burn-out faible :** Le risque de burn-out est actuellement faible. Les ressources sont encore suffisamment présentes. Il faut veiller à préserver cet équilibre et à entretenir les facteurs de protection. Le professionnel de santé doit rester vigilant.
- **Score entre 46 et 60 inclus: risque de burn-out modéré :** Le risque de burn-out est actuellement modéré. Cela ne veut pas dire qu'il fera un burn-out, mais parfois la fatigue l'empêche de s'investir autant qu'il le souhaiterait auprès de ses enfants. Il a parfois l'impression de ne pas être le parent qu'il voudrait. Il est important de renforcer les facteurs de protection.
- **Score entre 61 et 75 inclus: risque de burn-out élevé :** Le risque de burn-out est actuellement élevé. Le parent se sent au bout du rouleau», il a le sentiment de n'en plus pouvoir. Il commence parfois à craquer. Il commence à se désinvestir de certaines tâches.. A ce moment-là, il est impératif que le parent prenne du temps et encore une fois renforce les facteurs protecteurs.
- **Score supérieur ou égal à 76: burn-out :** Le parent se trouve à cet instant en situation de burn-out. Une prise en charge spécialisée est nécessaire.

7.2.3 Avantage et limite du questionnaire

Elle présente plusieurs avantages, d'abord, sa validité psychométrique est élevée, confirmée par une structure factorielle robuste et une bonne consistance interne dans différentes cultures. Elle est spécifiquement conçue pour le rôle parental, ce qui la distingue des outils inspirés du burnout professionnel. En outre, elle est facile à administrer, rapide (environ 10 minutes) et accessible à un large public. Elle peut également être utilisée à la fois dans des contextes de recherche et cliniques pour identifier les parents à risque et guider les interventions. Toutefois, l'outil présente certaines limites. Étant auto-administré, il peut être sujet à des biais de désirabilité sociale ou à une mauvaise interprétation des items. De plus, certaines expressions peuvent varier en pertinence selon le contexte culturel, limitant

parfois la comparabilité des résultats. Il ne prend pas non plus en compte les variables contextuelles importantes telles que le niveau socioéconomique, l'état de santé de l'enfant ou les ressources disponibles, ce qui peut influencer l'expérience parentale. Enfin, dans les situations cliniques complexes, la PBA peut nécessiter d'être complétée par d'autres outils pour une évaluation plus globale ([\(Roskam, al , 2018\)](#)).

Nous avons utilisé cette échelle pour évaluer le burn-out maternel chez les mères. Cet outil permet d'obtenir des données concrètes sur plusieurs dimensions clés du burn-out maternel, telles que l'épuisement émotionnel, la distanciation affective vis-à-vis de l'enfant et la perte de sentiment d'accomplissement dans le rôle parental. L'échelle PBA est largement reconnue pour sa fiabilité et sa validité dans l'évaluation du burn-out dans le contexte de la parentalité.

7.3. Echelle de soutien social

L'échelle SSQ6 (Social Support Questionnaire – version courte), développée par Sarason et al. (1983) et adaptée en français par Rascle, Bruchon-Schweitzer et Sarason (2005), est l'un des outils les plus utilisés pour mesurer le soutien social perçu. Cette version abrégée comprend six situations de la vie quotidienne pour lesquelles on demande à l'individu de citer les personnes sur lesquelles il pense pouvoir compter (score de disponibilité) et d'évaluer dans quelle mesure il est satisfait de ce soutien (score de satisfaction), sur une échelle allant de 1 (très insatisfait) à 6 (très satisfait). L'échelle fournit ainsi deux scores distincts : un score moyen de disponibilité et un score moyen de satisfaction, permettant une évaluation à la fois quantitative et qualitative du réseau de soutien perçu.

7.3.1 La consigne

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties:

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme "aucune personne" mais évaluez tout de même votre degré de

satisfaction. Neitez pas plus de neuf personnes par question. Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions.

7.3.2 La cotation

1. Pour calculer le score de Disponibilité, il faut noter le nombre de personnes sur qui les sujets déclarent pouvoir compter (de 0 à 9) aux items 1, 2, 3.4.5 et 6, puis le score total de disponibilité. N (somme de ces nombres) qui varie de à 54
2. Pour calculer le score de Satisfaction, il faut noter le degré de satisfaction exprimé par le sujet sur chaque item (de 1, très insatisfait à 6, très satisfait), puis calculer le score total de satisfaction, 5 (somme de ces scores) qui varie de 6 à 36.

Nous avons retenu l'échelle du soutien social perçu (SSQ6) dans notre étude en raison de sa fiabilité et de sa validité démontrées dans de nombreuses recherches en sciences sociales. Cet outil est particulièrement adapté pour mesurer de manière rigoureuse le soutien social tel qu'il est subjectivement perçu. Sa structure composée d'items simples et clairs facilite la compréhension des participants et garantit des réponses précises. L'utilisation du SSQ6 dans notre étude nous permet d'obtenir des données fiables pour analyser le rôle du soutien social perçu dans le vécu maternel.

8. Le déroulement de la pratique

8.1. La pré-enquête

Concernant notre recherche, nous avons commencé par contacter les associations de diabète infantile à Tazmalt et à Akbou. Cependant, celles-ci ne disposaient pas de psychologues pouvant nous accompagner dans le cadre de notre étude. Cela nous a contraints à réorienter notre démarche vers les établissements hospitaliers.

Cette année, un problème est survenu au niveau du service des stages de notre département, ce qui a entraîné le refus de presque tous les établissements hospitaliers et scolaires de la wilaya de Béjaïa. Finalement, l'EPH d'Akbou « Akloul Ali » a accepté notre demande, après une attente de plus de quatre mois, pour nous accorder un stage pratique d'une durée de quarante-cinq (45) jours seulement.

Notre pré-enquête a été effectuée après avoir obtenu l'accord de l'établissement. Nous nous sommes rendus à L'EPH D'AKBOU wilaya de Bejaia, où nous avons expliqué à la psychologue notre objectif de recherche et le diplôme préparé.

Dans un premier temps, nous avons récolté des informations générales concernant l'organisme d'accueil ainsi que ses activités, en mettant particulièrement l'accent sur le règlement interne, tel que l'obligation du port de la blouse. Cette étape nous a permis de nous familiariser avec les conditions de travail et les normes en vigueur. En parallèle, nous avons validé la disponibilité de notre population d'étude grâce à des entretiens approfondis menés avec la psychologue du service pédiatrique, qui a confirmé l'adéquation de notre échantillon et nous a orientés dans le choix des participants.

Après nous avoir entretenu avec la psychologue, celle-ci nous a mis en contact auprès plusieurs femmes avec qui nous avons pu continuer notre pré-enquête .

Durant chaque entretien avec les sujets nous nous sommes présentés tout d'abord en tant qu'étudiantes en Master 2 psychologie clinique à Bejaia, puis on leur a expliqué la nature et l'objectif de notre recherche ainsi que son déroulement qui inclura la réalisation des entretiens et la passation des questionnaires de burnout maternel et le soutien social. On les a rassurées pleinement sur le respect et l'anonymat et de la confidentialité et cela l'ont beaucoup apprécié.

Après avoir effectué notre pré-enquête, nous avons pu préciser nos questions de recherche et nos hypothèses, nous avons aussi constaté que nous devons reformuler quelques questions de notre guide d'entretien qui étaient répétitifs.

8.2. L'enquête

Nous avons effectué notre enquête à l'hôpital au service pédiatrie, s'est concrétisée à partir du 01 avril jusqu'au 15 mai, quatre jours par semaines. Les deux premières jours ont été consacré à la pré-enquête, qui nous a permis de récolter des données en ce qui concerne le burn-out et le soutien social perçu quant à leur diabète.

Pendant le déroulement des entretiens, nous étions installées en face des participantes, dans une posture d'écoute attentive. Nous avons pris des notes tout au long de leurs réponses, en veillant à ne pas les interrompre afin de leur permettre de s'exprimer librement. Nos interventions étaient limitées à quelques relances discrètes, telles que « d'accord » ou « je vois », dans le but de maintenir le fil de l'échange sans influencer leur discours.

Nous avons tout d'abord pris le temps de nous présenter en tant qu'étudiantes en Master 2 de psychologie clinique. Par la suite, nous avons expliqué aux participantes la nature, les objectifs de notre recherche, ainsi que son déroulement, comprenant la réalisation

d'entretiens et la passation de questionnaires portant sur le burn-out maternel et le soutien social . Nous les avons également rassurées quant au respect strict de l'anonymat et de la confidentialité des informations recueillies, un aspect qu'elles ont particulièrement apprécié.

En premier lieu, nous avons passé l'entretien à deux bureau du psychologue différents . Nous avons commencé avec Mme Samia, qui maîtrise la langue française . L'entretien a duré une heure (1h) . Puis nous avons Mme Fadia , qui maîtrise pas la langue française ce qui a fait que nous avons eu recours à la traduction Arabe. L'entretien a duré plus du 50 minutes .

Pour les autres cas : Mme Fatiha, Mme Rosa, nous avons dû leur passer l'entretien, dans le bureau de la psychologue. La durée de ces entretiens a duré entre 40 minutes et une traduction à la langue kabyle.

Les deux dernières cas : Mme Katia, Mme Nassima, nous avons dû leur passer l'entretien, dans le bureau de la psychologue. La durée de ces entretiens est de 30 minutes pour Mme Nassima et 40 minutes pour Mme Katia. Elle maîtrisent très bien la langue française ce qui a fait que nous n'avons pas eu recours à la traduction.

En deuxième lieu, avec les différents cas pendant les entretiens, consiste à la passation des deux questionnaires BPA ET SSQ6 en même temps. Nous avons donné la consigne suivante :

La consigne de PBA : « Le questionnaire ci-dessous concerne l'épuisement qu'on peut ressentir en tant que parent. Choisissez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez personnellement, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise si vous n'avez jamais eu ce sentiment, indique "jamais", si vous avez eu ce sentiment, indique à quelle fréquence en cochant parmi les propositions allant de "quelques fois par mois ou moins" à "chaque jour" ».

La Consigne de SSQ : « Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties:

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme "aucune personne" mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question. Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions ».

La passation de l'entretien et les deux questionnaire BPA et le SSQ6 se sont déroulé en trois langues selon les cas, cependant, elles ont préféré de répondre en kabyle pour mieux exprimer leur émotions. Sauf Mme Fadia a répondu en Arabe.

À l'issue de la passation, nous avons exprimé notre sincère gratitude aux participantes pour le temps qu'elles ont consacré à cette recherche ainsi que pour la richesse des informations partagées.

Par la suite, l'ensemble des données recueillies à partir des deux outils a fait l'objet d'une analyse, d'une interprétation et d'une discussion approfondies.

9. Attitude du chercheur

Afin de garantir la rigueur et la validité de notre travail, il nous a été essentiel d'adopter une posture réflexive et éthique tout au long du processus de recherche. La posture du chercheur ne se limite pas à une simple neutralité ; elle implique une réflexivité constante sur sa propre implication, sur les interactions avec les participants, mais également sur les outils utilisés et leurs effets potentiels sur la production des données. Comme le souligne Blanchet et Gotman (2010), « la posture du chercheur est une construction continue, faite d'ajustements, d'interrogations et de prises de distance, indispensables à la production de savoirs scientifiques ».

La recherche en psychologie, parce qu'elle s'intéresse à la complexité de l'humain dans ses dimensions cognitives, affectives et comportementales, impose une attitude d'ouverture, de respect et d'humilité. Le chercheur doit se montrer attentif aux vécus des participants, tout en veillant à ne pas projeter ses propres représentations. Il s'agit d'un équilibre délicat entre empathie et distanciation, nécessaire à toute démarche interprétative (Paillé & Mucchielli, 2016).

Par ailleurs, nous avons pris soin d'ancrer notre posture dans une démarche éthique, en respectant les principes de confidentialité, de consentement éclairé et de non-jugement.

La rigueur scientifique ne peut se concevoir sans une considération profonde pour l'autre, en tant que sujet et non objet de recherche.

10. Difficulté de recherche

Comme dans toute recherche, il est évident qu'un chercheur se trouve face à certaines difficultés, comme le souligne Mucchielli (2016), « *toute recherche scientifique implique une confrontation avec des obstacles méthodologiques et épistémologiques, qui obligent le chercheur à adapter en permanence sa démarche* » (Mucchielli, 2016, p.45).

Au cours de notre recherche nous avons été confrontés à quelque difficulté et de divers obstacles tels que :

- Le démarrage tardif du stage, qui a perturbé le calendrier initialement prévu pour le déroulement de cette étude.
- Pendant la période de stage, il y avait peu de mères présentes à l'hôpital, ce qui a limité la collecte de données.
- Enfin, une majorité des mères sollicitées dans le cadre de l'enquête ont décliné leur participation à l'étude, ce qui a restreint la représentativité des données recueillies.

Synthèse

Ce chapitre méthodologique souligne l'importance fondamentale de la méthodologie dans toute démarche de recherche scientifique. Véritable pilier de toute investigation, elle constitue la base sur laquelle repose l'ensemble du travail. Elle nous a permis de structurer notre étude de manière rigoureuse, en suivant des étapes clairement définies et conformes aux exigences de la recherche.

Grâce à cette méthodologie, nous avons pu organiser notre approche afin d'obtenir des résultats pertinents, susceptibles de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses de départ. Le chapitre suivant sera consacré à la présentation des résultats obtenus ainsi qu'à leur analyse approfondie.

Chapitre V : Présentation des données, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

Dans cette partie de notre étude, nous allons présenter et analyser les données recueillies à travers l'entretien ainsi que les deux échelles utilisées : l'une portant sur le burn-out parental, l'autre sur le soutien social. L'objectif est de déterminer si les hypothèses posées au début de notre recherche sont validées ou non à la lumière des résultats obtenus.

1. Présentation, analyse de l'entretien semi-directif et échelles mesurant la qualité de vie et le soutien social

Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Cas Fadia

Fadia, âgée de 38 ans, mariée et mère de deux enfants, Amine, âgé de 11 ans, et Aris, âgé de 8 ans. Une femme au foyer, Son niveau d'instruction est quatrième année CEM, Son mari exerce le métier de l'agriculture, et ils appartiennent à une situation socio-économique moyenne.

Axe 1 : Informations sur l'enfant atteint de diabète et l'expérience maternelle

Lors de notre entretien, la mère d'Aris nous a partagé son expérience. Son fils, aujourd'hui âgé de 8 ans, a été diagnostiquée avec un diabète de type 1, insulinodépendant, à l'âge de 7 mois. Elle nous a raconté avoir remarqué que son bébé urinait de manière anormale. Face à cette inquiétude, et après que son état se soit brusquement aggravé, les parents ont décidé de l'emmener aux urgences. Après une consultation, le pédiatre a prescrit des analyses. Quelques jours plus tard, les résultats ont confirmé que leur bébé souffrait d'un diabète de type 1.

Aris a été hospitalisé pendant 6 jours. Sa mère, bouleversée, a décrit cette période comme un véritable cauchemar. Elle était seule à l'hôpital, sans le soutien de leurs familles, hormis son mari qui venait durant les heures de visite. Elle se sentait comme un corps sans âme, animée par une sensation d'impuissance constante et une pensée envahissante qu'elle aurait préféré être malade à la place de son fils. Cette forme de pensée appelée substitution catastrophique reflète une tendance à s'auto-blâmer face à une situation qu'elle ne peut pas contrôler.

Elle a également exprimé son angoisse vis-à-vis de son enfant aîné, craignant qu'il ne développe lui aussi cette maladie. Ces anticipations négatives récurrentes traduisent une

forme de rumination anxiante, dans laquelle l'esprit se fixe sur des scénarios dramatiques peu probables, alimentant une peur diffuse du futur.

Avant l'hospitalisation, elle n'avait aucune connaissance du diabète. C'est grâce au personnel soignant qu'elle a appris à comprendre la maladie, à administrer l'insuline et à gérer les doses nécessaires pour équilibrer le diabète de son enfant. Elle a dû déconstruire certaines idées fausses qu'elle entretenait sur la maladie, et ce réapprentissage a constitué un tournant dans sa manière de faire face à la situation.

Malgré la tristesse et le stress constants qu'elle ressent encore aujourd'hui, elle affirme avoir tout fait pour prendre soin de son fils. Depuis, Aris n'a plus été hospitalisé, son état s'est amélioré et son diabète est bien équilibré. Elle mentionne que ses autres enfants ne sont pas touchés par la maladie, ce qui semble atténuer partiellement ses inquiétudes.

Axe 2 : Le burn-out des mères

Fadia se sent frustrée, fragile, et son entourage familial lui renvoie une image d'échec : ils la perçoivent comme une mère incapable de gérer ses enfants, malgré tous ses efforts. Cette dissonance entre ce qu'elle fait et la manière dont elle est perçue renforce chez elle un profond sentiment de culpabilité et d'injustice, souvent nourri par des croyances dysfonctionnelles comme « une bonne mère ne devrait jamais perdre le contrôle » ou « si mon enfant est malade, c'est de ma faute ». Ces idées la poussent à s'autoévaluer de façon sévère.

Elle décrit un état d'épuisement intense, au-delà de la simple fatigue. Elle parle d'un épuisement émotionnel et physique global, avec une perte d'énergie, de motivation et de plaisir dans les activités quotidiennes ce qui témoigne d'un affaiblissement du renforcement positif dans son environnement. Sa vie semble s'être rétrécie autour des soins à prodiguer, sans espace pour la détente ni pour des expériences gratifiantes.

Elle exprime le sentiment d'être dans un tunnel sans fin, sans lumière au bout. Cette métaphore traduit un désespoir ancré, qui peut résulter d'un enchaînement d'expériences difficiles perçues comme inchangeables, une sorte d'apprentissage de l'impuissance face à une réalité qu'elle ne pense plus pouvoir améliorer.

Elle ne se reconnaît plus. Elle a dit « *kuneth qebal ferhana, zahounia, nehab denia* ». Elle dit « *qu'avant elle était joyeuse, coquette, pleine de vie* ». Aujourd'hui, elle se décrit comme éteinte, sans désir, ni pour elle, ni pour ses relations. Cette dévalorisation de soi est

alimentée par des pensées automatiques négatives, comme « je ne suis plus une femme » ou « je suis inutile », qui surgissent spontanément et influencent son humeur.

Elle ajoute que son fils ne va plus à l'école, qu'il décroche, et que cette difficulté prend maintenant toute la place, au point d'éclipser même la maladie. Elle semble prisonnière d'un biais attentionnel : son esprit se focalise presque exclusivement sur les échecs, les dangers, les manques ce qui renforce son stress et réduit sa capacité à voir les améliorations déjà accomplies.

Sa relation avec son mari s'est éteinte progressivement, elle a dit : « *kayen khetrath n'essaie belli 3endi rajel* ». Elle dit « *qu'elle oublie parfois qu'elle a un mari* ». Cette forme de distanciation affective peut être un mécanisme de survie pour faire face à une surcharge émotionnelle, mais elle témoigne aussi d'une perte de lien conjugal importante.

Fadia se sent jugée, incomprise. Elle évoque un événement traumatique où son beau-frère l'a violentée pour avoir haussé la voix sur son fils. Cet épisode a renforcé un sentiment d'insécurité relationnelle, d'autant plus qu'il est survenu dans un contexte déjà tendu. Depuis, elle vit dans une forme de hypervigilance sociale, anticipant constamment les jugements et les attaques, ce qui la pousse à s'isoler encore davantage.

Elle ne prend plus aucun moment pour elle, elle a dit : « *kayen yamath win ruhu manechfhach flemraia* ». Elle dit « *qu'il y a des jours où elle ne se regarde même plus dans le miroir* ». Cela traduit un désengagement de soi, une perte du sentiment d'identité personnelle au profit du rôle maternel exclusif, vécu sur un mode sacrificiel.

Axe 3 : Le soutien social

Au moment du diagnostic, le père d'Aris a été très affecté, bien qu'il ait tenté de contenir ses émotions devant sa femme. Cette attitude de rétention émotionnelle peut parfois rendre plus difficile la perception d'un véritable soutien. Même s'il participe à certains gestes du quotidien, ce soutien reste limité et parfois imprévisible, ce qui contribue à l'instabilité émotionnelle de Fadia.

La seule figure de soutien stable dans sa vie est sa belle-sœur. Elle la décrit comme une figure quasi maternelle, ce qui révèle un besoin fondamental de validation et d'attachement sécurisant, que Fadia ne trouve ni dans sa famille d'origine ni dans son couple. Elle affirme que malgré cette présence bienveillante, elle ne peut pas parler de tout. Elle n'ose pas poser certaines questions, notamment sur les violences subies. Cette inhibition

peut être liée à la peur du rejet ou du jugement, déjà fortement ancrée par des expériences passées.

Elle ressent une incompréhension sociale face à la maladie de son enfant. Son entourage pense qu'elle le gâte, alors qu'elle essaie simplement de le protéger. Cette mauvaise interprétation reflète une distorsion de la réalité sociale perçue et augmente son sentiment d'isolement. Pour elle, sa belle-sœur est devenue une figure d'attachement centrale, une présence contenant ses émotions et ses fragilités. Elle y trouve un espace de confiance, de non-jugement, qui constitue un facteur de résilience dans un environnement relationnel autrement instable et blessant.

Axe 4 : Projection dans l'avenir

Quand Fadia pense à l'avenir de son fils, elle ne voit que du vide, de l'échec, de l'isolement. Elle anticipe que rien ne changera, que tout empirera. Cette vision sombre du futur repose sur un biais cognitif de généralisation négative : elle projette ses expériences passées comme des vérités immuables dans le temps, ce qui renforce un état de résignation.

Elle a dit « *ma3ndich ga3 amel fih* ». Elle dit « n'avoir aucun espoir pour lui ». Ce désespoir généralisé, qui va au-delà de la maladie pour toucher l'avenir scolaire, professionnel et social de son fils, est profondément lié à une perception figée des capacités de changement. Elle semble croire, implicitement, que ce qui est aujourd'hui difficile le restera toujours, ce qui alimente un cycle de pensées fatalistes.

Synthèse de l'entretien

Fadia raconte son parcours depuis le diagnostic du diabète de son fils, une épreuve qui a profondément bouleversé sa vie personnelle et familiale. Confrontée à une maladie qu'elle ne connaissait pas, elle a dû apprendre à gérer les soins tout en faisant face à une grande détresse émotionnelle. Isolée dans sa douleur, elle ressent un épuisement profond, marqué par une perte d'énergie, de plaisir et d'intérêt pour elle-même. Elle se sent jugée, incomprise, parfois même agressée, et son rôle de mère devient une charge pesante, vécue comme un sacrifice permanent.

Malgré cela, elle continue de s'occuper de son enfant avec dévouement. Son quotidien est rythmé par des pensées anxiuses et culpabilisantes, mais elle s'accroche à la présence rassurante de sa belle-sœur, seule figure stable de soutien. Les paroles encourageantes des médecins et les signes d'amélioration chez son fils allègent parfois son

fardeau. Bien que sa vision de l'avenir reste sombre, Fadia garde au fond d'elle un fragile espoir de changement, porté par l'amour pour ses enfants et le besoin vital d'un regard bienveillant.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de la PBA

□ Cas de Fadia

Les résultats obtenus pour notre première cas dans l'échelle

Tableau 5: Résultat de Fadia obtenu de l'échelle PBA

	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par moins	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour	Total	Interprétation du note
23 Items	8	0	0	0	0	0	15	90	En situation de Burn-out

Source : Notre enquête

Suite aux résultats obtenus, et en se référant au manuel de l'outil utilisé (Parental Burnout Assessment (PBA)), on constate que la mère a obtenu un score supérieur à 76, qui est de l'ordre de 90, ce qui justifie que cette dernière est en situation de Burn-out sévère.

Pour notre cas de recherche, nous avons obtenu un score total de 90. La patiente Fadia a coché la case « chaque jour » pour 15 items sur les 23 de l'échelle. Les autres cases, telles que « jamais », « quelques fois par an ou moins », « une fois par mois ou moins », « quelques fois par mois », « une fois par semaine » et « quelques fois par semaine », n'ont reçu aucune réponse, soit un score de 0. La majorité des réponses se concentre donc sur la case « chaque jour », soit un total de 15 réponses, représentant environ 65 % des items. Ce résultat indique une fréquence élevée et répétée des signes d'épuisement, ce qui correspond à un état de burn out parental.

Conclusion de l'analyse des résultats de (PBA) du cas de Madame Fadia

D'après l'analyse des données issues du PBA concernant le cas de Madame Fadia, il apparaît clairement qu'elle se trouve en situation de burn-out parental. Ses réponses aux

items tels que : « *Je suis tellement fatiguée par mon rôle de parent que j'ai l'impression que dormir ne suffit pas* », « *J'ai zéro énergie pour gérer mes enfants* », ou encore « *Je me sens saturée en tant que parent* », traduisent un épuisement profond. Ces ressentis ne sont pas occasionnels : ils surviennent de manière régulière, voire quotidienne.

Madame Fadia est fréquemment envahie par un sentiment d'échec, d'inutilité, et d'incapacité à être à la hauteur de son rôle parental. Elle évoque une impression d'impasse, se replie sur elle-même et tend à s'isoler totalement de son entourage. Son état général est marqué par une fatigue extrême et un stress chronique, symptômes caractéristiques d'un burn-out installé.

Questionnaire soutien sociale perçu SSQ6

Les résultats obtenus du questionnaire soutien perçu SSQ6 seront présentés dans ce tableau comme suit :

Tableau 6: Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Fadia

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	2	1	1	2	2	1	9	16.66%
Satisfaction	6	6	6	6	5	6	35	97.16

Source : Notre enquête

D'après les résultats, Mme Fadia présente un niveau très faible de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage, avec un score de 9 sur 54, soit un pourcentage de 16,66 %. En revanche, son niveau de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu est très élevé, avec un score de 35 sur 36, correspondant à un pourcentage de 91,16 %.

Synthèse de l'échelle SSQ

Les résultats de l'échelle indiquent que Mme Fadia perçoit très faiblement la disponibilité de son entourage pour lui apporter de l'aide, tandis qu'elle se montre particulièrement satisfaite du soutien qu'elle reçoit.

Synthèse du premier cas

Madame Fadia traverse une période d'épuisement parental profond, étroitement lié à la gestion quotidienne du diabète de son enfant. Submergée par les exigences médicales

constantes et le manque de soutien concret, elle éprouve un sentiment d'isolement grandissant. Bien que sa belle-sœur fasse preuve de bienveillance, son aide reste limitée, ce qui laisse Fadia souvent seule face aux responsabilités. À cela s'ajoutent des tensions familiales et une impression persistante d'être jugée dans son rôle de mère, ce qui accentue son mal-être. Entre l'inquiétude pour l'avenir de son enfant, la charge mentale liée aux soins et la négligence de ses propres besoins, elle peine à maintenir un équilibre personnel. Cette situation met en lumière l'urgence d'un accompagnement à la fois pratique et émotionnel pour l'aider à faire face à ces défis parentaux éprouvants et prévenir un épuisement durable.

□ Cas Fatiha

Fatiha , âgée de 40 ans, mariée et mère de trois enfants :Massi, âgé de 19 ans , Elina, âgée de 11 ans et Yacine, âgé de 6 ans. Elle a arrêté ses études au niveau terminal et est sans emploi. Elle consacre l'essentiel de son temps à s'occuper de ses enfants et à gérer les responsabilités familiales du quotidien. Elle appartient à une situation socio-économique moyenne.

Axe 1 : Informations sur l'enfant atteint de diabète et l'expérience maternelle

Lors de notre entretien, Madame Fatiha nous a partagé avec émotion les débuts de la maladie de sa fille, âgée de trois ans. Au départ, elle ne soupçonnait rien d'anormal dans le fait que sa fille fasse pipi au lit, pensant que cela relevait d'un comportement classique à cet âge. Ce n'est qu'après un épisode de forte diarrhée que les parents se rendent aux urgences. Les médecins, ne trouvant pas immédiatement la cause, décident d'effectuer des analyses approfondies, révélant que la diarrhée était en réalité liée à un diabète de type 1, ce qui a été un véritable choc pour la mère.

Elle décrit le moment du diagnostic comme un bouleversement profond : seule face à l'annonce, submergée par la peur et la frustration, elle disait qu'il lui paraissait inconcevable d'accepter une telle maladie chez une enfant si jeune. Elle s'interrogeait : comment un si petit être peut-il vivre toute une vie avec une maladie aussi lourde ? Cette réaction de sidération et de rejet initial peut s'expliquer par la dissonance entre ses croyances et la réalité imposée, une forme de choc adaptatif courant dans les contextes de diagnostic pédiatrique.

Au fil du temps, avec beaucoup de volonté, Madame Fatiha parvient à adapter son quotidien à la maladie de sa fille, même si elle confie qu'elle n'a jamais réellement pu l'accepter pleinement. Son expérience a été marquée par deux hospitalisations vécues de manière très difficile. Elle a dit : « *ula dagged uzemirghara adetsagh tellement ttekhamimagh kan felas amek attekml dunithes.* » Elle a dit : « *La nuit, elle ne parvient pas à dormir, envahie par des pensées incessantes concernant l'avenir de sa fille.* » Cette inquiétude constante l'a menée à devoir prendre des médicaments pour trouver un peu de repos, illustrant une charge mentale extrêmement lourde et un risque élevé d'épuisement psychologique. Toutefois, malgré toutes ces épreuves, Madame Fatiha garde une forme de gratitude et de réconfort lorsqu'elle observe la croissance et la santé de sa fille. Elle a dit : « *Malgré tout, asemi ademuqlagh yeli la taille ines, la santé ttewalightt bien, thelha melih.*

daghen uthekchimara ar sevitar attas tikal am arach niden, alors tteligh bien. » Ainsi, même si le parcours est difficile, le fait que sa fille se développe bien et ne soit pas souvent hospitalisée comme d'autres enfants lui procure un certain apaisement.

Axe 2 : Le burn-out des mères

Mme Fatiha a partagé aussi ces émotions avec nous je ne ressens pas de culpabilité face à la situation de ma fille, car je sais très bien que je ne suis pas la cause de sa maladie. J'ai toujours été présente pour elle , je ne l'ai jamais ignorée ni abandonnée. C'était la volonté de Dieu, quelque chose qui échappe à mon contrôle. Ce n'est pas une chose que j'aurais pu changer ou empêcher.

Mais quand je la vois souffrir, ça me fait souffrir aussi, car sa douleur me fait énormément de peine. Le seul moment où je ressens véritablement de la culpabilité, mais je ne le montre jamais. Ce sentiment devient encore plus fort lorsque je dois interdire certains aliments à ma fille, et que je lui dis non, alors que d'autres membres et moi pouvons les consommer. Dans ces moments-là, je n'ai plus envie de manger, ni même de goûter, parce qu'elle ne peut pas partager ce moment avec nous. Cela me fait beaucoup de peine et me fait profondément culpabiliser.

Il y a des moments où je ressens une profonde culpabilité. Cela arrive, par exemple, quand Elina me demande d'acheter des noix ou des amandes. Je sais que ces aliments sont bons pour sa santé, surtout avec sa condition, et j'aimerais pouvoir répondre à ses besoins sans hésitation. Mais ma situation financière ne me le permet pas toujours. Je suis alors partagée entre le désir de lui offrir ce qu'il y a de mieux et la réalité de mes moyens limités. Dans ces instants, un sentiment de frustration et de dégoût de moi-même m'envahit, comme si je n'étais pas à la hauteur en tant que mère.

Madame Fatiha est une femme dévouée à sa famille, au point de s'oublier elle-même. Face au stress, elle garde tout pour elle, sans parler ni se confier. Son isolement affecte sa santé : elle ne mange, ne dort ni ne boit, et dépend de médicaments pour tenir. Son angoisse ne cesse de croître, nourrie par une peur constante, surtout en ce qui concerne le harcèlement sexuel.

Le succès de la prise en charge repose principalement sur la mère, qui a assumé seule l'entièr responsabilité de la maison et de la famille. Elle a toujours porté ce fardeau sans

relâche. Elle aimerait pouvoir confier une partie de la prise en charge de sa fille à quelqu'un, mais elle n'a personne en qui elle ait suffisamment confiance.

La maladie de sa fille a profondément modifié ses relations avec son entourage, car peu de gens comprennent réellement ce qu'elle traverse.

Elle a cherché du soutien, elle a déjà consulté un psychologue. Mais dans la plupart des cas, elle affronte les choses seule et réfléchit seule à tout ce qu'elle doit faire.

Axe 03 : Le soutien social

La réaction de mon mari face au diagnostic de notre fille a été, au début, très compréhensive, bien plus que la mienne. Mais avec le temps, j'ai senti qu'il s'était fatigué, qu'il portait lui aussi un poids devenu trop lourd. Il ne m'apporte aucun soutien dans la gestion du diabète de notre enfant. Il ne partage aucune responsabilité liée à cette maladie. Cela m'a obligée à ne compter sur personne d'autre que moi-même pour affronter cette épreuve et accompagner ma fille. Dans les moments difficiles, je ressens le besoin d'aide. Un seul de mes frères a été présent à mes côtés ; il m'aide lorsque j'en ai besoin, mais uniquement pour les aspects généraux de la vie, pas pour la gestion de la maladie de ma fille.

Face à cette solitude, j'ai dû devenir moi-même la principale source de soutien, non seulement pour Elina, mais aussi pour ses frères. Je fais tout ce que je peux pour préserver leur équilibre, les rassurer et maintenir un climat familial stable. Même épuisée, je m'efforce de leur offrir une présence constante, un cadre rassurant et une écoute bienveillante. Ce rôle, bien que lourd à porter, me semble indispensable pour leur bien-être. C'est une responsabilité que je prends à cœur, convaincue que mon implication peut atténuer les effets de la maladie sur notre vie quotidienne.

Axe 4 : Projection dans l'avenir

Oui, je me pose toujours des questions sur l'avenir de ma fille, notamment sur ses études. Je souhaite qu'elle devienne une femme intellectuelle, indépendante, cultivée et bien éduquée, car c'est la seule fille que j'ai. Je veux vraiment qu'elle aille loin, très loin, bien plus loin que ce que j'ai pu accomplir moi-même. Je souhaite qu'elle poursuive ses études à l'étranger et que cette maladie ne soit ni un échec ni un obstacle pour elle. Pour ma part, je suis prête à modifier tous mes projets, toute ma vie, uniquement pour son bien-être.

Synthèse de l'entretien

Cet entretien retrace le parcours bouleversant de Madame Fatiha, confrontée au choc d'un diagnostic difficile concernant son enfant. Elle a dû réorganiser toute sa vie autour de ses besoins spécifiques. Isolée, épuisée, mais profondément dévouée, elle assume seule toutes les responsabilités, au détriment de sa propre santé. Malgré l'angoisse constante et le soutien très limité de son entourage, elle puise sa force dans l'amour maternel et garde l'espoir d'un avenir meilleur pour son enfant.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de la PBA

□ Cas de Fatiha

Les résultats obtenus pour notre première cas dans l'échelle

Tableau 7: Résultat de Fatiha obtenu de l'échelle PBA

	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par moins	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour	Total	Interprétation du note
23 Items	6	1	1	7	3	3	2	63	Burnout élevé

Source : Notre enquête

Suite aux résultats obtenus et en se référant au manuel du Parental Burnout Assessment (PBA), il apparaît que la mère a obtenu un score de 63, ce qui est inférieur au seuil de 76 fixé pour identifier un burn-out parental sévère. Ce résultat indique qu'elle ne se trouve pas en situation de burn-out sévère, mais qu'elle présente néanmoins des signes d'épuisement parental modéré.

Dans le cadre de notre étude de cas, la patiente Fatiha a complété l'échelle d'épuisement parental. Elle a indiqué « jamais » pour 6 items, « quelques fois par an ou moins » pour 1 item, « une fois par mois ou moins » pour 1 item, « quelques fois par mois »

pour 7 items, « une fois par semaine » pour 3 items, « quelques fois par semaine » pour 3 items, et « chaque jour » pour 2 items. En attribuant un score allant de 0 (« jamais ») à 6 (« chaque jour »), son score total atteint 63 points. Ce résultat reflète un niveau d'épuisement parental modéré, marqué par des manifestations fréquentes, le plus souvent situées entre « quelques fois par mois » et « quelques fois par semaine ». Cette tendance appelle à une vigilance clinique et à un accompagnement personnalisé, afin de prévenir une éventuelle dégradation de son état psychologique.

Conclusion de l'analyse des résultats de (PBA) du cas de Madame Fatiha

L'analyse des réponses fournies par Madame Fatiha dans le cadre du Parental Burnout Assessment (PBA) met en évidence une situation manifeste de burn-out parental. Elle décrit une fatigue profonde liée à son rôle parental, au point de ressentir que même le sommeil ne suffit plus à la soulager. Cette sensation d'épuisement est constante et s'accompagne d'un sentiment de saturation face aux exigences quotidiennes. Le stress devient une composante permanente de son vécu, et les moments de répit semblent inexistant.

Dans ses propos, Madame Fatiha confie : « Je suis fatiguée par mon rôle de parent, j'ai l'impression que dormir ne suffit pas. Je ne suis plus fière de moi en tant que parent. Je n'arrive plus à montrer à mes enfants combien je les aime. Penser à tout ce que je dois faire pour eux m'épuise. » Ces réactions se manifestent quotidiennement, une fois par semaine, quelques fois par semaine, voire quelques fois par mois, traduisant une récurrence préoccupante des signes d'épuisement.

Elle évoque également une charge émotionnelle excessive et une perte progressive d'énergie, qui la privent des ressources nécessaires pour répondre sereinement aux besoins de ses enfants. Ce vécu témoigne non seulement d'une grande détresse psychique, mais aussi d'un risque accru d'isolement et de désengagement affectif, signes caractéristiques d'un burn-out parental bien installé.

Questionnaire soutien sociale perçu SSQ6

Les résultats obtenus du questionnaire soutien perçu SSQ6 seront présentés dans ce tableau comme suit :

Tableau 8: Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Fatiha

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	1	1	1	1	1	1	6	11.11%
Satisfaction	3	2	4	6	6	5	26	72%

Source : Notre enquête

D'après les résultats, Mme Fatiha présente un niveau très faible de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage, avec un score de 6 sur 54, soit un pourcentage de 11,11 %. En revanche, son niveau de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu est relativement élevé, avec un score de 26 sur 36, correspondant à un pourcentage de 72,22 %.

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les résultats, Mme Fatiha perçoit très faiblement la disponibilité des personnes dans son entourage pour lui apporter de l'aide. Toutefois, elle exprime une satisfaction relativement élevée à l'égard du soutien reçu.

Synthèse de deuxième cas

En s'appuyant sur l'entretien semi-directif, il apparaît que Madame Fatiha vit une expérience maternelle marquée par une profonde fatigue émotionnelle et physique, liée à la charge que représente la maladie chronique de son enfant. Elle décrit un état d'épuisement constant, où le repos ne suffit plus à soulager son mal-être. Le sentiment d'être dépassée par les responsabilités du quotidien s'accompagne d'une perte d'énergie et d'un stress permanent. Bien que son entourage disponible soit limité, elle exprime une certaine satisfaction vis-à-vis du soutien reçu, notamment de ses proches. Ce soutien, bien qu'apprécié, ne parvient toutefois pas à alléger réellement la charge mentale qu'elle supporte.

□ Cas Nassima

Nassima, âgée de 46 ans, est mariée et mère de deux enfants : Fouad, âgé de 8 ans, et Sophie âgée de 4 ans. Titulaire d'un diplôme universitaire, elle travaille au sein d'une entreprise. La famille vit dans des conditions socio-économiques moyennes.

Axe 1 : Informations sur l'enfant atteint de diabète et l'expérience maternelle

Lors de l'entretien, la mère de Fouad nous a confié que son fils, âgé de 9 ans, avait été diagnostiqué avec un diabète de type 1 insulinodépendant à l'âge de 5 ans. Elle se souvient des premiers signes inquiétants : « J'avais remarqué qu'il buvait beaucoup d'eau, qu'il allait souvent aux toilettes et qu'il mangeait énormément de sucreries. Il avait aussi perdu du poids. Par moments, il me disait : « *yemma yahema lehal* ». Il me disait « *Maman, il fait chaud* », même quand ce n'était pas le cas, et il pouvait boire une bouteille d'eau entière d'un litre et demi. Je pensais que c'était normal. Mais un jour, alors que j'étais dans le salon avec son père, j'ai commencé à m'inquiéter sérieusement. Elle a dit: « *g zegalina j'ai remarqué Fouad ikechem mlih ar toilette* ». Elle a dit « *Depuis tout à l'heure, j'observe Fouad, il va aux toilettes sans arrêt.* » Mon mari m'a répondu : « *Oui, moi aussi j'ai remarqué.* » À ce moment-là, j'ai commencé à avoir de mauvaises pensées. Je me suis dit dans ma tête : « *azeka asevah atawigh ar tviv* » Elle a dit : « *Demain matin, je l'emmène chez le pédiatre.* »

Lors de la consultation, elle a tout raconté au médecin, qui a prescrit des analyses. Le diagnostic est tombé : diabète de type 1. Ce fut un choc. Après cette annonce, j'ai été vraiment faible. Elle a dit : « *Aveghigh ade3gedagh* » elle », elle a dit : « *je voulais crier.* » Je n'ai pas accepté cette chose. Elle a dit « *Awedagh alemi ijahelagh* ». Elle a dit: « *j'étais ignorante.* »

L'hospitalisation a marqué un tournant difficile. La mère explique avoir traversé une période de grande fatigue physique et psychologique :, ma vie est devenue ennuyeuse. J'étais très fatiguée. Je ne pouvais rien faire. Je pensais sans arrêt à mon enfant. Mais lui, au contraire, était très conscient. C'est lui qui me donnait du courage, qui me soutenait. Il était à mes côtés. Fouad est bien plus fort et assuré que moi.

À la maison, Fouad aime parfois me provoquer. Il mange n'importe quoi, sans penser à sa santé. Il fait des bêtises comme un petit enfant, et ça m'énerve parfois. Quand je pense à sa maladie, je ressens du dégoût. J'ai souvent des idées négatives, parce que moi-même je

suis malade : j'ai déjà été cancéreuse. De ce fait, je connais bien ce que c'est que la maladie et ses effets. Alors j'ai peur pour lui, pour son avenir, même si je crois en lui. J'ai peur qu'un jour, cette maladie entraîne d'autres complications.

Malgré tout ça, je suis toujours derrière lui. Je l'encourage et je réponds à ses besoins. Par rapport à sa maladie, je suis très prudente. Je contrôle régulièrement sa glycémie, je l'aide et je lui explique les choses à faire pour qu'il aille mieux. D'ailleurs, après plusieurs consultations chez son médecin, il m'a dit que maintenant, il allait mieux qu'avant.

Axe 2 : Le burn-out des mères

Je ressens un épuisement profond, bien plus qu'une simple fatigue. C'est comme si tout mon corps et mon esprit étaient à bout. Je n'ai plus d'énergie, plus d'envie, même les choses simples du quotidien me pèsent. Je n'arrive plus à trouver de plaisir dans les petites choses comme avant. J'ai souvent cette pensée qui revient : « J'ai perdu l'envie de cette vie. » Le stress est là, tout le temps, comme un poids que je porte sans relâche.

Il y a des moments où je me sens coupable, où je me dis que la maladie de mon fils, c'est à cause de moi. Je me reproche de ne pas avoir été assez vigilante, de ne pas avoir fait ce qu'il fallait, elle a dit « *lukan khedmagh lewajeviw ghures ur ihelak ara* . » Elle a dit : « *Je me dis que si j'avais été une meilleure mère, peut-être qu'il ne serait pas malade aujourd'hui.* »

Et puis moi-même, je n'étais pas bien, j'étais déjà mal avant tout ça. J'ai eu un cancer, et cette période m'a laissée brisée, affaiblie. C'était une épreuve très lourde physiquement et moralement. Même si j'ai essayé de tenir, je n'ai jamais eu le temps de vraiment me soigner en paix. À peine j'ai commencé à me relever que c'est mon fils qui est tombé malade. Je souffre encore.

Ce qui est dur, c'est que je me suis sentie seule dans tout ça. Personne autour de moi ne m'a vraiment soutenue, à part ma petite famille, ma belle-mère et mon mari. Heureusement, avec lui, ça va. On forme un couple solide, il est là, il m'aime, et ça me donne un peu de force.

Mais malgré tout, je ne prends jamais un moment pour moi. Elle a dit « *5 min iyimaniw utelhaqegh ara* . » Elle a dit « *Même cinq minutes, je ne me les accorde pas* » pour respirer, pour boire un café, pour juste me poser... non. Je suis tout le temps en alerte, tout le temps en train de faire pour les autres. Je suis fatiguée moralement, fatiguée physiquement.

Je m'oublie complètement. Et plus je m'épuise, moins j'arrive à souffler, à prendre du recul. C'est comme un robot ne s'arrête jamais.

Axe 3 : Le soutien social

Au moment du diagnostic et de la découverte du diabète de type 1 chez notre fils, la réaction de mon mari a été profondément marquée par le choc. Je me souviens de moments où il pleurait discrètement, mais il faisait tout pour cacher ses émotions, comme s'il voulait rester fort pour ne pas nous inquiéter davantage. De mon côté, j'ai senti que je devais prendre les devants, faire preuve de courage et d'endurance. Je lui disais souvent « *tura igelaq atillid d'vavat yelhan ar mik amitenagh yuhewajik ar tamas.* » Elle a dit : « *C'est maintenant qu'il faut être un bon papa. Notre fils a besoin de toi, tout comme moi.* » Ce discours, je le tenais autant pour lui que pour moi, comme une manière de me convaincre qu'on allait réussir à faire face ensemble.

La prise en charge de Fouad, nous l'avons assumée à deux. Nous avons essayé de nous partager les responsabilités, que ce soit pour les soins, les rendez-vous médicaux ou la gestion du quotidien. Il est vrai que parfois, je me retrouve seule à tout gérer, surtout lorsqu'il est occupé ou absent, mais dans l'ensemble, il m'aide réellement. Il s'implique, il veille aux besoins de notre fils et cela me soulage beaucoup. Cette implication paternelle m'a permis de me sentir moins seule face à la maladie.

J'ai également pu compter sur le soutien précieux de ma belle-mère. Dès le début, elle a été présente à mes côtés. Elle m'a souvent encouragée, m'a écoutée sans me juger, et cela a représenté un vrai appui moral. Son attitude bienveillante m'a permis de me sentir entourée et soutenue dans une période où l'on peut vite se sentir démunie. Ma propre famille a aussi joué un rôle important, en particulier mon frère, avec qui je parle souvent. Le simple fait d'échanger avec lui m'apaise et me permet de me recentrer. Il a toujours su trouver les mots justes pour m'encourager sans minimiser mes difficultés. En dehors de ces proches, je n'ai pas vraiment d'autres personnes sur qui compter, mais le soutien de ces quelques liens solides a été essentiel pour traverser cette épreuve.

Axe 4 : Projection dans l'avenir

Quand Nassima pense à l'avenir de son fils, elle le voit réussir. Elle sent qu'il a toutes les qualités pour y arriver : il aime ses études, il est travailleur et très sociable. Elle l'encourage à s'entourer de camarades, elle lui dit souvent qu'avoir des amis, c'est

important. Il a aussi une passion pour le karaté et aime soutenir son équipe, ce qui renforce sa confiance en lui.

Mais parfois, en pensant à sa maladie, elle envisage une autre possibilité. Elle se dit qu'il vaudrait peut-être mieux partir vivre ailleurs, dans un environnement où il aurait accès à de meilleurs soins et plus de moyens pour gérer son diabète. C'est une idée qu'elle garde en tête, même si ce n'est pas encore un projet concret.

Synthèse de l'entretien

La mère décrit un vécu profondément bouleversant depuis le diagnostic de la maladie de son enfant, marqué par un choc émotionnel intense et un sentiment de culpabilité. Elle ressent un épuisement physique et psychologique important, accentué par ses propres problèmes de santé. Malgré ces difficultés, elle reste très impliquée dans les soins quotidiens, soutenue par son mari et sa belle-mère, ce qui lui apporte un certain réconfort. Elle fait preuve de vigilance pour préserver la santé de son enfant tout en gérant ses émotions. Elle nourrit des espoirs pour l'avenir de son enfant, tout en éprouvant des inquiétudes liées à la gestion de la maladie et à l'accès à un environnement plus favorable.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de la PBA

□ Cas de Nassima

Les résultats obtenus pour notre première cas dans l'échelle

Tableau 9: Résultat de F obtenu de l'échelle PBA

	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par moins	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour	Total	Interprétation du note
23 Items	7	2	1	4	1	2	6	62	Burnout élevé

Source : Notre enquête

Suite aux résultats obtenus, et en se référant au manuel de l'outil utilisé (Parental Burnout Assessment (PBA)), on constate que la mère a obtenu un score total de 62, ce qui indique un niveau de burn-out parental modéré, inférieur au seuil critique de 76 qui définit un burn-out sévère.

Pour notre cas de recherche, la patiente Nassima a coché la case « jamais » pour 7 items, « quelques fois par an ou moins » pour 2 items, « une fois par mois ou moins » pour 1 item, « quelques fois par mois » pour 4 items, « une fois par semaine » pour 1 item, « quelques fois par semaine » pour 2 items, et « chaque jour » pour 6 items. Ces résultats révèlent une répartition hétérogène des fréquences des signes d'épuisement parental. Bien qu'un nombre important de réponses indique une absence de symptômes (« jamais »), plusieurs réponses relèvent de fréquences modérées à élevées, notamment pour les items cochés « quelques fois par semaine » ou « chaque jour ». Cela suggère un état d'épuisement parental présent de manière intermittente mais récurrente, sans atteindre un niveau critique, tout en traduisant une charge psychologique tangible et persistante.

Conclusion de l'analyse des résultats du PBA – Cas de Madame Nassima

D'après l'analyse des données issues du PBA concernant le cas de Madame Nassima, il apparaît que cette dernière se trouve en situation de burn-out parental. Son score total de 58 au questionnaire témoigne d'un état d'épuisement avancé. Les réponses telles que : « J'ai zéro énergie pour gérer mes enfants », « Je pense que je ne suis plus la bonne mère que j'ai été pour mes enfants », ou encore « Je me sens saturée en tant que parent », révèlent un mal-être profond. Elle exprime une perte de repères dans sa fonction maternelle, et un sentiment d'être dépassée par les exigences quotidiennes.

Madame Nassima décrit également un vécu de trop-plein émotionnel, une impression de fonctionner en « pilote automatique », sans plaisir ni réelle présence auprès de ses enfants. Ces éléments traduisent un détachement affectif, fréquent chez les parents en situation de burn-out. Elle semble traverser une période marquée par une remise en question de soi, nourrie par des pensées dévalorisantes et une perception négative de ses compétences parentales. Elle manifeste une fatigue chronique, un stress permanent et un repli sur elle-même. Ces manifestations, vécues tantôt de manière quotidienne, tantôt quelques fois par mois, traduisent l'installation durable d'un épuisement parental sévère.

Questionnaire soutien sociale perçu SSQ6

Les résultats obtenus du questionnaire soutien perçu SSQ6 seront présentés dans ce tableau comme suit :

Tableau 10: Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Nassima

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	3	1	2	1	1	2	10	18 %
Satisfaction	6	4	6	6	4	6	32	88 %

Source : Notre enquête

D'après les résultats, Mme Nassima présente un faible niveau de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage, avec un score de 18 sur 54, soit un pourcentage de 33,33 %. En revanche, son niveau de satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu est très élevé, avec un score de 88 sur 96, correspondant à un pourcentage de 91,66 %.

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les résultats, Mme Nassima perçoit faiblement la disponibilité des personnes de son entourage pour lui apporter de l'aide. Pourtant, elle se montre très satisfaite du soutien qu'elle reçoit.

Synthèse de troisième cas

En s'appuyant sur l'entretien semi-directif, il apparaît que Nassima vit une expérience maternelle marquée par une grande détresse émotionnelle, liée à la maladie chronique de son fils et à son propre passé médical. L'évaluation à l'échelle du burn-out parental (PBA) confirme un état d'épuisement modéré, révélant une fatigue physique et psychique persistante. Le questionnaire SSQ6 montre que, bien que le nombre de personnes disponibles pour l'aider soit limité, elle se déclare très satisfaite du soutien reçu, en particulier de son mari et de sa belle-mère. Cette satisfaction atténue partiellement son mal-être, mais ne suffit pas à alléger la charge mentale qu'elle porte au quotidien.

□ **Cas Rosa**

Madame Rosa, âgée de 40 ans, est mariée et mère de trois enfants : Sonia, 14 ans, Yanis, 12 ans, et Mélia, 8 ans. Elle a un niveau d'instruction équivalent à la sixième année primaire et est femme au foyer. Sa situation socio-économique est considérée comme moyenne.

Axe 1 : Informations sur l'enfant atteint de diabète et expérience maternelle

Au cours de l'entretien, Mme Rosa a partagé avec émotion les différentes étapes de la découverte de la maladie de son fils, Yanis, âgé de 8 ans. Elle a d'abord remarqué des symptômes inhabituels elle a dit « *itess atas aman* », « *itiyir atas waman tassa* ». Elle dit : « *il buvait beaucoup d'eau* », « *urinait beaucoup* », même la nuit, et avait perdu beaucoup de poids en peu de temps. Inquiète, elle l'a emmené chez un pédiatre après l'apparition de douleurs abdominales intenses accompagnées de diarrhées. Devant l'état général préoccupant de l'enfant, le médecin a immédiatement recommandé une hospitalisation d'urgence. Yanis a été admis pour une durée de dix jours, au terme desquels le diagnostic de diabète de type 1 a été confirmé.

L'annonce du diagnostic a provoqué un choc émotionnel intense chez la mère. Mme Rosa a décrit un moment de sidération, une forme de refus psychologique de la réalité, qu'elle n'a pu accepter immédiatement. Ce type de réaction est fréquent lorsqu'un parent est confronté soudainement à une maladie chronique affectant son enfant. Le sentiment d'impuissance, combiné à l'angoisse de l'avenir, génère souvent un déséquilibre émotionnel temporaire.

Avec le temps, Mme Rosa a su s'adapter aux exigences du traitement et aux nouveaux repères imposés par la maladie. Aujourd'hui, Yanis vit bien avec son diabète : il ne présente aucune complication, n'a développé aucune autre pathologie associée et n'a pas eu besoin de hospitalisation. La mère veille rigoureusement à son suivi médical : elle contrôle son alimentation, respecte les doses d'insuline prescrites et applique consciencieusement toutes les recommandations des professionnels de santé. Sur le plan clinique, la santé de Yanis est considérée comme stable et bien équilibrée. C'est un enfant actif, souriant, qui pratique régulièrement du sport.

L'hospitalisation initiale s'est déroulée dans de bonnes conditions, notamment grâce à l'attitude positive de l'enfant. Mme Rosa décrit son fils comme un enfant joyeux, sociable,

aimant faire des blagues, et très apprécié du personnel soignant. Elle évoque avec émotion les liens chaleureux qu'il a tissés avec les infirmières, touchées par sa douceur et sa bonne humeur.

Sur le plan du quotidien, Mme Rosa affirme ne pas rencontrer de grandes difficultés liées à la maladie. Elle gère efficacement les contraintes du diabète de son fils, avec une vigilance constante mais sans se laisser envahir par l'anxiété. Sa principale source de préoccupation réside dans le refus occasionnel de Yanis d'accomplir certaines tâches scolaires, ce qui la pousse à rester attentive à son évolution scolaire. Mis à part cet aspect, elle rapporte une vie familiale stable et sereine. Ses autres filles sont en bonne santé et ne présentent aucun symptôme de diabète ou de trouble associé.

Axe 2 : Le burn-out des mères

La mère ne se sent pas responsable de la maladie de son enfant. Pour elle, ce sont des choses qui dépassent ses capacités, et elle l'accepte avec beaucoup de sérénité. La seule situation où elle ressent de la culpabilité, c'est lorsqu'elle n'arrive pas à accompagner ses enfants sur le plan scolaire. Elle estime avoir un niveau d'instruction inférieur au leur et regrette de ne pas pouvoir leur transmettre certaines connaissances ou les aider davantage dans leurs études. C'est dans ces moments-là qu'elle se sent en difficulté en tant que mère.

Elle exprime une certaine insatisfaction concernant son logement, mais garde toujours espoir, même face aux difficultés. Il lui arrive parfois de ressentir de la fatigue, mais cela n'a rien à voir avec ses enfants. Ce qui la pèse davantage, c'est sa situation personnelle : son mari travaille loin, dans le Sahara, et elle vit chez ses parents, et non dans leur maison commune. Cette distance rend les choses plus difficiles, mais elle continue d'avancer avec détermination.

Lorsque la mère ne peut pas gérer seule la prise en charge de son enfant, elle fait appel à l'une de ses sœurs. Toutefois, l'autre sœur refuse de l'aider pour l'insuline, car elle ne supporte pas de voir l'enfant recevoir cette injection.

La maladie a eu un impact sur la santé physique de la mère, et son état mental en a également été affecté. Elle est devenue plus nerveuse et agitée, ce qui l'amène parfois à crier sur ses enfants. Cette attitude inquiète son entourage, et sa famille intervient régulièrement pour lui faire comprendre que ce comportement est injuste envers ses enfants.

La maladie de son enfant n'a pas changé sa relation avec son mari. En revanche, elle se sent blessée par l'attitude de sa belle-famille. Elle nous a confié que personne, de leur côté, ne pose de questions sur la maladie de son fils, comme si cela n'avait aucune importance. Cette indifférence la touche profondément, au point qu'elle en vient à accuser sa belle-famille de manquer de considération et de soutien.

Heureusement, elle sent que sa propre famille, en particulier ses parents, comprend ce qu'elle traverse et lui apporte du réconfort. Pour prendre soin de sa santé mentale, elle a également consulté un psychologue. Elle essaie, quand elle le peut, de prendre un peu de temps pour elle, surtout lorsque son mari revient du travail. Ces moments lui permettent de souffler et de se sentir un peu mieux.

Axe 3 : Le soutien social

Lorsque le diagnostic a été annoncé, le père était absent. Lorsqu'il a appris la mauvaise nouvelle, il a été profondément choqué. Par la suite, la mère n'a pas réellement observé sa réaction, mais elle sait qu'il a été très bouleversé et qu'il se sent profondément triste.

Cependant, le père n'apporte pas réellement de soutien dans la gestion quotidienne de la maladie. Vivant très loin, il ne prend pas le temps de comprendre ce que traverse son enfant. Une seule fois, il a tenté de garder Yanis avec lui, mais il n'a pas réussi à gérer la situation. Il a fini par demander à son épouse de venir le récupérer. Épuisée, la mère lui a alors répondu, elle a dit : « *Nighas ineki igett3ichen yides yalas aka sevah dagged akeni u3eyighara keci même pas demi-journée usethazmirdara* ». Elle a dit : « *Et moi, qui vis avec lui cette routine jour et nuit, je ne suis pas épuisée, alors que toi, tu ne peux même pas tenir une demi-journée.* »

Face à cette situation, Mme Rosa peut heureusement compter sur le soutien de sa famille : ses parents, ses sœurs et ses frères sont présents et bienveillants. Pourtant, malgré cette présence, il lui arrive souvent de se sentir seule et isolée. Dans ces moments de vulnérabilité, elle pleure en silence, enfermée dans sa chambre, préférant taire sa souffrance plutôt que d'en parler ouvertement, même à sa mère. Cette dernière est pourtant la seule à qui elle confie véritablement ses secrets... mais jamais complètement. Il demeure toujours une part d'elle-même qu'elle garde précieusement, à l'écart, comme un espace intérieur inaccessible aux autres.

Axe 4 : Projection dans l'avenir

Malgré les épreuves, Mme Rosa conserve une vision claire et déterminée pour l'avenir de ses enfants. Elle accorde une importance capitale à leur réussite scolaire et à leur épanouissement personnel. Concernant son enfant malade, elle refuse que la maladie soit un frein à son développement. Elle nourrit un espoir sincère, profondément ancré, et manifeste une confiance forte dans ses capacités. Elle est fière de son caractère combatif et de sa résilience, convaincue qu'il saura surmonter les obstacles et réaliser pleinement son potentiel.

Synthèse de l'entretien

Mme Rosa fait preuve d'une grande résilience face aux difficultés qu'elle traverse. Malgré un choc émotionnel initial, elle a su s'adapter aux exigences du quotidien et maintenir un équilibre familial. Bien qu'elle exprime parfois de la fatigue, une certaine nervosité et un sentiment d'isolement, elle reste engagée dans le suivi et l'accompagnement de ses enfants. Soutenue par sa famille, mais peu par son mari, elle garde espoir en l'avenir et refuse de laisser les épreuves entraver leur épanouissement.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de la PBA

□ Cas de Rosa

Les résultats obtenus pour notre premier cas dans l'échelle

Tableau 11: Résultat de Rosa obtenu de l'échelle PBA

	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par moins	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour	Total	Interprétation du note
23 Items	7	1	2	5	1	3	4	63	Burnout élevé

Source : Notre enquête

Suite aux résultats obtenus, et en se référant au manuel du Parental Burnout Assessment (PBA), on constate que la mère a obtenu un score de 63, ce qui la situe dans une catégorie à risque élevé de burnout parental.

Pour notre cas d'étude, nous avons obtenu un score total de 63. La participante a coché principalement les cases « jamais » pour 7 items, « une fois par mois ou moins » pour 2 items, « quelques fois par mois » pour 5 items, « une fois par semaine » pour 1 item, « quelques fois par semaine » pour 3 items, et « chaque jour » pour 4 items. Seul un item a été coché sous la réponse « quelques fois par an ou moins ». Les réponses sont donc globalement dispersées, mais une majorité d'entre elles (13 items sur 23, soit environ 57%) présentent une fréquence modérée à élevée, et 4 items (environ 17%) signalent une occurrence quotidienne. Cette répartition témoigne d'une présence significative de signes d'épuisement parental, avec une intensité qui pourrait s'approcher du seuil critique du burn-out dans certaines situations, notamment lorsque les manifestations deviennent récurrentes au quotidien et envahissantes dans la sphère émotionnelle et familiale.

Conclusion de l'analyse des résultats de (PBA) du cas de Madame Rosa

D'après l'analyse des données du PBA concernant Madame Rosa , il apparaît clairement qu'elle se trouve en situation de burn-out parental. Ses réponses aux items révèlent une fatigue profonde, un sentiment de ne plus se reconnaître en tant que mère, un épuisement physique et moral, ainsi qu'un sentiment d'être dépassée, voire « de trop ». Ces situations sont vécues soit de manière quotidienne, soit plusieurs fois par semaine.

Elle est fréquemment assaillie par un sentiment d'échec, d'inutilité et d'incapacité à être à la hauteur de son rôle parental. Cette situation la plonge dans une impasse, l'amenant à s'isoler complètement de son entourage. Elle manifeste un état de fatigue intense et un stress permanent, qui nécessitent une attention particulière.

Questionnaire soutien sociale perçu SSQ6

Les résultats obtenus du questionnaire soutien perçu SSQ6 seront présentés dans ce tableau comme suit :

Tableau 12: Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Rosa

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	2	0	1	1	2	2	8	14.77%
Satisfaction	6	1	6	6	4	6	31	83.33%

Source : Notre enquête

D'après les résultats obtenus, Mme Rosa présente un niveau très faible de perception de la disponibilité de son entourage, avec un score de 8 sur 54, soit environ 15 %. En revanche, son niveau de satisfaction à l'égard du soutien effectivement reçu est très élevé, avec un score de 31 sur 36, correspondant à environ 84 %.

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les résultats obtenus, Mme Rosa perçoit très faiblement la disponibilité de son entourage pour lui offrir de l'aide. Pourtant, elle se montre particulièrement satisfaite du soutien dont elle bénéficie.

Synthèse du quatrième cas

En appuyant sur l'entretien semi-directif et les scores du Parental Burnout Assessment (PBA) ainsi que ceux du soutien social, nous constatons que Madame Rosa présente un burn-out parental modéré à élevé. Ses réponses montrent une fréquence importante de signes d'épuisement, notamment une occurrence quotidienne pour certains items. Elle exprime une grande fatigue émotionnelle liée à son rôle parental, ainsi qu'un sentiment d'isolement marqué par un faible niveau de disponibilité perçue de son entourage. En revanche, sa satisfaction vis-à-vis du soutien reçu est élevée. Ces résultats soulignent une tension entre un vécu parental éprouvant et un appui social ressenti comme précieux mais insuffisant.

□Cas Samia

Madame Samia est âgée de 35 ans, mariée, une mère de 5 enfants (4 filles et 1 garçon). Elle a un niveau d'instruction de 4 années CEM. Elle était la gérante de l'entreprise d'aluminium de son mari et elle avait une boutique de vêtements pour femmes, mais elle a arrêté son travail après le diagnostic de ses deux filles. Elle bénéficie d'une situation socio-économique élevée.

Axe 1 : Informations sur l'enfant atteint de diabète et l'expérience maternelle

Pendant l'entretien, notre sujet de recherche nous a révélé que Lilia, âgée de 9 ans, menait une vie normale, fréquentait l'école avec sa grande sœur. Un jour, la tante du mari de Meriem leur rendit visite, et cette dernière a été diagnostiquée avec le diabète. Après le dîner, la tante demande à Meriem de mesurer sa glycémie. Comme par hasard, la mère a pensé à mesurer celle de ses enfants, car ses deux filles Lilia et Léa, âgée de 3 ans, sont des enfants énurétiques, elle a dit : « *zerigh beli sekar ittataf kan imegharen mais wlh adeqisagh ithaqchichen adezragh amek athafagh* ». Elle a dit : « *Je sais que le diabète est une maladie qui touche que les vieux, mais je vais mesurer celui de mes filles, je vais voir comment le trouver* ».

Quand elle a mesuré celle de Lilia, l'appareil a affiché un « HI » que la mère n'a pas compris, elle a dit : « *imi defagh HI g l'appareil ni newigh uthelahara bien nagh thakhsar 3awdagħ qasħas une deuxième fois u figh le même résultat dina qasagh iyimaniw yefgħeyed normal g le moment ani yavdayed a chak mais udenighara alami ideyakchem wargaziw dagħid hekħażed dachu yedran iż-żegħed feli yenayed amek ttaqchichth thamechtuhħ attes3u sekar kemi kan iġehamlen adekhmed les problèmes thettkhamimed hacha afayen n derri* ». Elle a dit : « *le résultat était affiché "HI", j'ai cru qu'il y avait un problème avec l'appareil. J'ai encore mesuré une deuxième fois, j'ai trouvé le même résultat. J'ai mesuré le mien, je l'ai trouvé normal. À ce moment-là, j'avais des doutes mais je n'ai rien dit. Quand mon mari est rentré le soir, je lui ai raconté ce qui s'était passé. Il m'a crié dessus : "Comment une petite fille peut-elle tomber malade du diabète ? C'est toi seule qui aimes créer des problèmes, tu ne me fais penser qu'aux choses négatives".* ».

Après toutes ces inquiétudes, la mère a emmené sa fille chez le pédiatre et elle a fait des analyses. Sa fille a été diagnostiquée avec un diabète de type 1. Un mois après le diagnostic de sa fille, la mère a préparé le repas pour ses enfants, mais avec la maladie de

Lilia, ses repas étaient toujours différents de ceux de ses sœurs. Ce jour-là, Léa demanda à sa mère : « *iwachu uyedefkidara gel makla n Lilia nettath toujours akher anagh* ».

Elle a dit : « *pourquoi tu ne me donnes pas la nourriture de Lilia ? Elle est toujours mieux que nous* ». Samia répond à sa fille : « *watmam thahlek machi am kunwi thezamrem achem ayen thevgham nettath thes3a régime* ». Elle a dit : « *t'as sœur est malade, pas comme vous. Vous pouvez manger tout ce que vous voulez, mais elle suit un régime* ». Après, Léa me répondit : « *a mama ula neki helkagh am Lilia mais dachu mazal kan uthefaqtara* ». Elle a dit : « *maman, moi aussi je suis malade, mais tu ne l'as pas encore découvert* ».

Un jour, elle s'est évanouie à la maison. Quand je l'ai emmenée à l'hôpital, ils m'ont dit qu'elle aussi était diabétique. Je n'ai pas accepté sa maladie, je l'ai fait sortir, et même sans autorisation des médecins. Quand je suis arrivée à la maison, j'ai raconté à mon mari ce qui s'était passé. Il a quitté la maison sans dire un mot. À ce moment-là, j'ai eu des pensées suicidaires. J'essaie de comprendre pourquoi toutes ces épreuves me frappent : ma maladie, et celle de mes filles.

En ce qui concerne l'hospitalisation de ses enfants, l'expérience n'a pas été mauvaise, car elle y voyait un moment de repos. La première fois, cependant, a été très difficile. Mais avec le temps, elle s'y est habituée, et l'hôpital est devenu pour elle un lieu de repos.

Axe 2 : Le burn-out des mères

La famille de mon mari me culpabilise tout le temps et me frustre à propos de la maladie de mes filles. Ils disent que je n'ai pas été bien éduquée, que si j'avais été une meilleure personne ou une meilleure mère, elles ne seraient jamais tombées malades. Malgré les épreuves, je garde l'espoir de voir mes enfants grandir, réussir et s'épanouir dans tous les aspects de leur vie. Je suis épuisée, physiquement et mentalement, à cause de la charge que représente la prise en charge de mes enfants, surtout Lilia. Je ne me reconnaiss plus par rapport à ce que j'étais. La maladie de mes filles, surtout celle de Lilia, occupe tout mon temps, entre les soins, l'alimentation, les complications. Lilia, en particulier, me culpabilise souvent à propos de sa maladie. Elle est agressive envers moi, je me sens dépassée. Cela me fait vraiment de la peine, profondément. La situation que je vis aujourd'hui a bouleversé toute ma vie, y compris mes relations les plus proches, à commencer par mon mari. Mon entourage ne comprend pas ce que je vis au quotidien. J'ai fini par chercher du soutien auprès d'un psychologue.

Avant, je n'étais pas comme ça. J'étais une femme mince, soignée, avec une belle silhouette et de longs cheveux bien coiffés. Je prenais vraiment soin de moi. Mais aujourd'hui, après avoir donné naissance à cinq enfants, avec tout le stress et les difficultés du quotidien, je me sens complètement changée. Mon mari me critique, me traite parfois de « vache » à cause de mon ventre, et ça me fait très mal. Le stress m'envahit tellement qu'il me pousse à manger, à boire, et à ne plus avoir la force de faire quoi que ce soit. Toute ma vie a changé, simplement parce que j'ai choisi de me consacrer entièrement à la situation de mes enfants.

Axe 3 : Le soutien social

Après le diagnostic de la maladie de nos enfants, j'ai vu mon mari changer. Il a été choqué, c'est vrai, mais au lieu de devenir plus proche ou plus soutenant, il est devenu encore plus dur avec moi. Il n'avait déjà pas une bonne attitude avant, mais depuis cette épreuve, il est devenu plus méchant, plus distant, et encore moins compréhensif. Mon mari aime énormément ses enfants, surtout parce qu'il a eu des difficultés à en avoir lors de son premier mariage. Alors, quand je lui ai donné des enfants, il s'y est beaucoup attaché. Il les gâte énormément, en particulier Lilia, mais en ce qui concerne leur maladie, il est totalement absent.

Dans les moments où je me sens dépassée, j'appelle mon neveu. Malgré qu'il soit encore jeune, il me soutient énormément. Quand je sors avec lui, j'oublie mes problèmes. Il y a aussi la tante de mon mari, je me soulage quand je parle avec elle, mais à part ces deux-là, je n'ai personne.

Axe 4 : Projection dans l'avenir

Le diabète de mes enfants m'inquiète, surtout pour ma fille cadette. Elle vit bien avec la maladie et la gère correctement, mais pour ma fille Lilia, j'ai beaucoup d'inquiétudes et de tensions, car elle n'arrive pas à accepter sa maladie. Elle a encore du mal à la comprendre, surtout en voyant les autres enfants de son âge qui, eux, n'ont pas cette différence.

Mon plus grand souhait, c'est qu'ils puissent grandir avec fierté et confiance, malgré la maladie. Qu'ils réussissent à s'épanouir pleinement, que ce soit à l'école, dans leur futur travail ou dans leurs relations. J'espère aussi que ma fille deviendra plus ouverte aux autres, car pour l'instant, elle est encore très insouciante et refermée sur elle-même.

De mon côté, cette situation a bouleversé ma vie. J'ai mis de côté ma carrière et mes projets pour pouvoir me consacrer entièrement à eux.

Synthèse de l'entretien

Samia a découvert le diabète de ses deux filles, Lilia et Léa, dans un contexte de surprise et d'incrédulité. Cette annonce a bouleversé sa vie personnelle et familiale, la poussant à abandonner son travail pour se consacrer entièrement à leur prise en charge. Elle vit une grande détresse émotionnelle, renforcée par le manque de soutien de son mari et les reproches constants de sa belle-famille. Fatiguée physiquement et moralement, elle se sent seule face à ses responsabilités, tout en continuant à espérer un avenir serein pour ses enfants. Malgré les tensions, elle trouve un certain réconfort auprès de son neveu et de la tante de son mari, ce qui l'aide à tenir face à l'épreuve.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de la PBA

□ Cas de Samia

Les résultats obtenus pour notre première cas dans l'échelle

Tableau 13: Résultat de Samia obtenu de l'échelle PBA

	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par moins	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour	Total	Interprétation du note
23 Items	0	2	0	2	1	3	2	39	Burnout faible

Source : Notre enquête

Suite aux résultats obtenus, et en se référant au manuel du Parental Burnout Assessment (PBA), on constate que la mère a obtenu un score de 39, ce qui situe son profil dans la catégorie de risque faible de burnout parental.

Pour notre cas d'étude, nous avons obtenu un score total de 39. La participante a coché principalement les cases « quelques fois par an ou moins » pour 2 items, « quelques fois par mois » pour 2 items, « une fois par semaine » pour 1 item, « quelques fois par

semaine » pour 3 items, et « chaque jour » pour 2 items. Les réponses « jamais » et « une fois par mois ou moins » n'ont été cochées pour aucun item. Ainsi, 8 items sur 23, soit environ 35%, présentent une fréquence modérée à élevée, avec seulement 2 items (environ 9%) signalant une occurrence quotidienne. Cette répartition reflète une présence faible à modérée de signes d'épuisement parental, sans atteindre le seuil critique du burn-out.

Conclusion de l'analyse des résultats de (PBA) du cas de Madame Samia

D'après l'analyse des réponses de Madame Samia, il apparaît que, malgré un score de 39 au Parental Burnout Assessment, correspondant à un niveau faible de burn-out parental selon les normes de l'outil, son vécu subjectif révèle une détresse émotionnelle réelle. Elle présente une fatigue intense, qui ne semble pas soulagée par le repos, ainsi qu'un sentiment de perte de compétence dans son rôle parental. Elle ressent fréquemment un « trop-plein » émotionnel et mental.

Ces signes traduisent un épuisement latent qui, sans atteindre les seuils cliniques du burn-out sévère, témoigne d'un malaise psychologique profond à ne pas négliger, d'autant plus que ces ressentis surviennent de manière répétée, plusieurs fois par mois, voire chaque semaine, voire quotidiennement.

Questionnaire soutien sociale perçu SSQ6

Les résultats obtenus du questionnaire soutien perçu SSQ6 seront présentés dans ce tableau comme suit :

Tableau 14: Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Samia

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	1	5	1	1	1	1	10	18 %
Satisfaction	6	6	5	5	5	5	32	88 %

Source : Notre enquête

D'après les résultats obtenus, Mme Samia présente un niveau très faible de perception de la disponibilité de son entourage, avec un score de 10 sur 54, soit 18 %. En revanche, son niveau de satisfaction à l'égard du soutien effectivement reçu est très élevé, avec un score de 32 sur 36, correspondant à 88 %.

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les résultats obtenus, Mme Samia perçoit très faiblement la disponibilité de son entourage pour lui offrir du soutien. Pourtant, elle exprime un haut niveau de satisfaction à l'égard de l'aide effectivement reçue.

Synthèse du cinquième cas

Dans le cas de Mme Samia, les résultats indiquent un niveau faible de burn-out parental (score de 39), mais ses propos révèlent un ressenti de surcharge mentale et d'épuisement affectif, notamment à travers des expressions de fatigue intense, de perte de confiance en soi et de sentiment d'être dépassée. Ce vécu s'inscrit dans un contexte social ambivalent : bien qu'elle exprime une forte satisfaction vis-à-vis du soutien reçu, elle perçoit peu de disponibilité réelle dans son entourage. Ce décalage entre la qualité du soutien perçu et sa quantité disponible peut contribuer à fragiliser ses capacités d'adaptation au quotidien et renforcer le sentiment d'isolement. Ainsi, si le burn-out parental n'est pas cliniquement installé, certains facteurs de risque sont présents et doivent être pris en compte dans une démarche de prévention.

□ **Cas Katia**

Katie, âgée de 38 ans, mariée et mère de deux enfants : Yani âgé de 6 ans, et Sarah Line, âgée de 4 ans. Elle est diplômée universitaire dans le domaine de la sociologie. Elle a travaillé pendant sept ans avant de s'arrêter. Son mari travaille dans une supérette qui appartient à la famille, et ils vivent dans une situation socioéconomique moyenne.

Axe 1 : Informations sur l'enfant atteint de diabète et l'expérience maternelle

Lors de l'entretien, la mère nous a partagé son expérience bouleversante. Son fils, aujourd'hui âgé de six ans, a été diagnostiqué avec un diabète de type 1 insulinodépendant alors qu'il n'avait que deux ans et demi. Elle se souvient que jusque-là, son bébé était en bonne santé. Un jour, il est tombé malade, alors elle l'a emmené chez le pédiatre qui lui a prescrit des analyses. Quelques jours plus tard, elle est retournée avec les résultats. Le médecin lui a annoncé que son fils était diabétique. Il lui a alors posé plusieurs questions, notamment s'il y avait des antécédents familiaux de diabète. Elle a répondu que oui, du côté de son mari. Le médecin lui a expliqué que cela pouvait être une cause héréditaire.

Sous le choc, elle raconte avoir regardé son enfant avec les larmes aux yeux, se sentant soudainement faible et submergée par le stress. Le médecin, bienveillant, a tenté de la rassurer, en lui expliquant qu'il fallait rester courageuse, que la situation pouvait être maîtrisée.

Son fils a été hospitalisé pendant quatorze jours. À cette période, elle était enceinte de sa fille, Sarah Line. Cette double épreuve gérer la maladie de son enfant tout en étant enceinte – a été un véritable cauchemar. Elle confie qu'elle n'aurait jamais imaginé vivre une telle situation. Elle pleurait la nuit, ne dormait pas, était envahie par des pensées angoissantes, à la fois pour son fils et pour elle-même. Elle évoque aussi le bouleversement hormonal qu'elle vivait en raison de sa grossesse, ce qui amplifiait son désarroi.

Malgré tout, elle s'est efforcée de rester forte. Elle dit : « *ilaq adekeragh bach adeqevlagh dunith af leijalas.* » Elle a dit : « *Je dois me relever pour affronter la vie, pour lui, pour sa santé.* » Depuis cette période difficile, la santé de son fils s'est améliorée. Il commence à comprendre et à accepter sa maladie. Elle précise d'ailleurs qu'il a accepté de porter une puce diabétique sur le bras, notamment pour qu'elle puisse suivre son état lorsqu'il est à l'école – un geste qu'elle a fait pour son bien-être, malgré ses propres peurs.

Elle explique aussi que son fils est un enfant très vif, curieux, qui bouge beaucoup et cherche à comprendre ce qui l'entoure. Parfois, il manifeste son mal-être par des comportements difficiles, qu'elle interprète comme des « crises indirectes ».

Ce qui rend son quotidien encore plus éprouvant, c'est le manque de soutien. Elle se sent seule depuis le début de la maladie. Elle évoque des conflits avec la famille de son mari, notamment avec sa belle-sœur, qu'elle décrit comme autoritaire et irrespectueuse. Elle a dit : « *tagarayagi tetajayid l'équipe wuxxam et nekk.* » Elle a dit : « *Cette dernière lui impose les tâches ménagères et ne l'aide pas.* ». Son mari, pris entre sa femme et sa famille, ne dit rien, notamment parce qu'il travaille avec eux dans une activité commerciale. Lorsqu'elle lui parle de son épuisement, il lui répond simplement sois patiente , ce qui la fatigue davantage.

Elle avoue être épuisée la maladie de son enfant, les conflits familiaux, le manque de soutien. Tout cela pèse lourdement sur elle. Heureusement, elle peut compter sur sa propre famille. Ses parents, en particulier sa mère, ainsi que son frère, sont toujours là pour elle, pour l'aider, la soutenir et l'alléger dans son quotidien. Elle n'oublie pas non plus son mari, malgré ses silences. Mais en dehors de ce cercle restreint, elle dit voir les autres comme des méchants marquant ainsi sa profonde déception envers son entourage élargi.

Axe 2 : Le burn-out des mères

Elle mentionne notamment des sentiments de culpabilité et de frustration, bien que ceux-ci ne soient pas toujours présents ou clairement exprimés. En parallèle, malgré les difficultés du quotidien, elle vit également des moments de soulagement, de satisfaction, voire d'espoir, témoignant d'une certaine résilience face à l'épreuve. Toutefois, cette ambivalence émotionnelle s'accompagne d'un épuisement profond, qu'elle reconnaît explicitement. Cet épuisement se traduit par une fatigue physique et psychologique marquée, une perte d'énergie et une sensation de saturation face aux exigences du quotidien, révélant l'impact psychique important que la situation a sur son bien-être. Elle rajoute déjà : « *allaghiw yarewi yachur uzeragh ara achu khedmagh.* » Elle a dit : « *mon moral était ça va pas, je ne souviens pas que je faire.* »

Lorsqu'on l'interroge sur les pensées qui reviennent le plus souvent, elle répond simplement que son souhait est que son enfant soit en bonne santé, ce qui montre une préoccupation constante tournée vers le bien-être de ce dernier, au détriment de ses propres besoins. Elle affirme que ses relations familiales et sociales n'ont pas été modifiées, bien

qu'elle souligne, de manière paradoxale, que son entourage ne comprend pas réellement ce qu'elle traverse. Cette dissonance révèle un sentiment d'isolement émotionnel, malgré la présence apparente des proches. Elle mentionne avoir recherché du soutien, ce qui traduit une forme de lucidité sur sa situation et une tentative d'en sortir. Pourtant, elle confie ne pas disposer de temps pour prendre soin d'elle-même, ce qui accentue encore son état d'épuisement. Enfin, elle précise qu'elle n'a pas modifié son parcours professionnel, suggérant soit une impossibilité de le faire, soit un effacement progressif de ses aspirations personnelles au profit de la prise en charge de son enfant.

Axe 3 : Le soutien social

Le père de Yani a été profondément choqué lors de l'annonce du diagnostic. Il a pleuré, il n'a pas accepté ce qui arrivait. Mais je l'ai encouragé, pour le bien de Yani. Nous avons une responsabilité commune, et il faut que nous gérions cela ensemble, et nous avons partagé la prise en charge. Il m'aide et partage tout avec moi, malgré son emploi du temps très chargé. Il fait de son mieux. D'ailleurs, Yani m'a déjà demandé pourquoi son papa ne rentre pas toujours tôt à la maison.

Cette maladie n'a pas affecté négativement ma relation avec mon mari, au contraire : notre lien s'est renforcé. Après mon mari, ce sont mes parents surtout ma mère qui ont été à mes côtés à chaque instant. Elle me comprend dans tout ce que je traverse.

Cependant, malgré ce double soutien, je me suis parfois sentie seule. J'ai ressenti un manque de compréhension, voire des jugements, concernant la maladie de mon fils. Mais comme je le dis souvent, le fait d'avoir deux personnes qui me soutiennent vraiment me suffit et m'aide à tenir.

Axe 4 : Projection dans l'avenir

Dans l'avenir de mon enfant, je souhaite le voir réussir dans la vie. Depuis son plus jeune âge, il est ambitieux et appliqué dans ses études, et il fait preuve d'un bon sens social. Pour son bien-être et en raison de nos moyens limités, j'avais envisagé de partir à l'étranger, mais mon mari n'avait pas accepté cette idée. Je souhaite également, bien sûr, qu'il guérisse de cette maladie. Tout ce que je lui souhaite, c'est la réussite et le bonheur.

Synthèse de l'entretien

La mère relate une épreuve marquante, confrontée à la maladie de son enfant alors qu'elle était elle-même enceinte. Cette double charge physique et émotionnelle a généré un

épuisement profond, accentué par un sentiment de solitude et des tensions familiales. Malgré cela, elle fait preuve de force et de résilience, soutenue par sa famille proche et un mari impliqué malgré ses absences. Elle oscille entre fatigue, culpabilité et espoir. Son souhait majeur reste le bien-être et la réussite de son enfant.

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de la PBA

□ Cas de Katia

Les résultats obtenus pour notre première cas dans l'échelle

Tableau 15: Résultat de Katia obtenu de l'échelle PBA

	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par moins	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour	Total	Interprétation du note
23 Items	8	9	4	0	0	1	0	22	Pas de Burnout

Source : Notre enquête

Suite aux résultats obtenus, et en se référant au manuel du Parental Burnout Assessment (PBA), on constate que la mère a obtenu un score de 22, ce qui correspond à un profil présentant un risque très faible de burnout parental.

Pour notre cas d'étude, la participante a coché principalement les cases « jamais » pour 8 items, « quelques fois par an ou moins » pour 9 items, « une fois par mois » pour 4 items, « quelques fois par mois » pour 0 item, « une fois par semaine » pour 0 item, « quelques fois par semaine » pour 1 item, et « chaque jour » pour 0 item. Ainsi, la majorité des réponses (17 items sur 23, soit environ 74%) indiquent une fréquence faible à très faible des signes d'épuisement parental, avec seulement 1 item (environ 4%) signalant une fréquence modérée. Cette répartition reflète une présence très faible de signes de burn-out parental, sans atteindre un niveau préoccupant.

Conclusion de l'analyse des résultats du PBA du cas de Madame Katia

D'après l'analyse des données du PBA du cas de Madame Katia , nous avons constaté que cette dernière se trouve en situation de burn-out parental. La réponse aux items : être tellement fatiguée, le sentiment de ne plus se reconnaître en tant que mère, d'être à bout de force, et le sentiment d'être de trop, trop plein... etc. Des situations qu'elle vivait soit d'une manière régulière chaque jour, ou bien quelques fois par semaine.

Elle est souvent assaillie par un sentiment d'échec, d'inutilité, et d'incapacité à être à la hauteur de son rôle, une situation d'être dans une impasse. Elle s'isolait complètement de son entourage, elle manifeste un état de fatigue intense et un stress permanent.

Questionnaire soutien sociale perçu SSQ6

Les résultats obtenus du questionnaire soutien perçu SSQ6 seront présentés dans ce tableau comme suit :

Tableau 16: Les résultats du questionnaire soutien sociale perçue du cas Katia

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	2	1	2	1	1	1	8	14.77%
Satisfaction	6	6	6	6	6	6	36	100 %

Source : Notre enquête

D'après les résultats obtenus, Mme Katia présente un niveau très faible de perception de la disponibilité de son entourage, avec un score de 8 sur 54, soit environ 15 %. En revanche, son niveau de satisfaction à l'égard du soutien effectivement reçu est maximal, avec un score de 36 sur 36, correspondant à 100 %.

Synthèse de l'échelle SSQ

D'après les résultats obtenus, Mme Katia perçoit très faiblement la disponibilité de son entourage pour lui offrir du soutien. Pourtant, elle se déclare pleinement satisfaite de l'aide effectivement reçue.

Synthèse du sixième cas

En s'appuyant sur les résultats du Parental Burnout Assessment et de l'échelle de soutien social, nous constatons que Madame Katia présente un très faible niveau

d'épuisement parental. Ses réponses traduisent une bonne stabilité émotionnelle et une gestion adaptée de son rôle maternel. Toutefois, son score indique une perception très faible de la disponibilité de son entourage, bien qu'elle se dise pleinement satisfaite du soutien qu'elle reçoit. Ce contraste suggère qu'elle mobilise efficacement les ressources disponibles, malgré un réseau perçu comme restreint.

2. Discussion des hypothèses

Selon les résultats obtenu et après avoir présenté les (06) cas de mon étude. Cette dernière partie va nous permettre de procéder à une discussion des hypothèses relatives aux trois variables de notre étude porté sur « **Le burn-out et le soutien social chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier.** » Sur l'éventuelle possibilité d'être confirmées ou informées, à travers l'analyse des entretiens cliniques semi-directif réalisé avec ma population d'étude au niveau de service pédiatrie à l'hôpital Akloul Ali à akbou , ainsi que l'analyse des échelles de burn-out parental et le soutien social SSQ6.

Notre thématique de recherche s'intitule « **Le burn-out et le soutien social chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier** », durant notre travail on s'est basé sur la théorie cognitivo-comportementale .

La question générale de notre recherche est comme suite :

Existe-t-il un burn-out maternel chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier et comment perçoivent-elles le soutien social dont elles bénéficient ?

Les Question partielle de la recherche sont les suivantes

1. Quel est le niveau du burn-out maternel chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier ?
2. Quel est le niveau de soutien social perçu par les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier

Afin de répondre aux question de notre problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèses générales

Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn-out maternel et perçoivent un soutien social faible.

Hypothèses partielles

1. Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent des niveaux variables du burn-out maternel, pouvant aller de modéré à élevé.

2. Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier perçoivent un niveau de soutien faible à modéré

Discussion de la première hypothèses partielles

« Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent des niveaux variables du burn-out maternel, pouvant aller de modéré à élevé. »

Cas Fadia

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec ce sujet , nous avons constaté que Fadia présentent un niveau sévère du burn-out parce que elle vit mal la maladie de son enfant. Présente plusieurs symptômes qui indiquent que madame Fadia est en situation de Burn-out.

Cela d'après ses paroles « *ana khelas a3eyit men welidi ou les responsabilités li3endi rani nehas ruhi manich qadra nekaml bakri kount nabki bezaf doka heta lebka a3yit manou welit manahdarch bewach rani nehes* », je suis vraiment épuisée de mon fils et de mes responsabilités je me sens que ne peux plus continuer et de jouer ce rôle de la femme forte maintenant Je n'exprime plus mes sentiments. Le silence est devenu une forme de protection, une réponse à l'indifférence. Elle ne prend plus soin d'elle ni de son physique , « *bakri kount bezaf chaba , nehab nethela fî rouhi.... Mais doka khelas welit neban 3edjouza machi mera f 38 sena men mard welidi wellit hakeda* », il était une fois , j'étais trop belle j'aime prendre soin de moi.... Mais maintenant je suis devenu vieille et pas une femme de 38 ans depuis le diagnostic de mon fils . « *Rani ta3bana bezaf, nehas ruhi manich qadra nekmel ,mais ma3endich el khayar ,lazem anoud chaque jours wendir ruhi naqdar 3ela cheqaya, bach nebayen l dar radjeli machi ana seba ta3 welidi* », Je suis épuisée. Je n'ai plus la force de vivre ma vie de cette manière. Pourtant, je n'ai pas le choix , je dois me lever chaque jour et faire semblant d'être capable de tout, juste pour éviter les critiques de ma belle-famille et leur culpabilisation à propos de la maladie de mon fils.

Selon l'échelle (PBA) déjà exposé madame Fadia dans obtenu de 90, qui est supérieure au score de 76. Ce qui indique que notre sujet est en situation de Burn-out parental, on peut voir cela par ses réponses chaque jour sur la plupart des questions dans le questionnaire .

Concernant les résultats obtenus lors de l'entretien de recherche semi-directif, conformément abordés dans l'annexe 02 , notre première hypothèse pour le premier cas est confirmée : nous considérons que Madame Fadia est en situation de burn-out parental

Cas Fatiha

Suivant les informations recueillies lors de l'entretien de recherche semi-directif, il apparaît que Madame Fatiha présente plusieurs signes révélateurs d'un état de burn-out. Elle souffre d'une grande fatigue et d'un profond épuisement, principalement en raison d'un sommeil insuffisant, ce qui l'amène à prendre des médicaments pour pouvoir se reposer. Elle se montre également très anxieuse et souvent submergée par la frustration face à la situation de sa fille unique .

Selon l'échelle (PBA) présentée dans l'annexe 02 , Madame Fatiha a obtenu un score de 63 , qui signifie un burn-out élevé et qui n'est pas loin du score 76 qui déterminé la situation de burn-out.

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif et de l'échelle de (PBA), on infirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas , sachant que Madame Fatiha n'est pas en situation de Burn-out parental.

Cas Nassima

A la suite des éléments recueillis lors de l'entretien de recherche semi-directif révèlent que Madame Nassima présente plusieurs symptômes évocateurs d'un état de burn-out. Elle se trouve dans une situation d'angoisse , psychique marquée, se sent submergée par les responsabilités qui lui incombent, et a été diagnostiquée comme souffrant de troubles obsessionnels compulsifs qui consomme ces énergies . Sachent que Madame Nassima a traversé une épreuve difficile liée à un cancer du sein, une maladie qu'elle a eu du mal à accepter dans un premier temps. Après un long combat, elle a fini par surmonter cette épreuve. Cependant, l'apparition de la maladie de son fils a profondément bouleversé son équilibre, au point qu'elle a perdu le contrôle de la situation.

Selon l'échelle de (PBA) exposé dans l'annexe 02 , Madame Nassima a obtenu un score de 62 , qui signifie un Burn-out élevé, non loin de 76 qui est considérée comme critères pour dire qu'elle est en situation de Burn-out. ces scores confirme que Madame Nassima n'est pas en situation de Burn-out parental.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans l'échelle de (PBA), on infirme la première hypothèse pour ce troisième cas, sachant que Madame Nassima n'est pas en situation de Burn-out parental.

Cas Rosa

Suivant les informations recueillies par notre entretien de recherche semi-directif , Madame Rosa présente plusieurs indicateurs qui permettent de conclure à une situation de burn-out. Son état est marqué par une profonde tristesse persistante, accentuée par l'absence de son conjoint, qu'elle vit comme un véritable vide émotionnel. Bien qu'elle bénéficie du soutien et de la présence de sa famille, elle exprime un sentiment de solitude et d'isolement, comme si cette aide ne parvenait pas à combler son besoin affectif. Elle semble également éprouver une grande démotivation, découragement face aux responsabilités du quotidien, ce qui accentue son épuisement psychique et émotionnel.

Selon l'échelle de (PBA) présente dans l'annexe 02, Madame Rosa a obtenu un score de 63 , qui représente un Burn-out élevé car n'est pas loin du score de 76 qui déterminé la situation de Burn-out parental.

C'est pourquoi, cette dernière n'est plus en situation de Burn-out, suit à l'analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif et de l'échelle de (PBA), on infirme notre première hypothèse pour ce quatrième cas , sachant que Madame Rosa n'est pas en situation de Burn-out parental.

Cas Samia

Faisant suite aux informations recueillies avec notre entretien de recherche semi-directif, notre sujet de recherche ne présente aucun signe apparent de burn-out cependant Madame Samia semble souffrir d'un état dépressif, anxiété, en lien avec les difficultés qu'elle traverse actuellement dans sa relation conjugale, les tensions avec sa belle-famille, ainsi que la maladie de ses filles. Comme elle a déjà d'une dépression postpartum.

Selon l'échelle de (PBA) exposé dans l'annexe 02, Madame Samia a obtenu un score de 39, qui représente un Burn-out faible, qui est supérieure de score 30 mais inférieurs au score de 76 qui indique la présence d'un Burn-out parental.

C'est pourquoi, cette dernière n'est plus en situation de Burn-out, suite à l'analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif et de l'échelle de (PBA), on infirme

notre premier hypothèse pour ce sixième cas, sachant que Madame Samia n'est pas en situation de Burn-out parental

Cas Katia

D'après notre entretien de recherche semi-directif, Madame Katia, notre sujet de recherche ne présentent aucun symptôme au signes qui indique que cette dernière est en situation de Burn-out. Elle a su faire face à cette épreuve grâce à l'accompagnement constant de sa famille et de son cercle proche. Ce soutien lui a permis de préserver un équilibre bénéfique dans sa vie personnelle, de couple et au sein de sa famille, sa situation socio-économique aussi à jouer un grand rôle.

D'après l'échelle de (PBA) abordé dans l'annexe 02, Madame Katia a obtenu un score de 22, qui représente un Burn-out faible, ce score est inférieur à 30 et qui indique l'absence d'un Burn-out parental.

C'est pourquoi, cette dernière n'est plus en situation de Burn-out, suite à l'analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif et de l'échelle de (PBA), on infirme notre premier hypothèse pour ce cinquième cas, sachant que Madame Katia n'est pas en situation de Burn-out parental.

Synthèse

Sur les six cas analysés, un seul cas confirme la présence d'un burn-out parental selon les critères de l'échelle PBA, tandis que les cinq autres infirment l'hypothèse d'un burn-out parental avéré. Cependant, tous ces cas montrent des niveaux différents de fatigue, de stress ou de souffrance psychique, soulignant la variabilité des réponses maternelles face à la maladie chronique de l'enfant.

Ainsi, l'hypothèse partielle selon laquelle les mères d'enfants atteints de diabète présentent des niveaux variables de burn-out parental est confirmée. En revanche, l'hypothèse plus spécifique d'un burn-out parental généralisé à toutes les mères est infirmée.

Plusieurs recherches ont montré que le burn-out parental est plus fréquent chez les parents, et en particulier les mères, d'enfants atteints de maladies chroniques comme le diabète de type 1. Selon une étude de Mikolajczak, Gross et Roskam (2019), les parents d'enfants ayant des besoins médicaux spécifiques sont exposés à un stress parental chronique, qui peut conduire à un état d'épuisement émotionnel, de détachement affectif vis-

à-vis de l'enfant, et à un sentiment d'inefficacité parentale. Ce triptyque caractérise le burn-out parental tel que défini par ces auteurs.

Dans une étude spécifique au diabète pédiatrique, Streisand et al. (2005) ont montré que les mères d'enfants atteints de diabète de type 1 présentent des niveaux de stress parental significativement plus élevés que les mères d'enfants en bonne santé. Ce stress, s'il est prolongé, peut évoluer vers une forme de burn-out, surtout en l'absence de ressources de soutien suffisantes.

Dans Parentalité et maladies chroniques (Lancry-Hoestlandt & Hassler, 2018), les auteurs évoquent les conflits identitaires vécus par les mères d'enfants malades : elles doivent rester disponibles 24h/24 pour répondre à des besoins médicaux, parfois au détriment de leur vie professionnelle, sociale, conjugale ou personnelle. L'effacement de soi, très fréquent, est présenté comme un des premiers marqueurs d'un basculement vers le burn-out. La maladie de l'enfant devient le centre de l'existence familiale, et la mère, dans une posture sacrificielle, perd peu à peu ses repères identitaires.

Discussion de la deuxième hypothèses partielles

« Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier perçoivent un niveau de soutien faible à modéré ».

Cas Fadia

D'après l'analyse des données recueillies lors de l'entretien semi-directif mené avec Fadia, il ressort que ses relations familiales sont globalement fragiles. Elle évoque une solitude marquée durant cette période difficile, n'ayant pu compter que sur le soutien ponctuel de sa belle-sœur. Cette dernière semble jouer un rôle protecteur et rassurant dans sa vie. Elle ajoute : « *Si un jour je suis blessée, je ne m'inquiéterai jamais pour mon fils, car je suis certaine qu'il sera entre de bonnes mains.* » Cette phrase traduit à la fois sa confiance envers cette belle-sœur et le sentiment de devoir s'en remettre à une seule personne fiable. En revanche, elle déplore l'absence de réel soutien de la part de son mari, ce qui renforce son isolement affectif et la charge émotionnelle qu'elle doit assumer seule. Fadia ressent qu'elle est complètement seule.

Concernant l'échelle de soutien social, Fadia présente un niveau très faible de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage, avec un score de 9/54, soit

un pourcentage de 16,66 %. En revanche, les résultats relatifs à la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élevé, avec un score de 35/36, soit 97,22 %.

D'après l'analyse croisée des réponses issues du guide d'entretien et des résultats de l'échelle de soutien social, nous concluons que, bien que Fadia perçoive peu de disponibilité de la part de son entourage, elle se dit très satisfaite du soutien qu'elle reçoit. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle Fadia percevrait un soutien faible à modéré est confirmée.

Cas Fatiha

D'après l'analyse des données issues de l'entretien semi-directif mené avec la patiente Fatiha, il ressort que ses relations sociales sont faibles. Elle explique ne bénéficier d'aucun soutien constant dans les moments difficiles. Son mari, souvent fatigué, ne l'aide pas vraiment au quotidien : « *Il est là, mais il est toujours épuisé... je ne peux pas compter sur lui.* » Son fils aîné l'aide parfois, surtout lorsque sa fille tombe malade, mais cela reste occasionnel. Le seul soutien sur lequel elle peut s'appuyer, selon ses dires, est son frère. Elle précise qu'il intervient uniquement lorsqu'elle en a vraiment besoin : « *Mon frère m'aide quand j'en ai besoin, il fait ce qu'il peut.* » En dehors de cela, elle se retrouve bien souvent seule face aux difficultés, ce qui renforce son sentiment d'isolement.

Concernant l'échelle de soutien social, Fatiha présente un niveau très faible de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage, avec un score de 6/54, soit 11,11 %. En revanche, les résultats relatifs à la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau relativement élevé, avec un score de 26/36, soit 72 %. Cette divergence suggère que, bien que Fatiha estime ne pas disposer d'un réseau social très accessible ou disponible, elle se montre néanmoins globalement satisfaite du soutien concret qu'elle reçoit.

D'après l'analyse croisée des réponses au guide d'entretien et des résultats de l'échelle de soutien social, il apparaît que le soutien perçu est limité en quantité mais jugé satisfaisant en qualité. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle Fatiha percevrait un soutien faible à modéré est confirmée.

Cas Nassima

D'après l'analyse des données issues de l'entretien semi-directif mené avec cette participante, il ressort que ses relations familiales sont globalement bonnes et marquées par du soutien. Elle souligne que son mari joue un rôle actif dans la prise en charge de son fils et l'encourage constamment, ce qui représente pour elle un appui précieux au quotidien. Elle

mentionne également le soutien affectif et matériel apporté par sa belle-mère, qui s'est montrée présente durant les moments difficiles. Ce climat familial bienveillant semble constituer une ressource importante dans l'adaptation aux épreuves traversées.

Concernant l'échelle de soutien social, Nassima présente un niveau très faible de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage, avec un score de 10 sur 54, soit un pourcentage de 18,5 %. En revanche, son niveau de satisfaction vis-à-vis du soutien effectivement reçu est très élevé, avec un score de 32 sur 36, correspondant à 88,8 %. L'analyse croisée des réponses issues du guide d'entretien et de l'échelle de soutien social permet de constater que, malgré une perception restreinte du réseau disponible, Nassima se sent globalement satisfaite du soutien qu'elle reçoit. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle Nassima percevrait un soutien faible à modéré est confirmée.

Cas Rosa

D'après l'analyse des données issues de l'entretien semi-directif réalisé avec Rosa, il ressort que ses relations sociales sont perçues comme globalement positives. Elle mentionne que sa famille lui apporte un soutien précieux durant cette période difficile. Elle souligne notamment la présence constante de ses sœurs, de ses amies proches ainsi que de son mari, qui jouent un rôle rassurant dans son quotidien. Rosa insiste également sur l'appui qu'elle reçoit de la psychologue qui l'accompagne, ce qui semble lui offrir un espace d'écoute et de compréhension. Ce réseau de soutien, à la fois familial et professionnel, semble contribuer à atténuer la charge émotionnelle qu'elle ressent face à la maladie de son enfant.

En ce qui concerne l'échelle de soutien social, Rosa présente un score très faible en matière de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage (8/54, soit 14,77 %). En revanche, elle exprime une satisfaction très élevée quant au soutien effectivement reçu (31/36, soit 88,33 %). L'analyse croisée des réponses issues du guide d'entretien et des résultats de l'échelle de soutien social suggère que, malgré une faible perception de disponibilité, Rosa bénéficie concrètement d'un soutien de qualité. Notre hypothèse selon laquelle Rosa percevrait un soutien faible à modéré est confirmée.

Cas Samia

D'après l'analyse des données recueillies lors de l'entretien semi-directif avec Samia, il ressort que ses relations familiales sont globalement faibles et marquées par des tensions, notamment avec son mari et certains membres de sa famille proche. Elle exprime un

sentiment de perturbation constante, lié à un manque de soutien affectif : « *Je n'ai aucune personne, mes sœurs ou ma mère ne m'aiment pas et ne cherchent rien pour moi. Même mes frères, j'ai dit que je ne suis pas leur sœur.* » Elle ajoutée « *lukan vava yella uthusugh ara imaniw wahdi.* » Elle a dit « *Si mon père était vivant, je ne me sentirais pas seule.* »

Cependant, malgré ce climat familial difficile, Samia peut compter sur quelques membres de sa famille élargie et de son entourage proche. Elle souligne notamment le soutien apporté par la tante de son mari, mais qui l'aide toujours. De plus, elle bénéficie aussi de l'aide de le fils de sa nièce , qui l'assiste à chaque fois qu'elle a besoin de quelque chose et qui aime beaucoup ses enfants.

Concernant l'échelle de soutien social, Samia présente un niveau très bas de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage, avec un score de 10/54 (soit 18 %). En revanche, les résultats relatifs à la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élevé, avec un score de 36/36 (soit 100 %). D'après l'analyse des réponses au guide d'entretien ainsi qu'aux résultats de l'échelle de soutien social, nous concluons que Samia bénéficie en réalité d'un bon soutien social. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle Samia percevrait un soutien faible à modéré est confirmée.

Cas Katia

D'après ce que Katia raconte, elle bénéficie d'un soutien solide et précieux de la part de sa famille, qui l'accompagne dans les moments difficiles liés à la prise en charge de son fils. Sa mère et sa belle-sœur sont toujours présentes à ses côtés, ce qui lui apporte un grand réconfort au quotidien. Son mari joue également un rôle important, en l'a aidant activement dans toutes les tâches et responsabilités liées à la santé de leur enfant. Katia souligne aussi que, sur le plan financier, la situation est bien suivie, ce qui lui permet de mieux gérer les différentes contraintes. Ce réseau familial stable et engagé constitue pour elle une source essentielle de soutien et un exemple à suivre.

Concernant l'échelle de soutien social, Katia présente un très faible niveau de perception de la disponibilité des personnes dans son entourage, avec un score de 8/54, soit 14,77 %. En revanche, ses résultats concernant la satisfaction vis-à-vis du soutien reçu sont très élevés, avec un score de 36/36, soit 100 %. D'après l'analyse des réponses au guide d'entretien ainsi que des résultats de l'échelle de soutien social, nous concluons que Katia bénéficie en réalité d'un bon soutien social. Toutefois, sa perception de la disponibilité reste

très faible. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle Katia percevrait un soutien faible à modéré est confirmée.

Synthèse

D'après les résultats issus de l'analyse des entretiens semi-directifs et de l'échelle de soutien social, il apparaît que les six mères d'enfants atteints de diabète perçoivent globalement un niveau faible à modéré de soutien social. En effet, Fadia, Fatiha, Nassima, Rosa, Samia et Katia présentent toutes un score très bas quant à la perception de la disponibilité des personnes dans leur entourage (entre 6 et 10 sur 54). Ce faible ressenti traduit un sentiment d'isolement ou de manque de présence, malgré la diversité des relations évoquées dans les entretiens. Ces résultats confirment donc notre hypothèse selon laquelle « les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier perçoivent un niveau de soutien faible à modéré ».

Discussion de l'hypothèse générale

« Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn-out maternel et perçoivent un soutien social faible. »

Cas Fadia

D'après l'analyse des données recueillies à partir de l'entretien semi-directif et de l'échelle de soutien social pour ce sujet, on a constaté que la mère présente un burn-out parental alors qu'elle bénéficie d'un soutien social faible. Cette situation montre que le manque de soutien social est associé à une plus grande vulnérabilité au burn-out. De ce fait, l'hypothèse générale selon laquelle les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn-out maternel et perçoivent un soutien social faible est confirmée.

Cas Fatiha

D'après l'analyse des données recueillies lors de l'entretien semi-directif et des deux échelles de burn-out parental et de soutien social pour ce sujet, on a constaté que la mère présente un risque élevé de burn-out. Par ailleurs, sa perception du soutien social est très faible. Ainsi, cette mère accompagnant son enfant atteint de diabète pédiatrique fait face à un épuisement psychologique important, accentué par une faible perception du soutien social. De ce fait, l'hypothèse générale selon laquelle les mères accompagnant leurs enfants

atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn-out maternel et perçoivent un soutien social faible est confirmée.

Cas Nassima

D'après l'analyse des données recueillies lors de l'entretien semi-directif et des deux échelles de burn-out parental et de soutien social pour ce sujet, on a constaté que la mère présente un risque élevé de burn-out. Sa perception du soutien social est modérée, bien que relativement faible. Ainsi, cette mère accompagnant son enfant atteint de diabète pédiatrique fait face à un épuisement psychologique important, qui semble en partie atténué par une perception de soutien social un peu plus favorable. De ce fait, l'hypothèse générale selon laquelle les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn-out maternel et perçoivent un soutien social faible est confirmée.

Cas Rosa

D'après l'analyse des données recueillies lors de l'entretien semi-directif et des deux échelles de burn-out parental et de soutien social pour ce sujet, on a constaté que la mère présente un risque modéré à élevé de burn-out. Par ailleurs, sa perception du soutien social est faible. Ainsi, cette mère accompagnant son enfant atteint de diabète pédiatrique fait face à un épuisement psychologique notable, renforcé par une faible perception de soutien social. De ce fait, l'hypothèse générale selon laquelle les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn-out maternel et perçoivent un soutien social faible est confirmée.

Samia

D'après l'analyse des données recueillies lors de l'entretien semi-directif et des deux échelles de burn-out parental et de soutien social pour ce sujet, on a constaté que la mère présente un risque faible de burn-out. Sa perception du soutien social est modérée, ce qui pourrait contribuer à atténuer son épuisement psychologique. Ainsi, cette mère accompagnant son enfant atteint de diabète pédiatrique semble moins impactée par le burn-out, en lien avec une perception relativement meilleure du soutien social. De ce fait, l'hypothèse générale selon laquelle les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn-out maternel et perçoivent un soutien social faible est confirmée.

Cas Katia

D'après l'analyse des données recueillies lors de l'entretien semi-directif et des deux échelles de burn-out parental et de soutien social pour ce sujet, on a constaté que la mère ne présente pas de burn-out, malgré une faible perception du soutien social. Ainsi, pour ce cas, l'hypothèse générale selon laquelle les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn-out maternel et perçoivent un soutien social faible n'est pas confirmé (infirmée). Toutefois, le faible soutien social perçu pourrait constituer un facteur de risque à surveiller pour prévenir un éventuel épuisement psychologique.

Synthèse

L'analyse des cas confirme l'hypothèse selon laquelle les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif de burn-out maternel et perçoivent un soutien social faible. En effet, la majorité d'entre elles souffrent d'un épuisement psychologique important, souvent accentué par une faible perception du soutien social. Quelques exceptions montrent que ce soutien, lorsqu'il est mieux ressenti, peut atténuer le risque de burn-out. Cela souligne l'importance de renforcer le soutien social pour prévenir l'épuisement des mères dans ce contexte.

1. Analyse des résultats obtenus dans l'échelle burn-out parental Assessment

Tableau 17: Tableau au récapitulatif des résultats des sujet dans l'échelle de PBA

Prénom	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par an ou moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelque fois par semaine	Chaque jour	Note totale	Interprétation de la note
Fadia	8	0	0	0	0	0	15	90	En situation de Burn-out
Fatiha	6	1	1	7	3	3	2	63	Burn-out élevé
Nassima	7	2	1	4	1	2	6	62	Burn-out élevé
Rosa	7	1	2	5	1	3	4	63	Burn-out élevé
Samia	13	2	0	2	1	3	2	39	Burn-out faible
Katia	8	9	4	0	0	1	0	22	Pas de burn-out

Source : Notre enquête

Le tableau ci-dessus présente un récapitulatif de l'ensemble des sujets de notre recherche. Il en ressort une répartition variée des niveaux de burn-out parmi les participants. Un seul cas se trouve en situation de burn-out , tandis que trois autres présentent un risque élevé d'y parvenir. En parallèle, un cas manifeste un niveau faible de burn-out, et un autre ne présente aucun signe de burn-out.

2. Analyse des résultats obtenus dans l'échelle soutien social

Tableau 18: Récapitulatif des résultats de recherche de l'échelle soutien social SSQ6

Groupe de recherche	Disponibilité	Niveau	Satisfaction	Niveau
Cas Fadia	9/54	Très faible	35/36	Très élevé
Cas Fatiha	6/54	Très faible	26/36	Très faible
Cas Nassima	10/54	Faible	32/36	Élevé
Cas Rosa	8/54	Très faible	31/36	Élevé
Cas Samia	10/54	Faible	32/36	Élevé
Cas Katia	8/54	Très faible	36/36	Très élevé

Source :Notre enquête

À partir des données situées dans le tableau ci-dessus, nous constatons que notre groupe de recherche est constitué de six mamans : Fadia, Fatiha, Nassima, Rosa, Samia et Katia. En ce qui concerne le niveau de disponibilité, Fadia, Fatiha, Rosa et Katia présentent un niveau très faible, tandis que Nassima et Samia ont un niveau faible. S'agissant du niveau de satisfaction, Katia et Fadia affichent un niveau très élevé, Nassima, Rosa et Samia un niveau élevé, tandis que Fatiha présente un niveau très faible.

Synthèse de chapitre

Suite aux résultats obtenus à partir de l'analyse des entretiens semi-directifs et de l'évaluation du burn-out parental, nous avons constaté que Fadia est en situation de burn-out. Fatiha, Rosa et Nassima présentent un burn-out élevé. Samia a un burn-out faible, tandis que Katia ne présente pas de burn-out. Par là, nous confirmons notre première hypothèse partielle qui est formulée comme suit : « Il existe un burn-out maternel chez les mères ayant un enfant atteint de diabète ».

De plus, nous avons constaté que la majorité des mères interrogées perçoivent un niveau modéré à élevé de soutien social. Par conséquent, nous infirmons notre deuxième hypothèse partielle qui présume que : « Les mères ayant un enfant atteint de diabète perçoivent un faible niveau de soutien social ».

De ce fait, notre hypothèse générale intitulée « Le burn-out parental chez les mères d'enfants diabétiques est influencé par leur perception du soutien social » est confirmée.

Conclusion

Conclusion

Les mères d'enfants diabétiques traversent souvent des périodes de grande souffrance, dans une profonde solitude. Le choc provoqué par l'annonce du diagnostic marque un tournant brutal, qui vient ébranler l'image idéalisée de l'enfant en bonne santé. S'ouvre alors un processus de deuil silencieux mais incessant, où l'on pleure non pas une personne, mais un avenir rêvé, désormais altéré par la maladie. À cette douleur se mêlent une multitude d'émotions : la colère face à l'injustice, la culpabilité de ne pas pouvoir tout contrôler, le désespoir devant l'imprévisibilité du quotidien. Progressivement, l'épuisement physique s'intensifie, tandis que la fatigue psychologique s'installe. Ces mères, surchargées de responsabilités, peinent à préserver un équilibre personnel, conjugal et familial. Leur vie sociale se restreint, leur rôle dans l'environnement collectif s'efface, jusqu'à ce qu'elles se retrouvent isolées, parfois même sans ressources ni reconnaissance.

Dans le cadre de notre recherche intitulée « Le burn-out parental et le soutien social chez les mères accompagnatrices d'enfants atteints de diabète en milieu hospitalier », nous avons mené notre étude au sein du service de pédiatrie de l'hôpital Akloul Ali à Akbou. L'enquête a été réalisée auprès de six mères âgées de 35 à 40 ans. Notre objectif principal a été de comprendre la dynamique de leur vie familiale, en nous appuyant sur deux indicateurs cliniques essentiels : le burn-out parental et le soutien social perçu. Ces axes d'analyse nous ont permis de mieux cerner l'impact psychologique de la maladie chronique de l'enfant sur le vécu maternel, dans un contexte hospitalier.

A fin de mener notre démarche sur le terrain, nous avons privilégié une approche clinique à visée descriptive, fondée sur l'étude approfondie de cas individuels. Pour explorer notre problématique, nous avons mobilisé trois outils méthodologiques : l'entretien clinique semi-directif, l'échelle de mesure de la qualité de vie, ainsi que le questionnaire de soutien social. Cette combinaison nous a permis d'appréhender, de manière nuancée, les expériences subjectives des mères ayant un enfant hospitalisé, en mettant l'accent sur la qualité de leur vécu relationnel et le rôle structurant joué par les réseaux de soutien dans le maintien de leur équilibre psychosocial.

A partir des résultats obtenus durant notre recherche, nous avons constaté que notre hypothèse générale intitulé : « Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent un niveau significatif du burn-out maternel et perçoivent un

soutien social faible», est confirmée pour Fadia , Rosa , Samia, Fatiha et Nassima. Mais infirme avec Katia .

Pour la première hypothèse partielle intitulée : « Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier présentent des niveaux variables du burn-out maternel, pouvant aller de modéré à élevé», est confirmée par rapport à Fadia , mais Rosa , Samia, Fatiha ,Nassima et Katia est infirmée.

Concernant notre deuxième hypothèse partielle intitulée : « Les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier perçoivent un niveau de soutien faible à modéré », est confirmée par rapport à Fadia, Rosa, Samia, Fatiha et Katia.

Toutefois, il serait réducteur de limiter les répercussions de la maladie aux relations sociales des personnes concernées. D'autres dimensions méritent également une attention particulière, notamment dans le cadre du diabète pédiatrique. Il serait donc pertinent d'élargir les champs de recherche à des aspects complémentaires tels que :

- Les besoins psychosociaux spécifiques des mères d'enfants diabétiques tout au long de la maladie.
- Le vécu émotionnel des parents en milieu hospitalier, ainsi que les mécanismes de résilience mobilisés face à l'épreuve.
- Entre fatigue et solidarité : le vécu des mères face au diabète infantile hospitalier.
- Approche clinique du burn-out maternel chez les mères d'enfants atteints de maladies chroniques : le cas du diabète.
- L'isolement social perçu par les mères en contexte hospitalier et ses effets sur la santé mentale.
- Les stratégies d'adaptation émotionnelle chez les mères d'enfants diabétiques : entre résilience et épuisement.

Annexes

Annexe 01 : Guide d'entretien**Les renseignements personnels**

1. Quel est votre âge ?
2. Quelle est votre situation familiale ? (Marié(e), Divorcé(e), Célibataire, Veuf(ve), etc.) ?
3. Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
4. Quel est votre niveau d'instruction ?
5. Quel est votre statut professionnel ? (Employé(e), sans emploi, étudiant(e), retraité(e), etc.) ?
6. Comment décririez-vous votre situation socio-économique ? (Faible, moyenne, élevée, ou autre précision.) ?

Axe 1 : Informations sur l'enfant atteint de diabète et l'expérience maternelle

7. Quel type de diabète présente votre enfant ?
8. À quels âge a-t-il été diagnostiqué, et quel ont été les premiers signes qui vous ont alertée ?
9. Comment et quand le diagnostic de diabète a-t-il été posé ? Par quel professionnel de santé ?
10. Quel traitement votre enfant suit-il actuellement pour gérer son diabète ?
11. Votre enfant suit-il un régime particulier ? Si oui, lequel ? Comment le vivez-vous ?
12. Comment l'état de santé de votre enfant a-t-il évolué depuis le diagnostic ?
13. Avez-vous déjà hospitalisé votre enfant ? Si oui, pour combien de temps ?
14. Pouvez-vous décrire l'expérience de l'hospitalisation de votre enfant ?
15. Quelles sont les principales difficultés rencontrées dans la gestion quotidienne du diabète de votre enfant ?
16. Avez-vous quelqu'un dans votre famille qui est diabétique ? Si oui, de qui s'agit-il ?

Axe 2 : le burn-out des mères

17. Quelles émotions ressentez-vous régulièrement depuis le diagnostic et l'hospitalisation de votre enfant ?

18. Avez-vous parfois un sentiment de culpabilité ou de frustration face à la situation de votre enfant ? Comment cela se manifeste-t-il ?
19. Y a-t-il des moments où vous ressentez aussi de la satisfaction, du soulagement ou de l'espoir malgré les difficultés ?
20. Avez-vous déjà ressenti un épuisement intense ? Comment cela se manifeste-t-il pour vous ?
21. Quels signes vous alertent lorsque vous sentez que vous êtes à bout ?
22. Avez-vous remarqué un impact sur votre santé physique ou mentale ? Si oui, de quelle manière ?
23. Quelles pensées ou préoccupations reviennent le plus souvent dans votre esprit ?
24. Comment répartissez-vous votre temps entre les soins de votre enfant, votre travail et votre vie personnelle ?
25. Avez-vous dû renoncer à certaines activités ou projets à cause de la situation ?
26. La situation a-t-elle modifié vos relations avec votre conjoint, votre famille ou vos amis ?
27. Avez-vous l'impression que votre entourage comprend ce que vous traversez ?
28. Avez-vous cherché du soutien pour vous-même (psychologue, groupe de soutien, autres ressources) ?

Axe 3 : Le soutien social

29. Comment le père de votre enfant a-t-il réagi à l'annonce du diagnostic ?
30. Quel rôle joue-t-il dans la gestion quotidienne de la maladie ?
31. Avez-vous le sentiment qu'il partage les responsabilités ou que certaines tâches reposent davantage sur vous ?
32. Son implication a-t-elle évolué avec le temps ?
33. Comment la maladie de votre enfant a-t-elle affecté vos relations avec votre famille et vos proches ?
34. Avez-vous des personnes sur qui vous pouvez compter pour vous soutenir ?
35. Avez-vous accès à des groupes de soutien pour les parents d'enfants diabétiques ?

36. Y a-t-il des moments où vous vous sentez seule ou isolée malgré le soutien existant ?
37. Avez-vous déjà ressenti un manque de compréhension ou des jugements liés à la maladie de votre enfant ?
38. Quels sont les aspects du soutien social qui vous paraissent les plus aidants au quotidien ?

Axe 4 : Projection dans l'avenir

39. Comment imaginez-vous l'avenir de votre enfant avec le diabète ?
40. Quels sont vos principaux espoirs et inquiétudes concernant son développement, sa scolarité et ses relations sociales ?
41. Comment envisagez-vous son autonomie dans la gestion de son diabète en grandissant ?
42. Quels défis pensez-vous qu'il rencontrera à l'adolescence et à l'âge adulte ?
43. Comment vous préparez-vous à l'accompagner dans cette transition vers l'autonomie ?
44. Quel rôle aimeriez-vous que les professionnels de santé et les structures de soutien jouent dans cette évolution ?
45. Quels changements ou ressources supplémentaires vous sembleraient nécessaires pour mieux préparer l'avenir de votre enfant ?

Annexe 02 : Parental Burnout Assessment

Isabelle Roskam, Maria Elena Brianda & Moïra Mikolajczak

Les enfants représentent une source importante d'épanouissement et de joies pour leurs parents. En même temps, ils peuvent également être une source d'épuisement (et ceci n'est pas antinomique: l'épanouissement et l'épuisement peuvent coexister; on peut aimer ses enfants et pourtant se sentir épuisé dans son rôle de parent). Le questionnaire ci-dessous concerne l'épuisement qu'on peut ressentir en tant que parent. Choisissez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez personnellement. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si vous n'avez jamais eu ce sentiment, indiquez: "Jamais". Si vous avez eu ce sentiment, indiquez à quelle fréquence en cochant parmi les propositions allant de « Quelques fois par mois ou moins à Chaque jour ».

	Jamais	Quelques fois par an ou moins	Une fois par mois ou moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je suis tellement fatigué par mon rôle de parent que j'ai l'impression que dormir ne suffit pas	0	1	2	3	4	5	6
J'ai le sentiment de ne plus me reconnaître en tant que papa/maman	0	1	2	3	4	5	6
J'ai le sentiment d'être à bout de force à cause de mon rôle de parent	0	1	2	3	4	5	6
J'ai zéro énergie pour gérer mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je pense que je ne suis plus le bon père/la bonne mère que j'ai été pour mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je n'en peux plus d'être parent	0	1	2	3	4	5	6
En tant que parent, j'ai un sentiment de trop, « trop plein »	0	1	2	3	4	5	6
J'ai l'impression de m'occuper de mes enfants en pilote automatique	0	1	2	3	4	5	6
J'ai le sentiment que je n'en peux vraiment plus en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
Quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée avec mes enfants, je me sens épuisé(e) d'avance	0	1	2	3	4	5	6
Je ne ressens pas de plaisir à être avec mes enfants	0	1	2	3	4	5	6

Je me sens saturé(e) en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
Je me dis que je ne suis plus le parent que j'ai été	0	1	2	3	4	5	6
Je fais juste ce qu'il faut pour mes enfants mais pas plus	0	1	2	3	4	5	6
Mon rôle de parent épouse toutes mes ressources	0	1	2	3	4	5	6
Je ne supporte plus mon rôle de père/mère	0	1	2	3	4	5	6
J'ai honte du parent que je suis devenu	0	1	2	3	4	5	6
Je ne suis plus fier(e) de moi en tant que parent	0	1	2	3	4	5	6
J'ai l'impression que je ne suis plus moi-même quand j'interagis avec mes enfants	0	1	2	3	4	5	6
Je n'arrive plus à montrer à mes enfants combien je les aime	0	1	2	3	4	5	6
Penser à tout ce que je dois faire pour mes enfants m'épuise	0	1	2	3	4	5	6
J'ai l'impression qu'en dehors des routines (trajets, coucher, repas), je n'arrive plus à m'investir auprès de mes enfants.	0	1	2	3	4	5	6
Dans mon rôle de parent, je suis en mode survie	0	1	2	3	4	5	6

تقييم الإرهاق الوالدي

إيزابيل روسكام، ماريا إلينا برياندا، ومويرا ميكولاكياك

للاستشهاد بهذه الأداة: Roskam, I, Brianda, M.E & Mikolajczak, M. (2018).

خطوة إلى الأمام في قياس الإرهاق الوالدي: مقياس الإرهاق الوالدي.

يمثل الأطفال مصدراً مهماً للإشباع والفرح بالنسبة للوالدين. وفي الوقت نفسه، قد يكونون أيضاً مصدراً للإرهاق (وهذا ليس متفقاً، فالإشباع والإرهاق يمكن أن يتعايشاً؛ يمكن أن نحب أطفالنا ومع ذلك نشعر بالإرهاق في دورنا كآباء). الاستبيان أدناه يتعلق بالإرهاق الذي يمكن أن يشعر به الشخص كأب أو كأم.

اختر الإجابة التي تتوافق أكثر مع ما تشعر به شخصياً. لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة.

إذا لم تشعر بهذا الإحساس أبداً، اختر: «أبداً».

وإذا شعرت به، فأشر إلى معدل تكراره من خلال الاختيارات التالية:

كل يوم	عدة مرات في الأسبوع	مرة واحدة في الأسبوع	مرة واحدة في الشهر	مرة واحدة في الشهر أو أقل	مرة واحدة في السنة أو أقل	أبداً	بنود الاستبيان
							أنا متعب جداً من دوري كأب/أم لدرجة أن النوم لا يكفي لتعويضي.
							أشعر أنني لم أعد أتعرف على نفسي كأب/أم.
							أشعر أنني استنفدت قوائي بسبب دوري الوالدي.
							ليس لدي أي طاقة للتعامل مع أطفالى.
							أعتقد أنني لم أعد الأب/الأم الجيد الذي كنت عليه من قبل مع أطفالى.
							لم أعد أتحمل أن أكون والدأ.
							أشعر كوالد بأنني ممتلئ أكثر من اللازم.
							أشعر أنني أعتني بأطفالى بشكل آلي.
							أشعر أنني لم أعد أتحمل أكثر في دوري كوالد.
							عندما أستيقظ صباحاً وأواجه يوماً جديداً مع أطفالى، أشعر بالإرهاق مسبقاً.
							لا أشعر بالسعادة عند قضاء الوقت مع أطفالى.
							أشعر أنني مثقل كوالد.
							أقول لنفسي إنني لم أعد ذلك الوالد الذي كنت عليه.

							أقوم فقط بالحد الأدنى المطلوب لأطفالى ولا أكثر.
							دورى كوالد يستنزف كل مواردى.
							لم أعد أتحمل دورى كأب/أم.
							أشعر بالخجل من الوالد الذى أصبحت عليه.
							لم أعد فخوراً بنفسي كوالد.
							أشعر أننى لم أعد نفسي عندما أتفاعل مع أطفالى.
							لم أعد قادراً على إظهار حبى لأطفالى كما يجب.
							مجرد التفكير في كل ما يجب أن أفعله لأطفالى يرهقنى.
							أشعر أننى خارج الروتين (المشاوير، النوم، الأكل) لم أعد أستطيع أن استثمر نفسي مع أطفالى.
							في دورى كوالد، أعيش في «وضع البقاء فقط».

PBA en Kabyle

	Urjin	Ma ulach akk kra n tikal deg seggas	Ma ulach akk tikelt deg chehar	Kra n tikal deg chehar	Thikelt deg smana	Kra n tikal deg smana	Koulass
Hulfagh d akken ur iyi ditas ara yides.							
Thulfugh amzun ur ssiney ara imaniw d Babat/tayemat.							
Thulfugh amzun eyiy ghef ljal n dduriw d lwalldin.							
Ur seiya ara tazmert akken ad sehlugh arrowiwiw.							
Ghallegh ur lliy ara d babat/tayemat yelhan ay lliy i warrawiw.							
Hemmlegh ad iliy d imawlan.							
S yisemiw d lwalldin, thulfugh amzun churegh atas, « churegh atas »							
Thulfugh amzun tharabegh ghef warrawiw deg upiluṭ utumatik .							
Thulfugh amzun eyiy s tidett d imawlan							
Mi ara d kregh tafrara yerna yessefk ad ttqabley ass nniđen d warrawiw, thulfugh s lhif uqbel							
Ur hemmley ara ad illigh d warrawiw.							
Thulfugh churegh am imawlan.							
Nniy i yimaniw ur ligh ara d imawlan i lliy zik.							
Nekk xeddmey kan ayen ilaqen i warrawiw, ma3na ulac ugar							
Tamlilt-iw d imawlan tessufuy-d akk tizemmar-iw.							
Ur zmirey ara ad sbeedey tamlilt-iw n baba/yemma.							
Ssedhay yef imawlan i uyaley							
Ur qqimey ara ttfahhmey s yiman-iw d imawlan.							
Thulfuy ur lliy ara d iman-iw mi ara msefhamey d warraw-iw.							
Ur zmirey ara ad d-ssekney i warraw-iw achal ten-hemmley .							
Axemmem yef wayen akk ilaq ad xedmey i warraw-iw yeεya-yi.							
Thulfuy amzun, berra n tyaawsiwin n yal ass (aεeddi, lawan n yides, tiram), ur							
zmirey ara ad sseftiy iman-iw deg warraw-iw.							
Deg ddur-iw d imawlan, lliy deg tegnit n tudert							

Annexe 03 : Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française

Le SSQ6 (Social Support Questionnaire) de L.G.

Sarason et al., version abrégée, 1987).

Instructions:

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties:

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

Si pour question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme "aucune personne" mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question.

Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions.

Vos réponses resteront confidentielles.

1- Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide? (N1)

- | | | | |
|-----------------|----|----|----|
| Aucune personne | 1) | 4) | 7) |
| | 2) | 5) | 8) |
| | 3) | 6) | 9) |

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S1)

1. Très bien
2. Insatisfait
3. Plutôt insatisfait
4. Plutôt satisfait
5. Satisfait
6. Très satisfait

2- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé ? (N2)

- Aucune personne 1) 4) 7)
 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S2)

1. Très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5. Satisfait
6. Très satisfait

3- Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et mauvais côtés ? (N3)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S3)

1. Très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5. Satisfait
6. Très satisfait

4- En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ? (N4)

- Aucun personne 1) 4) 7)
 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

Quel es votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S4)

1. Très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5. Satisfait
6. Très satisfait

5- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ? (N5)

- Aucun personne 1) 4) 7)
 2) 5) 8)
 3) 6) 9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (N5)

1. Très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5. Satisfait 6.
Très satisfait

6- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ? (N6)

Aucun personne 1) 4) 7)

2) 5) 8)

3) 6) 9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S6)

1. Très insatisfait 2. Insatisfait 3. Plutôt insatisfait 4. Plutôt satisfait 5. Satisfait
6. Très satisfait

استبيان الدعم الاجتماعي (SIQS) لساراسون وأخرين، (النسخة المختصرة، 1987).

تَعْلِيمَاتٌ:

الأسئلة التالية تتعلق بالأشخاص الموجوبين في بيئتك والذين يقدمون لك المساعدة أو الدعم في سياق معين. كل سؤال ينقسم إلى جزأين:

في الجزء الأول، يجب عليك إدراج جميع الأشخاص (باستثناء نفسك) الذين يمكنك الاعتماد عليهم في الموقف الموصوف في السؤال. اكتب العدد الإجمالي لهؤلاء الأشخاص في الخانة المخصصة لذلك. إذا لم يكن هناك أي شخص، فاكتب "0".

إذا لم تحصل على أي دعم، يرجى استخدام عبارة "لا أحد" لتقدير مدى رضاك بشكل عام عن هؤلاء الأشخاص. الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة. شكرك على تخصيص بعض دقائق للإجابة على جميع الأسئلة.

الأسئلة

1- ما هي مصادر الدعم المتوفرة لك عندما تكون بالفعل في حاجة إلى مساعدة؟ (S1)

ما هي درجة رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه؟ (S2)

1. غير راضٍ على الإطلاق (2) | Très insatisfait. غير راضٍ (3) | Insatisfait. بالأحرى غير راضٍ (4) | (Très satisfait) insatisfait. بالأحرى راضٍ (5) | Satisfait. راضٍ (6) | Plutôt satisfait. راضٍ جداً (7) | (Très satisfait)

2- من يمكنك الاعتماد عليه فعلاً لمساعدك دون أن يشعر بالتوتر الشديد أو بضرورة أن يجهد نفسه للقيام بذلك؟ (S1)

ما هي درجة رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه؟ (S2)

1. غير راضٍ على الإطلاق (2) | Très insatisfait. غير راضٍ (3) | Insatisfait. بالأحرى غير راضٍ (4) | insatisfait. بالأحرى راضٍ (5) | Plutôt satisfait. راضٍ (6) | Satisfait. راضٍ جداً (7) | Très satisfait

- 3- من يقبلك كما أنت، أي بصفتك لديك جوانب جيدة و سيئة؟ (S1) | لا أحد | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | -

ما هي درجة رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه؟ (S2)

1. غير راضٍ على الإطلاق (2) | Très insatisfait. غير راضٍ (3) | Insatisfait. بالأحرى غير راضٍ (4) | insatisfait. بالأحرى راضٍ (5) | Plutôt satisfait. راضٍ (6) | Satisfait. راضٍ جداً (Très satisfait) |

4- من يمكن الاعتماد عليه فعلاً ليقوم برعايتك عندما تمرض؟ (S1) | لا أحد | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8)

ما هي درجة رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه؟ (S2)

1. غير راضٍ على الإطلاق (2) | Très insatisfait. غير راضٍ (3) | Insatisfait. بالأحرى غير راضٍ (4) | (Très satisfait) insatisfait. بالأحرى راضٍ (5) | Plutôt satisfait. راضٍ (6) | Satisfait. راضٍ جداً (7) | (Très satisfait)

ما هي درجة رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه؟ (S2)

1. غير راضٍ على الإطلاق (2 | Très insatisfait). غير راضٍ (3 | Insatisfait). بالأحرى غير راضٍ (4 | insatisfait). بالأحرى راضٍ (5 | Plutôt satisfait). راضٍ (6 | Satisfait). راضٍ جداً (7 | Très satisfait)

6- من يمكنك الاعتماد عليه فعلاً عندما تكون متردداً أو مضطرباً جداً؟ (S1) | لا أحد | (2) | (8) | (7)

ما هي درجة رضاك عن الدعم الذي تحصل عليه؟ (S2)

1. غير راضٍ على الإطلاق (2) | Très insatisfait. غير راضٍ (3) | Insatisfait. بالآخرى غير راضٍ (4) | (Très satisfait) | insatisfait (5) | بالآخرى راضٍ (6) | Plutôt satisfait. راضٍ جداً (4) | (Très satisfait) | satisfait

الاحتساب (Cotation)

لحساب درجة التوفير (Disponibilité): يجب جمع عدد الأشخاص الذين ذكرهم المُجيب (العدد المكتوب في خانة الإجابة لكل سؤال). (S1) هو مجموع هذه الأرقام؛ ويكون المجموع الإجمالي لهذه الأعداد بين 0 و 54.

لحساب درجة الرضا (**Satisfaction**): يجب تدوين درجة الرضا المُعَيَّن عنها عن الدعم في كل سؤال (من 1، غير راضٍ على الإطلاق، إلى 6، راضٍ جدًّا)، ثم يتم حساب درجة الرضا الكلية، **S2** (وهي مجموع هذه الدرجات)؛ ويكون المجموع الإجمالي لهذه الأعداد بين 6 و 36.

ملاحظات (Normes): للمتosteات والانحرافات المعيارية لدرجات التوفر والرضا التي لوحظت على عينات مختلفة، انظر مقال ساراسون وأخرين (Sarason et al.).

SSQ6 Kabyle**1-ghaf anewa ithezmred ad attared ghures asemi attehwidjed kera ?**

Ula yiwen 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)

Amk idetthussud s lam3awna yagi

1. ur thettwzqena3dara melih seyas
2. ur thettaqena3dara
3. gethlemasth
4. ttwaqen3agh chewiya kan
5. yelha ttewaqt3agh
6. ttwaqen3agh melih

2-ghaf anewa ithezmred attettkled mebla ma yetqaleq degek nagh adihous imanis theforcet aken aki3iwen ?

Ula yiwen 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)

Amk idetthusud s lam3awna yagi

1. ur thettwzqena3dara melih seyas
2. ur thettaqena3dara
3. gethlemasth
4. ttwaqen3agh chewiya kan
5. yelha ttewaqt3agh
6. ttwaqen3agh melih

3-aniwa akiqevlen aken thelid aka, sewayen yelhan degek dewayen n diri ?

Ula yiwen 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)

Amk idetthussud s lam3awna yagi

1. ur thettwzqena3dara melih seyas
2. ur thettaqena3dara
3. gethlemasth
4. ttwaqen3agh chewiya kan
5. yelha ttewaqt3agh
6. ttwaqen3agh melih

4-ghef anewa ithettakled akirfed asemi attehelked ?

Ula yiwen 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)

5-Amk idetthussud s lam3awna yagi

1. ur thettwzqena3dara melih seyas
2. ur thettwaqena3dara
3. gethlemasth
4. ttwaqen3agh chewiya kan
5. yelha ttewaqen3agh
6. ttwaqen3agh melih

6-ghef anewa ithezmred attettkled aki3iwen adughaled bien asemi atte3youd g wass inek ?

Ula yiwen 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)

7-Amk idetthussud s lam3awna yagi

1. ur thettwzqena3dara melih seyas
2. ur thettwaqena3dara
3. gethlemasth
4. ttwaqen3agh chewiya kan
5. yelha ttewaqen3agh
6. ttwaqen3agh melih

8-ghef aniwa ithezmred attettkled asemi attelid theza3fed nagh thetqelqed melih ?

Ula yiwen 1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8)

Amk idetthussud s lam3awna yagi

1. ur thettwzqena3dara melih seyas
2. ur thettwaqena3dara
3. gethlemasth
4. ttwaqen3agh chewiya kan
5. yelha ttewaqen3agh
6. ttwaqen3agh melih

Références bibliographiques

Références bibliographiques

1. American Diabetes Association. (2020). *Standards of medical care in diabetes-2020*. *Diabetes Care*, 43 (Suppl. 1), S1–S212.
2. American Diabetes Association. (2022). *Standards of medical care in diabetes 2022*. *Diabetes Care*, 45 (Supplément 1), S1–S264.
3. American Diabetes Association. (2023). *Standards of care in diabetes 2023*. *Diabetes Care*, 46 (Supplement_1), S1–S291.
4. American Diabetes Association. (2024). *Standards of care in diabetes 2024*. *Diabetes Care*, 47 (Supplement_1), S1–S300. <https://doi.org/10.2337/dc24-S001>.
5. Association Diabète Québec. (2020). *L'activité physique chez les jeunes diabétiques de type 1*.
6. Atkinson, M. A., Eisenbarth, G. S., & Michels, A. W. (2014). *Type 1 diabetes*. *The Lancet, 383 (9911).
7. Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu* (13e éd.). Presses Universitaires de France.
8. Barlow, D. H., & Ellard, K. K. (2006). *Disorders of emotion*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 253–277.
9. Beauregard, L., & Dumont, S. (1996). *La mesure du soutien social*. Service social, 45 (3), 55–76.
10. Bichindaritz, I. (1995). Incremental concept learning and case-based reasoning for a cooperative approach. In I. D. Watson (Ed.), *Progress in case-based reasoning*. Springer.
11. Blanchet, A. (2003). *Dire et faire dire l'entretien*. Armand Colin.
12. Blanchet, A., & Gotman, A. (2003). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* (2^e éd.). Armand Colin.
13. Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'entretien* (2^e éd.). Armand Colin.
14. Blanchet, A., & Gotman, A. (2010). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien* (3^e éd.). Armand Colin.
15. Bouderda, Z. (2016-2017). *Diabète de l'enfant*. Pédiatrie B, CHU Benbadis Constantine.

16. Bowlby, J. (1969). *Attachments and loss: Vol. 1. Attachments*. Basic Books.
17. Bowlby, J. (2002). *Attachement* (Vol. 1, Trad. de P. Delaroche, éd. originale 1969). PUF.
18. Boucher, N., & Laprise, M. (2001). *Intervenir auprès des familles d'enfants gravement malades : Une approche systémique*. Presses de l'Université du Québec.
19. Bouerida, Z. (2017). *Diabète de l'enfant* [Manuscrit inédit]. CHU Benbadis Constantine, Service de pédiatrie B.
20. Boukherche, I. (2021). *Le diabète chez les enfants hospitalisés à l'EPH d'Ouargla (2019-2020)* [Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine, Université Kasdi Merbah Ouargla].
21. Boudoukha, A. H. (2009). *Burn-out et traumatismes psychologiques*. Dunod.
22. Brink, S. (2011). *Le diabète de l'enfant et de l'adolescent* (1 éd.).
23. Canouï, P., & Mauranges, A. (2015). *Le burn-out à l'hôpital : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* (5e éd.). Elsevier Masson.
24. Ceméa-Pays de la Loire. (s.d.). *Psychologie et développement de l'enfant* (Les dossiers de l'Infop).
25. Cobb, S. (1976). *Le soutien social comme modérateur du stress de la vie. Psychosomatic Medicine*, 38(5).
26. Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine*, 38 (5).
27. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). *Stress, soutien social et hypothèse du tampon. Psychologiques Bulletin*, 98 (2).
28. Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). *Coping with chronic illness in childhood and adolescence. Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455–480.
29. Costantini, C. (2019). *Entretien. Dans Dictionnaire de sociologie clinique*. Érès.
30. Coito, D. (2017). *Intérêt pour la pédopsychiatrie de la notion de burnout parental* [Thèse de doctorat en médecine, Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Rouen]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01605174v1>.

31. Delefosse, M.-S. (2018). *Le burn-out parental : une histoire d'équilibre*. CPCP.
32. Dépelteau, F. (2000). *La démarche d'une recherche en sciences humaines : De la question de départ à la communication des résultats*. De Boeck Supérieur.
33. Durkheim, É. (2007). *Le suicide : Étude de sociologie* (éd. originale 1897). Presses Universitaires de France.
34. Dupont, M., Lemoine, A., & Richard, S. (2023). *Soutien social et parentalité face aux maladies chroniques de l'enfant*. Presses Universitaires de Lyon.
35. Ellerton, M. L., Stewart, M. J., Ritchie, J. A., & Robertson, E. M. (2006). *Supporting families whose child is diagnosed with diabetes: A grounded theory study*. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38 (4), 188–203.
36. Éditions Larousse. (2017). *Le petit Larousse de la médecine : 5000 articles, 80 pages pratiques indispensables pour toute la famille*. Larousse.
37. Fernandez, L., et al. (2006). *La recherche en psychologie clinique. Recherche en soins infirmiers*, 1 (84), 41–51. <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0041>.
38. Fédération Française des Diabétiques (FFD). (2022). *Alimentation et diabète de type 1 chez l'enfant*.
39. Freud, S. (1981). *Trois essais sur la théorie sexuelle* (Œuvre originale publiée en 1905). Gallimard.
40. Girardin, C., & Schwitzgebel, V. (2007). *Diabète de type 2 en pédiatrie: diagnostic et prise en charge*. *Revue Médicale Suisse*, 3, 1001–1005. <https://www.revmed.ch>.
41. Gorchov, G., & Papo, T. (2000). *Immunologie*. Paris: Doin.
42. Gradel, A. K., Persgaard, T., Lykkesfeldt, J., Seested, T., Gram-Nielsen, S., Kristensen, N. R., & Refsgaard, H. H. (2018). *Factors affecting the absorption of subcutaneously administered insulin : Effect on variability*. *Journal of Diabetes Research*, (2018), Article 1205121. <https://doi.org/10.1155/2018/1205121>
43. Hamel, J. (1997). *Étude de cas et sciences sociales*. L'Harmattan.
44. Haute Autorité de Santé (HAS). (2007). *Éducation thérapeutique du patient: définition, finalité et organisation*.
45. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

46. House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). *Social relationships and health*. Science, 241 (4865).
47. International Diabetes Federation. (2025). *Site officiel de la Fédération Internationale du Diabète (FID)*. Bruxelles, Belgique.
48. Knip, M., Veijola, R., Virtanen, S. M., Hyöty, H., Vaarala, O., & Åkerblom, H. K. (2014). *Environnemental triggers and determinants of type 1 diabetes*. Diabetes, 64 (4), 1103–1113.
49. Lacharité, C., & Miot, T. (dir.). (2021). *Vulnérabilités et familles*. Les éditions CEIDEF.
50. Lacharité, C., & Miot, T. (dir.). (2021). *Les Cahiers du CEIDEF : Vulnérabilités et familles* (Vol. 8). Les éditions CEIDEF.
51. Lefèvre, H. (2016). *Psychologie de la maladie chronique chez l'enfant*. Dunod.
52. Les Francas du Val-de-Marne. (2022). *Document des Francas du Var*, p. 02. <https://francas93.wordpress.com>
53. Lévy-Shiff, R. (2019). *Femmes et parentalité : Une perspective psychologique*. Éditions In Press.
54. MacLean, R. M. (Ed.). (2008). *Pediatric psychosocial oncology: Textbook for multidisciplinary care*. Springer.
55. Makhlof, S., & Chahboub. (2015). *Mémoire évaluation des facteurs de risque chez les diabétiques*.
56. Martin, H. (2021). *Résistance à l'insuline du système sérotoninergique : Implication dans les troubles de l'humeur comorbes au diabète de type 2* [Thèse de doctorat, Université de Bordeaux].
57. Martin, S., & Dupont, L. (2015). *L'impact de l'hospitalisation sur la scolarité des enfants malades chroniques*. Cahiers de Pédagogie et Santé, 8(2), 85–92.
58. Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Prentice-Hall.
59. Messaoudene, M. (2020). *Guide méthodologique pour la rédaction d'un mémoire*. Éditions Al-Djazaïr.
60. Michaelis, N. (2012). *Conduites d'appropriation individuelle et collective du soutien social : une recherche-action dans le cadre d'un dispositif d'aide aux personnes en*

- situation de souffrance au travail* [Thèse de doctorat, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II]. HAL. <https://theses.hal.science/tel-00788691v1>
61. Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2018). *Burnout in parents: When the exhaustion of parenting becomes a clinical condition*. Clinical Psychologiques Science, 6(1), 18–26. <https://doi.org/10.1177/2167702617707629>.
 62. Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2020). *Le burn-out parental : Comprendre, diagnostiquer et agir*. De Boeck Supérieur.
 63. Mikolajczak, M., Gross, J. J., & Roskam, I. (2018). *Parental burnout: What is it, and why does it matter?* Clinical Psychologiques Science, 6(1).
 64. Mikołajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Dunod.
 65. Monnier, L. (2010). *Diabétologie*. Elsevier Masson.
 66. Mucchielli, A. (2016). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.
 67. Nabi, R. L., Prestin, A., & So, J. (2013). *Facebook friends with (health) benefits? Exploring social network site use and perceptions of social support, stress, and well-being*. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 16 (10).
 68. Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.
 69. Panagiotopoulos, C., Hadjiyannakis, S., & Henderson, M. (2018). *Le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents*. Canadian Journal of Diabetes, 42, S247–S254. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.037>.
 70. Pariat, L. (2008). *Étude des liens entre le soutien social, l'ajustement universitaire et la persévérance en première année de baccalauréat* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, en association avec Université du Québec à Trois-Rivières].
 71. Patterson, J. M., Holm, K. E., & Gurney, J. G. (1993). *The impact of chronic illness on the family: A qualitative analysis of strains, ressourcées, and coping behaviors*. Families, Systems, & Health, 11(3), 261–275.
 72. Périer, S. (2019). *Difficultés et ressources parentales face au handicap de l'enfant* [Thèse de doctorat, Université Toulouse 2 – Jean Jaurès]. HAL. <https://theses.hal.science/tel-04354821v1>.

73. Pickup, J. C., Mattock, M. B., Kerry, S., & Sutton, A. J. (2011). *Glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion compared with intensive insulin injections in patients with type 1 diabetes: Meta-analysis of randomised controlled trials*. *BMJ*, 343, d1764.
74. Pociot, F., & Lernmark, Å. (2016). *Genetic risk factors for type 1 diabetes*. In *Autoimmunity: From Bench to Bedside* (2nd ed.). El Rosario University Press.
75. Ratter, J., Morel, A., & Lefevre, P. (2001). *Troubles psychiques chez l'enfant hospitalisé : Étude clinique et statistiques*. *Revue de Psychologie Infantile*, 17 (3), 210–218.
76. Reid, K., Walsh, L., & Thompson, J. (2020). *Understanding parental experiences in managing pediatric diabetes: A qualitative synthesis*. *Journal of Pediatric Health Care*, 34 (2).
77. Rewers, M., & Ludvigsson, J. (2016). *Environnementale risk factors for type 1 diabetes*. *The Lancet*, 387 (10035).
78. Reynolds, K. A., Helgeson, V. S., & Becker, D. J. (2014). *Social support and adjustment in adolescents and young adults with type 1 diabetes: A review*. **Health Psychology*, 33 (5).
79. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
80. Roskam, I., Brianda, M. E., & Mikolajczak, M. (2021). *A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA)*. *Journal of Child and Family Studies*, 30 (2).
81. Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2018). *Le burn-out parental : Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge*. De Boeck Supérieur.
82. Ruiller, C. (2008). *Le soutien social au travail : Conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : L'étude d'un cas hospitalier* [Thèse de doctorat, Université Rennes 1]. HAL. <https://theses.hal.science/tel-00523398v2>.
83. Ruller, C. (2001–2003). *Construction d'une échelle de la perception du soutien social : premiers résultats d'une étude de cas sur un Centre Hospitalier [Communication académique]*. Université de Rennes 1, IGR-IAE de Rennes.

84. Samoud, M. (2001). *La relation du bien-être psychologique avec l'état de stress, les stratégies d'adaptation et le soutien social des patients atteints de maladies cardiovasculaires* [Thèse de maîtrise, Université de Moncton].
85. Sarason, I. G., Sarason, B. R., & Pierce, G. R. (Eds.). (1990). *Social support: An international view*. John Wiley & Sons.
86. Savoie-Zajc, L. (1997). *L'entrevue semi-dirigée*. Dans B. Gauthier (éd.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (3^e éd., pp. 263–285). Presses de l'Université du Québec.
87. Schulz, R., Hebert, R. S., Dew, M. A., Brown, S. L., & Beach, S. R. (2008). *Spousal caregiving and mental health: The role of perceived health and support*. Journal of Marriage and Family, 70 (1).
88. Shalevry, M. (2021). *L'invention de la clinique pédiatrique : Médecine, enfance et société dans l'Europe du XIXe siècle*. Presses Universitaires de France.
89. Skyler, J. S., & Cefalu, W. T. (2018). Insulin therapy. In J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's principles of internal medicine* (20th ed.). McGraw-Hill Education.
90. Streisand, R., Swift, E., Wickmark, T., Chen, R., & Holmes, C. (2005). *Pediatric parenting stress among parents of children with type 1 diabetes: The role of self-efficacy, responsibility, and fear*. Journal of Pediatric Psychology, 30(6).
91. Suris, J.-C., Michaud, P.-A., & Viner, R. (2004). *The adolescent with a chronic condition. Part I: Developmental issues*. Archives of Disease in Childhood, 89 (10), 938–942.
92. Szypowska, A., Schwandt, A., Svensson, J., Shalitin, S., Cardona-Hernandez, R., Forsander, G., ... SWEET Study Group. (2016). *Insulin pump therapy in children with type 1 diabetes: Analysis of data from the SWEET registry*. Pediatric Diabetes, 17 (Suppl. 23), 38–45.
93. Thoits, P. A. (1995). *Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?* Journal of Health and Social Behavior, 35 (Extra Issue).
94. Vernazza-Licht, N. (2019). *Les âges de l'enfant : réflexions sur l'usage des catégorisations*. In A. Lang, R. Aujard, A. Gindt-Ducros, A. de Villemeur et al., Le

- dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant (pp. 95–105). HAL. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03586449>.
95. Weiss, R. S. (1974). *The provisions of social relationships*. In Z. Rubin (Ed.), Doing unto others (pp. 17–26). Prentice-Hall.
96. White, A., O'Connell, T., & Andrews, J. (2016). *Barriers to diabetes care in rural and underserved communities*. Health & Social Work, 41 (2), 98–105.
97. Zawieja, P. (2021). *Le burn out* (2e éd.). Presses Universitaires de France.
98. Zerguine, H. (2022). *Diabète de l'enfant* [Support de cours inédit]. Université de Batna 2, Faculté de médecine.

Référence sites

99. <https://francas93.wordpress.com>.
100. <https://éducationspecialisee.ca>.
101. <https://www.dinnosante.fr>.
102. <https://sante.journaldesfemmes.fr>.
103. <https://www.dinnosante.fr/comprendre-le-diabète/diabète-chez-l-enfant>.
104. <https://elwatan-dz.com>.
105. <https://www.msdmanuals.com/fr>.
106. <https://www.vidal.fr>.
107. https://www.distrimed.com/product_info.php?products_id=8072.
108. <https://fr.dreamstime.com/photo-libre-droits-stylo-d-insuline-image38273455>.
109. <https://www.diabète.qc.ca/actualites/prise-de-position-sur-le-remboursement-des-pompes-a-insuline-pour-les-adultes-vivant-avec-le-diabète-de-type-1/>.
110. <https://lasujets.com/soutien-social-immunite>.
111. <https://www.doc-etudiant.fr>.
112. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>.

Résumé

Cette étude porte sur le burn-out maternel et le soutien social chez les mères accompagnant leurs enfants atteints de diabète en milieu hospitalier. Elle a pour principal objectif de décrire le niveau de burn-out parental chez les mères d'enfants atteints de diabète suivis en milieu hospitalier, ainsi que leur perception du soutien social reçu.

Pour mener cette recherche, nous avons choisi comme terrain l'Établissement Public Hospitalier (EPH) Akloul Ali d'Akbou. Nous avons adopté une méthode clinique fondée sur l'étude de cas. Trois outils de collecte de données ont été utilisés : l'entretien de recherche semi-directif, permettant d'explorer le vécu subjectif des participantes ; l'échelle *Parental Burnout Assessment* (PBA), pour évaluer l'épuisement maternel, et l'échelle *Social Support Questionnaire* (SSQ6), pour mesurer le soutien social perçu.

Les résultats issus de l'analyse des entretiens et des questionnaires révèlent que l'ensemble des participantes présentent un niveau élevé de burn-out maternel, caractérisé par un épuisement émotionnel profond et une surcharge dans les tâches quotidiennes. Parallèlement, le soutien social perçu est globalement jugé insuffisant, bien que son appréciation varie selon les situations individuelles.

Mots clés : Burn-out maternel, Mères d'enfants diabétiques, Soutien social, Milieu hospitalier

Abstract

This study focuses on maternal burnout and social support among mothers caring for children with diabetes in a hospital setting. Its main objective is to describe the level of parental burnout in mothers of children with diabetes followed in a hospital environment, as well as their perception of the social support received.

To conduct this research, we selected the Public Hospital Establishment (EPH) Akloul Ali of Akbou as the study site. We adopted a clinical method based on case studies. Three data collection tools were used: the semi-structured research interview, which allows for the exploration of participants' subjective experiences; the Parental Burnout Assessment (PBA) scale, to evaluate maternal exhaustion; and the Social Support Questionnaire (SSQ6), to measure perceived social support.

The results from the analysis of the interviews and questionnaires reveal that all participants exhibit a high level of maternal burnout, characterized by deep emotional exhaustion and an overload of daily tasks. At the same time, the perceived social support is generally deemed insufficient, although its evaluation varies depending on individual situations.

Keywords: Maternal burnout, Mothers of children with diabetes, Social support, Hospital setting