

**Université Abderrahmane Mira-Bejaia**  
**Faculté des Sciences Humain et Sociales**

**Département : Science Sociale**



**جامعة بجاية**  
**Tasdawit n'Bgayet**  
**Université de Béjaïa**

**Mémoire de fin de cycle**

**En vue d'obtention du diplôme de master**

**Option : psychologie clinique**

**Thème**

**Anxiété chez les enfants diabétiques**

**Etude de six (6) cas réalisés à l'hopitale Akloul Ali  
(Akbou)**

**Préparée par :**

- 1- HAMADOU Sonia**
- 2- IKKEN Kahina**

**Encadré par :**

**- M<sup>me</sup> BOUHOUI Nadia**

**Année universitaire :**

**2016 /2017**

## *Remerciements*

*Avant tout, on remercie le bon dieu de nous avoir donnée la volonté, la force et la patience pour aller au bout de ce travail.*

*On tient à formuler notre gratitude et notre profonde de reconnaissance à l'égard de notre parents pour leurs soutiens durant nos études.*

*Nous remercions notre promotrice M<sup>me</sup> BOUHOUI d'avoir consacré de son temps afin d'assurer notre encadrement.*

*On tient à remercier l'ensemble du personnel du service de pédiatrie d'hôpital Akfoul Ali d'akhou, d'avoir accepté de nous orienté durant toute la période du stage.*

*Nous exprimions nos sincères remerciements à l'ensemble des membres de jury d'avoir accepté d'examiner et d'évaluer ce travail.*

*Et enfin, nous remercions tout ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail et que nous ont orientés, conseillés ou influencés.*

*Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail*

*A*

*La mémoire de mes deux chères oncle que nous ont quittés BOUHOU & MOULOUD*

*Que dieu le tout puissant leur accorde la miséricorde et les accueille dans son vaste*

*Paradis.*

*A mes chers parents que mille dédicaces ne puissent exprimer mes sincères sentiments, pour leur patience illimitée, leur encouragement contenu, leur aide, en témoignage de mon profond amour et respect pour leurs grands sacrifices.*

*A ma grand-mère que j'aime beaucoup, une lange vie nchallah.*

*A mes chers frères : BOUZID & MOUMOUH.*

*A mes très chères cousines : SALIMA, SAMIRA, HASSIBA, FAHIMA, HOURIA,  
ZOUHRA, SAMIA, DJAHIDA, GHANIA.*

*A mon cousin : YUCEF qui ma beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail et son ami  
ELYES.*

*A tous mes cousins.*

*A mes petits: MOULOUD, BOUHOU, MADJID, ISLAM, TIMOUCHE AMINE,  
BRAHIM.*

*A ma belle famille*

*A mon très chère fiancé, MAROUANE, ses sacrifices, son soutien moral et matériel, sa gentillesse, son égale, son profond attachement, m'ont permis de réussir*

*Que dieu réunisse nos chemin pour long commun serein.*

*A mes amis : IMANE, YOUVA, RIMA et SAMIR, SIHAM. DJAHID, LOULA,  
GHANOU, SARAH, HAYET.*

*J'oublierai jamais les moments qu'on a passés ensemble.*

*A ma binôme SONIA et sa famille.*

*A tous ce qui m'ont aidé de près ou de loin a réaliser ce travail*

***KAHINA***

## *Dédicaces*

*C'est avec pensée pleine de reconnaissance : d'amour et de gratification : que je dédie ce  
modeste travail a :*

*Mes chers parents : KHELILAF et FARIDA ; qui m'ont donnée la vie, qui ont été toujours  
à mes cotés avec leur tendresse, leur soutien et qui m'ont soutenu durant toutes mes années  
d'études, leur sacrifice est inégalable et considérable.*

*(Que dieu les protèges)*

*A mes très chers sœurs : Kahina, Nassima, Lynda, Tiziri, Souhila, Fadila.*

*A mon cher frère unique : Boudjemaa.*

*A mes chers petits : Juba, Wicha, Mayas, Hafid, Sami, Adam, yanis et zahuoi.*

*A mes grands parents : Houa et Kaci.*

*A tous mes oncles et tentes, cousins et cousines.*

*A tous mes amies : Samira, Katia, Rima, Dalila, Chadia, Assia, Imane,*

*Et Atman qui ma beaucoup aidé dans la réalisation de ce travail même si de loin.*

*A ma binôme Kahina et sa famille.*

*Enfin a tout ceux ou celles qui me sont chers et que j'ais omis involontairement de citer.*

**SONIA**

# *sommaire*

## Sommaire

<b>Introduction :</b> .....	2
-----------------------------	---

### **Le cadre générale de la problématique**

1. La problématique et hypothèse .....	5
2. Les raisons de choix du thème .....	6
3. Les objectifs de la recherche .....	7
4. Définition et opérationnalisation des concepts clés .....	8

### **Partie théorique**

#### **Chapitre I : Le diabète.**

Préambule .....	12
1. Définitions du diabète .....	12
2. Aperçu historique .....	12
3. Les caractéristiques actuelles du diabète .....	13
4. Les types de diabète .....	14
4.1 Diabète de type (1), (Diabète insulino-dépendant) (DID) .....	14
4.2. Diabète de type (2), (Diabète non insuline dépendant) (DNID) .....	14
4.3. Diabète secondaire .....	15
4.4. Diabète gestionnel .....	15
5. Etiopathogénie .....	15
5.1. L'hérédité .....	15
5.2. La fréquence .....	15
5.3. Facteurs révélant de la maladie .....	18
6. Traitement du diabète .....	19
7. Les réactions psychologiques face à la maladie .....	20
Conclusion.....	22

#### **Chapitre II : L'anxiété**

Préambule .....	25
-----------------	----

1. Définitions de l'anxiété .....	25
2. Aperçu historique .....	25
3. Les types d'anxiété .....	26
3.1. L'anxiété état .....	26
3.2. L'anxiété trait .....	26
4. L'anxiété normale et pathologie .....	27
5. Les troubles anxieux : .....	27
5.1. Classification donnée par DSM IV .....	28
6. Symptômes et signes d'anxiété .....	29
6.1 Symptômes psycho-comportementaux .....	29
6.2 Symptômes somatique .....	30
7. Les modèles théoriques de l'anxiété .....	31
7.1. Modèle biologique .....	31
7.2. La théorie psychanalytique de l'angoisse .....	32
7.3. Modèle comportementale et cognitive .....	32
8. Traitement de l'anxiété .....	32
8.1. Traitement non médicamenteux .....	32
8.2. Traitement médicamenteux .....	37
Conclusion.....	40

### **Chapitre III : L'enfant**

Préambule .....	42
1. Définition de l'enfance .....	42
2. Définition de l'enfant .....	42
3. Aperçu historique .....	42
4. Les étapes de développement de l'enfant : .....	43
4.1. L'approche psychanalytique de Freud .....	43
4.2. Développement psychomoteur .....	45
4.3. Développement cognitive .....	46
Conclusion.....	49

## **Partie pratique**

### **Chapitre VI : Le cadre méthodologique**

Préambule .....	52
1. Pré-enquête .....	52
2. La méthode utilisée .....	52
2.1 L'étude de cas .....	53
3. Description de lieu de stage .....	54
4. Les outils de la recherche .....	55
5. Déroulement de la recherche .....	57
6. Le groupe de recherche .....	58

### **Chapitre V : Présentation, analyse des résultats et discussions des hypothèses :**

Préambule .....	60
1. Présentation de cas et analyse des résultats .....	60
Cas 1 .....	60
Cas 2 .....	61
Cas 3 .....	63
Cas 4 .....	64
Cas 5 .....	67
Cas6 .....	68
Discussions des hypothèses .....	71
<b>Conclusion générale</b> .....	<b>72</b>

### **La liste bibliographique**

### **Les annexes**

### La liste des tableaux :

N°	Tableau	Page
01	Représente le groupe d'étude et ses caractéristiques	57
02	Résultats de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton de cas de Madjid	82
03	Résultats de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton de cas de Siham	84
04	Résultats de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton de cas de Nella	86
05	Résultats de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton de cas de Samira	88
06	Résultats de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton de cas d'Alicia	90
07	Résultats de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton de cas de Marouane	92

# *Introduction*

L'anxiété ou angoisse, cette grande inquiétude qui agit négativement sur l'état de l'être et qui le dépossède de quelques atouts et le rend peu sociale vue quelle l'éloigne du groupe ou le laisse mal gérer ses fréquentations avec la société ou il vit.

C'est l'état dont nous parlons est liées essentiellement à des facteurs négatifs liés soit a l'individu comme les maladies ou le manque de confiance en soi, soit lier à l'environnement dont vit l'individu comme l'inattention ou l'abandon. Mais quant cette dernière est liée à une maladie, elle peut provoquer de graves et de mauvais sentiments chez le patient et son environnement, vue que l'être humain agit et réagit sur la société. Ainsi tout maladie de l'être provoque chez lui une vision d'infériorité envers des autres qui sont en bonne santé.

Dans ce qui sont nous étalerons cet état d'anxiété liée une maladie chronique nommée (le diabète), et notre sujet est très délicat puisqu'il s'agit de l'enfant qui ignore cet état à cause de son âge, en plus il est fragilisé par cette maladie et les questions qui se pose est comment l'anxiété se manifeste en lui (les symptômes) , et qu'elle sont les conséquences quelle génère, et dont il faut avoir peur, aussi comment et quelle sont les mesures a prendre pour anéantir ses résultats qui lui permet de prendre conscience de sa malaise psychologique.

A-propos de notre sujet de recherche sur le terrain intituler le thème « anxiété chez l'enfant diabétique », notre population d'étude été sélectionnée dans le service pédiatrie d'hôpital Akloul Ali Akbou pour comprendre comment un enfant diabétique souffre d'une anxiété et quel sont les symptômes qui indiquent cette dernière.

Pour atteindre nos objectifs nous avons un plan du travail qui comporte par un cadre générale de la problématique qui contient d'une problématique avec la question de recherche, une hypothèse, et qui porte aussi sur les raisons de choix de thème, les objectifs de la recherche et en fin par des définitions et l'opérationnalisation du concept clés.

Notre travail est constituer de deux partie : la partie théorique qui comporte de trois chapitre, le première chapitre aborde la maladie « diabète » expliquée par des différents définitions, aperçu historique les caractéristiques diagnostiquer ses types, l'ethiopatogenie, et les réactions psychologique face à la maladie. Le deuxième chapitre est réservé a l'anxiété dans tout ses dimensions : définitions, types, symptômes, les modèles théorique et le traitement. Le troisième chapitre aborde l'enfant, et son développement.

Et la partie pratique qui comporte deux chapitres : le premier est consacré au cadre méthodologique ou nous avons choisie la méthode clinique utilisant un guide d'entretien semi directif et une échelle d'évaluation de l'anxiété de Max Hamilton, et le deuxième chapitre de cette deuxième partie est centré sur la présentation, l'analyse, et l'interprétation des résultats. Enfin en termine par une conclusion générale.

# *Problématique et hypothèse*

### 1-Problématique

Vivre en bonne santé est l'une des principales préoccupations des êtres humains, la santé est un état de bien être physique, mentale et sociale, et ne consiste pas seulement à une absence de maladie.

Cette dernière se définit par rapport à la santé, selon le dictionnaire médicale Larousse la maladie : « est une altération de la santé d'un être vivant ; toute maladie se définit par une cause, des symptômes des signes cliniques et para cliniques, une évaluation et un traitement ». (Ybert E et Al, 2001, p 559.)

De nombreuses personnes sont confrontées à des maladies chroniques, ces dernières constituent une menace sur les perspectives présentes ou futures de la vie d'un individu, le diabète est l'exemple d'une maladie chronique qui se répand à toute vitesse depuis plusieurs décennies, souvent associé à une invalidité et à la menace de complications graves.

C'est en effet une maladie liée à une carence partielle ou totale en insuline qui entraîne un trouble du métabolisme des hydrates de carbone provoquant une hyperglycémie avec glycosuries. Non traité, il évolue fatalement vers l'acidocétose, la déshydratation, le coma et la mort. (Bensenouci.A, 2004, p.485)

Il n'existe pas un seul type de diabète mais plusieurs types, la forme la plus répandue chez les enfants et les adolescents est le diabète de type 1 (DID), tristement connu par la seule et unique façon de le soigner par l'injection d'insuline. Être diabétique, c'est donc devoir endurer un traitement extrêmement contraignant jusqu'à la fin de sa vie, l'enfant va avoir désormais son existence profondément modifiée, la maladie introduit une discontinuité et peut entraver son développement social et affectif (Houdant.J, 2006, p.03)

Selon W.Menninger (1935), F.Dumbar (1948,) p.Swift confirment la présence de traits spécifiques pathologiques chez la population diabétique, ces traits pathologiques peuvent être observés chez les enfants diabétiques et qui sont dus aux hospitalisations répétées. Cependant ces résultats ont été contredits par d'autres chercheurs (E.Kasin et S.Parker, 1942 ; D.H.Crowell, 1953 ; E.Falstein et I.Judas, 1955 ; R.K.Mc Graw et J.M.Tuma 1977) trouvent certains cas d'enfants diabétiques à « personnalité saine ». (J.Y.Vachon, 1984, P.02).

De nombreux chercheurs se sont penchés sur l'étude de la personnalité diabétique et la souffrance psychologique de l'enfant telle que l'anxiété qui est considérée comme « une

disposition de la personnalité à percevoir le monde comme menaçant ». (Naranjo.D.Hood.k, 2013, p, 40)

D'après May (1977) l'anxiété est une réponse humaine visant à réduire ou détruire des forces telles que l'agressivité, la fatigue, l'ennui et la mort. Pour Lui l'anxiété est « *l'expérience de l'affirmation de soi face à la non-existence.*

L'anxiété est comme une sensation de malaise face à une expérience anticipée. Elle est liée aux peurs de l'enfance ainsi qu'aux réactions des enfants aux expériences nouvelle. Il est normal pour les enfants d'éprouver une certaines anxiété. Il y a lieu de s'inquiéter, en revanche, lorsque cette anxiété est anormalement intense, quelle se manifeste fréquemment et dans des contextes différents. (Engels, N et al, 2004, P, 1)

K.Fallstrom (1974) ajoute que les employant des instruments projectifs confirment ses résultats obtenus, qui démontrent que l'anxiété et l'hostilité sont plus élevées chez l'enfant diabétique. En ce qui concerne les relations sociales avec les pairs elles ont été évaluées à partir d'interview et des teste, A.Sayed et D.R.Leaverton rapportent dans leurs études des signes d'isolement ou de mauvaise adaptation chez les jeunes diabétiques, mais selon H.j.johnson (1980),cela ne semble pas être l'apanage de tous les diabétiques mais d'une partie de cette population.(J.Y.Vachon,1984,p.3).

Donc les enfants diabétiques anxieux méritent une considération particulière de la part de leurs parents, car ils peuvent nuire à leurs fonctionnements. Les problèmes d'anxiété surviennent lorsque les réactions émotionnelles des enfants sont disproportionnées par rapport à la nature de la situation à laquelle ils font face et qu'elles interfèrent avec leur vie. D'où l'implication des parents responsables est très importante pour aider leurs enfants à faire face à leurs situations physiques et psychiques.

A la lumière de ce qui a précédé notre but est de répondre a la question suivante qui ont été élaborées a partir, des lectures et des études déjà faites et de nos constatations sur le terrain a travers notre pré-enquête sur notre thème de recherche.

-Est-ce que les enfants diabétiques souffrent d'une anxiété ?

## **2- L'hypothèse de la recherche :**

Pour répondre à la question de notre recherche on a formulé l'hypothèse suivante:  
Les enfants diabétiques souffrent d'une anxiété a des degrés différentes d'un cas a un autre.

## **3- Les raisons du choix du thème :**

Les raisons qui nous ont favorisées pour le présent objet de recherche sur anxiété chez les enfants diabétiques sont :

- La fréquence de cette pathologie « diabète » qui touches toutes les tranches d'âge surtout les jeunes enfants.
- L'importance de coté psychologique et son impact sur le vécu du malade et sur sa maladie.
- La disponibilité de l'échantillon pour réaliser cette recherche sur le terrain.

### **4- Les objectifs de recherche :**

L'objectif de notre recherche est de saisir le vécu psychologique du patient souffrant d'une maladie chronique qu'est le diabète. Et évaluer la symptomatologie anxieuse chez ses patients, et de souligner qu'il ya un ensemble réunies de facteur qui déclenchent et amplifient, l'anxiété de chaque enfant diabétique, et c'est ce que on va illustrer par la réponse a nos question, également d'évaluer l'intensité de l'anxiété.

Attirer l'attention sur la nécessité de prendre en charge ses enfants.

### **5- Définition et opérationnalisation des concepts clés :**

#### **5-1 Définition des concepts clés :**

##### **5-1-1 Définition de diabète :**

C'est un état caractérisé par une concentration excessive de glucose dans le sang (hyperglycémie). A partir d'une certaine concentration, il se retrouve dans les urines, qui n'en contiennent jamais a l'état normal (glucosurie). La définition officielle et simple retenue, aujourd'hui est : « Le diabète est un syndrome d'hyperglycémie chronique de causes multiples ». (Dr. M.J.Chicauri, 1983, p 15)

##### **5-1-2 Définition de l'anxiété :**

L'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger imminent. Elle peut être paralysante ou, au contraire, susciter de l'agitation (avec incapacité a rester en place). (Palazzolo, J , 2007, p 61)

##### **5-1-3 Définition de l'enfant et enfance :**

Au sens étymologique, le terme d'**enfant** du latin « infans », désigne l'être humain qui n'a pas encore acquis l'usage de la parole. Dans son acception actuelle en psychologie, le terme d'**enfance** désigne une étape du développement de l'être humain qui, selon les auteurs, se situe entre la naissance et la maturité, entre la naissance et la puberté ou encore entre l'émergence du l'engage et la puberté.

### 5-2 Opérationnalisation des concepts clés :

#### 5-2-1 Diabète :

Est une maladie qui se caractérise par la présence des signes suivants :

- Un besoin fréquent d'aller uriner ou polyurie.
- Une soif inhabituelle ou polydipsie.
- Une fatigue générale ou asthénie.
- Une perte de poids ou amaigrissement.
- Une infection récidivante (qui se répète).

#### 5-2-2 L'anxiété :

L'anxiété est un état de malaise marqué par la présence des symptômes suivants :

- Une peur diffuse inexplicée.
- Malaise moral et inquiétude.
- Préoccupation persistante et excessives.
- Irritabilité.
- Agitation.
- Inquiétude.

#### 5-2-3 l'enfant

- Etre humain de sa naissance jusqu'a l'âge adulte.
- Un être en pleine croissance, un adulte en devenir, qui n'a pas les moyens de se protégé seuls.

# *Partie théorique*

*Chapitre I*  
*Le diabète*

## Préambule :

Le diabète est l'une des maladies chroniques qui peut affecter toute personne ayant des prédispositions héréditaires et autres pour cette maladie, elle peut toucher l'adulte comme l'enfant.

## 1-Définition du diabète :

1-1- Le diabète est lié à une carence partielle ou totale en insuline qui entraîne un trouble du métabolisme des hydrates de carbone provoquant une hyperglycémie avec glucosurie.

Non traité il évolue fatalement vers l'acidocétose, la déshydratation, le coma et la mort. (A.Bensenouci, M.Mazouni, 1994, P. 485).

1-2- A l'état normal, la glycémie fluctue tout au long du nyctémère dans des limites étroites. Chez un sujet non diabétique, elle est de l'ordre de 70 à 80 mg/dl et ne dépasse pas 100 mg/dl à jeun. En période postprandiale, elle reste habituellement inférieure à 140 mg/dl. Le diabète est un syndrome regroupant un ensemble de maladies métaboliques ayant en commun une hyperglycémie. Celle-ci fait suite à une anomalie de sécrétion et/ou d'action de l'insuline. L'hyperglycémie est responsable à terme du développement de complications vasculaires et/ou neurologiques. (M.Buysschaert, 2006, P. 1).

1-3- Selon le dictionnaire médical « C'est un terme générique désignant un groupe d'affection caractérisées par une polyurie avec polydipsie. (J.Queauvilliers, A.Fingerhut, 1997, 1999, 2001, P 283).

## 2-Historique de la maladie de diabète :

Le diabète est une vieille maladie. Il était connu des égyptiens 3000 ans avant Jésus Christ. Au VI<sup>ème</sup> siècle avant premier chrétien, les chinois savent déjà le distinguer grâce à la saveur sucrée des urines. Un siècle plus tard, Sechrona, médecin Indou, décrit une affection associant saveur sucrée des urines, soif, polyphagie mauvaise haleine et asthénie. Ce n'est que deux siècles plus tard que le mot diabète semble apparaître pour la première fois en Grèce.

La maladie était également connue des Arabes sous l'appellation de « Boual » pour désigner les personnes présentant une polyurie mais également « d'urine sucrée » comme le rapportent les encyclopédies « Lissan El Arab » et « El Kamous El mouhit ».

La conception moderne de la maladie commence avec P.Langhérans qui dans sa thèse de doctorat en 1869 à Berlin, soutient l'existence d'amas de cellules sécrétâtes au niveau du pancréas, bien distinctes du reste de la glande. Ces cellules ne déversent leur sécrétion dans aucun canal relie au tube digestif. En 1893, Von Merinj puis Minkowski démontrent que le pancréas est un organe indispensable au métabolisme normal du sucre.

En 1908, Zuelzer à Berlin réduit la glucosurie du chiens rendus diabétiques, par ablation de leur pancréas, en leur injectant des extraits de pancréas dans une de leurs veines. Mais c'est à Paulesco en 1921 à Bucarest que revient le privilège d'émettre l'hypothèse de l'existence d'une hormone pancréatique à action hypoglycémiant que l'on appelait déjà insuline. Quelques mois plus tard en reprenant les travaux de Paulesco, F.G Banting, jeune chirurgien Canadien et C.M Best, étudiant en médecine, faisant partie de l'équipe de Mc-Leod isolent l'insuline. L'année suivante, on assiste à la première utilisation humaine de l'insuline dans le traitement de diabète sucré. En 1923 est découvert le glucagon, hormone également d'origine pancréatique mais ayant une action antagoniste à celle de l'insuline. Les travaux sont alors consacrés presque uniquement à cette dernière, ils sont par trois fois récompensés d'un prix Nobel : découverte de sa formule chimique par Sanger en 1956 mis en évidence de sa structure secondaire et tertiaire par Hodgkin en 1968 élucidation de son métabolisme ce qui permet son dosage radio-immunologique par Yalow et Gegson en 1979.

Dans l'intervalle (1963) Katsoyannis et Lahn réussissent sa synthèse.

Depuis 1980 les travaux s'orientent vers l'obtention d'une insuline humaine grâce au génie génétique (production à partir des bactéries d'*Escherichia Coli* et qui est déjà commercialisée et vers la mise au point d'un pancréas artificiel miniaturisé portable ainsi que vers la transplantation d'ilots de langerons chez les sujets malades.

### **3 Les critères diagnostiques actuels du diabète :**

-Glycémie à jeun (prélèvement de sang veineux)= 1,26 g /L (6,9mmol/L).

-Glycémie = 2,00 g/L (11mmol/L) quelque soit 1 heure du prélèvement en présence de symptôme clinique.

Cependant, au moment du diagnostic de diabète de type 1. La glycémie est souvent déjà très élevée. En cas de doute, un second prélèvement peut être utile pour affirmer le diagnostic.

En l'absence de traitement préventif au curatif, force est de recourir de traitement substitutif par insuline exogène (Anam, 2011, P 05).

## **4-Les types de diabète :**

### **4-1-Le diabète de type 1 (Diabète insulino-dépendant) :**

Le diabète de type 1 (type 1 A) résulte d'une destruction sélective des cellules B des îlots de Langerhans. Les données expérimentales et celles des observations cliniques concordent pour faire de cette maladie une pathologie auto-immune exemplaire, déclenchée chez un sujet génétiquement prédisposé, par des facteurs d'environnement.

La destruction auto-immune des cellules insulinosécrétrices aboutit progressivement (probablement plusieurs années) - mais inexorablement- à un état d'insulinopénie et d'élévation permanente de la glycémie, lorsque plus de 80% des cellules B sont détruites. Il en résulte alors une expression clinique terme d'une langue évaluation préclinique. Le diagnostic est confirmé grâce à la positivité de marqueurs immunologiques. Certains diabètes de type 1 (type 1B), en l'absence de marqueurs, sont considérés comme (idiopathique), parmi eux, il existe un diabète à installation fulgurante, dont le mode de présentation se caractérise par des anomalies cliniques et biologiques très sévères (en particulier l'acidocétose) et par l'absence d'insulte. (M Buysscheert, 2006, P.7, 8.)

Le DID est une endocrinopathie de carence. La disparition de la sécrétion d'insuline est progressive. Le diabète n'apparaît sur le plan clinique que lorsque 85 à 95% des îlots ont disparu. (A. Bensenouci, M. Mazouni, P 487).

### **4-2-Diabète non insulino-dépendant (DNID) :**

Le diabète de type 2 est une maladie hétérogène non auto-immune, dont le diagnostic est posé à l'occasion de symptôme caractéristique ou dans près d'un tiers de cas, par la découverte fortuite d'une glycosurie ou d'une hyperglycémie. Contrairement au diabète de type 1. Dans les conditions basales il existe dans le type 2 une production endogène d'insuline

suffisante pour éviter l'acidose. Cette sécrétion résiduelle est confirmée par les dosages de l'insuline et /ou du peptide-c plasmatique.

### **4-3-Diabète secondaire :**

L'hémochromatose : c'est une maladie héréditaire aboutissant à un dépôt de fer dans de nombreux tissus, particulièrement le foie et le pancréas. Dans près de 50% des cas, l'hémochromatose se complique aussi d'un pré diabète ou d'un diabète. Ils sont liés à une insulino-résistance secondaire à l'atteinte hépatique et à une toxicité directe du fer sur la cellule B du pancréas. (M Buysschaert, 2006, P. 15).

- **Diabète pancréatique :**

Résulte d'une destruction ou d'une disparition anatomique partielle au totale du pancréas.

- **Diabète des autres endocrinopathies et des tumeurs du pancréas endocrine :**

L'acromégalie, l'hyperthyroïdie l'hypercorticisme l'hyperadostéronisme y compris subclinique, l'hyperadostéronisme primaire et phéochromocytome s'accompagne souvent d'un diabète, qui complique aussi certaines tumeurs endocrines du pancréas.

- **Diabète médicamenteux :**

Plusieurs médicaments peuvent induire un pré diabète, en particulier chez des sujets à risque, en inhibant la sécrétion d'insuline et en bloquant ses effets périphériques.

### **4-4 Diabète gestationnel :**

C'est un trouble de la tolérance glucidique de gravité variable apparaissant le plus souvent entre le 24<sup>e</sup> et le 28<sup>e</sup> semaine de la grossesse. (Ibid, P46).

## **5- Etiopathogénie :**

Chez l'enfant et l'adolescent le diabète de type 1 est loin le plus fréquent. L'âge de diabète : en générale 2 pics : l'un entre 11 et 14 ans, l'autre 5 et 8 ans.

Dans la tranche d'âge 0-4 ans une prédominance des garçons a été retrouvée par plusieurs équipes.

L'incidence varie avec les saisons : une augmentation des cas durant les périodes froides (hiver, automne), et réduction durant l'été. (A.Bensenouci, M. Mazouni, 1994, P.485).

### **5-1 Hérité :**

La notion d'un facteur génétique à l'origine de DID est bien établie. L'hérité ne semble cependant pas être le seul facteur puis qu'il est bien admis que d'autres facteurs dits déclenchant (infection, stress...) interviennent pour révéler une maladie asymptomatique chez des sujets génétiquement prédisposés.

La répartition de gène de diabète reflète logiquement la fréquence de la maladie dans une population donnée. Elle est donc comme elle, différente d'une région à une autre. Deux moyens sont utilisés pour étudier cette répartition ; les enquêtes familiales et la détermination des groupes tissulaire H.L.A.

Les enquêtes familiales permettent d'établir des arbres généalogiques sur plusieurs générations et d'étudier ainsi la répartition du gène de maladie. Les antécédents familiaux de DID sont ainsi retrouvés dans 20% des cas lors de la découverte d'un DID chez l'enfant selon L.White. Ce taux s'élève à 75% lorsque le diabète est découvert après 40 ans. (M.Khiati, 1993, P 21.)

### **5-2-La fréquence :**

Le diabète est une maladie de répartition universelle. Sa fréquence varie cependant d'un pays à l'autre, il est plus fréquent dans les pays riches, favorisé par les habitudes nutritionnelles et l'origine ethnique des populations. Dans les pays pauvres ou chez les minorités ayant une faible réserve colique : Esquimaux (Canada), Toubous (Tchad), Indienne (Alaska), la prévalence de cette maladie est moindre même si les habitants paraissent génétiquement aussi prédisposés que ceux des pays riches.

En Algérie, l'enquête épidémiologique effectuée en 1979 (M.R. Ani-Moussa et al) montre une fréquence pour la tranche d'âge 0-15 ans de 23 pour 100 000 enfants soit un diabétique pour 4 400 enfants non diabétiques. Le nombre total d'enfants diabétique peut être en 1985 à 4000 environ.

Dans les autres pays la fréquence globale estimée a 1 pour 10 000. Les différences observées d'un pays a l'autre notamment pour l'Europe occidentale paraissent liées aux facteurs d'environnement aux types d'études statistique choisie, aux critères diagnostique retenus ... Ainsi pour la tranche d'âge 0 – 19 ans, il y'aurait un diabétique pour 3300 enfant français, un diabétique pour 2000 enfants suisses et un diabétique pour 500 enfants anglais. Aux U.S.A..., la fréquence est 1/2500 pour les moins de 15 ans.

Par ailleurs, certaines particularités géographiques sont notées. Ainsi, les enquêtes hospitalières ou nominales faites dans les années 70 montrent une répartition sensiblement identique pour les pays riverains de la méditerranée

Le diabète vrai est exceptionnel chez le nouveau – né et le nourrisson. Pendant la période néo-natale les formes observées son plus souvent transitoires moins de 20 cas de diabète insuline débandant. Vrais ont été rapportés dans la littérature, par la suite la fréquence augmente progressivement et régulièrement par année d'âge. Ainsi cette fréquence est de 2.2% pour la première année de la vie, de 5.5% pour les deux premières années de la vie, puis elle augmente de 7 à 10% par an. Aux U.S.A la fréquence passe de 1/1000 à l'âge scolaire, a 8/1000 pour la tranche d'âge de 25-40 atteint 60/1000 pour les plus de 6 ans. En Algérie, à l'instar des autres pays, la fréquence maximale est notée entre 12 et 15 ans. (M. Khiati. Op.-cit., p19)

### **5.3- Facteurs révélant de la maladie**

De nombreux facteurs ont été incriminés dans la genèse du DID chez l'enfant. Le risque diabétogène, il faut le rappeler, n'est réel que chez les sujets présentant une réceptivité génétique, les facteurs déclenchant interviennent alors en révèlent une maladie jusque-là inapparente.

Parmi ces facteurs, les virus semblent jouer un rôle majeur comme le montrent les arguments suivants :

- ✓ Induction expérimentable d'un diabète chez des rongeurs par inculcation de certain

Verus.

- ✓ Mise en évidence dans certaines observations privilégiées d'agents viraux dans les ilots de langherans de patients décédés peu de temps après la survenu d'un diabète d'évolution fulgurante.
- ✓ Influence saisonnière universellement constatée, sur l'incidence du diabète, en rapport avec la grande fréquence des infections virales.
- ✓ Classique apparition du DID chez l'enfant au décours de certaines affections virales : oreilles, coxasackie, rubéole, grippe, rougeole, maladies des inclusions cytomégaliqes.
- ✓ Apparition très fréquente d'anticorps dirigés contre les virus coxasackie notamment contre le type 4 dans le DID de découverte récente.
- ✓ Certaines études longitudinales remarquent que 50% des enfants ayant fait une rubéole congénitale développent un diabète vers l'adolescence. Un mécanisme immunitaire serait responsable de l'apparition tardive du diabète.

### **- Le rôle des autres facteurs est diversement apprécie :**

- ✓ Une émotion, un grand chagrin, divers stress psychique semblent également intervenir, comme paraissent le souligner de nombreuses observations cliniques.

### **-D'autre facteurs :**

- ✓ Traumatismes, vaccination, pancréatites, Pancréatectomies sont occasionnellement retrouvés dans les antécédents d'enfant diabétique
- ✓ Certains agents chimiques (stréptozotocyme, quelques raticides) peuvent induire expérimentalement Une altération des ilots de langhrans et réaliser ainsi un diabète.
- ✓ En revanche, l'obésité ne semble jouer aucun rôle dans le déclanchement du DID. Il en serait de même l'A.C.T.H et de la corticothérapie.

Le plus souvent, cependant, soit il est difficile d'établir le rôle de tel ou tel facteur, soit aucune cause apparente n'est retrouvée. (khiati ,

## 6- Traitement du diabète :

Le traitement conventionnel du diabète de type 1 comporte des injections régulières d'insulines rythmées par les repas, le contrôle de la quantité et du type d'aliment consommés et l'exercice physique. L'insuline doit être injectée car c'est une hormone peptidique qui serait détruite par les enzymes digestifs dans l'estomac et l'intestin grêle si elle était ingérée. L'exercice physique est utile dans les deux types du diabète car les muscles au travail ne dépendent pas de l'insuline ; ils captent du glucose sanguin et l'utilisent ce qui diminue le besoin global d'insuline.

On distingue essentiellement les insulines à action rapide, prolongée (intermédiaire ou lente), et les insulines bi phasiques. Leur structure moléculaire est identique à l'hormone naturelle (insuline «humaine») ou a été modifiée (insuline «analogue»).

### 6.1 Les insulines à action rapide :

Se présente sous forme d'une solution limpide. Après injection sous cutanée, leur effet hypoglycémiant apparaît en 20 à 30 minutes.

### 6.2 Les analogues « ultrarapides » :

Sont des insulines monomériques obtenues par une modification d'acides aminés au sein des chaînes de l'insuline rapide.

### 6.3 Les insulines à action prolongée :

Comporte des insulines intermédiaires et des insulines lentes.

### 6.4 Les insulines pré mélangées ou bi phasiques :

Combine en une seule injection l'action de l'insuline prandiale et basale.

Plusieurs façons nouvelles du traitement du diabète insulino-dépendant évitant plus au moins les injections quotidiennes d'insulines sont disponibles à l'heure actuelle.

Les pompes à insuline implantées sont capables de libérer une quantité choisie d'insuline mais le sujet doit être attentif ses repas à cette libération pré-réglée d'insuline.

Les transplants de pancréas sont aussi utilisés avec un succès grandissant. Le revers de la médaille est la nécessité du traitement immunosuppresseur afin d'éviter le rejet du transplant. De plus on manque de donneurs d'organe.

Certaines méthodes ont pour objectif de supprimer ces injections grâce à l'administration d'insuline par des voies lui permettant d'éviter sa destruction par les enzymes digestifs ; par exemple

l'inhalation d'insuline en poudre ou l'emploi d'ultrasons pour forcer l'insuline continue dans un « patch » à franchir la barrière. Cutanée un autre espoir est la transplantation d'ilots pancréatique. On a élaboré différentes méthodes d'isolement de cellule des ilots à partir du système immunitaire du receveur potentiel. Ce type d'isolement devrait permettre la greffe de cellules ilots animales ce qui obviérait au manque de donneurs humains. Les ilots de porc seraient particulièrement appropriés car l'insuline de porc est presque identique à l'insuline humaine. (Sherwood, p, 2006, p 54)

Le traitement du DID de l'enfant vise à atteindre trois objectifs :

- 1- Obtenir une prise en charge de la maladie par l'enfant lui-même et/ou sa famille.
- 2- Assurer une croissance normale
- 3- Permettre une activité physique, intellectuelle et sociale normales.

Pour cela, le premier souci du participant, est d'obtenir la collaboration de l'enfant et de sa famille.

Tout en s'efforçant d'expliquer les différents aspects de la maladie à l'enfant et sa famille.

Pour atteindre les objectifs, l'enfant est hospitalisé pendant quelques jours, s'il est très jeune la compagnie de sa mère est indispensable, chez les enfants plus grands il faut insister sur l'importance de visites des parents. L'équipe médicale mettra à profit ce temps (d'hospitalisation et de visite) pour éduquer et enseigner d'un point de vue pratique les principaux aspects thérapeutiques du diabète chez l'enfant. Le but est d'amener l'enfant à partir de l'âge de sept ans à faire lui-même ses contrôles d'urines et à partir de dix ans à adapter lui-même son insulinothérapie quotidienne.

Dans ses grandes lignes, l'éducation de l'enfant diabétique repose sur trois principes :

- 1-Un régime alimentaire libre mais équilibré.
- 2-Une insulinothérapie personnalisée.
- 3-Un mode de vie correct. (M, KIATI ; op, cit 1993)

## **7- les réactions psychologiques face à la maladie :**

Comme pour toute maladie chronique débutant, le diabète fait l'effet d'une catastrophe qui remet en cause les projets de vie de la cellule familiale. Tout d'abord la soudaineté et le caractère radical de cette annonce entraînent une avalanche de sentiments et de réactions très diverses, aussi bien chez l'enfant que ses parents, ses frères et ses sœurs, ses grands-parents... etc. Si l'enfant est jeune, il se sent mieux à partir du moment où le diagnostic est posé, car la mise en route du traitement le rétablit rapidement, il ne comprend pas encore précisément ce

qui lui arrive et ne peut réaliser que cette maladie durera toute sa vie. Petit à petit après quelques années, il prendra conscience de la réalité concrète de son diabète et il risquera à ce moment là d'avoir un contre coup ; il montrera une certaine tristesse, un découragement et peut être même de la colère.

Pour les parent, le diagnostic est ressenti brutalement et peut les plonger dans des émotions très difficile a vivre : colère, honte, anxiété, tristesse...etc. allant jusqu'à la dépression. Ces réactions sont normales et progressivement plus modérées.

Parfois, les attitudes des parents sont d'emblé positive, courageuses, réaliste, les enfants peuvent se montrer matures ils comprennent vite et bien le mécanisme physiologique en jeu (Ch.Ernould, 2001, p.203).

### **7-1. Les réactions parentales**

Les réactions parentales a l'anxiété, provoquée par le diabète sont diverses et dépendant de nombreux facteurs (personnalité parentales, modes relationnel parent-enfant, histoire familiale quant à la maladie).

L'anxiété peut conduire les parents à des limitations non justifiées des activités et des loisirs de l'enfant. Cette surprotection vise à calmer l'angoisse mais en fait également partie dans le cadre de l'ambivalence parentale.

Dans d'autres cas les parents font au contraire preuve d'une permissivité excessive dans tous les domaines, toute contrariété étant sensée aggraver l'état de l'enfant, ce dernier peut alors s'organiser autour d'une toute puissance qui déséquilibrera son développement psychique d'autant plus qu'il sera jeune. Parfois, le cursus scolaire est gravement bouleversé par une telle attitude parentale par peur de lui en demander trop et donc d'accélérer l'évaluation de sa maladie.(P.Ferrari, C.Epelbaum, 1993, P.443).

### **7-2. Les réactions de l'enfant**

Les enfants diabétiques réagissent à leur maladie par une instabilité de l'humeur, ils manifestent généralement un grand besoin de protection qui se mue parfois en dépendance marquée à l'égard des parent et en manque de confiance en soi. R.Bléger (1963) montre combien la vie quotidienne des enfants diabétiques est conditionnée par la nécessité du traitement et par la peur de l'imprévu. L'avenir est obscure, il craint toujours les

complications possibles dans son désir d'être considéré comme « normal », il tente parfois de cacher sa maladie aux autres et adopte des comportements de rébellion qui ne reflètent pas seulement le besoin de se rendre indépendant des parents, mais aussi le désir de s'émanciper de la maladie. ( D.Giovanini , 1988, P.151).

### **7-3.Les réactions de la fratrie**

Face à un frère ou une sœur malade, la problématique de la rivalité fraternelle est bouleversée. Les parents sont d'abord souvent accaparés par l'enfant malade aussi bien sur le plan matériel (temps consacré) que sur le plan psychique, alors que les frères et sœurs seraient en droit d'exprimer une rivalité exacerbée, on leur demande à l'inverse d'exprimer un désir maternel de protection à l'égard de l'enfant malade. Par ailleurs, le discours implicite des parents adressées à la fratrie est souvent de « ne pas en rajouter » ainsi les enfants peuvent ressentir une blessure narcissique transitoire ou parfois chronique pouvant alors prendre place dans la structure de leur personnalité future.

L'expression de l'agressivité vis-à-vis de l'enfant malade est le plus souvent condamnée, ce qui culpabilise encore davantage la fratrie. Dans d'autres cas, les membres de la fratrie peuvent réagir par un mouvement régressif (identification à l'enfant malade, échec scolaire...etc.), recouvrent une dimension d'appel. (P.Ferrari, C.Epelbaum, 1993, P.445).

### **Conclusion :**

D'après tous ce que nous avons abordés sur le diabète, nous pouvons dire que c'est une maladie chronique nécessitent un traitement à suivre, un contrôle médical et personnel continu.et aussi il faut tenir compte du rôle important de suivi psychologique dans la réussite de traitement afin de garantir l'équilibre psychique du malade.

# *Chapitre II*

## *L'anxiété*

## Préambule :

L'anxiété est au départ un phénomène parfaitement normal chez tout être humain. Elle est un mélange d'inquiétude et de malaise que tout le monde ressent de temps en temps, par exemple à la veille d'un examen ou d'une présentation il est normal de se sentir un peu anxieux. L'anxiété est donc une réaction normale à un danger potentiel.

## 1-Définition de l'anxiété :

**1-1-**L'anxiété est un état émotionnel qui possède la qualité subjectif expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, diriger vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclus les symptômes corporels subjectif et manifestes.(Berrada S et Al. 2010, p252).

**1-2-**L'anxiété est une tension résultant d'une appréhension de la crainte d'un danger, parfois mal défini ou inexplicable, perçu comme imminent. (A.S.Stroud, 1997, p, 15)

**1-3-**l'anxiété se défini comme « un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatique, émotionnels, cognitives, et comportementaux. En l'absence ou présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments de peur, d'inquiétude, de difficulté et de crainte ». (M. Ferreri, 1998, P.09)

## 2-Aperçu historique :

L'anxiété était déjà décrite dans l'antiquité. Hippocrate, inventeur de la médecine moderne, désignait par « ancho » la sensation physique de serment, et par « argon » l'anxiété psychique. Aussi, il semble que ce n'est pas qu'au xix siècle que l'anxiété a pu être abordé plus spécifiquement, le philosophe Danois Kierkegaard, conçoit l'angoisse comme inhérente à la condition humaine, moteur de questionnement métaphysique. Depuis, certain philosophes ont continué à réfléchir et à penser à l'angoisse en arrivant à des conceptions parfois déférente.

La réflexion médicale et psychologique sur l'angoisse ne commence qu'à la fin du xix siècle. De Costa(1871) individualise le « cœur irritable », qu'il considère comme une affection nerveuse, dans une optique purement médicale. Elle n'était en fait qu'un isolat des symptômes cardio-vasculaires de l'anxiété tels que nous étudierons plus loin.

De puis de Costa, de nombreux successeurs ont continué a distinguer de façon plus ou moins radicale des tableaux purement somatique dont nous savons pourtant les réelles interactions avec le fonctionnement psychique. Quelques années après de Costa, Freud (1895) conférait à l'angoisse une place centrale dans le fonctionnement psychique humain. (Gury B 1993, P.37)

Ses théories sont complexes et sur certains points contradictoires. Les continuateurs de Freud se sont peu intéressés de manière spécifique a l'angoisse chez l'adulte, s'attachant d'avantage a en repérer la dimension structurante lors de développement de l'enfant.

Ce n est en effet que dans les années (1960), que la réflexion psychiatrique dans ce domaine s'est réactivée avec la découverte des tranquillisants de la classe de benzodiazépines, les premières publications sur les attaques de paniques et les controverses qui en sont nées.

Les années (1970) ont été essentiellement marquées par la découverte de l'existence de récepteurs cérébraux aux benzodiazépines (1977).Enfin la parution de DSM III provoque depuis une dizaine d'année une intense réflexion sur les troubles anxieux. Ces derniers paraissent en effet des terrains de confrontation importants, ou la question de la validité de la référence analytique et particulièrement posée. (B.Gury, 1993, P.38).

### **3-Les types de l'anxiété :**

Selon Spielberger il existe une distinction entre l'état d'anxiété (anxiété situationnelle) et le trait d'anxiété.

**3-1-L'anxiété état :** se rapport à une anxiété passagère liée à une situation limitée dans le temps. Il est associé à une réponse physiologique secondaire à l'activation du système nerveux autonome.

L'intensité et la durée de l'anxiété situationnelle varient en fonction de l'interprétation de l'événement. Ce modèle peut être répétitif si les situations se reproduisent dans le temps.

**3-2- L'anxiété trait :** est une prédisposition à répondre sur un mode anxieux et plus précisément ; la tendance à répondre par la peur à des stimuli stressants. Cette dernière fait le lit des troubles anxieux. (Berrada et Al, 2010, P. 255).

#### 4-Anxiété normale et pathologique :

Nous avons vu que l'anxiété fait partie de la perception d'une situation comme stressante. L'anxiété devient génératrice de stress : l'hypovigilance et l'anticipation du danger mettent le sujet en constante alerte à la recherche de la présence d'hypothétiques stressés.

Le stress s'accompagne d'anxiété et un sujet anxieux repère plus facilement les stressseurs, les situations anxiogènes deviennent presque une sous catégorie des situations stressantes. Si dans le stress, le sujet se sent dépassé par la confrontation avec l'environnement, alors la présence de l'anxiété signale la mise en danger du sentiment du contrôle du sujet.

Dans l'anxiété pathologique, les composantes autonomes décrites ci-dessus ont exacerbées et peuvent prendre, par exemple dans l'anxiété généralisée, un caractère plus durable.

L'anxiété pathologique ; a également des composantes comportementales, inhibant l'action du sujet ou l'incitant à éviter de nombreuses situations , et des composantes cognitives , l'amenant à sous estimer ses capacités réelles ,si bien qu'elle est souvent en rapport avec des affects dépressifs. (H.Boch,E.Depretet al ,2002,p,73,74) .

L'anxiété normale ou pathologique est un ensemble de réactions émotionnelles qui se traduisent habituellement par des symptômes subjectifs ou somatiques ou psychiques ,par des modifications comportementales et par des signes physiologiques objectifs , « le malaise anxieux » se caractérise par divers troubles : attitudes, représentations, pensées centrées sur des thèmes désagréables (échec, mort, peur , ...etc.) ; attentes et sentiments de menaces diffuse ou de danger ;souffrance comportementale (troubles psychomoteurs ; pleurs ; sursaut ;.....etc.) ; troubles de l'humeur : (irritabilité, plaintes..... etc.) ;et en fin souffrance somatique (troubles neurovégétatifs, troubles de sommeil ,.....etc.) (M.Bruchon, Schweitzer, 2002, p, 186,187).

#### 5- Les troubles anxieux :

Les troubles anxieux constituent un groupe d'atteinte très communes. Ils peuvent être graves, mais tout à fait traitables. Ils affectent le comportement, les pensées, les sentiments et la perception physique. Ils comptent un grand nombre d'états en apparence très différents, qui comportent tous l'anxiété comme symptôme sous-jacent principal. Les symptômes de l'anxiété vont d'une simple inquiétude à des épisodes de terreur handicapante. Pour le DSM

IV (Américain psychiatric association 1996), le concept de troubles anxieux regroupe plusieurs entités distinctes. (J.Palazzolo, 2027, p 63) .

### **5-1- La classification donnée par le DSM IV :**

- Une attaque de panique : est une période bien délimitée marquer par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques de paniques sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou un gêne thoracique, des sensations d'étranglement ou des impressions ou des impressions d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perde le contrôle de soi.
- L'agoraphobie : est une anxiété liée a, ou un événement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours se serait disponible en cas d'attaque de panique ou de symptômes à type de panique.
- Le trouble panique sans agoraphobie : est caractérisé par des attaques de panique récurrente et inattendue à propos desquelles il existe une inquiétude à type de panique.
- Le trouble de panique avec l'agoraphobie : est caractérisé à la fois par des attaques de panique récurrents et par une agoraphobie.
- L'agoraphobie sans antécédent de trouble de panique : est caractérisée par la présence d'une agoraphobie et de symptômes de type de panique sans antécédent d'attaque inattendue.
- La phobie spécifique : est caractérisée par une anxiété cliniquement significative, provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutés, conduisant souvent à un comportement d'évitement.
- La phobie sociale : est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitements.
- Trouble obsessionnel compulsive : est caractérisée par des obsessions (entraînant une anxiété ou une souffrance marquée et /ou par des compulsions qui servent à neutraliser l'anxiété).

- L'état de stress post traumatique : est caractérisée par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagnée de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimuli associés au traumatisme.
- L'état de stress aigu : est caractérisée par des symptômes similaires à ceux de l'état de stress post traumatique qui surviennent immédiatement dans les suites d'un événement extrêmement traumatique.
- L'anxiété généralisée (trouble) : est caractérisée par une période d'au moins six mois d'anxiété et de soucis persistants et excessifs.
- Le trouble anxieux due à une affection médicale générale : est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe l'une affection médicale générale).
- Trouble anxieux induit par une substance : est caractérisée par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe de l'exposition à une substance donnant lieu à abus un médicament ou une substance toxique.
- Trouble anxieux non spécifier : permet de coter des troubles avec anxiété ou évitement phobique prononcés qui ne remplissent les critères d'aucuns des troubles anxieux. (Américain psychiatric association, 1995, p 493-494).

### **6- Symptômes et signes d'anxiété :**

L'anxiété se comporte trois caractères principaux :

- Pressentiment d'un danger vague et imminent.
- Réaction physique variées (sensation d'étouffement, palpitation, sueurs, sécheresse de la bouche, vertige, tremblement, troubles du transit).
- Impression pénible d'impuissance ou de faiblesse devant la menace.

(Petit Larousse de la médecine : 4500 articles, 2007 p, 76)

### **6-1-symptômes psycho-comportementaux :**

- L'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation subjective de malaise, de tension interne.

- Les pensées de l'anxieux sont généralement centrées vers l'avenir. Il s'inquiète facilement pour lui-même ou pour ses proches, l'activité cognitive et intellectuelle forge des scénarios catastrophiques dont les termes sont des échecs probables : la survenu d'une maladie gravissime, d'un accident mortel, de problèmes financiers....
- Lors de certains états anxieux aigues, le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation (sentiment de se sentir étranger à son propre corps), et/ou de déréalisation (perte de l'intimité avec le monde environnant habituel).
- Les perturbations cognitives et l'inhibition de la pensée à un certain seuil d'intensité anxieuse trouvent une traduction dans l'altération des performances du sujet.
- L'inhibition anxieuse est aussi comportementale. Elle peut être dans des certains cas marquée par une agitation improductive e désordonnée, ou des comportements marquée par une certaine agressivité.
- Des travaux expérimentaux ont montré que la courbe de la qualité de performances intellectuelles en fonction de l'intensité de l'anxiété avait une forme U inversé. Il semble exister - pour un individu devant réaliser une performance précis dans des conditions déterminées – un niveau d'anxiété optimal, mobilisateur, voir moteur. Ainsi les performances sont altérées si l'anxiété est excessive, mais également lorsque celle-ci est insuffisante.

(J.Palazzolo, 2007, p, 62)

### **6-2- symptômes somatique :**

Ce sont très variés et correspondant à un hyperfonctionnement du système nerveux autonome.

- Sur le plan cardiovasculaire : tachycardie, trouble mineur du rythme cardiaque, douleurs précordiales, modifications labile de la tension artérielle.
- Sur le plan respiratoire : les signes vont d'une discrète oppression à des sensations plus intenses d'étouffement, voire de « souffle coupé ».
- Sur le plan digestif : sensation de « boule dans la gorge », nausées, diarrhée.
- Sur le plan neuromusculaire : tension musculaire quelque fois douloureux, tremblement, paresthésies bourdonnement d'oreilles.

- Sur le plan vasomoteur : hypersudation, pâleur, bouffée vasomotrices.
- La présence de signes somatiques est constante lors des états anxieux. Elles souvent au premier plan dans la plainte du patient, ce qui l'amène a consulter -plus souvent qu'un psychiatre- son médecin généraliste, un médecin urgentiste ou un cardiologue. (J.Palazzola, p.62)

## **7- Les différents modèles théoriques de l'anxiété :**

### **7-1- Le modèle biologique :**

L'existence de récepteur cérébraux aux benzodiazépines est établie depuis 1977. Leur découverte laisse sous entendre la possible existence substance produite par l'organisme et qui viendrait s'y fixer, régulant ainsi l'état d'anxiété de chaque individu. Cependant, un tel « ligand endogène » n'a pas encore été (ligand : molécule capable de se lier a un récepteur donnée). La structure et le fonctionnement des récepteurs paraissent très complexe. La compréhension de l'action anxiolytique des benzodiazépines reste donc très lacunaire.

On sait par ailleurs que, certaines substances telles que la caféine, la cholécystokinine, le lactate de sodium, sont susceptibles d'induire des phénomènes anxieux, et notamment des attaques de panique.

Chez l'animale, la stimulation du locus coeruleus, ou sont localisés les neurones noradrénergique, provoque des comportements d'alarme comparables dans un e certaine mesure aux comportements anxieux observés chez l'homme. Le rôle de neuromédiateurs plus récemment individuels (sérotonie, gaba) est actuellement étudié

### **7-2 La théorie psychanalytique de l'angoisse :**

Freud a élaboré successivement deux théories de l'angoisse qui paraissent à premier vue contradictoire :

- La première théorie (1895) est économique ou l'angoisse est conçue (comme la résultante d'une rétention de la pulsion sexuelle, soit par répression (exigence de sur moi), soit par insatisfaction (privation, coït interrompu) ;
- La deuxième théorie (1926) est génétique ou l'angoisse reçoit un sens. Elle est le signal de l'effraction d'une angoisse automatique liée a un conflit intrapsychique. Elle alerte le moi et provoque le refoulement du conflit.

### **7-3 Le modèle comportemental et cognitive :**

Comme les autres émotions, l'anxiété résulte d'un apprentissage par des conditionnements plus au moins précoces. L'approche cognitive, plus récente, paraît aussi plus pertinente.

L'inhibition représente le phénomène central de l'anxiété. Elle est conçue comme résultant de l'activation d'un système d'inhibition comportementale (J.Gray) ayant un support neuro-anatomique. Devenu incapable de traiter les informations qu'il reçoit, le sujet anxieux ne peut plus agir (interruption des « plan d'action »). L'anxiété proprement dite est considérée ici comme secondaire à l'inhibition. Outre le vécu subjectif désagréables, elle comprend un véritable hyperéveil psychique destiné à favoriser la recherche de plans d'actions, recherche qui s'avère improductive ; d'autant qu'il paraît exister dans l'anxiété un traitement sélectif de l'information, les perceptions anxiogènes étant favorisées.

A cet égard, les symptômes somatiques, fréquemment interprétés comme témoignant d'une maladie possiblement grave, renforcent l'anxiété du sujet. (G. Bessancon, 1993, P.45-4

## **8- Traitement de l'anxiété :**

### **8-1 Traitement non médicamenteux**

#### **8-1-1 Les thérapies comportementales et cognitives**

Parmi les approches thérapeutiques qui s'occupe de la prise en charge de l'anxiété et les troubles anxieux, les thérapie comportementales et cognitives(TCC) sont aujourd'hui le traitement qui a montré le plus efficacité ; les TCC se sont construites sur la base des résultats obtenus par la recherche en psychologie expérimentale. Elles représentent l'application de la psychologie scientifique et de méthodologie expérimentale a la psychothérapie (cottraux, 1990 et 2001) leur permettant d'élaborer une modélisation théorique et une modification des troubles psychologique.

Il existe deux grands modèles qui ont façonné et qui façonnent encore aujourd'hui les TCC : il s'agit, d'une part, des théories de l'apprentissage (conditionnement classique et opérant, apprentissage vicariant) et, d'autre part, des théories de la psychologie cognitive (traitement de l'information, processus cognitif, organisation de la mémoire, structures

conscientes et inconsciente...) qui constituent la dernière phase de développement de cette approche. (P.Graziani, 2003, P .70).

### **8-1-1-La thérapie cognitive de l'anxiété**

Beck et Emery (1984) définissent la thérapie cognitive comme bien plus qu'une somme de techniques. Elle est un système psychothérapeutique fondée sur des principes :

- La thérapie cognitive se fonde sur le modèle cognitif des troubles émotionnels :Le modèle cognitif de l'anxiété est utilisé comme base pour l'intervention et est présenté comme fondement logique du traitement. L'attention du thérapeute sera donc posée sur la présence de possibles distorsions dans le discours du patient.

Le modèle de l'anxiété doit également être expliqué au patient afin qu'il comprenne que son anxiété est maintenue par de fausses évaluations.

- Elle est brève et limitée dans le temps : La durée d'une thérapie cognitive pour des problèmes d'anxiété est de 5 à 20 séances.

- Un bon rapport thérapeutique est une condition nécessaire pour une thérapie efficace :

La qualité d'écoute et l'empathie du thérapeute sont parmi les éléments essentiels qui augmentent l'efficacité de la thérapie.

- La thérapie se fonde sur la collaboration entre patient et thérapeute.

La thérapie cognitive est structurée et directive : il est donc essentiel d'établir un ordre du jour à chaque séance, se concentrer sur des objectifs spécifiques et de bien les formuler.

- Elle emploie essentiellement la méthode socratique : le thérapeute cognitif utilise le plus souvent possible le questionnement pour conduire la thérapie. Les demandes aident le patient à devenir conscient de propres pensées, de les analyser à la recherche de distorsion cognitives, de les remplacer par des pensées plus équilibrées et de développer des modes de penser plus adéquats.

- Elle est centrée sur le problème : son objectif est la solution des problèmes actuels.

- La Thérapie cognitive se fonde sur un modèle éducatif : le principe de la thérapie cognitive est que l'anxiété ne se développe pas à travers des motivations inconscientes mais plutôt à travers l'apprentissage de modalités inadaptées de gestion de l'expérience quotidienne.
- La thérapie et les techniques de thérapie cognitive se basent sur le modèle inductif : le thérapeute apprend aux patients à considérer leurs propres convictions comme des hypothèses en fonction des données nouvelles.
- Les tâches que le patient doit faire chez lui sont une caractéristique fondamentale de la thérapie cognitive. (P.Graziani, 2003, p. 82-84)

### 8-1-1-2 Déroulement d'une thérapie cognitive-comportementale

Dans un premier temps, le thérapeute et le patient précisent le motif de consultation : quel est exactement le problème? Quand se produit-il? Dans quelles circonstances? Toutes ces questions, et bien d'autres, permettent de faire l'analyse fonctionnelle du trouble. Cette analyse est une approche qualitative du patient afin de définir et comprendre son fonctionnement singulier, passé et actuel. Cette analyse fonctionnelle applique généralement le schéma SORC acronyme désignant :

- Le stimulus (S)
- L'organisme (O) = les perceptions et les interprétations.
- La réponse (R) = les actions.
- Les conséquences (C).

Afin de l'aider dans cette tâche, le praticien peut utiliser des grilles d'analyse donnant des lignes directrices pour structurer l'entretien. Cette grille comporte deux parties, une est synchronique permettant l'analyse d'une séquence cognitive-comportementale actuelle, et une diachronique aidant à structurer l'histoire du patient.

Dans un second temps, le thérapeute s'engage dans une démarche diagnostique en référence aux taxonomies psychopathologiques les plus récentes (DSM IVTR ou CIM-10). Le thérapeute doit favoriser l'établissement d'un rapport collaboratif dès le début de la TCC. Nous parlons alors d'une alliance thérapeutique qui désigne une relation clinique

patient/thérapeute, car les TCC reposent sur un principe fondamental concevant la thérapie comme un véritable travail d'équipe alliant le patient et le thérapeute. Le patient est alors au centre du processus de changement. (Trouillet, R, 2012, P. 98-100).

Dans un troisième temps, le thérapeute effectue l'analyse fonctionnelle afin de définir et de comprendre le fonctionnement singulier, actuel et passé du patient. La réalisation de cette analyse doit aider le patient à prendre conscience des relations existant entre ses comportements, ses pensées et son environnement.

Dans un quatrième temps, le clinicien complète son examen clinique par des évaluations quantitatives psychométriques.

Dans un cinquième temps, le clinicien élabore avec le patient des hypothèses concernant le problème motivant la demande de thérapie.

Enfin, le clinicien explique le problème psychopathologique postulé et les techniques qui seront mises en place assurer le changement des comportements, des émotions, et la planification de la thérapie. L'ensemble de ces informations constitue le contrat thérapeutique élaboré en partenariat avec le patient. (Ibid, p.100-103)

### **8-1-1-2 La relaxation**

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle de l'angoisse, il est difficile de concevoir des stratégies de gestion de l'anxiété qui n'intégreraient pas sous une forme ou une autre, ce type de méthode, elle n'est pas innée, et s'acquiert par la pratique régulière et l'utilisation adéquate de l'une des nombreuses techniques existantes : training autogène, relaxation musculaire progressive, etc. le but de la relaxation est d'apprendre au sujet à déclencher volontairement une réponse physiologique spécifique qui neutralise les effets indésirable de l'anxiété.

Les effets physiologique de la relaxation font suit à des actions combinées du système nerveux autonome, du système hormonal et du cortex cérébral, qui s'expriment dans une réponse généralisé. Ces effets sont les suivant.

- ✓ Diminution de rythme respiratoire.
- ✓ Diminution de rythme cardiaque.
- ✓ Diminution de la pression artérielle.
- ✓ Diminution du flux sanguin vers les muscles.
- ✓ Diminution des vaisseaux sanguins périphériques.
- ✓ Diminution de la transpiration.
- ✓ Augmentation de la l'élimination salivaire.
- ✓ Stabilisation de la motilité gastrique.
- ✓ Détente des sphincters rectal et vésical.

L'état physiologique de relaxation peut être obtenu si l'individu respecte quatre conditions fondamentales : environnement calme, attitude passive, concentration (sur une image, un mot, une partie de corps, etc.), tonus musculaire diminué

Deux type de relaxation sont essentiellement utilisés en pratique ;

### ● Le training autogène

L'état de relaxation induit par cette technique se caractérise par :

- Une détente musculaire.
- Une dilatation des vaisseaux sanguins et extrémité des membres.
- Un ralentissement respiratoire et cardiaque.
- Une détente abdominale.
- Une fraîcheur ressentie au niveau du front.

Cet état est atteint par étape successives, au fil des séances, en travaillant sur chacun des éléments cités.

Le sujet est installé soit en position allongée, soit en position assis sur un fauteuil ou une chaise. Il se concentre à la fois sur des instructions verbales (par exemple ; votre bras droit est lourd), des représentations mentales (par exemple ; imaginer son bras droit comme étant en plomb), et les sensations corporelles qui découlent, témoins des changements physiologique (par exemple ; la lourdeur du bras droit).

L'état de relaxation induit par cette technique s'acquiert en quelques mois, à raison d'une à deux séances par semaine avec le praticien, associé à une pratique quotidienne chez soi.

### ●La relaxation musculaire progressive

Cette forme de relaxation est particulièrement indiquée pour les sujets ayant des difficultés à s'abandonner passivement à la technique précédente, et préférant une technique plus active.

Les exercices consistent à faire alterner la contraction et la détente de groupes musculaire : le sujet contracte fortement un groupe de muscles et se concentre sur les sensations physique de tension : il relâche ensuite et détend progressivement les muscles et se concentre de la même façon sur la sensation de détente musculaire.

Successivement, différents groupes musculaires sont abordés, en général dans l'ordre suivant : bras, avant-bras, épaule, cou, mâchoires, yeux, front, dos, thorax, abdomen, fesses, jambes, mollets.

L'ensemble des exercices, pour chaque groupe musculaire, dure environ quinze minutes. Au début, une période d'apprentissage, il est nécessaire de pratiquer une à deux fois par jour la totalité de ces exercices, en faisant alterner contraction et détente. Progressivement, le sujet apprend à obtenir une détente des muscles en ayant de moins en moins recours à la phase initiale de contraction. (J.Palazzo, 2007, P.67-68)

## 8-2 Le traitement médicamenteux du sujet anxieux

- Les benzodiazépines

« Les benzodiazépines sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux. Elles ont un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant et un effet amnésiant (entraînant une amnésie essentiellement antérograde).

Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. De plus, elles potentialisent sérieusement l'action sédatrice de l'alcool ». (J. Palazzolo, 2007, p71)

- **L'hydroxyzine (Atarax)**

Indiquée dans le traitement de l'anxiété, l'hydroxyzine agit sur les récepteurs histaminergiques H1 (ce qui entraîne une certaine sédation), mais également sur les récepteurs sérotoninergiques 5HT<sub>2C</sub> (récepteurs impliqués dans les phénomènes de satiété, ce qui peut être à l'origine d'une prise de poids non négligeable). Parfois utilisé en prémédication sédatrice (anesthésie, examens para cliniques anxiogènes), l'hydroxyzine est également prescrite en allergologie dans le traitement des rhinites spasmodiques, de l'urticaire ou de la conjonctivite.

C'est un dérivé de la pipérazine non apparenté chimiquement aux phénothiazines. Bien souvent préférée aux benzodiazépines en raison de l'absence de dépendance et de tolérance, elle n'a pas d'effet de dépresseur cortical mais inhibe l'activité de certaines régions subcorticales. Ainsi, elle est sur le plan clinique à l'origine d'un apaisement émotionnel et d'une légère sédation bien utiles en cas d'anxiété patente.

- **La buspirone (Buspar)**

Elle est principalement indiquée dans le traitement de l'anxiété généralisée. Elle est cependant peu utilisée en raison d'un effet anxiolytique modéré et long à atteindre (2 à 4 semaines). Elle ne provoque quasiment pas de sédation, pas d'atteinte de la mémoire ou de l'équilibre, ne potentialise pas les effets de l'alcool. Elle ne provoque pas d'accoutumance, et le traitement peut être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage. Ce médicament est généralement bien toléré. (Ibid, p, 73)

- **L'etifoxine (Stresam)**

Elle est indiquée dans les manifestations somatiques de l'anxiété, principalement pour tout ce qui concerne la sphère cardio-vasculaire (tachycardie). Elle n'entraîne pas de dépendance, ni d'accoutumance, ni d'effet rebond. L'effet recherché est une action régulatrice neurovégétative. (J.Palazzolo, 2007, p73)

- **Les carbamates**

Le chef de file de cette famille chimique est le méprobamate (Equanil), utilisé depuis 1955. Les carbamates ont 3 propriétés principales ; ils sont à la fois anxiolytiques, sédatifs et myorelaxants.

Le méprobamate est prescrit en cas d'anxiété, mais il peut également être utilisé en prémédication sédatif (anesthésie, examens para cliniques anxiogènes) et dans le cadre de contractures douloureuses réflexes.

Son action s'effectue par une inhibition sous-corticale au niveau de la formation réticulée et du thalamus. C'est donc un anxiolytique par diminution de l'excitabilité du système limbique.

Il peut entraîner des dépendances, et à fortes doses il est hépatotoxique. (Ibid, p.73)

### **-Les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline**

#### **(IRSNA) :**

Ces antidépresseurs ont un délai d'action plus long que celui des benzodiazépines, ils n'agissent qu'au bout de 15 jours-3 semaines. En revanche, leur efficacité semble durer plus longtemps que celle des benzodiazépines, qui s'arrête après un ou deux mois. Ces médicaments sont aujourd'hui le traitement de choix de troubles anxieux, car ils sont en général bien tolérés (les effets indésirables les plus courants sont des nausées légères, qui ont tendance à s'atténuer en moins d'une semaine), ils n'entraînent pas de dépendance, pas d'accoutumance et ne sont pas sédatifs. Il faut les voir comme un traitement de fond de l'anxiété. (Ibid, p.74)

- **Les antidépresseurs tricycliques**

La plupart des antidépresseurs tricycliques permettent de réduire les symptômes de l'état de stress post-traumatique, et certains constituent des traitements efficaces des TOC. Les antidépresseurs tricycliques ont besoin généralement de deux à trois semaines pour faire leur effet. Les principaux effets indésirables sont une prise de poids, une somnolence, une sécheresse de la bouche, des vertiges, des tremblements et des atteintes des fonctions sexuelles.

- **Les bêta-bloquants**

Ils sont principalement utilisés pour réduire certaines des symptômes physiques de l'anxiété, comme la tachycardie, la transpiration et les tremblements, et pour contrôler l'anxiété dans des situations de stress social. Ils sont souvent prescrits chez des individus atteints de la phobie sociale. (J.Palazzolo, 2007, P.73 ,74)

## **Conclusion :**

L'anxiété est une composante de notre vie, chaque personne est confrontée à des situations anxiogènes. Cependant, cette anxiété peut être positive, si elle est dans les normes, ou négative si elle devient exagéré ou pathologique, notamment quant on est face à une maladie chronique.

# *Chapitre III*

## *L'enfant*

**Préambule**

L'enfant est un être humain qui se développe d'une façon permanente sur différents aspects. Puisque notre recherche porte sur les enfants diabétiques alors nous avons construit tout ce chapitre dans lequel nous allons présenter la définition de l'enfance et de l'enfant, l'historique et les étapes de développement.

**1-Définition de l'enfance :**

C'est une période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence. Est l'étape nécessaire à la transformation du nouveau-né en adulte. Selon A. Gesell, l'être humain a besoin de cette longue période pour comprendre et assimiler les structures culturelles complexes auxquelles il devra s'adapter. Dans cette période dynamique et d'une extrême richesse, où la croissance se fait dans tous les domaines à la fois, on distingue trois grands stades (que les pédagogues avaient déjà remarqués) : La première enfance, jusqu'à trois ans ; la deuxième enfance, de trois ans à six ou sept ans ; et la troisième enfance, qui se termine par la puberté. (N.Sillamy, 1999, p, 97)

**2- Définition de l'enfant :**

Selon Norbert Sillamy « 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 particulières. (N.Sillamy, 1983, P.251).

**3-Aperçu historique :**

C'est les observations rigoureuses de grands maîtres Darwin et Piaget qui ont fondés les contenus empiriques, puis théoriques de la psychologie de l'enfant. Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, le regard de la société et de droit à l'égard de celui-ci a changé, de plus en plus, et il lui a été connu le droit de constituer un être en soi, d'égale valeur avec l'adulte. Avec le temps, la communauté a pris l'option de considérer l'enfant comme un sujet ; sujet déjà là, présent actuel et sujet au devenir fondamentalement imprévisible, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de progression linéaire stricte de l'enfant à l'adulte. Du point de vue philosophique, le sujet c'est l'être pensant, considéré comme le siège de la connaissance, une conscience libre et créatrice. (MM.Bourrat, R. Garoux, 2003, P.11).

#### **4- Les étapes de développement de l'enfant :**

Certains auteurs comme J.Piaget, S.Freud et A.Freud décrivent le développement de l'enfant par stades successifs, ordonnés de manière immuable et nécessaire.

En effet, le développement est logique et progressif ; c'est-à-dire une étape doit être franchie pour qu'un nouveau niveau psychomoteur, cognitif ou affectif soit atteint.

#### **4.1 L'approche psychanalytique de Freud**

La psychanalyse n'a étudié directement les enfants que secondairement.

C'est par reconstruction à partir d'analyse d'adultes essentiellement que Freud a décrit la névrose infantile « normale (conflits liés au complexe d'œdipe et à l'angoisse de castration existant chez tout enfant au cours de son développement) ». (J.P.Visie, 2008, p 135)

#### **4.1.1 Les stades de développements psychoaffectifs selon Freud :**

Le fondateur de psychanalyse, Freud, a proposé cinq grandes étapes du développement. Chacune de ces étapes se caractérise par une certaine zone érogène, source d'énergie psychosexuelle de l'enfant.

#### **4.1.1.1 Le stade oral (0-12mois) :**

La zone érogène investie est la cavité buccale. Le mode de plaisir est lié à la succion, puis dans un second temps également à la morsure (sadisme oral). Le mouvement psychique concomitant de ce stade est l'incorporation, base ultérieure des processus d'identification.

Le conflit qui déclenche sa survenue est dû à l'absence du sein ou de ses substituts à certains moments. L'enfant ne peut l'avoir totalement et toujours instantanément à sa disposition, d'où une certaine frustration.

Les modalités relationnelles sont celles d'une relation duelle, c'est-à-dire que l'enfant ne peut réellement interagir avec plus d'une personne à la fois. (P.Ferrari, Epelbaum, P. 5)

#### **4.1.1.2 le stade anal (1-3 ans) :**

C'est un moment où l'enfant devient de plus en plus sensible à la région anale, c'est également le moment où les parents mettent en place des habitudes de propretés. (N.Calvin Deug Avignon 1998, p3)

#### **4.1.1.3 Le stade phallique œdipien (3 à 5 ans) :**

Les zones érogènes investies de façon privilégiée sont les zones génitale et urétrale : le plaisir est lié à l'exhibition, au voyeurisme concernant les organes génitaux.

Les théories sexuelles infantiles élaborées à cette période mettent en scène un seul organe sexuel : le pénis, l'enfant cherche à élucider la question, à travers la reconnaissance anatomique des sexes, le fait que certains en possèdent un (les garçons) et d'autres pas (les filles)

Certains fantasmes sont construits pour résoudre cette énigme : les filles auraient perdu leur pénis, qui pourrait avoir été volé, ou enlevé en raison d'une faute qu'elles auraient commise ; elles chercheraient à s'en procurer à nouveau un. Les garçons risqueraient de perdre le leur, et ainsi seraient menacés de devenir des filles. (C.GRaindorge, 2005, p 12,13)

#### **4.1.1.4 Période de latence (5-12 ans) :**

La correcte élaboration du complexe d'Œdipe permet à l'enfant de se « mettre en attente » et donc de refroidir « ses fantasmes » sexuels.

Les zones érogènes investies sont maintenant multiples (orale, anale, génitale). Cependant, il y'a pas de conflits centraux et les modes relationnels s'ouvrent d'avantage sur le monde extérieur, permettant à la pulsion épistémophylique (besoin et désir d'apprendre ) de s'épanouir au mieux, l'esprit étant plus libre (moins d'excitation sexuelle que dans le stade précédent).

On parle « d'âge de raison » à cette période de socialisation et d'apprentissage très dense entre en CP, apprentissage de la lecture, de calcul, accès à des notions, socialisées (mensonge, vérité ; briseur, etc.) (Ibid, 2005, P.15).

#### **4.1.1.5 L'adolescence :**

Elle constitue le stade génitale par excellence puisqu'elle s'inaugure par la puberté la sexualité passe d'auto-érotique à hétéro-érotique les pulsions partielles s'organisent sous le primat du génital. La logique œdipienne se réveille de façon intensive. Les modifications

corporelles induisent un remaniement des relations avec l'entourage et souvent une crise sur plusieurs niveaux investissement d'autres modèles d'autres modèles parentaux estime de soi, le changement spectaculaire de morphologie fait que l'adolescent ne se reconnaît pas dans la glace. (T. Anatrella, 1933).

#### 4.2 Le développement psychomoteur :

Rendre compte de développement psychomoteur de l'enfant de façon succincte et complexe. Le développement psychomoteur s'effectue selon un schéma et des lois déterminent. En outre, l'acquisition des fonctions motrices dépend de l'élaboration des structures anatomiques qui leurs sont indispensable. Enfin, l'évolution motrice se caractérise par deux lois : céphalo-coudal et proximo-distal.

Les caractéristiques de la psychomotricité du nourrisson sont particulières. On relève au niveau des membres une hypotonie physiologique du tonus musculaire, avec des attitudes en flexion et une motricité spontanée faite de mouvement diffus et anarchique. Au niveau de visage, on observe une modalité (moues, grimaces) qui peut avoir valeur de communication pour la mère et préfigure le sourire. Quand au réflexes archaïques sont des réponses matrices qui caractérisent la période néo-natal ; sont des réactions physiques involontaires en réponses à certains stimuli spécifiques qui témoignent pour certaines d'entre elles d'un état de développement du cerveau incomplètement achevé à la naissance. On les appelle « archaïque » car ils vont disparaître au cours du développement. (Guidetti. M, 2002, p, 32)

Enfin, on peut noter que la prédominance de la sensibilité cutanée, gustative et olfactive sur l'auditive influence prépondérante sur le vécu du bébé.

Entre 0 et 2 ans, le tonus musculaire évolue, au niveau des membres vers une hypotonie et des attitudes en extension. On outre, le développement postural se perfectionne et vérifie la loi céphalo-caudal (maintien de la tête vers 5 mois, position assise vers 8 mois et station debout à 1 ans)

La marche quant à elle, est acquise vers 14-16 mois alors que le contrôle de la station vertical et la coordination des mouvements alternés des membres inférieurs sont acquise.

La préhension volontaire, importante chez l'enfant pour la reconnaissance des objets et l'exploration de son corps, suit également une évolution par stade.

Cubito-palmaire (préhension par les quatre dernier doigts) à 5 moi, elle devient digito-palmaire (entre la paume et les quatre dernier doigts) a 6 mois, puis radio-palmaire (entre le bord latéral du pouce et les dernières phalanges de l'index) vers 7-8 mois et enfin radio-digital (entre le pouce et l'index) vers 10 mois.

Dans le domaine de la sensorialité, la différenciation de la vision et de l'audition permet au jeune explorateur d'investir un environnement plus lointain.

Enfin, en dehors de la motricité spontanées caractérisée par des mouvements éventuellement stéréotypes et circonscrit normaux dans certaines limites, la motricité impliquée dans la communication avec autrui s'enrichit. Ainsi, la mimique volontaire apparaît vers deux mois sous la forme de la réponse par le sourire au visage humain de face et les moments de l'enfant s'organisent en gestes intentionnels avant d'accéder au statut de conduites symboliques (fin de la deuxième année).

A partir de 2ans et ensuite les possibilités perceptivo-motrices de l'enfant. Se perfectionnent dans le sens d'une plus grand finesse et maîtrise, et d'une plus grande capacité chez lui a se représenter son corps et l'espace. Schématiquement, l'évolution concerne le contrôle tonico-moteur, la latéralisation, le schéma et l'image du corps.

#### **4.3 Le développement cognitif :**

Le développement intellectuel et cognitif est le résultat d'un développement pulsionnel. L'activité psychique encore appelée « pensée » est quant a elle, le fruit de transformation des pulsions à partir du somatique ; elle est donc la plus éloignée des impressions des sens. Piaget et Wallon deux théoriciens de langue française, se sont intéressés à la genèse de l'intelligence.(Gueniche.K, 2007, P.11, 13,14)

Jeant Piaget (1896-1980) psychologue suisse, s'intéresse des les années vingt a la genèse des structures logiques fondamentales et a l'élaboration de la pensée catégorielle. Il utilise plusieurs types d'approche : l'observation directe de l'enfant (qu'il questionne à différents propos), la méthode clinique (il s'entretient librement avec l'enfant sur un thème qu'il lui soumet) et la méthode concrète (il soumet l'enfant a des situations expérimentales que celui-ci doit résoudre)

Pour J.Piaget, la pensée naît de l'action. Il existe pour lui une interaction entre l'innée et l'acquis et il entre son intérêt sur les relations entre l'enfant et le monde extérieur. Le développement et l'intégration des fonctions cognitives naissent de l'enrichissement de la structure de base de l'enfant, grâce à des expériences successives et répétées. Par contre, Piaget ne met pas ses théories en parallèle avec le développement affectif de l'enfant.

J. Piaget décrit différents stades véritables étapes du développement, qui présente trois caractéristiques : leurs ordres de succession est constant, les acquis d'un âge donné sont intégrés dans la structure de l'âge suivant (caractère intégratif) ; un stade représente une structure d'ensemble pour ce qui est des différents modes d'évaluation de la pensée. (P.Ferrari, C, EPELDAM, 1993 p 12,13)

Trois mécanismes sont fondamentaux dans la mise en place du maniement des opérations intellectuelles :

- L'adaptation : la pensée établit un équilibre entre l'organisme lui même et le milieu extérieur.

- L'assimilation : la pensée intègre de nouveaux éléments, notamment a partir de processus d'imitation.

-L'accommodation : la pensée transforme les structures du sujets en fonction d'éléments du monde extérieur ce qui lui donne accès aux processus d'indentification.

(C.Graindorce, 2005, p 26)

#### **4.3.1 Le stade sensori-moteur :(0-2 ans) :**

Comme son nom l'indique, ce stade correspond au développement et à la coordination des capacités sensuelles et motrice du bébé. Il est caractérisé par des exercices des actions sensori-motrices. L'intelligence qui va se manifester a la fin de la première année est due a la mobilité des schèmes, mais c'est une intelligence qui n'est encore que pratique (liée a l'action). A la fin de la deuxième année, les représentations mentales naissantes vont permettre à l'enfant de manipuler en pensée et non plus seulement en action. Elles vont donc permettre une intériorisation des actions. (C.Tourrette, M, Guidetti, 2008, p22)

#### 4.3.2 La période préopératoire de 2 à 7-8 ans :

Nous gardons ce terme de période car, pour Piaget un stade se caractérise par une structure d'ensemble, c'est le cas de précédent : le stade sensori-moteur, et du suivant : le stade des opérations concrètes). Il s'agit ici d'une période au stade suivant, mais qui mérite d'être étudiée en elle-même, par l'importance des acquisitions de cette période en particulier celles qui caractérisent la fonction sémiotique et symbolique. Il y'a au cours de cette intériorisation de l'action. Une « institution » pour Piaget est une action intériorisée mais non réversible et qui set de transition entre les actions sensori-motrices du bébé et les « opérations » de l'enfant plus âgé. L'enfant va se servir de ses représentations mentales pour évoquer les objets ou événements qu'il a rencontrés, même s'ils ne sont pas présents : c'est la fonction symbolique ou sémiotique, ou l'enfant apprend a exprimer en signifie a l'aide d'un signifiant (mot, dessin, comportement...). Néanmoins, l'enfant reste encore a cette âge prisonnier de son propre point de vue dont il a du mal a imaginer que se ne soit pas le seul possible. (C.Tourrette, M, Guidetti, 2008, p22)

#### 4.3.3 Le stade opératoire concret (7-8 ans à 11-12 ans) :

La mobilité croissante des structures mentales de l'enfant le conduit a envisagé d'autres points de vue que le sien propre. Il devient capable d'opérations mentales, c'est-à-dire d'actions intériorisées et réversible : l'enfant peut concevoir qu'a chaque action réalisée correspond une action inverse qui permet par exemple de revenir à l'état antérieur. Il devient capable de comprendre qu'une modification d'une propriété de l'objet n'affect pas simultanément toutes les propriétés possible de l'objet, et que certaines propriétés invariantes permettent le retour a l'état antérieur. Les opérations mentales se coordonnent en système d'ensembles qui sont des structures (par exemple logico-mathématiques ou infra logique). Ce qui différencie ce stade de suivant ; c'est le fait que les opérations mentales de l'enfant de cet âge porte sur du matière) concret qui sert de base a son raisonnement, qui est donc encore très dépendant du contenu au quel il s'applique.(C.Tourrette, M, Guidetti, 2008, p22, 23)

#### 4.3.4 Le stade opératoire formel 11-12 ans 15-16 ans :

Le maniement par l'adolescent des opérations mentales a beaucoup progressé, en particulier par ce qu'il devient capable de raisonner, non plus sur un matériel concret comme précédemment, mais sur matériel plus abstrait, comme des propositions verbales ou des signes algébriques : il devient capable de formalisation, la forme de son raisonnement se dissocie du contenu auquel il s'applique. Il développe ainsi une logique formelle et son raisonnement

devient hypothético-déductif (il devient capable de formuler des hypothèses et de les soumettre à vérification)

Ces transformations de la pensée avec l'âge se produisent très progressivement, dans la dialectique incessante des échanges assimilateurs et accommodateurs entre sa pensée et les données de l'expérience par la succession des phases de déséquilibre et de rééquilibre de sa pensée. On passe donc par des transformations progressives et continues de l'intelligence pratique, sensori-motrices, du bébé à l'intelligence représentative puis opératoire. (C.Tourrette, Guidetti, 2008, p23)

Pour Wallon (1942), seul l'homme peut accéder à la forme supérieure de l'intelligence, laquelle est fonctionnelle et se réfère au réel; elle vise en effet à le connaître en s'y accommodant, s'y adaptant et en l'utilisant. L'accent est mis sur la perception qui, plus qu'une sensation, est une activité à l'origine de l'intelligence et sur le langage qui permet une transmission des savoirs et une approche représentationnelle du réel.

La théorie Wallonienne du développement de l'intelligence décrit une série de stades qui répondent à un état transitoire d'équilibre et accorde toute son importance aux axes de l'affectivité-émotivité et de l'équilibre tonico-moteur. On doit ailleurs, à ce psychologue du développement, le concept de dialogue tonique, véritable interaction et échange préverbaux entre le nourrisson et son entourage. (Guniche, K, 2007, P.15, 16)

### **Conclusion :**

Le développement de l'enfant est un long processus qui mobilise toutes ses capacités, affectives et intellectuelles dans un mouvement de séparation individuation le poussant vers son identité propre.

# *Partie pratique*

## *Chapitre IV*

### *Le cadre méthodologique*

**Préambule :**

La partie méthodologique est très importante dans l'étude scientifique, car elle nous rapporte des informations sur la réalité sociale et la réalité psychologique, mais pour sa réalisation il faut suivre une méthode bien précise, car chaque étude demande des étapes méthodologiques qui correspondent à la nature des informations demandées, la différenciation des sujets traités par chaque chercheur amène à la diversité pour la réalisation des objectifs de l'étude.

Dans ce chapitre, nous allons présenter la méthode d'étude suivie, les techniques utilisées dans notre recherche, ainsi que le déroulement de celle-ci sur le terrain.

**1- La pré-enquête :**

La pré-enquête est une phase primordiale, d'investigations préliminaires, de renaissance, une phase de terrain assez précoce dont les but essentiel sont d'aider à constituer une phase problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui sont valide, faible, renseignée et justifie .De même la pré-enquête permet de fixé, une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiel, que le chercheur aura réalisé pour vérifier ses hypothèses.(O.Aktouf, 1987, p.02)

Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche, la consultation de l'hypothèse et de guide d'entretien, et les conditions d'étude, avant d'entamer cette dernière relative au problème posée dans notre thème.

Nous avons réalisé des rencontre avec les mamans des enfants diabétiques au niveau de l'hôpital Akloul Ali à Akbou. Puis nous avons sélectionnées des enfants diabétiques anxieux en utilisant une échelle d'anxiété de Max HAMILTON après avoir l'accord de leurs mamans.

Nous avons informé ses mamans que les techniques de la recherche aux prés deux : un entretien et une échelle afin d'évaluer leurs états psychologique, et le degré de l'anxiété de leurs enfants

**2- La méthode utilisée :**

A fin d'affirmer notre hypothèse nous avons mené une enquête on adoptant une méthode clinique qui nous aidera à répondre a notre problématique que nous présentons comme tell :

La méthode comprend l'ensemble des opérations intellectuelles qu'une discipline met en oeuvre pour démontrer, vérifier et établir les vérités qu'elle poursuit. A partir de cette conception, la méthode apparaît comme un ensemble de règles indépendantes de toute recherche, mais visant des formes de raisonnement qui rendrait accessible la réalité à saisir. (B. Lo, 2000, p.01)

La méthode clinique n'est pas nécessairement celle que le psychologue utilise « auprès du lit du malade ». Les psychologues cliniciens considèrent souvent que la méthode clinique s'applique aussi bien aux conduites adaptées qu'aux désordres de la conduite. Elle est aussi une méthode de recherche qui peut croître nos connaissances générales en psychologie, et non pas seulement la méthode d'une certaine catégorie de praticiens. (M. Reuchlin, 2002, p.97)

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste,...).Elle interviennent en milieu naturel et tentent de donner a travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause a effet, mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donner parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes (K.Charaoui, H.Benony, 2003, P.73).

Selon Lagache (1949), la méthode clinique est l'étude des fait ou des événements psychologiques qu'ils soient normaux de buts différent :

- celui des techniques (teste, échelle d'évaluation, entretiens, dessin, jeu, analyse des textes écrits, observation...) de recueil des informations, en situation naturelle, se recueil d'informations pouvant faire l'objet de différents traitements : analyse de contenu, analyse psychopathologique...etc.

- Celui de l'étude approfondie et exhaustive du cas : compréhension du sujet ; singularité, fidélité des observations, recherche des significations et de l'origine des actes, des conflits ainsi que des modes de résolution des conflits. (J-L.Pedinielli, 1994, p33)

### **2-1 L'étude de cas :**

Nous avons choisi pour mener notre recherche comme technique l'étude de cas qui consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus.

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passés. Pour ce la il rassemble un grand nombre de données issus des entretiens avec le sujet mais également d'autre sources, bilans d'examens psychologiques, témoignage de proches et des soignants.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés .... Le clinicien essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteur ayant probablement entraîné la situation problématique. (K.Chahraoui, H.Benony, 2003, P.125-126).

### **3- Description de lieu de stage :**

Notre étude s'est effectuée au niveau de l'hôpital d'Akbou surnommée « Akloul Ali » est un établissement public chargé de recevoir les personnes qui ont besoin de soins médicaux ou chirurgicaux, il constitue de :

#### **3- 1 - Consistance physique :**

La capacité technique de l'EPH d'Akbou est de 177 lits répartis comme suit :

1-Médecine homme : 33 lits

2-Médecine femme : 35 lits

3-Pédiatre : 33 lits

4-Maternité et gynécologie : 34 lits

5-Chirurgie (homme, femme, enfant) : 42 lits

6-Hémodialyse : 13 générateurs

7-P.U (pavillon des urgences) : 10 lits.

En plus des services d'hospitalisation il est doté d'un plateau technique consistant à un pavillon des urgences, un service de radiologie et un bloc opératoire (dont 4 salles opératoires).

#### **3-2-Effectifs de l'établissement public d'Akbou :**

**Personnel médical :**

- ✓ Médecine spécialistes : 17
- ✓ Médecines généralistes : 26
- ✓ Pharmacienne : 1

**Personnel paramédical :**

- ✓ Paramédicaux diplômés d'état : 113
- ✓ Paramédicaux brevètes : 58
- ✓ Aides soignants : 13

**Personnel administratif et technique :**

- ✓ Personnel administratif : 46
- ✓ Personnel technique et d'entretien qui s'éleva à 101.

**1- Les outils de la recherche :**

On a utilisé comme techniques l'entretien clinique de recherche et l'échelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété.

**• l'entretien clinique de recherche :**

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de donnée dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable pour accéder aux informations subjectives des individus, biographie, événements vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves...etc.

Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique de recherche, c'est le terme « clinique » qui renvoie à :

-Un champ de pratique et d'interventions du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des pions.

-Une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (Chahraoui. K et Benony. H, 2003, p 141)

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

Dans notre étude on a utilisé l'entretien semi-directif qui est un usage complémentaire où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certain thème, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elles s'adaptent à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple. (Chiland. C, 1983, 118-119).

### **Le guide d'entretien :**

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré.

Pour créer un guide d'entretien, le clinicien commence par lire les différents thèmes et sous-thème abordés lors de l'échange, à partir de ces thèmes, il va préparer une liste de questions semi ouvertes, ainsi que les relances (dans le cas où les thèmes n'auraient pas été abordés spontanément par le sujet).

Une attention particulière doit être portée à la formulation des questions pour aider le sujet à donner son avis propre. Il est par exemple déconseillé d'utiliser le terme « pourquoi » qui appelle à une réponse très structurée et rationnelle et qui risque de couper le fil de la communication. (KH.Chahraoui, H.Benony, 1999, P.16).

Donc le guide d'entretien comprend les axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directe ou hiérarchisées ; il s'agit davantage de thèmes à aborder et de formuler les relances pertinentes au moment venu. Les différentes formes de relance doivent également faire l'objet d'une préparation à l'avance.

Notre guide d'entretien est composé de quatre(04) axes chaque axe est composé des questions posées pour recueillir le plus grand nombre d'information possible sur l'enfant diabétique anxieux.

-Le premier axe : comporte les Renseignements personnels du sujet.

-Le deuxième axe : contient des questions sur les informations concernant l'état de santé de l'enfant (maladie de diabète).

-Le troisième axe : traité L'anxiété.

-Le quatrième axe : le but de cet axe porte sur le regard qu'elle porte le patient sur l'avenir.

### • L'échelle d'anxiété d'Hamilton :

C'est l'échelle d'anxiété la plus utilisée, elle a été conçue pour être utilisée chez les patients ayant un diagnostic d'anxiété afin d'évaluer la sévérité de l'anxiété.

-Mode de passation :

Elle comporte 14 items qui va coter un évaluateur après un entretien clinique classique.

D'après Pichot P :

- La note 0 correspond à l'absence de manifestation des symptômes.
- La note 1 correspond a des manifestations d'intensité légère.
- La note 2 a des manifestations d'intensité moyenne.
- La note 3 a des manifestations d'intensité forte.
- La note 4 a des manifestations d'intensité extrême.

Pour chaque item du test il est nécessaire de choisir la note qui correspond, d'après l'expérience de l'expérimentateur, a l'intensité du comportement de l'individu testé.

D'après ( Bech et Coll ;1989) : De 0 à 5 = pas d'anxiété.

De 6 à 14 =anxiété mineure.

De 15 et plus =anxiété majeure.

(M. Bouva, J. Cautraux, 1996,1998, 2002. P 88-89)

### 2-Le groupe de recherche :

Notre échantillon d'étude est présenté par une sélection des enfants diabétique qui ont un suivi psychologique chez la psychologue de service pédiatrie.

Le nombre de cas d'étude contient de 06 cas qui illustrent clairement nos questions de recherche

Nom	L'âge	Le sexe	Niveau scolaire	Type diabète
Madjid	9 ans	Masculin	3 <sup>eme</sup> AP	DID
Nella	7ans	Féminin	2 <sup>eme</sup> AP	DID
Samira	8ans	Féminin	3 <sup>eme</sup> AP	DID
Siham	10 ans	Féminin	4 <sup>eme</sup> AP	DID
Alicia	12 ans	Feminin	5 <sup>eme</sup> AP	DID
Marouane	11 ans	Masculin	5 <sup>er</sup> AP	DID

**Tableau N°** : tableau représentatif de notre groupe d'étude et ses caractéristiques

### 3- Le déroulement de la recherche :

Notre stage de pratique s'est déroulé durant une période de 60 jours, s'étalant de 5/03/2017 au 5/05/2017 au niveau d'hôpital Akloul Ali à Akbou. Apres avoir eu l'accord favorable de la psychologue de service pédiatrie et le directeur de lieu.

On a tenté un contact avec les mamans et leurs enfants, on a essayé de gagner leur confiance et d'expliquer notre but de recherche.

En assurant la confidentialité et l'anonymat et les résultats de l'échelle. Dans notre pratique nous avons changé les noms de nos patients et leurs habitats, afin de garder l'anonymat, ensuite on a réalisé notre entretien en fonction de leurs disponibilité et leurs compréhension, et après on a appliqué la passation de l'échelle.

Les entretiens ont été effectués dans la salle de consultation psychologique, les questions de guide d'entretien ont été posées en langue française mais nous avons traduit ses questions de la langue française a la langue kabyle.

## *Chapitre V*

*Présentation, analyse des  
Résultats et discussion de  
L'hypothèse*

## Préambule :

Ce chapitre est une présentation de ce que nous avons fait durant toute la période de notre stage pratique que nous avons effectué au niveau de l'hôpital Akloul Ali d'Akbou. Nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus durant l'entretien clinique ainsi que les résultats de l'échelle d'anxiété de « Max Hamilton » et tout cela, dans le but de confirmer ou infirmer les hypothèses émises au début de notre recherche.

## I. Présentations des cas et analyse des résultats :

### I.1. Cas de Madjid :

Madjid est un garçon âgé de 9 ans, il est dernier de sa fratrie de quatre enfants, un garçon, deux fille, scolarisé en 3<sup>em</sup> année primaire, ces résultats sont moyens. Son père est agriculteur, sa mère est une femme au foyer.

#### I.1.1. l'analyse des données de l'entretien du cas :

Pendant le premier contact entre nous et Madjid, on a remarqué que le petit était bien à l'aise, c'est un garçon très souriant qui s'est vite sympathisé avec nous. Malgré cela on lui posé les questions de façon à ce qu'il n'ait pas peur mais cela n'empêche que le petit avait des absences pendant son écoute. Il essayait de fuir quelques questions, en répondant par : « **Tsugh ak ...** » j'ai oublié, je ne sais pas, je ne me rappelle de rien ou par son rire.

On a commencé à poser les questions sur l'ancienneté de la maladie chez cet enfant, le petit a répondu : C'est depuis deux ans que je suis malade, « **Helkagh mi ligh sev3a snin dhil 3amriw.** »

Et cela a débuté quand il s'est évanouie à cet âge là à la maison, il a été évacué aux urgences de l'hôpital de sa région. Une fois là-bas, les médecins l'ont consulté et l'ont envoyé faire des analyse, les résultats de ces derniers démontre qu'il a eu une hyperglycémie, annoncé par le médecin généraliste des urgences.

La nouvelle a était brusque au point d'avoir eu un choque inoubliable, c'était le choque de sa vie, pendant son témoignage nous avons remarqué qu'il marqué des poses et que ses mains troublés, il faisait des va et viens, nous avons remarqué également que son tain est devenu tout un coup pâle. Il déclare : « **Yewthiyi tviv iw khatar ouguigh ayiweth tissegnith ayidyekess idhamen seguimare kerhagh thissegnathin oulama dh l'insuline ninou**»

Il a été giflé par le médecin à l'époque où on lui a annoncé la nouvelle, parce qu'il avait eu peur de l'injection. Il était paniqué et il nous a annoncé que sa mère le torturait pour prendre l'insuline en lui disant qu'il retournera à l'hôpital s'il ne prend pas son insuline.

Concernant son régime alimentaire, le sujet ne suit aucun régime, il prend des sucreries en cachette et mange quand il sort de la maison vers l'école.

Pour son état physique et psychique, Madjid pense qu'il est souvent fatigué, il annonce : « **Ts'hussugh kawen idharniw .Vakough adheswegh aman** » le petit a souvent son moral à plat et qu'il ne peut pas jouer avec ses amis de manière récurrente. Quand il revient de l'école il trouve toujours que son taux de glycémie est baissé et il pleure, nous avons remarqué qu'il avait des larmes aux yeux, ça m'arrive de regretter ce que j'ai mangé pendant la journée une fois le test est fait.

On lui a posé des questions à propos de son sommeil ,et il nous a répondu :« **ouganagh arak bouhan ,tskhémimagh kan af vava** » il dormait pas souvent et c'est parce qu'il pensait à son père parce qu'il a eu une insuffisance rénale et je pense chaque jour si c'est dû au diabète cela veut dire qu'il pense aux complications du diabète « **svah ma dekragh ts'hussugh imaniw 3yigh ,ouregugh ara idhess, tsefqa3agh** » Le matin il se réveille il se sent très fatigué, il a souvent envie de ne pas se réveiller et il a aussi des envies de vomissement ,il arrive parfois à ne pas respirer .

Concernant son regard vis-à-vis de l'avenir il nous dit que j'ai pas peur de mon avenir je voulais être médecin et que sa maladie aura pas un obstacle dans sa vie.

### **I.1.2.Interprétation et analyse des résultats de l'échelle d'évaluation de l'anxiété « Hamilton » :**

Selon l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton, un score supérieur à 15 se qui signifie une anxiété majeure, Madjid a obtenu un score de 47 se qui représente une anxiété majeure.

Due ou degré de l'anxiété par rapport à l'échelle ce qui dans les items (1), (3), (4), (5), (6), (8), (10), (14) qui implique une anxiété maximale, et dans les items (2), (7), (9),(11), (12)qu'il y a des signes implique une anxiété forte.

### **I.1.3Synthèse du cas :**

D'après les données de l'entretien et les résultats obtenus de l'échelle de l'anxiété d'Hamilton, on déduit que Madjid depuis sa maladie, souffre d'un syndrome d'anxiété, qu'il a un score plus élevé marqué de 47 points se qui exprime une anxiété majeure.

## I.2. Cas du Nella :

### I.2.1. L'analyse des données de l'entretien du cas :

Néila est une fille âgée de 7 ans, elle est dernier de sa fratrie de quatre enfants, deux garçons, deux filles, scolarisé en 2<sup>ème</sup> année primaire, ces résultats sont excellent. Son père est agriculteur, sa mère est une femme au foyer.

Au début de notre rencontre, Nélla était accompagné par sa mère, la petite fille était très motivé, elle était très souriante d'ailleurs. Chose qui n'a pas trop duré, juste elle nous a vu elle a commencé à être timide, et elle avait paniqué un peu, puis nous avons entamé la discussion avec elle en lui expliquant la raison de notre rencontre dans le but de gagner sa confiance pour un résultat meilleur.

On avait commencé à poser quelques questions concernant sa maladie, et elle répondait facilement, « **Théltéchor aya gmi helkagh skar** » elle nous a signalé que sa maladie date de trois mois, et elle a commencé à nous raconter comment était sa réaction, elle avait des mal de tête et en classe elle demandait à son enseignant d'aller au sanitaire à chaque reprise.

Un jour elle est sorti de l'école ,elle était accompagnée par ses frères et tout d'un coup elle est tombé par terre ,et quand elle s'est réveillée, elle s'est retrouvée à l'hôpital elle témoigne : « **Nssigh smana khedmeniyi tissegnathin ,les analyses , nek tiligh kan tsétsrugh** ». La pédiatre la orienté vers un psychologue de l'hôpital, qui lui a annonce qu'elle avait du diabète en lui expliquant le traitement qu'elle doit suivre, elle penser comment dorénavant aller à l'école et au regard que porterons ses camarades sur elle, elle déclare : « **thura veddugh tsnamagh yerna tsiyigh adh'hefdhagh adhkathagh imaniw thésegnathin iwakken outhkhedem ara yema aghilif** » elle ajoute qu'elle faisait son test de glycémie seule ,les premiers jours c'était pas facile vu que j'avais peur de voir du sang devant mes yeux mais au fur et a mesure ça a changé . Je fais tout ce que le médecin me dit à propos de mon traitement ainsi que mon régime alimentaire.

Concernant l'état physique et psychique on a remarqué que Nella était très peureuse te sa santé était son seule soucis, elle se sentait pas à l'aise et elle sentait qu'il lui manqué souvent quelque chose, c'était facile de la faire pleurer, une chose de rien du tout la faisait pleurer, ça la rend triste et désolée chaque fois quelle pense à sa maladie, elle dit : « **tshussugh dhaqagh**

**kufregh itsa3riyi adarragh enefss** » je panique trop je vais des vas et viens presque tout le temps , je ne peux pas rester dans une seule place et en ce qui concerne mon sommeil ,je dors tôt mais je me réveille pour aller au sanitaire et le matin je me sens fatiguée ,elle a des difficultés de respiration.

Enfin vis-à-vis de son avenir, elle à un fort espoir pour sa guérison, elle souhaite que les médecins trouvent une solution pour la guérison.

### **I.2.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle d'évaluation de l'anxiété« Hamilton » :**

Nella a obtenu un score de 25, d'après l'échelle de l'évaluation d'anxiété d'Hamilton, un score supérieur à 15 se qui signifie une anxiété majeure , cela indique que Nella présente une anxiété élevée , le degré de l'anxiété chez elle selon l'échelle d'évaluation présente dans les items (2),(6) des symptômes maximale, dans les items (8), (11) des symptômes forte, et (1), (10), (12), (14)est moyenne et enfin dans les items (4), (7), (13) inclut ses symptômes faible

### **I.2.3 Synthèse du cas :**

D'après les résultats obtenu de l'entretien et de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton on a constaté que Nella a présente une intensité de la manifestation d'anxiété est élevée, se qui désigne une anxiété majeure évaluer a un score de 25 points.

## **I.3. cas de Samira :**

Samira est une fille âgée de 8 ans, elle est la dernière d'une fratrie de trois (3), deux filles et un garçon. Elle est scolarisée en 3<sup>ème</sup> année primaire, ses résultats sont satisfaisantes sa mère est une femme au foyer, et son père est un agent de sécurité.

### **1.3.1. L'analyse de l'entretien du cas :**

Lors de l'entretien avec Samira, on a constaté que Samira avait un sourire sur le visage, elle était coopérative avec nous, et le contacte était facile, en lui poser directement des questions et elle a répondu avec participation, durant la séance son grand souci était sur les

injections qu'elle prend a cause de sa maladie d'après ses dires « **ugadagh kan tisegnatineni** ».

Cette jeune fille dit : « **ivdayid asmi is3igh 6 snin** ». qu'elle était atteint de cette maladie (diabète) a l'âge de 6 ans comme elle est répondu Cela à débuté chez elle quant a reçu l'événement de sa maladie, ensuite en a remarquer que l'anxiété chez Samira se manifeste dans ces comportements, a vrais dire on a remarquer sa main qui a coller à sa jambe droite et elle frotte, en lui demanda pourquoi elle faisait sa elle a nous répondu qu'elle ne sais rien ,de rester un moment de silence .....ensuite elle nous a dit qu'elle faisait sa depuis qu'elle a eu un accident de voiture dans un parc a proximité de sa maison, elle s'est cassé au jambe, et a partir de là que le médecin traitant détecte dans ses analyses sanguine une hyperglycémie .

Sur le plan somatique Samira de plus en plus son état dégrade, a suivi un régime alimentaire vu que la perte du point, un visage pale et la fatigabilité. Elle nous a évoquer qu'elle était toujours paniquer et elle se cache lors de son rendez-vous avec le médecin traitant d'après ses dires « **Regleghas i yemma,ubghigh ara adruhagh ar sbitar** », Samira a vraiment une appréhension (des cries, des pleurs,...etc.) vis-à-vis le traitement , elle a refuser de prendre les soins malgré les douleurs atroce qu'elle a ,et son état qu'il empêche a faire des activités normaux, d'après ses dires « **twaqarhagh get3abutiw, wahid aqaruyiw** » qu'elle sent toujours mal au ventre, et elle avait des maux de tête et diarrhée.

A propos de son avenir Samira souhaite devenir une artiste et que sa maladie aura pas un obstacle dans sa vie.

### **I.3.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle d'évaluation de l'anxiété« Hamilton » :**

Selon d'évaluation d'anxiété, un score supérieur à 15 se qui désigne une anxiété majeure, Samira à obtenu un score de 30 point se qui représente une anxiété majeure. La cause qui se présente le degré de l'anxiété selon l'échelle d'évaluation chez Samira se que dans les items (1), (3), (5), (8), (11), (13), (14), impliquent des symptômes fortes, et dans les items (2), (7), (9),( 12 ) représente des symptômes moyenne, et dans l'item ( 4) se manifeste un symptôme faible.

### **I.3.3. Synthèse du cas :**

D'après les données de l'entretien et les résultats de l'échelle d'évaluation de l'anxiété, nous avons remarquée chez Samira un score ou l'intensité de la manifestation et élevé, se qui signifie une anxiété majeur évaluer a un score de 30 points.

#### **I.4. Cas de Siham :**

Siham est une fille âgée de 10ans, elle est l'ainée de sa fratrie de deux enfants, un garçon, et une fille, scolarisée en 4<sup>em</sup> année primaire, ces résultats sont satisfaisantes. Son père est commerçant, sa mère est une femme au foyer.

##### **I.4.1. l'analyse des données de l'entretien du cas :**

Durant notre première rencontre Siham est venue accompagnée par sa maman, la petite était calme souriante et a l'aise, on lui parlait doucement pour quelle ne soit pas paniquée ,et pour quelle puisse nous faire confiance et côtoyer avec elle, sa mère a quitté le bureau du psychologue juste après le lui avoir demandé dans but d'effectuer l'entretien avec la petite fille dans des circonstances convenable .Puis on a commencé a poser les première question et elle a subitement changé de ton et on a remarqué quelle devient timide de plus en plus.

Siham a changé d'attitude envers nous, après lui avoir expliqué notre but et l'objectif de notre recherche. Elle s'est mise en garde et elle se sentait dans l'insécurité. Elle nous répond par des réponses très ciblés et brèves, l'entretien n'était pas du tout facile, elle n'était pas coopérative elle répond avec difficulté à nos questions, après quelques échanges, on adoptés pour une attitude souple avec elle. Elle à fini pour s'impliquée pendant l'entretien.

D'après le renseignement sur son état physique elle nous a dit qu'elle était atteintes du diabète depuis l'âge de 5ans, « **Helagh imi ligh deg tahdhiri** », elle a atteint le diabète à l'âge très avancé , quant elle était au préscolaire, cette nouvelle la apprise d'un pédiatre après avoir fait une convulsion à l'école, elle était choquée et pâle lors de l'annonce de cette nouvelle, sachant quelle n'avait pas compris au sens propre qu'est-ce que c'est que cette maladie vu son jeune âge ,mais ses parents le lui avant expliqué et lui avaient prescrits qu'est-ce qu'elle va mangé et ne pas manger dorénavant , c'est cette idée que cette fille refusé catégoriquement car pour elle, elle était en bonne santé auparavant, et le fait de se piquer chaque jours pour le test et de prendre l'influence l'insuline lui faisait peur, elle a dit : « **ugadhagh ademthagh am jida oula d jida tahlek skar** », j'ai peur des injections et mourir comme ma grand-mère.

Concernant son état physique et psychique, Siham nous a dit : « **itskaw uqamuchiw ,vaqugh adswagh aman swatas** » qu'elle se sent toujours la fatigue et l'irrité, quelle a souvent soif et que sa bouche est toujours sèche. On a remarqué que tout d'un coup son visage est devenu pâle et ses yeux pleurante et elle pensait à sa grand-mère. Malgré que Sihem n'a jamais suivi de régime alimentaire, elle n'a jamais été hospitalisé, mais elle prenait ses injection à temps (chaque jour à la même heure). Elle nous a confié quelle adorait tout ce qui est succulent (sucrerie,jus...) .Elle nous a dit : « **hemlagh attas lahlawt ad chegh am nek am athmathniw** ». J'aime manger des bonbons comme mes frères. Siham a signalé aussi quelle mange beaucoup mais elle a maigri cela veut dire elle a une polyphagie. Elle nous a signaler aussi « **Ttaqrahentiwi thsegnathin iyekkath tviv** » quelle avait trop de mal a accepter la douleur de l'hypoglycémie, quelle arrivait plus avoir autour d'elle lorsqu'elle a une crise, La petite fille avait les yeux cernées et c'est du aux difficultés d'endormissement quelle avait ,elle dormait à peine 2 heures dans la journée et qu'elle se sentait souvent perturbé , « **tsdhaqagh,hemlagh adhefghagh azregh el ghachi g vera** » elle ne pouvait pas rester dans la même place pendant un bout de temps ,elle aimer sortir ,voir du monde Mais ses parents ne la laissait pas sortir seule vu qu'elle se sentait mal pendant quelle est dehors ,quand elle est debout elle se sens angoissée stressée et a mal à la poitrine, « **thussugh amtbalut gedmareniw tsekrahiyi et dhedra3 isnuffussegh** » et ça arrive même quelle ait mal à respirer,« **Mti vedagh atass ini mleligh kra tikwal tsaghlayagh ar el ka3a, umba3ed ini vghugh aderegh** », et elle a subitement des nausées et mal de tête et elle arrive plus a se concentrer elle perd son équilibre et elle tombe par terre.

Concernant son avenir Siham nous a dit : « **vghigh adefghagh tsachikhets n'el riyadhiyet** » qu'elle souhaite devenir une enseignante, Elle nous a rétorqué et que sa maladie ne sera jamais un obstacle.

#### **I.4.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle d'évaluation de l'anxiété « Hamilton »:**

Selon l'échelle de Hamilton d'évaluation de l'anxiété, un score supérieur à 15 ce que signifie anxiété majeur, Siham a obtenu un score de (42), donc elle présente une anxiété élevé. Cela due au degré d'anxiété chez Siham par rapport à l'échelle dans les items (1),(4),(8),(10),(12),(13),(14), qui implique une anxiété maximal, et que dans les items,(2),(5),(11) qu'elle a des symptômes forte, qui inclut l'incapacité de se détendre la nervosité

et couvre les problèmes de mémoire, et aussi les symptômes respiratoires, qui inclut des sensations de constriction dans la gorge au la poitrine et respiratoire soupirante .

### **I.4.3.Synthèse du cas :**

D'après les données de l'entretien et les résultats obtenus grâce à l'échelle d'anxiété « d'Hamilton » nous avons remarquées chez Siham un score ou l'intensité de la manifestation est très aigu (4), ce qui exprime une anxiété majeure évalué à (42 points).

## **I-5. Présentation du cas d'Alicia :**

Alicia est une fille âgée de 12 ans, elle est dernière de sa fratrie de 2 enfants, deux filles, et elle a un demi frère, scolarisé en 5<sup>em</sup> année primaire, ces résultats sont moyens. Son père est vendeur de voitures, sa mère est morte.

### **I-5.1 l'analyse de l'entretien du cas de Alicia :**

Pendant notre entretien la petite était hospitalisée à l'hôpital d'Akbou , c'est la psychologue qui nous a mis en contact direct avec elle, elle est entrée et dès le premier regard , nous avons remarqué que c'est une personne très timide, souriante, nous avons commencé à lui posé des questions ,elle n'était pas très coopérative, elle ne répondait que par des oui ou non .

Nous lui avons parlé de l'ancienneté de sa maladie et elle déclara que c'était depuis son âge de 5 ans ,elle ajouta que c'est la chouchou de la famille avant que sa mère meure, elle a perdu sa mère à l'âge de 5ans, deux jours avoir su qu'elle était diabétique, le médecin a demandé la présence de la maman au côté de la petite a fin de ne pas subir des traumatismes, la mère malheureusement n'a pas pu être présente vu son cas avancée, « **thahlek yemma el cancer utezmir ara atseddu dhidhi ar tviv** ».elle avait des séances de chimiothérapie de cancer du sein sur Alger.

Après la mort de sa mère, son père a dû se remarier et a eu après une année un nouveau né et c'était un garçon et c'est là que la petite Alicia a commencé à pleurer, nous l'avons interrogé pourquoi pleures-tu ? elle répondais que sa place dans sa famille a été prise par son frère et que tout aller mal, sa vie a changé depuis elle répliqua : « **Ikssiwi amkaniw ,ughalen ouyahmilen ara** » depuis elle ne prenais gaire soin d'elle-même , ni de son régime ni de son traitement. Elle était timide, calme, elle a devenue nerveuse, elle n'entend personne. La petite fille a signalé aussi : « **Ligh touraragh d yesthma, lama3na thoura turarent kan degma, nek tghimigh imaniw tkhemimagh, thettrough** » cela veut dire, avant je jouais toujours avec mes sœurs, mais actuellement elles jouent qu'avec mon frère et moi je reste pleure tout seul.

Concernant son état physique et psychique, Alicia déclare qu' elle sent une fatigue et elle présente de trouble de sommeil : « **ganagh zik bessah takragh svah zik yettrouhou felli yidhes, midelwakth adekragh thoussough fechllagh itakrahiyi oukarouyiw** », qu'elle dort très tôt mais elle se revaille tôt avec l'impossibilité de se redormir, et aussi qu'elle a des maux de tête.

A propos de son avenir Alicia souhaite de continuer ses études sans difficulté parce qu'elle a peur de son avenir, et peur d'être abandonnée.

### **I.5.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton :**

A partir de l'échelle d'évaluation de l'anxiété d'Hamilton, un score supérieur à 15 veut dire une anxiété majeur, Alicia a obtenu un score de (28), donc elle se présente une anxiété majeur. Due ou degré de l'anxiété par rapport a l'échelle ce que dans les items (1), (6), (8), implique une anxiété maximale, dans les items(10), (12), (14), qu'il ya des symptômes fortes, et dans (2), (7), (13), les symptômes inclut une anxiété moyenne, et enfin dans l'item (4) se présente avec des symptômes faible.

### **I.5.3. Synthèse du cas :**

A travers l'analyse de l'entretien et résultats de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton on a constaté qu'Alicia a un score de (28 points), ce qui signifie qu'elle souffre d'une anxiété majeur.

## **I.6. Présentation de cas de Marouane :**

Marouane est un garçon âgé de 11 ans, il est le deuxième de sa fratrie de 4 enfants, deux filles et un garçon, scolarisé en 5<sup>em</sup> année primaire, ces résultats sont satisfaisant. Son père est un enseignant, sa mère femme ou foyer.

### **I.6.1. l'analyse des données de l'entretien de cas :**

Bonne disponibilité aisance de parlé sont les premier remarques de l'entretien accordé a nous par ce patient de onz ans (11), atteint du diabète. Marouane, nous fait rentres dans le vif du sujet rapidement, et nous parle de son expérience avec cette maladie, qui le fragilisa de ses 8ans, une expérience qui dure déjà plus de 2ans comme il dit : « **helghagh imi ligh 8 snin, safi 3amayen agi** »,

On voulant toucher aux racines de cette maladie, ce personne prend son soupir, qui le rappelle un mauvais souvenir, en reprenant son souffle il enchaina ses mots, en commençant sur par son hospitalisation, suite a une convulsion « **Ligh touraragh zat tegourthenagh ghligh,yegouyi vava ar sevit** » et après les analyses recommandées par le médecin traitant, le demeure lui annonça son drame , qui a eu un écho de désespoir chez l'enfant « **Dayen ouheloughara, ad3ichagh am vava wadekathagh tisegnathin** », ses phrase d'un innocent accompagnée par des larme sont les premiers réaction de ce nouveau malade qui viens de faire connaissance de sa maladie.

Marouane reviens a nous après une perte un brouillard dans ses pensée et nous annonce , qu'avant sa vie était merveilleuses, et son contrainte il mange, et fait ce qu'il veut, mais maintenant s'est plus pareil « **ligh touraragh aken vghigh techagh koulech** », mais maintenant s'est plus pareil, il doit suivre la trajectoire dictée par sa maladie, en suivant un régime spéciale et en prenant ses seringue quatre (04) fois par jours. Ce garçon nous affirme aussi qu'il bien prise en charge enseignant par ses parent, on commençant par son père qui le surveille pour la prise de son traitement, « **vava iyekaten thissegnith, madyemma toujours thesewjadiyi ak ayen idena tviv** ».

Puis l'entretien prend un autre tournant, d'un climat d'aisance a une crainte afficher par l'envie de fuir a nos questions, en voulant l'interroger sur ses émotions lors de la prise de traitement « **tagoudhagh thissegnatin veghigh adefghagh, adrouhagh** » un espace d'insécurité et d'inquiétude afficher par le malade « **tagadagh svitar karhaghth** », « **sakrahniyi idharniw dyedmarniw** » , il affirme son état d'esprit dégradé, et son visage exprime son stresse, qui le vaincra.

Mais malgré ses marque négative causées par cette maladie, l'enfant garde eu son font un sentiment d'espoir envers son avenir en disant : « **vghigh adefghagh detviv, iwaken adwich imaniw adernough wida ighelken am nek** ».

### **I.6.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton :**

Selon l'échelle d'évaluation d'anxiété un score supérieure a 15, se qui désigne une anxiété majeur, Marouane a obtenu un score de 36 point se que représente une anxiété majeur, due ou degré d'anxiété par apport a l'échelle que dans les items (1), (2), (3),(5) , (6), (9), (14),

implique une anxiété maximal, et dans items (7), (13) représentent des signe forte, et dans l'item (10), couvre d'une anxiété moyenne.

### **I.6.3. Synthèse de cas :**

D'après les données de l'entretien et les résultats obtenus, de l'échelle d'évaluation d'anxiété Hamilton, on conclu que Marouane, depuis sa maladie souffre d'une anxiété d'un score élevé marquer par 36 point ce qui exprime une anxiété majeur.

### Discussion de l'hypothèse :

Au cours de notre recherche, on a pu évaluer le degré d'anxiété chez notre population d'étude atteinte de la maladie du diabète, notre travail a aussi pour but de tenter de confirmer que le diabète a une influence négative sur leur état psychique.

A partir des résultats obtenus grâce à l'analyse et l'interprétation de l'entretien et de l'échelle d'évaluation d'anxiété d'Hamilton, porté sur nos six (6) cas de recherche, et après avoir récolté les résultats de l'échelle et calculé le score de chaque cas. Il nous semble que notre hypothèse qui est : « les enfants diabétique souffrent d'une anxiété à des degrés différents d'un cas a un autre » a été confirmée chez tout les sujet avec des degrés différentes d'un sujet a un autre , elle est confirmée chez 3 cas ( Madjid, Siham, Marouane) avec un moyenne de score d'échelle plus de (36 point), ceci affirme que ces enfants diabétiques ont une anxiété majeure, car la connaissance de cette maladie et de sa gravité et ses complications qui mènent jusqu'à la mort, et la peur d'injecter tout les jour et le prélèvement de sang font la cause d'anxiété et de l'inquiétude.

Et aussi cette hypothèse confirmée chez les 3 autres cas (Nella, Samira, Alicia) dont la moyenne de l'échelle est plus de 25 points ceci peut être liée au début de la maladie qui vient d'être découverte et l'absence de complication physique grave de cette maladie.

Selon Manciaux, Sardin et Hannion (1967) affirme que l'enfant diabétique se caractérise par un degré élevé d'émotivité, d'instabilité d'humeur et d'irritabilité. Il manifeste fréquemment un grand besoin de protection qui se manifeste parfois en dépendance marquée à l'égard des parents et en manque de confiance en soi. Bleger (1963) montre combien la vie quotidienne des enfants diabétiques est conditionnée par la nécessité du traitement (prescription alimentaires, administration de médicament, etc.) et par la peur de l'imprévu. L'avenir est obscurci par le pessimisme né de la conscience du caractère chronique de la maladie et de la crainte de complications toujours possibles. ( D.Giovanini, P. E. Ricci Bitti, (1986 ), psychologie et santé, 2<sup>ème</sup> édition, Bruxelles.)

Enfin, on conclut que le diabète a un impact négatif sur le degré d'anxiété des sujets, ce qui engendre chez eux des différents symptômes comme la peur, l'inquiétude, la fatigabilité et l'irritabilité, tout ça est dû à la douleur physique et psychique qui influence le bien-être chez ses malades.

# *Conclusion*

### Conclusion

Le diabète est une maladie qui existe depuis fort longtemps, ses progrès considérables ont été réalisés depuis sa découverte dans l'antiquité.

Cette maladie comme toute les maladies chronique a autant de répercussions sur le plan psychologique et somatique, il est souvent associé au trouble d'anxiété qui est un phénomène tout a fait normale s'inscrit dans le registre émotionnel humain, mais qu'il peut aussi gênante et perturbe l'organisme. Donc se cas là, il devient un permanant et une souffrance qui demande une intervention médicale.

Dans notre recherche on a mené une étude clinique sur six (6) cas, nous avons abordé l'étude de cas on utilisant les techniques suivants : l'entretien clinique semi directif et l'échelle d'évaluation d'anxiété de Max Hamilton, nous a permet d'évaluer l'intensité de l'anxiété chez les enfants diabétique.

D'après les résultats nous avons pu confirmer notre hypothèse qui est « les enfants diabétique souffrent d'une anxiété a des degrés différentes d'un cas a un autre », nous avons constaté aussi la présence d'une anxiété élevé dans six (6) cas.

Pour conclure, il faut reconnaitre que nous avons traité dans ce modeste travail un thème d'actualité très vaste et trait sensible, au en asseye de mètre l'accent sur le diabète son influence sur l'état psychique d'un enfant (plus précisément l'anxiété).

Cette étude nous a appris que le soutien psychologique est très intéressant et elle joue un rôle primordiale sur l'équilibre glycémique d'un enfant diabétique.

Notre recherche elle peut être considérer comme une étude limité a certain niveau d'anxiété, et elle peut être une contribution intéressante et utile pour ouvrir d'autre piste de recherche comme l'image du corps chez un enfant diabétique.

# *Bibliographie*

## Bibliographie :

### Ouvrage :

- 1 -Américain. Psychiatric. Association, (1995).
- 2 -Aktouf.O, (2006) « **Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations une introduction à la démarche classique et une critique** » édition chicoutimi, Québec.
- 3 - Anatrella.T, (1993), « **interminable adolescent les 12-30 ans** »cerf /cujas / Paris.
- 4 - Bensenouci.Abedelatif, Mazouni.Mustafa, (2004),«**Elément de pédiatrie,**»Alger office de publication universitaire.
- 5 - Benony. H, Chahraoui. KH, (1999) « **l'entretien clinique** » Dunod, Paris.
- 6 - Bessancon, G, (1993) « **manuel de psychopathologie –anxiété, dépression et psychopathologie du corps** », Dunod, Paris.
- 7 - Berrada, S, (2010) « **Définition et étiopathogénie des troubles anxieux** » centre universitaire, Ibn-Roched.
- 8 - Bourrat, M.M et Garoux. R, (2003) : les relations parents enfants « **de la naissance a la puberté** », edition Armand colin, Paris.
- 9 - Bouva.M, Cautraux.J,( 1996, 1998, 2002) « **Protocole et échelle d'évaluation en psychiatrie et en psychologie** » 3<sup>eme</sup>édition, Masson, Paris.
- 10 - Brouchon.M, schweitzer, (2002) « **Psychologie de la santé** » Dunod, Paris.
- 11 - Chahraoui.k, Benony. H,(2003), « **methode, evaluation et recherche en psychologie clinique** », Dunod, Paris.
- 12 - Chilan.C. (1983) « **l'entretien clinique** » PUF, Paris.
- 13 - Ermould.C.A, (2001) « **Guide du jeune diabétique** » Bruxelles.
- 14 - Ferari.P, Epelbaum, (1993) « **Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** », Paris.
- 15 - Gueniche.K, (2007), « **psychopatologie de l'enfant** », 2<sup>em</sup> edition, Armand colin.
- 15 - Guidetti.M, (2002), « **les étapes de développement psychologique** », edition, Armand colin, Paris.
- 16 - Giovannini.D, (1988) « **Psychologie et santé** » Bruxelles, Pierre Mardaga.
- 17 - Graindoze.C, (2005), « **comprendre l'enfant malade** », edition Dunod, Paris.
- 18 - Graziani. P, (2003), « **anxiété et trouble anxieux** », editon Nathan / VUEF, Paris.

19 - \_Khiati.Mostafa, (1993) « **Le diabète sucré chez l'enfant diabétique** » office des publications universitaires, Ben-Aknoun, Alger.

20 - Martin.Buyschaert« **Diabétologie clinique** » (2006), 3<sup>ème</sup>édition Boeck, Paris.

21 - Palazzolo. J, (2007) « **Dépression et anxiété mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge** » Paris.

22 - Pedinielli. J.C, (1994), « **introduction a la psychologie clinique** », Nathan, Paris.

23 - Sherwood, (2006) « **Psychologie humaine** » 2<sup>ème</sup> édition Boeck,Paris.

24 - Stroud.A.H, (1997) « **L'anxiété le stress** » En Nakhla.

25 - Tourette.C , Guidetti.M , (2008), « **introduction a la psychologie de développement, du bébé à l'adolescent** », 2<sup>em</sup> édition Armand colin, Paris.

26 - Trouillet. R, (2012), « **l'anxiété : clinique, modèles et prise en charge** », Dunod, Paris.

27 - Visier. J.P, Mayet.P, Vidailhet.M, (2008), « **trouble anxieux et de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent (symptômes nevrotique)** », Payot, Paris.

## **Dictionnaires :**

1 - Bloch.A, Deprete, et al, (2002) « **Dictionnaire de psychologie** » édition, Larousse, Paris.

2 - Jacque, Quevauvillers, (1997) « **Dictionnaire médical** » 3<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris.

3 - Sillamy.N, (1999) « **dictionnaire de psychologie** » édition, Larousse, Paris.

4 - Sillamy.N, (1983) « **dictionnaire usuel de la psychologie** » édition Dunod, Paris.

## **Revus :**

1 - Anam, (2011) « **Diabète de type I** » Code.CIM 10 E1.code Anam : 03.112.01, Av.

2 - Calvin,livinnon , (1998)

3 - Houdou.J, (2006) « **Le père des enfants diabétique est-il en sucre ?** » le journal de psychologue, Paris N234.

## **Thèse :**

1 - Nachon.J.Y, (1984) « **Le concept de soi des l'enfant diabétique** » thèse de l'université de Québec.

# *Annexes*

## Annexe n°1

### Guide d'entretien :

#### Axe n°1 : Renseignement personnelle.

- 1 - Nom et prénom:
- 2 - Age :
- 3 - niveau scolaire :
- 4 - La fratrie :
- 5 - Le rang dans la fratrie :

#### Axe n°2 : Information concernant l'état de la santé de l'enfant (maladie de diabète).

- 6-Depuis quand êtes vous diabétique ?
- 7 - A quel âge votre maladie est diagnostiquée ?
- 8 - Qui est la personne qui vous avez informé que vous êtes malade ?
- 9 - Quelle est votre réaction lors de l'annonce de la maladie ?
- 10 - Y a-t-il d'autres personnes de votre famille atteintes de cette maladie ?
- 11- Avez-vous d'autre maladie avant que vous soyez atteint du diabète ?
- 12 - Avez-vous hospitalisés ? Si c'est oui ? À cause de quelle maladie ?
- 13 - Est-ce que vous suivi un régime alimentaire
- 14-Suivez-vous les conseils de votre médecin concernant vos traitements ?
- 15 - Comment vous sentir lors de la prise de traitement ?

#### Axe n°3 : L'anxiété.

- 16 - Est-ce que vous sentez que vous avez un sentiment d'insécurité ?
- 17 - Etes vous inquiètes a votre santé ?
- 18 - Est-ce que vous arrivez a pleuré facilement pendant et après les crises d'hyper /hypoglycémie ?
- 19 - Est-ce vous avez des difficultés d'endormissement ?
- 20 - Est ce que vous sentez d'être incapable de restes en place ?
- 21 - Vous sentez vous de la fatigue, nausées et diarrhée ?
- 22 - Est ce que vous avez des difficultés de concentration -?
- 23 - Est-ce que vous sentez triste par apport a votre maladie ?

24 - vous sentez vous de la douleur dans la poitrine ?

25 - Est-ce que vous avez des problèmes de respiration ?

## **Axe03 : Avenir**

26 - Que souhaitez-vous faire dans la venir ?

27- Est ce que des fois vous pensez que cette maladie est un obstacle dans la vie ?

## **Annexe n° 2 :**

### **Echelle d'Hamilton d'évaluation de l'anxiété.**

#### **Consigne :**

Parmi les quatorze propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en effectuant à chaque groupe de symptômes une note entre 0 et 4 :

0: absent, 1 : Léger, 2 Moyen, 3 : fort, 4 : Maximal,

#### **Humeur anxieuse :**

inquiétude-attente de la pire appréhension (anticipation avec peur)- irritabilité

Consommation de tranquillisants.

#### **Tension :**

Impossibilité de se détendre - réaction de sursaut - pleurs faciles- tremblement - sensation d'être incapable de rester en place -fatigabilité.

#### **Peurs :**

De mourir brutalement - d'être abandonné - du noir - des gens - des animaux- de la foule- des grandes espaces -des ascenseurs- des avions - des transports.

#### **Insomnie :**

Difficulté d'endormissement - sommeil interrompu- sommeil non satisfaisant avec fatigué au réveil - rêves pénibles - cauchemars angoisse ou malaise nocturne.

#### **Fonctions intellectuelles (cognitives):**

Difficultés de concentration - mauvaise mémoire, cherche ces mots - fait des erreurs.

#### **Humeur dépressive :**

Perte des intérêts -ne prend plus plaisir à ses passe-temps - tristesse - insomnie du matin

#### **Symptômes somatiques généraux (musculaires):**

douleurs et courbatures- raideurs musculaires - sursauts musculaire- grincement des dents  
contraction de la mâchoire- voix mal assurée.

## **Symptômes somatiques généraux (sensoriels) :**

Sifflement d'oreilles - vision brouillée- bouffée de chaleur ou de froid - sensation de faiblesse  
- tentation de fourmis de picotements.

## **Symptômes cardiovasculaires :**

Tachycardie-palpitations -douleurs dans la poitrine - battement dans les vaisseaux-sensations  
syncopales -extra systoles.

## **Symptômes respiratoires:**

Oppression, douleur dans la poitrine - sensation de blocage - d'étouffement - soupirs-  
respiration rapide au repos.

## **Symptômes gastro-intestinaux :**

Difficultés pour avaler - douleurs avant ou après les repas, sensation de brûlure,

Ballonnement, reflux, nausées, vomissement, creux à l'estomac, colique 'abdominales-  
borborygmes-diarrhée-constipation.

## **Symptômes génito-urinaires :**

Règles douloureuses ou anormales - troubles sexuels (impuissance, frigidité) mictions  
fréquentes, urgentes, ou douloureuses.

## **Symptômes du système nerveux autonome:**

Bouche sèche - accès de rougeur- pâleur -sueur- vertiges- maux de tête

## **Comportements lors de l'entretien :**

**Général :** mal alaise - agitation nerveuse - tremblement des mains front plissé-faciès tendu-  
augmentation du tonus musculaire.

**Physiologique :** avale sa salive -éructation - palpitation au repos- accélération respiratoire-  
reflexes tendineux vifs- dilatation pupillaire- battement des paupières.

**Total :** (le seuil admis en général pour une anxiété significative est de 20 sur 56) n'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.

**Annexe n °3** : Les résultats de premier (1) cas de Madjid, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.

N°	Items	réponses				
		0	1	2	3	4
<b>01- Humeur anxieuse</b>	inquiétude-attente de la pire appréhension (anticipation avec peur)- irritabilité Consommation de tranquillisants.					×
<b>02-Tension</b>	Impossibilité de se détendre - réaction de sursaut - pleurs faciles- tremblement- sensation d'être incapable de rester en place -fatigabilité.				×	
<b>03- Peurs</b>	De mourir brutalement - d'être abandonné - du noir - des gens - des animaux- de la foule- des grandes espaces -des ascenseurs- des avions - des transports.					×
<b>04- Insomnie</b>	Difficulté d'endormissement - sommeil interrompu- sommeil non satisfaisant avec fatigué au réveil - rêves pénibles - cauchemars angoisse ou malaise nocturne					×
<b>05 -Fonctions intellectuelles (cognitive)</b>	Difficultés de concentration - mauvaise mémoire, cherche ces mots - fait des erreurs.					×
<b>06- Humeur dépressive</b>	Perte des intérêts -ne prend plus plaisir à ses passe-temps - tristesse - insomnie du matin					×
<b>07- Symptômes somatiques généraux (musculaires)</b>	douleurs et courbatures- raideurs musculaires - sursauts musculaire- grincement des dents contraction de la mâchoire- voix mal assurée.				x	
<b>08- Symptômes somatiques généraux (sensoriels)</b>	Sifflement d'oreilles - vision brouillée- bouffée de chaleur ou de froid - sensation de faiblesse - tentation de fournis de picotentents.					x
<b>09- symptômes cardiovasculair es</b>	tachycardie-palpitations -douleurs dans la poitrine - battement dans les vaisseaux-sensations syncopales -extra systoles.					x
<b>10- Symptômes respiratoires</b>	Oppression, douleur dans la poitrine - sensation de blocage - d'étouffement - soupirs-respiration rapide au repos.				x	

<b>11- Symptômes gastro- intestinaux :</b>	Difficultés pour avaler - douleurs avant ou après les repas, sensation de brûlure, Ballonnement, reflux, nausées, vomissement, creux à l'estomac, colique 'abdominales-borborygmes-diarrhée-constipation.			x	
<b>12- Symptômes génito- urinaires</b>	Règles douloureuses ou anormales - troubles sexuels (impuissance, frigidité) mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.	x			
<b>13- Symptômes du système nerveux autonome</b>	Bouche sèche - accès de rougeur- pâleur -sueur-vertiges- maux de tête				x
<b>14- Comportement s lors de l'entretien</b>	<b>Général :</b> mal alaise - agitation nerveuse - tremblement des mains front plissé-faciès tendu-augmentation du tonus musculaire. <b>Physiologique :</b> avale sa salive -éructation - palpitation au repos- accélération respiratoire-reflexes tendineux vifs- dilatation pupillaire-battement des paupières.			x	

**Total : 47 degré d'anxiété**

**Annexe n °5:** Les résultats de deuxième (2) cas de Nella, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.

N°	Items	réponses				
		0	1	2	3	4
<b>01- Humeur anxieuse</b>	inquiétude-attente de la pire appréhension (anticipation avec peur)- irritabilité Consommation de tranquillisants.			x		
<b>02-Tension</b>	Impossibilité de se détendre - réaction de sursaut - pleurs faciles- tremblement- sensation d'être incapable de rester en place -fatigabilité.					x
<b>03- Peurs</b>	De mourir brutalement - d'être abandonné - du noir - des gens - des animaux- de la foule- des grandes espaces -des ascenseurs- des avions - des transports.	x				
<b>04- Insomnie</b>	Difficulté d'endormissement - sommeil interrompu- sommeil non satisfaisant avec fatigué au réveil - rêves pénibles - cauchemars angoisse ou malaise nocturne		x			
<b>05 -Fonctions intellectuelles (cognitive)</b>	Difficultés de concentration - mauvaise mémoire, cherche ces mots - fait des erreurs.	x				
<b>06- Humeur dépressive</b>	Perte des intérêts -ne prend plus plaisir à ses passe-temps - tristesse - insomnie du matin					x
<b>07- Symptômes somatiques généraux (musculaires)</b>	douleurs et courbatures- raideurs musculaires - sursauts musculaire- grincement des dents contraction de la mâchoire- voix mal assurée.	x				
<b>08- Symptômes somatiques généraux (sensoriels)</b>	Sifflement d'oreilles - vision brouillée- bouffée de chaleur ou de froid - sensation de faiblesse - tentation de fournis de picotentents.				x	
<b>09- symptômes cardiovasculair es</b>	tachycardie-palpitations -douleurs dans la poitrine - battement dans les vaisseaux-sensations syncopales -extra systoles.			x		
<b>10- Symptômes respiratoires</b>	Oppression, douleur dans la poitrine - sensation de blocage - d'étouffement - soupirs-respiration rapide au repos.				x	
<b>11-</b>	Difficultés pour avaler - douleurs avant ou après les					

<b>Symptômes gastro-intestinaux :</b>	repas, sensation de brûlure, Ballonnement, reflux, nausées, vomissement, creux à l'estomac, colique 'abdominales-borborygmes-diarrhée-constipation.			x		
<b>12- Symptômes génito-urinaires</b>	Règles douloureuses ou anormales - troubles sexuels (impuissance, frigidité) mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.		x			
<b>13- Symptômes du système nerveux autonome</b>	Bouche sèche - accès de rougeur- pâleur -sueur- vertiges- maux de tête			x		
<b>14- Comportement s lors de l'entretien</b>	<b>Général</b> : mal alaise - agitation nerveuse - tremblement des mains front plissé-faciès tendu- augmentation du tonus musculaire. <b>Physiologique</b> : avale sa salive -éructation - palpitation au repos- accélération respiratoire- reflexes tendineux vifs- dilatation pupillaire- battement des paupières.		x			

**Total : 25 degré d'anxiété**

**Annexe n°4 :** Les résultats de troisième (3) cas de Siham, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.

N°	Items	réponses				
		0	1	2	3	4
<b>01- Humeur anxieuse</b>	inquiétude-attente de la pire appréhension (anticipation avec peur)- irritabilité Consommation de tranquillisants.					x
<b>02-Tension</b>	Impossibilité de se détendre - réaction de sursaut - pleurs faciles- tremblement- sensation d'être incapable de rester en place -fatigabilité.				x	
<b>03- Peurs</b>	De mourir brutalement - d'être abandonné - du noir - des gens - des animaux- de la foule- des grandes espaces -des ascenseurs- des avions - des transports.	x				
<b>04- Insomnie</b>	Difficulté d'endormissement - sommeil interrompu- sommeil non satisfaisant avec fatigué au réveil - rêves pénibles - cauchemars angoisse ou malaise nocturne					x
<b>05 -Fonctions intellectuelles (cognitive)</b>	Difficultés de concentration - mauvaise mémoire, cherche ces mots - fait des erreurs.				x	
<b>06- Humeur dépressive</b>	Perte des intérêts -ne prend plus plaisir à ses passe-temps - tristesse - insomnie du matin		x			
<b>07- Symptômes somatiques généraux (musculaires)</b>	douleurs et courbatures- raideurs musculaires - sursauts musculaire- grincement des dents contraction de la mâchoire- voix mal assurée.			x		
<b>08- Symptômes somatiques généraux (sensoriels)</b>	Sifflement d'oreilles - vision brouillée- bouffée de chaleur ou de froid - sensation de faiblesse - tentation de fournis de picotentents.					x
<b>09- symptômes cardiovasculaires</b>	tachycardie-palpitations -douleurs dans la poitrine - battement dans les vaisseaux-sensations syncopales -extra systoles.					x
<b>10- Symptômes respiratoires</b>	Oppression, douleur dans la poitrine - sensation de blocage - d'étouffement - soupirs-respiration rapide au repos.				x	

<b>11- Symptômes gastro- intestinaux :</b>	Difficultés pour avaler - douleurs avant ou après les repas, sensation de brûlure, Ballonnement, reflux, nausées, vomissement, creux à l'estomac, colique 'abdominales-borborygmes-diarrhée-constipation.					x
<b>12- Symptômes génito- urinaires</b>	Règles douloureuses ou anormales - troubles sexuels (impuissance, frigidité) mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.					x
<b>13- Symptômes du système nerveux autonome</b>	Bouche sèche - accès de rougeur- pâleur -sueur-vertiges- maux de tête					x
<b>14- Comportement s lors de l'entretien</b>	<b>Général :</b> mal alaise - agitation nerveuse - tremblement des mains front plissé-faciès tendu-augmentation du tonus musculaire. <b>Physiologique :</b> avale sa salive -éructation - palpitation au repos- accélération respiratoire-reflexes tendineux vifs- dilatation pupillaire-battement des paupières.			x		

**Total : 42 degré d'anxiété**

**Annexe n °6:** Les résultats de quatrième (4) cas de Samira, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.

N°	Items	réponses				
		0	1	2	3	4
<b>01- Humeur anxieuse</b>	inquiétude-attente de la pire appréhension (anticipation avec peur)- irritabilité Consommation de tranquillisants.				x	
<b>02-Tension</b>	Impossibilité de se détendre - réaction de sursaut - pleurs faciles- tremblement- sensation d'être incapable de rester en place -fatigabilité.			x		
<b>03- Peurs</b>	De mourir brutalement - d'être abandonné - du noir - des gens - des animaux- de la foule- des grandes espaces -des ascenseurs- des avions - des transports.				x	
<b>04- Insomnie</b>	Difficulté d'endormissement - sommeil interrompu- sommeil non satisfaisant avec fatigué au réveil - rêves pénibles - cauchemars angoisse ou malaise nocturne		x			
<b>05 -Fonctions intellectuelles (cognitive)</b>	Difficultés de concentration - mauvaise mémoire, cherche ces mots - fait des erreurs.				x	
<b>06- Humeur dépressive</b>	Perte des intérêts -ne prend plus plaisir à ses passe-temps - tristesse - insomnie du matin	x				
<b>07- Symptômes somatiques généraux (musculaires)</b>	douleurs et courbatures- raideurs musculaires - sursauts musculaire- grincement des dents contraction de la mâchoire- voix mal assurée.			x		
<b>08- Symptômes somatiques généraux (sensoriels)</b>	Sifflement d'oreilles - vision brouillée- bouffée de chaleur ou de froid - sensation de faiblesse - tentation de fournis de picotentents.				x	
<b>09- symptômes cardiovasculair es</b>	tachycardie-palpitations -douleurs dans la poitrine - battement dans les vaisseaux-sensations syncopales -extra systoles.				x	
<b>10- Symptômes respiratoires</b>	Oppression, douleur dans la poitrine - sensation de blocage - d'étouffement - soupirs-respiration rapide au repos.	x				

<b>11- Symptômes gastro- intestinaux :</b>	Difficultés pour avaler - douleurs avant ou après les repas, sensation de brûlure, Ballonnement, reflux, nausées, vomissement, creux à l'estomac, colique 'abdominales-borborygmes-diarrhée-constipation.			x		
<b>12- Symptômes génito- urinaires</b>	Règles douloureuses ou anormales - troubles sexuels (impuissance, frigidité) mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.				x	
<b>13- Symptômes du système nerveux autonome</b>	Bouche sèche - accès de rougeur- pâleur -sueur-vertiges- maux de tête				x	
<b>14- Comportement s lors de l'entretien</b>	<b>Général :</b> mal alaise - agitation nerveuse - tremblement des mains front plissé-faciès tendu-augmentation du tonus musculaire. <b>Physiologique :</b> avale sa salive -éructation - palpitation au repos- accélération respiratoire-reflexes tendineux vifs- dilatation pupillaire-battement des paupières.			x		

**Total : 30 degré d'anxiété**

**Annexe n °7:** Les résultats de cinquième (5) cas d'Alicia, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.

N°	Items	réponses				
		0	1	2	3	4
<b>01- Humeur anxieuse</b>	inquiétude-attente de la pire appréhension (anticipation avec peur)- irritabilité Consommation de tranquillisants.					x
<b>02-Tension</b>	Impossibilité de se détendre - réaction de sursaut - pleurs faciles- tremblement- sensation d'être incapable de rester en place -fatigabilité.			x		
<b>03- Peurs</b>	De mourir brutalement - d'être abandonné - du noir - des gens - des animaux- de la foule- des grandes espaces -des ascenseurs- des avions - des transports.	x				
<b>04- Insomnie</b>	Difficulté d'endormissement - sommeil interrompu- sommeil non satisfaisant avec fatigué au réveil - rêves pénibles - cauchemars angoisse ou malaise nocturne		x			
<b>05 -Fonctions intellectuelles (cognitive)</b>	Difficultés de concentration - mauvaise mémoire, cherche ces mots - fait des erreurs.	x				
<b>06- Humeur dépressive</b>	Perte des intérêts -ne prend plus plaisir à ses passe-temps - tristesse - insomnie du matin					x
<b>07- Symptômes somatiques généraux (musculaires)</b>	douleurs et courbatures- raideurs musculaires - sursauts musculaire- grincement des dents contraction de la mâchoire- voix mal assurée.				x	
<b>08- Symptômes somatiques généraux (sensoriels)</b>	Sifflement d'oreilles - vision brouillée- bouffée de chaleur ou de froid - sensation de faiblesse - tentation de fournis de picotentents.					x
<b>09- symptômes cardiovasculair es</b>	tachycardie-palpitations -douleurs dans la poitrine - battement dans les vaisseaux-sensations syncopales -extra systoles.	x				
<b>10- Symptômes respiratoires</b>	Oppression, douleur dans la poitrine - sensation de blocage - d'étouffement - soupirs-respiration rapide au repos.	x				

<b>11- Symptômes gastro- intestinaux :</b>	Difficultés pour avaler - douleurs avant ou après les repas, sensation de brûlure, Ballonnement, reflux, nausées, vomissement, creux à l'estomac, colique 'abdominales-borborygmes-diarrhée-constipation.			x		
<b>12- Symptômes génito- urinaires</b>	Règles douloureuses ou anormales - troubles sexuels (impuissance, frigidité) mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.		x			
<b>13- Symptômes du système nerveux autonome</b>	Bouche sèche - accès de rougeur- pâleur -sueur-vertiges- maux de tête			x		
<b>14- Comportement s lors de l'entretien</b>	<b>Général :</b> mal alaise - agitation nerveuse - tremblement des mains front plissé-faciès tendu-augmentation du tonus musculaire. <b>Physiologique :</b> avale sa salive -éructation - palpitation au repos- accélération respiratoire-reflexes tendineux vifs- dilatation pupillaire-battement des paupières.		x			

**Total : 28 degré d'anxiété**

**Annexe n °8:** Les résultats de sixième (6) cas de Marouane, aux items de l'échelle d'évaluation d'anxiété.

N°	Items	réponses				
		0	1	2	3	4
<b>01- Humeur anxieuse</b>	inquiétude-attente de la pire appréhension (anticipation avec peur)- irritabilité Consommation de tranquillisants.					x
<b>02-Tension</b>	Impossibilité de se détendre - réaction de sursaut - pleurs faciles- tremblement- sensation d'être incapable de rester en place -fatigabilité.					x
<b>03- Peurs</b>	De mourir brutalement - d'être abandonné - du noir - des gens - des animaux- de la foule- des grandes espaces -des ascenseurs- des avions - des transports.					x
<b>04- Insomnie</b>	Difficulté d'endormissement - sommeil interrompu- sommeil non satisfaisant avec fatigué au réveil - rêves pénibles - cauchemars angoisse ou malaise nocturne	x				
<b>05 -Fonctions intellectuelles (cognitive)</b>	Difficultés de concentration - mauvaise mémoire, cherche ces mots - fait des erreurs.					x
<b>06- Humeur dépressive</b>	Perte des intérêts -ne prend plus plaisir à ses passe-temps - tristesse - insomnie du matin					x
<b>07- Symptômes somatiques généraux (musculaires)</b>	douleurs et courbatures- raideurs musculaires - sursauts musculaire- grincement des dents contraction de la mâchoire- voix mal assurée.					X
<b>08- Symptômes somatiques généraux (sensoriels)</b>	Sifflement d'oreilles - vision brouillée- bouffée de chaleur ou de froid - sensation de faiblesse - tentation de fournis de picotentents.	x				
<b>09- symptômes cardiovasculair es</b>	tachycardie-palpitations -douleurs dans la poitrine - battement dans les vaisseaux-sensations syncopales -extra systoles.			x		
<b>10- Symptômes respiratoires</b>	Oppression, douleur dans la poitrine - sensation de blocage - d'étouffement - soupirs-respiration rapide au repos.	x				

<b>11- Symptômes gastro- intestinaux :</b>	Difficultés pour avaler - douleurs avant ou après les repas, sensation de brûlure, Ballonnement, reflux, nausées, vomissement, creux à l'estomac, colique 'abdominales-borborygmes-diarrhée-constipation.	x				
<b>12- Symptômes génito- urinaires</b>	Règles douloureuses ou anormales - troubles sexuels (impuissance, frigidité) mictions fréquentes, urgentes, ou douloureuses.			x		
<b>13- Symptômes du système nerveux autonome</b>	Bouche sèche - accès de rougeur- pâleur -sueur-vertiges- maux de tête					X
<b>14- Comportement s lors de l'entretien</b>	<b>Général</b> : mal alaise - agitation nerveuse - tremblement des mains front plissé-faciès tendu-augmentation du tonus musculaire. <b>Physiologique</b> : avale sa salive -éructation - palpitation au repos- accélération respiratoire-reflexes tendineux vifs- dilatation pupillaire-battement des paupières.			x		

**Total : 36 degré d'anxiété**